

a cura di N.N.A.
Network Non Autosufficienza

L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA

4° Rapporto

Tra crisi e ripartenza

Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA
per il Network nazionale per l'invecchiamento


**MAGGIOLI
EDITORE**

© Copyright 2013 by Maggioli S.p.A.
Maggioli Editore è un marchio di Maggioli S.p.A.
Azienda con sistema qualità certificato ISO 9001: 2000

47822 Santarcangelo di Romagna (RN) • Via del Carpino, 8
Tel. 0541/628111 • Fax 0541/622595
www.maggioli.it/servizioclienti
e-mail: clienti.editore@maggioli.it

Diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione
e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo sono riservati per tutti i Paesi.

Finito di stampare nel mese di novembre 2013
dalla Litografia Titanlito S.p.A.
Dogana (Repubblica di San Marino)

Indice

<i>Prefazione</i>	Pag.	5
Giuseppe Zuccatelli, Fabrizia Lattanzio		
<i>Introduzione</i>	»	9
Anna Banchemo, Enrico Brizioli, Cristiano Gori, Antonio Guaita, Franco Pesaresi, Marco Trabucchi		
1. La bussola di N.N.A.: lo stato dell'arte basato sui dati.....	»	11
<i>Francesco Barbabella, Carlos Chiatti, Mirko Di Rosa, Cristiano Gori</i>		
2. Alcuni profili dell'assistenza nelle regioni.....	»	29
<i>Francesco Barbabella, Carlos Chiatti, Mirko Di Rosa, Laura Pelliccia</i>		
3. I territori davanti alla crisi	»	45
<i>Cristiano Gori, Laura Pelliccia</i>		
4. Gli standard ed i requisiti di qualità nei servizi di assistenza residenziale ..	»	71
<i>Carlos Chiatti, Francesco Barbabella, Filippo Masera</i>		
5. Il punto sulle badanti.....	»	93
<i>Sergio Pasquinelli, Giselda Rusmini</i>		
6. Il punto sulle politiche nazionali.....	»	113
<i>Laura Pelliccia</i>		
7. Le politiche nazionali per gli anziani non autosufficienti	»	137
<i>Enza Caruso, Cristiano Gori, Laura Pelliccia, Franco Pesaresi</i>		
8. Reagire alla crisi: come meglio utilizzare le risorse per rispondere ai biso- gni delle fragilità.....	»	165
<i>Anna Banchemo, Enrico Brizioli, Marco Trabucchi</i>		
<i>Gli autori</i>	»	185

Prefazione

Giuseppe Zuccatelli, *Direttore generale – INRCA, Ancona*

Fabrizia Lattanzio, *Direttore scientifico – INRCA, Ancona*

Il rapporto Network Non Autosufficienza è giunto quest'anno alla sua quarta edizione e la sua pubblicazione è diventata anche un'occasione di riflessione e verifica. Sono passati due anni dall'ultima edizione del rapporto, la cui diffusione avveniva proprio all'indomani dell'emanazione del d.d.l. delega fiscale al Governo per la riforma fiscale ed assistenziale, nel quale erano previste vaghe misure riguardanti la revisione del sistema assistenziale e veniva lasciata intuire la possibilità incombente di ulteriori tagli alle prestazioni assistenziali erogate alle persone disabili in Italia ⁽¹⁾. In particolare, al fine di recuperare risorse nel momento "acuto" della crisi, il Governo sembrava intenzionato a rivedere il sistema delle provvidenze erogate dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (indennità di accompagnamento *in primis*).

A distanza di due anni, seppure i paventati tagli siano stati scongiurati, non si intravede ancora la possibilità di una riforma globale e intersettoriale in grado di ammodernare l'attuale sistema di sostegno della non autosufficienza in Italia. Il nostro Paese resta l'unico tra le grandi nazioni europee a non aver realizzato una riforma complessiva dell'impianto della *Long-term Care*, continuando in larga misura a basarsi sull'assistenza informale da parte delle famiglie. Famiglie sempre meno numerose e con meno componenti, messe a durissima prova dalla crescente disoccupazione e dalle incerte prospettive di sviluppo del Paese.

Il Rapporto del Network per la Non Autosufficienza, che l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico INRCA di Ancona sostiene e promuove dal suo avvio nel 2009, è oggi una delle rare iniziative mirate a restituire la dovuta visibilità sociale ad una tematica drammaticamente attuale. Come ben illustrato anche quest'anno nel primo capitolo del volume (la "Bussola" di N.N.A.), il sistema di assistenza continuativa in Italia interessa quasi 5 milioni di persone, se si considerano le persone non autosufficienti, i loro familiari, i professionisti dei

⁽¹⁾ Lo scorso 29 luglio 2011, il Ministero dell'economia presentava alla Camera il disegno di legge n. 4566, dal titolo "Delega al governo per la riforma fiscale e assistenziale". Di quest'ultimo, l'articolo 10 era intitolato "Interventi di riqualificazione e riordino della spesa in materia sociale" e conteneva le cd. indicazioni per la "delega assistenziale".

servizi sanitari e sociali e gli assistenti familiari privati. Questi ultimi, in particolare, rappresentano il vero pilastro dell'assistenza continuativa grazie al contributo che, nonostante la crisi ancora in atto, le pensioni e i risparmi accumulati negli anni dalle famiglie riescono a garantire. Per la prima volta, tuttavia, negli ultimi dieci anni, come dimostrano Pasquinelli e Rusmini nel loro contributo al Rapporto, si arresta la crescita del mercato regolare dei lavoratori domestici iscritti all'INPS. Questo dato potrebbe nascondere l'espansione irregolare del mercato dell'assistenza, fatto sta che è oggi impossibile prevedere come questa situazione si evolverà nei prossimi anni. Nonostante le urgenze del Governo attuale sembrino concentrarsi su altre aree di intervento e l'attenzione pubblica sia principalmente interessata alle politiche per la riduzione del debito pubblico, la crescita economica e l'occupazione, è pur vero che il tema della non autosufficienza resta in Italia un vero e proprio "congegno da disinnescare".

Paradossalmente, importanti interventi nel settore potrebbero anche essere realizzati a costi abbastanza contenuti, se comparati ad altri interventi oggi realizzati dallo Stato. Basta considerare come il Fondo per la Non Autosufficienza, risorsa importantissima per le regioni, abbia in passato avuto dotazioni di entità modeste (tra i 100 e i 400 milioni di euro stanziati annualmente); la spesa complessiva per indennità di accompagnamento per anziani non autosufficienti, la cui crescita nel 2011 si è arrestata per la prima volta negli ultimi otto anni, come indicato nel capitolo della Bussola, è pari a circa 9,6 miliardi e copre circa 1 milione e mezzo di anziani. A fronte di simili impegni di risorse, i soli interessi sul debito pubblico si sono attestati quest'anno a 84,4 miliardi di euro, di cui si stima 20 siano la cifra incrementale dovuta alle tensioni internazionali e al differenziale con il Bund tedesco ⁽²⁾.

Tali paragoni stupiscono, se si considera che solo parte di queste risorse potrebbe migliorare in maniera sostanziale la qualità di vita di più di 1 milione e mezzo di persone non autosufficienti e di tutte le loro famiglie (secondo le stime una famiglia italiana su 10). L'erogazione di servizi fondamentali consentirebbe una importante crescita dell'occupazione nel settore (uno dei più *labour-intensive* dell'economia), senza considerare l'ammontare di finanziamenti che (spesi dallo Stato e dalle regioni) tornerebbero in realtà ad essi sotto forma di imposte quali le addizionali IRPEF, l'IVA e l'IRAP.

Il Rapporto N.N.A. anche quest'anno è stato realizzato tramite la collaborazione di professionisti del Network, ricercatori dell'INRCA e altri esperti, accumulati dall'interesse e dalla passione per le tematiche dell'assistenza e della tutela dell'anziano. La collaborazione tra le diverse professioni (clinici, economi-

⁽²⁾ <http://www.ilsole24ore.com/art/finanza-e-mercati/2013-09-10/vero-spread-miliardi-anno-081314.shtml>.

sti, esperti di politica sociale...) in un settore come questo è fondamentale, come a più riprese raccomandato da varie istituzioni internazionali, Unione europea *in primis*. Proprio l'Unione europea segue sempre più da vicino le recenti evoluzioni del nostro sistema di assistenza continuativa (come sottolineato dal recente *Social Investment Package*, che ha anche indicato la possibilità di utilizzare i Fondi strutturali per interventi nel settore dell'assistenza agli anziani ⁽³⁾) e da cui presto, quasi certamente, giungeranno raccomandazioni specifiche in direzione di una riforma.

Nel corso del Rapporto si è mantenuta la classica doppia prospettiva di lettura, ovvero le tematiche affrontate a volte sono state analizzate al livello statale, mentre in alcuni casi si è scesi nel dettaglio delle singole regioni. Le oramai radicate diseguaglianze territoriali sono apparse anche quest'anno evidenti, né è stato possibile cogliere segnali di miglioramento in questo senso, come evidenziato dalla Bussola. Questa edizione del Rapporto contiene importanti approfondimenti sulle regioni italiane ed in particolare su come stiano reagendo alla crisi finanziaria. Se pertanto la crisi aveva rappresentato "l'elefante nella stanza" dei precedenti rapporti, quest'anno tutti i capitoli prodotti l'hanno necessariamente considerata quale la tendenza prorompente da indagare. Crisi che senz'altro ha modificato il modo di lavorare nei servizi e da cui ora tuttavia sentiamo di dover ripartire. Auspichiamo che il volume possa fornire una occasione di aggiornamento e suscitare nuovi spunti di riflessione tra i professionisti impegnati nel settore, cui auguriamo una buona lettura e soprattutto un buon lavoro.

⁽³⁾ Il SIP costituisce un quadro normativo integrato, che tiene conto delle differenze sociali, economiche e di bilancio che caratterizzano i 27 Stati membri. Tre sono i capitoli principali del pacchetto: accrescere la sostenibilità e l'adeguatezza dei sistemi di welfare attraverso la semplificazione e l'adozione di politiche sociali più mirate; migliorare le strategie di inclusione attiva dei cittadini attraverso l'elaborazione di politiche efficaci ispirate al principio di reciprocità; assicurare che i sistemi di protezione sociale rispondano ai bisogni specifici dei cittadini in ogni momento critico della vita, dall'infanzia fino alla vecchiaia.

Introduzione

Anna Banchemo, Enrico Brizioli, Cristiano Gori, Antonio Guaita,
Franco Pesaresi, Marco Trabucchi

Il Rapporto del Network Non Autosufficienza (N.N.A) è giunto alla sua IV edizione e quest'anno propone un quadro dell'evoluzione delle politiche pubbliche caratterizzato da uno sfondo singolare: quello della distanza sempre maggiore tra i bisogni in aumento e le risorse pubbliche disponibili.

Coerentemente con le finalità del Network⁽¹⁾, questo contributo vuole fare il punto sull'assistenza agli anziani nel nostro Paese tenendo conto di diverse prospettive, grazie al consueto approccio multidisciplinare. L'obiettivo è quello di una visione di sistema dei principali cambiamenti in atto e dei nodi più rilevanti per questo particolare momento storico.

L'analisi si apre con la "Bussola", che consolida la propria funzione di sintesi ed aggiornamento dei dati chiave offerti dai sistemi informativi esistenti; quest'anno viene integrata da una lettura dei profili dell'assistenza nelle varie regioni, allo scopo di evidenziare similarità e differenze delle scelte locali. Si prosegue con un capitolo dedicato agli effetti della crisi sui territori: quali tendenze si sperimentano nelle varie realtà negli anni più recenti e quali potrebbero essere, in prospettiva, i rischi per il sistema dell'assistenza? Sono queste alcune delle questioni affrontate nel suddetto passaggio. Per completare il punto sullo stato dell'assistenza, lo sguardo si sposta su due questioni specifiche di particolare rilievo: un approfondimento sugli standard ed i requisiti di qualità nei servizi di assistenza residenziale (un'analisi comparata delle normative che nelle varie regioni regolano i contenuti assistenziali) e una ricognizione sui più recenti orientamenti delle politiche nazionali e locali in tema di "badanti". Un ulteriore contributo cerca di sintetizzare gli effetti delle scelte di finanza pubblica su questo settore, per dare un'idea delle condizioni in cui stanno operando i principali soggetti responsabili dei servizi di welfare. Infine, la discussione si concentra sull'importanza per il futuro immediato dell'intervento di regia statale, probabilmente

(1) La presentazione di N.N.A. e dei suoi obiettivi si può trovare nella nostra introduzione al primo Rapporto. N.N.A. (a cura di), 2009, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.

l'“anello mancante” di questa fase storica, su cui oggi si ripongono sempre maggiori aspettative. Tra i temi affrontati ci sono le prospettive per i livelli essenziali, il coinvolgimento dei diversi livelli di governo e le proposte di riforma sinora avanzate per questo settore. Tale dibattito si conclude con una riflessione su come orientare l'uso delle risorse disponibili per dare risposte ai bisogni di fragilità.

Analogamente alle edizioni precedenti, il volume è disponibile nella versione cartacea, oltre ad essere scaricabile gratuitamente da internet (*www.maggioli.it/rna*) al fine di promuoverne la diffusione. Sul medesimo sito si trovano anche i nostri precedenti Rapporti.

Come da nostra abitudine, dopo aver progettato il Rapporto abbiamo coinvolto nella sua preparazione vari esperti, che desideriamo ringraziare: Francesco Barbabella, Carlos Chiatti, Enza Caruso, Mirko Di Rosa, Filippo Masera, Laura Pelliccia, Sergio Pasquinelli e Giselda Rusmini.

A Laura Pelliccia desideriamo rivolgere un ringraziamento doppio, poiché, oltre a scrivere varie parti del Rapporto, ne ha curato il coordinamento organizzativo ed ha contribuito alla revisione di tutti i testi. Più in generale, Laura ha tirato le fila di questo Rapporto durante tutti i suoi mesi di preparazione e lo ha fatto sempre con intelligenza e lucidità. Detta collaborazione è stata possibile, oltre al supporto dell'INRCA, tramite la borsa di studio “Piero Micossi” del gruppo Kos, soggetto che ringraziamo caldamente per l'iniziativa.

Il nostro sentito ringraziamento va all'Istituto Nazionale di Riposo e Cura degli Anziani che anche quest'anno ha promosso il Rapporto fornendo un prezioso contributo scientifico e finanziario, come sottolineato nella Prefazione di Giuseppe Zuccatelli e Fabrizia Lattanzio.

1. La bussola di N.N.A.: lo stato dell'arte basato sui dati

Francesco Barbabella, Carlos Chiatti, Mirko Di Rosa, Cristiano Gori

1. Introduzione

La Bussola di N.N.A. giunge quest'anno alla sua terza edizione. Nei quattro anni passati dalla sua prima stesura, questa introduzione al Rapporto ha tentato di ricostruire il migliore quadro informativo possibile del settore dell'assistenza continuativa per gli anziani non autosufficienti sulla base delle fonti istituzionali esistenti ⁽¹⁾. Come già chiarito in precedenza (Chiatti *et al.*, 2010, 2011), tale ricostruzione viene realizzata con due principali finalità: analizzare l'andamento dell'offerta degli interventi per anziani non autosufficienti in Italia e, indirettamente, monitorare lo sviluppo dei diversi sistemi informativi nel settore, vista la mancanza di fonti integrate di dati sulla non autosufficienza nel nostro Paese.

Questi due obiettivi assumono una sempre maggior rilevanza nell'attuale contesto storico e sociale. A distanza di due anni dall'ultima edizione della Bussola, la situazione socio-economica in Italia è ulteriormente peggiorata: il Prodotto Interno Lordo (PIL) italiano ha registrato una brusca contrazione nel 2012 (stimata del -2,4% su base annua al 3° trimestre 2012) (ISTAT, 2012a) ed il rapporto debito pubblico/PIL è ulteriormente cresciuto. Questo fa sì che la tematica dell'assistenza agli anziani sia oggi sottorappresentata nell'ambito del dibattito pubblico, sostituita dalle tematiche inerenti alle manovre di riduzione della spesa pubblica e di stimolo dell'economia reale.

D'altro canto, come sottolineato a più riprese, il diffuso processo d'invecchiamento della popolazione non si arresterà e, come anche evidenziato dalla Commissione Europea (Walker, a cura di, 2011), le politiche di sviluppo nel vecchio continente saranno inefficaci se non terranno in considerazione l'evidente dinamica demografica e le sue conseguenze. Tra queste ultime si possono menzionare, ad esempio, la trasformazione della domanda interna (non soltanto in

⁽¹⁾ Come precisazione concettuale, vale la pena ricordare che con l'espressione "offerta di assistenza continuativa" si fa riferimento esclusivamente a quegli interventi a titolarità pubblica rivolti ad anziani non autosufficienti, anche a gestione privata ma finanziati, anche parzialmente, dall'ente pubblico (cfr. Gori e Lamura, 2009).

termini di servizi assistenziali), la diminuzione della popolazione in età da lavoro e l'insorgenza dei nuovi rischi sociali.

In questo contesto, il lavoro di ricostruzione delle fonti e dei dati svolto dalla Bussola auspica di contribuire al dibattito sulla ancora attesa riforma del sistema dell'assistenza per gli anziani non autosufficienti, mostrando l'attuale livello di offerta e individuando eventuali gap. Per quanto riguarda la situazione delle fonti informative nel settore della *Long-term Care (LTC)*, va detto che, pur essendo terminata la fase sperimentale del Sistema Informativo per la Non Autosufficienza (SINA) (Gregori e Paterniti, a cura di, 2011), quest'ultimo non è ancora stato introdotto a pieno regime nelle diverse regioni. Il sistema consentirà in un prossimo futuro una più efficiente attività di monitoraggio delle prestazioni, grazie alla ricostruzione dell'anagrafica degli utenti non autosufficienti (ottenuta dall'integrazione tra sistema informativo centrale del Ministero della salute, degli enti locali e del database dell'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale). Tuttavia le regioni si stanno muovendo in ordine sparso su questo fronte e ancora in molte aree sono in corso di superamento le difficoltà nell'introduzione del nuovo sistema.

Per queste ragioni, è ancora necessaria un'integrazione "manuale" delle fonti informative ufficiali disponibili. Rispetto alla precedente Bussola sono state aggiunte nuove fonti ed altre sono state investigate più a fondo, al fine di presentare una panoramica ancora più dettagliata del contesto italiano. Nel box 1 sono indicate le fonti utilizzate, divise nelle tre categorie già impiegate nel precedente Rapporto:

1. gli interventi di assistenza domiciliare, sia di natura sociosanitaria (Assistenza Domiciliare Integrata, ADI) che sociale (Servizio di Assistenza Domiciliare, SAD);
2. i servizi di assistenza residenziale, sia nella forma di presidi sociosanitari per anziani che di assistenza in *setting* ospedaliero post-acute⁽²⁾;
3. i trasferimenti monetari di natura assistenziale, erogati sotto forma di indennità di accompagnamento per invalidità civile oppure sotto forma di assegni di cura, voucher o altri trasferimenti erogati dai Comuni.

La bussola utilizza, come segno di continuità con le precedenti edizioni (Chiatti *et al.*, 2010, 2011), sia la prospettiva del confronto tra regioni che quella dell'evoluzione temporale di breve e medio periodo. Al pari delle precedenti edi-

(²) L'inclusione di questi servizi può risultare impropria dal punto di vista concettuale e metodologico. Tuttavia l'inserimento dei servizi ospedalieri in regime di post-acute nell'area dei servizi residenziali rappresenta un tentativo di considerare nella sua interezza un'area di servizi strettamente correlati, spesso sovrapposti e confusi tra loro. Le scelte regionali in materia di residenzialità ad esempio riflettono direttamente la struttura e il funzionamento del sistema post-acute.

zioni vanno inoltre menzionate le possibili limitazioni dell'analisi, strettamente dipendenti dalla natura delle fonti utilizzate che, pur costituendo il miglior patrimonio di dati disponibile per l'Italia, possono in alcuni casi presentare problemi di rappresentatività, completezza e accuratezza.

Box 1 - Gli interventi di assistenza continuativa a titolarità pubblica per anziani non autosufficienti analizzati e le fonti utilizzate dalla "Bussola" N.N.A. 2013

Area d'intervento	Intervento	Fonte istituzionale disponibile	Ultimo anno disponibile
Servizi domiciliari	Assistenza Domiciliare Integrata	Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere – Annuario statistico del servizio sanitario nazionale (Ministero della salute)	2010
		Banca dati di indicatori territoriali per le politiche di sviluppo (ISTAT)	2011
	Servizio di Assistenza Domiciliare	Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati (ISTAT)	2010
Servizi residenziali	Presidi socioassistenziali e socioassistenziali	I presidi residenziali socioassistenziali e socio-sanitari (ISTAT)	2010
	Assistenza in regime ospedaliero post-acuzie	Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Ministero della salute)	2010
Trasferimenti monetari	Indennità di accompagnamento	Beneficiari delle prestazioni pensionistiche: statistiche della previdenza e dell'assistenza (ISTAT)	2010
		Rendiconti generali (INPS)	2011
		Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario (Ragioneria Generale dello Stato)	2011

2. Il bisogno di assistenza: uno sguardo al futuro

Che lo scenario demografico italiano rappresenti uno dei più longevi a livello internazionale è oramai ben noto (Herrmann *et al.*, 2010) ed è stato ribadito a più riprese nelle precedenti edizioni della Bussola. Secondo le stime ISTAT (2013b), nel 2011 gli ultrasessantacinquenni in Italia erano circa 12 milioni e 301 mila, mentre gli ultrasettantacinquenni superavano i 6 milioni e 147 mila unità. L'invecchiamento della generazione del *baby boom* (i nati negli anni Cinquanta) ed il basso livello di nascite nel Paese contribuiranno ad accrescere ulteriormente il peso relativo degli over 65 sulla popolazione complessiva, che è già passata dal 19% nel 2003 ad oltre il 20% nel 2011 (*ibidem*).

Il divario tra anziani e giovani nel nostro Paese si riflette ulteriormente nel rapporto tra over 65 e popolazione attiva, come evidenziato dall'andamento di

altri due importanti indici demografici: *a)* l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, per il quale è previsto un incremento dal valore attuale di 146,8 nel 2012 a 207,1 nel 2030 e *b)* l'indice di dipendenza strutturale degli anziani, cioè il rapporto percentuale tra la popolazione con 65 anni ed oltre e quella in età attiva, che pure passerà nello stesso intervallo di tempo dall'odierno 32% al 43% nel 2030.

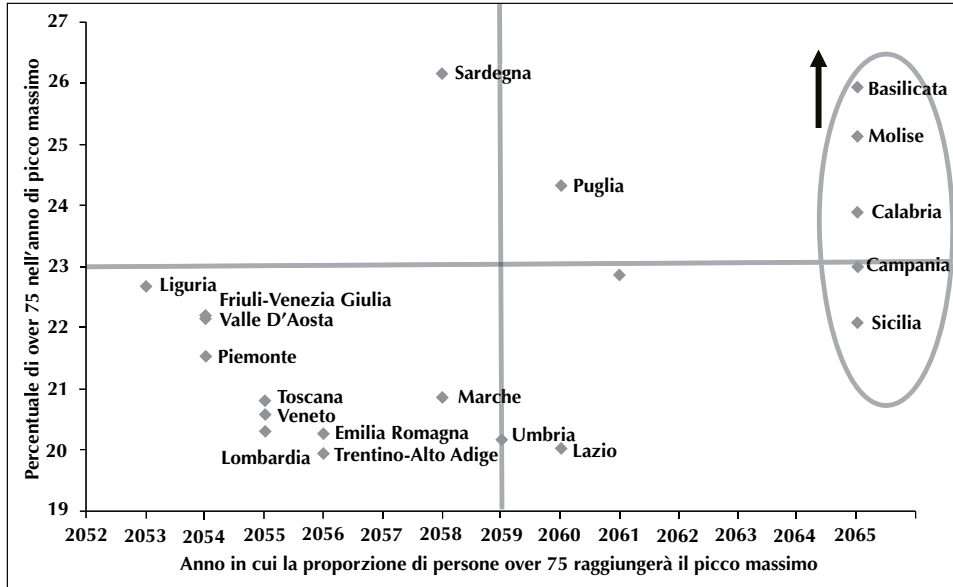
È interessante riflettere su come il mutamento della struttura demografica del Paese sarebbe anche più repentino in assenza dei consistenti flussi di immigrazione straniera. In una ipotetica assenza di questo flusso, l'equilibrio demografico peggiorerebbe ulteriormente e l'incidenza relativa dei cittadini over 65 e 75 sul totale passerebbe rispettivamente ad essere del 22 e 11% (anziché 20 e 10%): gli stranieri regolari in Italia oggi, infatti, sono circa 4,6 milioni e di questi la quasi totalità (circa il 98%) ha meno di 65 anni.

Al di là delle considerazioni di carattere nazionale, sono da meglio comprendere le differenze regionali che esistono in merito all'evoluzione del processo di invecchiamento. Le regioni italiane sono state infatti storicamente caratterizzate da notevoli differenze nei fondamentali demografici, ovvero nei tassi di natalità, di mortalità e migratori, differenze che si trovano oggi riflesse nelle caratteristiche delle popolazioni residenti.

In questo senso, la figura 1 mostra una previsione (basata sulle proiezioni demografiche ISTAT) di come le diverse regioni italiane potrebbero raggiungere il proprio picco di anziani residenti sia in termini temporali che di intensità: sull'asse delle ascisse si indica l'anno in cui in una certa regione si dovrebbe verificare il picco massimo nella proporzione di over 75 sulla popolazione totale, mentre nell'asse delle ordinate si riporta il valore percentuale di questo picco. Questa informazione è interessante poiché il fenomeno dell'invecchiamento demografico in una popolazione tende a raggiungere un massimale per poi assestarsi nel tempo ad un livello leggermente inferiore.

Si nota innanzitutto come l'invecchiamento della popolazione delle regioni italiane continuerà ancora a lungo e la situazione ad oggi osservata non sia altro in realtà che quella di "metà percorso". La regione che per prima toccherà il livello massimale di popolazione anziana sembra essere infatti la Liguria tra 40 anni (nel 2053), con una percentuale di over 75 pari a circa il 22,5%. L'anno successivo sarà la volta di Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Piemonte, mentre le regioni del Sud Italia continueranno a sperimentare incrementi del gruppo di popolazione over 75 per lungo tempo, non raggiungendo il massimale neppure nel 2065, ultimo anno di cui sono disponibili le proiezioni ISTAT. Quello che si nota, inoltre, sono le differenze nel valore dei massimali di invecchiamento: ad esempio, tra Sardegna e Lazio esistono più di 6 punti percentuali di differenza nella proporzione di anziani ultrasessantacinquenni nel momento del loro picco, un fatto che inciderà non poco nella pianificazione e implementazione dei servizi sociosanitari regionali.

Figura 1 - Processo di invecchiamento nelle regioni italiane nel prossimo futuro (percentuale di persone con 75 anni e più sulla popolazione totale)



Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2013b) utilizzando lo "scenario centrale".

A proposito degli scenari futuri, vale la pena ricordare che fragilità, cronicità e disabilità (come pure la stessa non autosufficienza) non sono concetti sovrapponibili (Fried *et al.*, 2004), e mai come oggi esistono strumenti e politiche per favorire e promuovere una vita longeva attiva ed in buona salute. I nuovi anziani saranno sempre più istruiti, competenti e pronti ad impegnarsi nella vita sociale ed economica del Paese al di là dell'età anagrafica. Tuttavia, vanno considerati i rischi suggeriti a livello epidemiologico dai dati esistenti, dai quali è evidente come nelle coorti più anziane aumentino la prevalenza e l'incidenza delle principali patologie età-correlate. Questo fatto è ben evidenziato dall'Eurostat (2013): se nel complesso oltre la metà degli italiani (52%) dichiara di sentirsi in buona salute, questa proporzione si riduce per le fasce di età più alta (34% per coloro di età compresa tra i 65 e i 74 anni; 17% tra i 75 e gli 84 anni; 13% per gli ultraottantacinquenni). Il dato è ulteriormente confermato dalla proporzione di italiani che dichiarano di avere una malattia o un problema di salute cronici. Questa situazione è vissuta complessivamente dal 23% dei soggetti. Tuttavia, la proporzione si incrementa per la popolazione anziana, superando la metà dei cittadini di età compresa tra i 75 e gli 84 anni (e sfiorando il 64% tra gli over 85) (Eurostat, 2013).

La stessa situazione si verifica per quanto riguarda le limitazioni percepite nello svolgimento delle attività quotidiane (dato riferito al 2009). Oltre il 73%

degli italiani non riferisce alcuna limitazione, tuttavia, guardando i tassi specifici per fasce di età, la proporzione di persone over 65 con limitazioni si attesta intorno al 40% e, soprattutto per i grandi anziani, tali limitazioni vengono percepite come gravi (lo riporta il 39% degli over 85).

3. I servizi domiciliari

Secondo il recente *Dementia 2012 Report* della Alzheimer's Society del Regno Unito (Lakey *et al.*, 2012), il costo per il welfare inglese dell'assistenza a domicilio per un anziano con demenza si aggira attorno ai 17.300 euro l'anno nel caso di patologia in fase iniziale, cifra che aumenta a circa 24.200 e 34.000 euro per le fasi intermedia e terminale. Nei casi in cui il paziente è costretto a trasferirsi presso una struttura residenziale, il costo dell'assistenza raggiunge i 37.200 euro l'anno.

L'aggravio economico con il passaggio dal *setting* assistenziale domiciliare a quello residenziale è confermato anche per altre tipologie di persone non autosufficienti (Chappell *et al.*, 2004; Genworth, 2012), e rende pertanto sempre più urgente la necessità di rafforzare la rete dei servizi territoriali – in Italia tradizionalmente poco diffusi rispetto ad altri paesi dell'Europa Settentrionale – per consentire ai pazienti di vivere il più a lungo possibile nella propria abitazione.

In particolare, l'offerta di assistenza a carattere sociosanitario da parte delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), all'interno della quale rientra l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), risulta molto eterogenea: dai dati disponibili, sembrerebbe che non tutte le regioni italiane abbiano recepito l'importanza strategica di investire nel settore della domiciliarità. Secondo gli ultimi dati resi disponibili dall'ISTAT (2013a) (Tab. 1), i servizi di ADI per anziani⁽³⁾ nel periodo tra il 2005 e il 2011 sono cresciuti in Emilia-Romagna (+5,2%), Umbria (+3,1%), Abruzzo (+2,9%), Provincia Autonoma (P.A.) di Trento (+2,8%) e Sardegna (+2,7%). Nelle altre regioni d'Italia si sono registrati incrementi più lievi della copertura del servizio, mentre in Friuli-Venezia Giulia e Molise la copertura del servizio, in termini di quota di utenza servita, è diminuita sensibilmente (rispettivamente del -2,0 e -2,6%).

Il dato recente più interessante è la stabilizzazione del livello di copertura a livello nazionale tra il 2010 e il 2011, contrariamente ai trend di continua crescita

⁽³⁾ Anche quest'anno utilizzeremo la classificazione "tradizionale" dei servizi domiciliari e mostreremo i dati relativi ad Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD). Continuano a non essere disponibili dati secondo la classificazione di Cure Domiciliari della Commissione Nazionale per i Livelli Essenziali di Assistenza, che distingue tra servizi di Cure Domiciliari (CD) a carattere sanitario prestazionali, integrate di primo, secondo e terzo livello, e Cure Palliative per malati terminali (Ministero della salute, 2006).

a cui abbiamo assistito negli scorsi anni. In ben quindici regioni italiane si sono registrate variazioni annuali praticamente irrilevanti (tra il -0,5 e il +0,5%), mentre solo Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna hanno visto diminuire sostanzialmente il tasso di copertura dell'ADI per anziani: la prima, come effetto di un trend pluriennale di progressiva limitazione del servizio; la seconda, come probabile reazione alla percentuale troppo elevata di utenti raggiunta negli scorsi anni (ben il 10,6%, la regione più "generosa" in Italia).

Tabella 1 - Copertura dei servizi di assistenza domiciliare integrata in Italia (% sulla popolazione anziana) e intensità

Regione	2005	2008	2010	2011	Δ 2005-2011	Δ 2010-2011	Ore anno ADI per utente anziano (2010)
Piemonte	1,8	1,9	2,2	2,0	+0,2	-0,2	14
Valle d'Aosta	0,1	0,4	0,4	0,4	+0,3	=	61
Lombardia	3,2	4,0	4,3	4,1	+0,9	-0,2	19
Trentino-Alto Adige	0,6	0,5	2,1	2,1	+1,5	=	n.d.
<i>P.A. Bolzano</i>	<i>0,3</i>	<i>n.d.</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>	<i>+0,1</i>	<i>=</i>	<i>n.d.</i>
<i>P.A. Trento</i>	<i>0,8</i>	<i>1,0</i>	<i>3,6</i>	<i>3,6</i>	<i>+2,8</i>	<i>=</i>	<i>12</i>
Veneto	5,0	6,0	5,5	5,4	+0,4	-0,1	10
Friuli-Venezia Giulia	8,0	7,3	6,8	6,0	-2,0	-0,8	4
Liguria	3,2	3,2	3,5	3,8	+0,6	+0,3	26
Emilia-Romagna	5,4	6,1	11,6	10,6	+5,2	-1,0	20
Toscana	2,1	2,0	2,3	2,4	+0,3	+0,1	22
Umbria	4,1	5,1	7,7	7,2	+3,1	-0,5	13
Marche	3,3	4,1	3,5	3,4	+0,1	-0,1	29
Lazio	3,3	3,5	4,7	5,0	+1,7	+0,3	16
Abruzzo	1,8	4,2	4,9	4,7	+2,9	-0,2	32
Molise	6,1	2,2	3,3	3,5	-2,6	+0,2	75
Campania	1,4	1,7	2,1	2,4	-1,0	+0,3	36
Puglia	2,0	1,8	1,8	2,0	=	+0,2	43
Basilicata	3,9	4,0	5,0	5,9	+2,0	+0,9	54
Calabria	1,6	2,6	2,8	2,9	+1,3	+0,1	22
Sicilia	0,8	0,9	1,5	2,1	+1,3	+0,6	28
Sardegna	1,1	2,0	2,5	3,8	+2,7	+1,3	52
Italia	2,9	3,3	4,1	4,1	+1,2	=	20

Fonte: ISTAT (2013a) e Ministero della salute (2013).

In termini di ore annuali di assistenza fornita ⁽⁴⁾ (Tab. 1), solo alcune regioni italiane rientrano in un *range* tra 16 e 26 ore annuali, vicine alla media nazio-

⁽⁴⁾ Ricordiamo che le ore di assistenza sommano le prestazioni di infermieri, terapisti della riabilitazione e altri operatori.

nale di 20 ore (Ministero della salute, 2013): è evidente che si tratta, in ogni caso, di un'intensità del servizio molto bassa se confrontata con altri Paesi europei (Garms-Homolová *et al.*, 2012). Altre regioni del Nord Italia registrano intensità molto più basse, come il Veneto (10 ore) e il Friuli-Venezia Giulia (4). Nel Mezzogiorno la tendenza è invece quella di offrire servizi di più lunga durata (come in Molise, Basilicata, Puglia e Sardegna, tutte tra le 43 e le 75 ore in media), ma con una copertura generalmente minore degli anziani beneficiari.

Tabella 2 - Copertura e intensità dei servizi di assistenza domiciliare in Italia (anno 2010)

Regioni e ripartizioni geografiche	Indicatore di presa in carico degli utenti anziani (per 100 persone anziane)	Spesa media per utente anziano
Piemonte	1,0	1.629
Valle d'Aosta	4,8	4.393
Lombardia	1,7	1.826
Trentino-Alto Adige	4,2	3.506
P.A. Bolzano	4,8	2.979
P.A. Trento	3,7	4.113
Veneto	1,4	1.628
Friuli-Venezia Giulia	2,2	2.352
Liguria	1,1	2.173
Emilia-Romagna	1,4	1.822
Toscana	0,8	2.842
Umbria	0,3	2.632
Marche	0,8	2.339
Lazio	1,0	2.950
Abruzzo	1,7	1.866
Molise	2,4	937
Campania	1,4	1.483
Puglia	1,3	1.539
Basilicata	1,6	1.424
Calabria	1,5	1.004
Sicilia	1,9	1.665
Sardegna	2,6	3.255
Italia	1,4	2.014

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2013c).

Sull'altro versante dell'assistenza domiciliare, quello relativo ai servizi erogati dai comuni nel territorio, il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) si configura come il principale intervento a favore degli anziani con difficoltà nello svolgimento delle attività strumentali della vita quotidiana (le cd. IADL). Sulla base dei risultati dell'indagine su *Gli interventi e i servizi sociali dei comuni* dell'ISTAT (2013c), anche in questo settore le regioni italiane sembrano comportarsi in modo differente (Tab. 2). In Italia sembrano consolidarsi negli anni due diversi trend nell'ambito dell'erogazione di SAD alla popolazione anziana: da una parte, i dati

confermano che dal 2006 al 2010 c'è stato un calo dello 0,41% (dall'1,85 all'1,44%) di utenti del SAD tra gli ultrasessantacinquenni (nel 2010 il servizio è fornito a circa 176.000 persone over 65 anni); dall'altro lato, la spesa media per singolo utente anziano è in lieve aumento, passando dai 1.646 euro del 2006 ai 2.014 del 2010. Tali cambiamenti nel medio periodo derivano in gran parte da un'effettiva diminuzione delle risorse dei comuni, particolarmente colpiti negli ultimi anni dai tagli dei finanziamenti portati avanti dai vari governi centrali (Gori, 2012).

In particolare, le regioni del Centro Italia rappresentano un'anomalia nel panorama nazionale: in quest'area si registra generalmente un tasso di copertura molto inferiore alla media italiana (dallo 0,3% dell'Umbria all'1% del Lazio), ma una spesa per utente particolarmente elevata (dai 2.300 ai 3.000 euro circa). Inoltre, i dati sull'erogazione del servizio rafforzano l'idea di un gap "Nord-Sud" che va ampliandosi. La percentuale di comuni coperti dal SAD, infatti, registra ancora significative differenze tra un Settentrione quasi completamente coperto (oltre il 93% dei comuni) e le regioni del Centro e del Meridione significativamente indietro nell'erogazione del servizio (rispettivamente solo l'84% e il 78% dei comuni).

4. I servizi residenziali

Nelle scorse edizioni della Bussola, l'analisi del sistema dei servizi residenziali nelle regioni italiane si è basata sull'indagine *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia* dell'ISTAT (2010). Dopo una interruzione di due anni, lo studio è tornato nuovamente disponibile con il titolo *Presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari* (ISTAT, 2012b). Tuttavia, se da un lato il format revisionato dovrebbe garantire una migliore qualità delle informazioni sull'offerta di residenzialità, la nuova metodologia di raccolta dati impedisce di confrontare le serie storiche di alcuni indicatori.

Pertanto, pur in mancanza di indicatori completamente compatibili con i dati mostrati dalle precedenti Bussole, è possibile sostenere che il quadro dell'offerta di assistenza residenziale in Italia risulta confermato rispetto a quanto rilevato negli anni precedenti. Come mostra la tabella 3, le regioni del Nord si distinguono per la maggiore dotazioni di posti letto per abitanti, tutte tra il 3% della Liguria e il 4% del Piemonte (con Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige anche oltre), mentre nel Sud Italia l'offerta di residenzialità resta abbondantemente al di sotto della media italiana del 2,5% (ISTAT, 2012b).

Per quanto riguarda l'accesso ai presidi assistenziali e sociosanitari da parte di anziani non autosufficienti, sempre secondo la serie storica dei dati ISTAT (2004, 2010, 2012b), negli ultimi anni il tasso degli utenti ultrasessantacinquenni di queste strutture sulla popolazione anziana è salito in modo significativo: si è passati da un tasso stabile dell'1,4% tra il 2000 e il 2006 all'1,8% del 2010. Al con-

trario, l'accesso a residenze dedicate ad anziani autosufficienti ha visto una lieve diminuzione, dallo 0,8% di anziani che ne hanno usufruito nel 2000 allo 0,6% nel 2010 (Tab. 3).

Tabella 3 - Dotazione posti letto complessivi e tasso di anziani non autosufficienti ospiti nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari per livello di assistenza sanitaria erogata e regione, presenti il 31 dicembre 2010 (valori % pop. anziana)

Regione	P.I. presidi residenziali	Livello di assistenza sanitaria				
		Assente	Basso	Medio	Alto	Totale
Piemonte	4,0	0,2	0,1	1,7	0,7	2,5
Valle d'Aosta	6,7	0,0	0,6	0,7	2,3	3,6
Liguria	3,0	0,0	0,8	0,8	0,2	1,9
Lombardia	3,7	0,0	0,1	1,9	1,3	3,3
Trentino-Alto Adige	-	0,0	0,1	1,5	2,7	4,3
P.A. Bolzano	4,4	0,0	0,0	0,0	4,3	4,4
P.A. Trento	4,9	0,0	0,3	2,9	1,2	4,3
Veneto	3,6	0,0	0,9	1,6	0,4	2,9
Friuli-Venezia Giulia	3,9	0,0	0,5	1,6	0,8	2,9
Emilia-Romagna	3,3	0,0	0,4	1,8	0,3	2,5
Toscana	2,0	0,0	0,1	0,9	0,4	1,4
Umbria	1,3	0,0	0,1	0,6	0,2	0,9
Marche	2,4	0,2	1,1	0,0	0,3	1,6
Lazio	1,4	0,0	0,0	0,2	0,2	0,5
Abruzzo	1,8	0,0	0,1	0,7	0,2	1,1
Molise	2,3	0,0	0,0	0,8	0,1	1,0
Campania	1,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,3
Puglia	1,1	0,0	0,1	0,3	0,1	0,6
Basilicata	1,1	0,0	0,2	0,5	0,0	0,7
Calabria	1,0	0,0	0,0	0,4	0,2	0,6
Sicilia	1,6	0,0	0,1	0,5	0,1	0,7
Sardegna	1,5	0,0	0,3	0,5	0,1	0,9
Italia	2,5	0,0	0,2	1,0	0,5	1,8

Fonte: ISTAT (2012b).

Nonostante la nuova indagine ISTAT, l'analisi del settore residenziale in Italia resta per certi aspetti critica. Da una parte, l'evoluzione dei servizi residenziali che è stata messa in luce sopra potrebbe risentire dei cambiamenti intercorsi nella metodologia di raccolta dati. D'altro canto, persiste una certa discrepanza tra le indagini ISTAT menzionate (2010, 2012b) e altre fonti ufficiali ⁽⁵⁾, la quale complica il raffronto delle informazioni. Tali inconsistenze tra basi di dati sono in parte

⁽⁵⁾ Ad esempio, l'annuario statistico del Ministero della salute sulle *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere* (sezione "Strutture sanitarie – Assistenza agli anziani e ai disabili fisici").

conseguenza delle diverse soluzioni organizzative in tema di residenzialità esistenti nelle varie regioni, che di fatto impediscono di comparare gli stessi dati di attività. A tal proposito, si rimanda per un approfondimento al successivo capitolo 4, dedicato al tema della qualità nelle strutture residenziali in Italia.

Tabella 4 - Dotazione di posti letto per non acuti, tassi di ospedalizzazione per discipline di riabilitazione e lungodegenza nelle regioni Italiane (anno 2010)

Regione	Posti letto per non acuti *	Riabilitazione tasso su pop. 75 anni e oltre		Lungodegenza tasso per 1.000 abitanti	
	Tasso per 1.000 ab.	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	1,0	23,69	25,91	2,18	2,76
Valle d'Aosta	0,6	25,42	20,72	0,84	0,68
Lombardia	0,8	39,15	38,37	0,63	1,32
<i>P.A. Bolzano</i>	<i>0,6</i>	<i>24,94</i>	<i>33,68</i>	<i>3,49</i>	<i>5,36</i>
<i>P.A. Trento</i>	<i>1,3</i>	<i>35,64</i>	<i>31,69</i>	<i>2,18</i>	<i>3,72</i>
Veneto	0,6	16,58	19,42	1,87	2,43
Friuli-Venezia Giulia	0,3	6,90	7,31	1,53	1,90
Liguria	0,5	22,03	23,10	0,44	0,58
Emilia-Romagna	0,9	8,58	8,49	5,87	8,35
Toscana	0,3	11,02	12,03	0,57	0,86
Umbria	0,3	9,09	10,26	0,34	0,37
Marche	0,6	8,25	9,60	2,70	3,40
Lazio	1,1	24,04	30,20	1,39	2,09
Abruzzo	0,6	14,93	19,84	1,64	2,28
Molise	1,0	17,80	23,26	1,25	1,58
Campania	0,4	11,01	12,47	1,57	1,41
Puglia	0,4	18,33	16,44	1,11	1,39
Basilicata	0,5	10,38	18,44	1,08	1,72
Calabria	0,5	12,21	13,88	1,19	1,57
Sicilia	0,3	7,42	9,75	0,68	0,67
Sardegna	0,2	4,31	6,52	0,50	0,74
Italia	0,6	18,26	20,20	1,57	2,13

* Sono considerate le seguenti discipline: 22 Residuale manicomiale, 28 Unità spinale, 56 Recupero e riabilitazione funzionale, 60 Lungodegenti, 75 Neuro-riabilitazione, 99 Cure palliative/hospice.

Fonte: Ministero della salute (2011).

Come accennato in precedenza, le scelte regionali di programmazione ospedaliera influenzano indirettamente il settore della residenzialità. Sono in particolare la struttura del sistema delle post-acuzie e la sua integrazione con il territorio che incidono sui percorsi dei pazienti non autosufficienti che sono in fase di recupero dagli esiti di un episodio acuto. Per quanto riguarda la struttura delle reti ospedaliere regionali, la lettura dei dati del Ministero della salute (2011) relativi all'anno 2010 (Tab. 4) rivela che la dotazione di posti letto (p.l.) è molto elevata

in Piemonte, P.A. di Trento, Lazio e Molise, considerata una media italiana di 0,6 p.l. per 1.000 abitanti. In Umbria, Toscana e Friuli-Venezia Giulia i posti letto sono meno numerosi, e questo si riflette in tassi di ospedalizzazione in riabilitazione e lungodegenza inferiori alla media.

5. I trasferimenti monetari

Il sistema LTC italiano ha compensato tradizionalmente le carenze dell'offerta di servizi diretti con meccanismi di trasferimento monetario. Il costo di questi trasferimenti, in particolare quello per l'indennità di accompagnamento ⁽⁶⁾, è quindi cresciuto velocemente nel corso degli anni, in parte riflettendo l'effettiva evoluzione del bisogno della popolazione, in parte riflettendo diversi fattori culturali ed organizzativi. Tra questi ultimi si possono menzionare, ad esempio, la maggior consapevolezza dell'utenza circa i propri diritti, ma anche i difetti nel sistema di gestione delle indennità. Questi difetti, tra l'altro, hanno ingenerato iniquità e disuguaglianze tra i cittadini in stato di bisogno: basti pensare che per lungo tempo l'ente responsabile per la certificazione del bisogno e la concessione dell'indennità (la regione tramite le Aziende del Servizio Sanitario Regionale) è stato diverso dall'ente responsabile del finanziamento della misura (lo Stato centrale, tramite l'INPS).

Considerato questo, non è sorprendente che la crescita costante della diffusione delle indennità sia stata disomogenea tra le regioni e, come notato in precedenza, non sempre si è potuta osservare una relazione tra tassi di disabilità (indicatori del bisogno e di probabile esistenza del diritto all'indennità) e tassi di fruizione di questa misura di sostegno (Chiatti *et al.*, 2011), nonostante i recenti tentativi di riformare l'indennità (Chiatti e Di Rosa, 2011).

Quello che è possibile osservare dai dati pubblicati dall'INPS è che, per la prima volta negli ultimi otto anni, si è verificata una sostanziale frenata della spesa per indennità. Nel 2011 la spesa complessiva per indennità di accompagnamento si è attestata attorno ai 12,7 miliardi di euro (-0,2% rispetto al 2010) (INPS, vari anni), di cui circa 9,6 miliardi per anziani disabili, una spesa di fat-

⁽⁶⁾ L'indennità di accompagnamento è stata istituita dalla legge n. 18/1980 come prestazione di sostegno economico a soggetti che non sono in grado di deambulare autonomamente e/o richiedono un'assistenza continua per svolgere gli atti della vita quotidiana. La prestazione è erogata dall'INPS, tuttavia, nella sua forma originale, il bisogno che è alla base della concessione, considerato estremo e quindi non graduato, viene valutato da parte di una commissione medica della ASL di competenza esclusivamente da un punto di vista funzionale. L'indennità è concessa indipendentemente dal reddito del beneficiario ed è impiegabile liberamente senza alcun vincolo di destinazione.

to uguale a quella dell'anno precedente (Ragioneria Generale dello Stato, vari anni) (Tab. 5).

È probabile che questo rallentamento sia riconducibile alle modifiche al procedimento di concessione dell'indennità introdotte nel 2009 e agli effetti indotti dai piani straordinari di verifica dell'invalidità civile ⁽⁷⁾ (per un'analisi di queste vicende si rimanda a Merlo, 2011). In particolare, questi controlli si sono andati a sommare alle attività ordinarie di accertamento della permanenza dei requisiti sanitari (nonché reddituali, nel caso delle pensioni di invalidità) degli utenti. Ne è risultato un aumento della severità nell'ammissione di nuovi beneficiari, i cui effetti saranno discussi nel capitolo 3 di questo rapporto.

Non essendo ancora disponibile il dato sui beneficiari anziani relativo al 2011, si può ipotizzare che l'aumento della spesa nominale per indennità di accompagnamento dovuta ai nuovi beneficiari sia stata bilanciata dalle cessazioni dei rapporti in essere (per decesso o per decadimento del diritto su accertamento dell'INPS), assumendo dunque una stabilità del livello di copertura del beneficio. Tale situazione è comunque sorprendente se si considera che dal 2010 al 2011, come ogni anno, si è proceduto all'adeguamento inflazionario degli importi delle indennità, passate da 480,47 a 487,39 euro mensili.

Tabella 5 - Andamento della spesa per indennità di accompagnamento nella popolazione generale e negli anziani in Italia (2008-2011)

Anni	Spesa per indennità di accompagnamento per beneficiari totali (in milioni €)	Incremento della spesa totale per indennità rispetto all'anno precedente (in %)	Spesa per indennità di accompagnamento per beneficiari 65+ (in milioni €)	Incremento della spesa per beneficiari 65+ per indennità rispetto all'anno precedente (in %)
2008	11.492	-	8.821	-
2009	12.383	7,8%	9.422	6,8%
2010	12.762	3,1%	9.622	2,1%
2011	12.734	-0,2%	9.629	0,1%

Fonte: i dati sulla spesa per i beneficiari totali (tutte le età) sono ripresi dall'INPS (anni vari). I dati sulla spesa per i soli anziani sono calcolati dalle percentuali di spesa sul PIL fornite dalla Ragioneria Generale dello Stato (anni vari), utilizzando il valore del PIL italiano pubblicato dall'OCSE (<http://stats.oecd.org/>, accesso ad agosto 2013).

⁽⁷⁾ Tali piani, previsti annualmente a partire dal 2009 (si veda la legge n. 133/2008, art. 80), hanno visto coinvolti un numero consistente di accertamenti tra beneficiari di pensioni di invalidità e/o indennità di accompagnamento al fine di verificare la sussistenza e/o permanenza dei requisiti sanitari e reddituali nei confronti dei titolari di benefici economici. In particolare, sono stati effettuati dall'INPS 200.000 controlli nel 2009, 100.000 nel 2010, 250.000 nel 2011, 250.000 nel 2012. Per il triennio 2013-2015 sono previsti altri 450.000 controlli totali (legge n. 228/2012).

Per quanto riguarda la copertura della prestazione nelle regioni, secondo i dati ISTAT su *I beneficiari delle prestazioni pensionistiche* (vari anni) ⁽⁸⁾, l'utenza complessiva dell'indennità nel 2010 ammontava a più di 1,5 milioni di anziani (Tab. 6). Tra gli over 65 il tasso di fruizione dell'indennità era pari al 12,5%, con un minimo di 8,4% in Trentino-Alto Adige ed un picco di 19,5% in Umbria. In linea generale, le regioni del Nord presentano una copertura più bassa (ben quattro regioni sono al di sotto del 10%), mentre quelle del Sud, alle prese con servizi formali sul territorio meno sviluppati e accessibili, hanno tassi di fruizione sensibilmente più elevati della media nazionale (tra cui spiccano Calabria e Campania, rispettivamente con il 17,6 e il 17,2% di anziani beneficiari).

Tabella 6 - Numero beneficiari e tassi percentuali di fruizione indennità di accompagnamento nella popolazione anziana e generale delle regioni italiane

Regione	2010		Δ 2005-2010
	beneficiari 65+	% beneficiari su popolazione 65+	% beneficiari su popolazione 65+
Piemonte	95.296	9,4	+1,2
Valle d'Aosta	2.608	9,8	+0,4
Liguria	46.489	10,7	+0,4
Lombardia	195.745	9,9	+0,9
Trentino-Alto Adige	16.068	8,4	+0,4
Veneto	105.334	10,8	+1,3
Friuli-Venezia Giulia	32.871	11,4	+0,4
Emilia-Romagna	107.311	10,9	+0,6
Toscana	97.443	11,2	+0,8
Umbria	40.566	19,5	+2,6
Marche	48.762	13,9	+1,9
Lazio	151.347	13,5	+3,1
Abruzzo	41.893	14,7	+2,0
Molise	8.669	12,4	+3,8
Campania	159.537	17,2	+2,8
Puglia	114.117	15,3	+4,1
Basilicata	16.049	13,6	+2,4
Calabria	66.034	17,6	+2,1
Sicilia	133.442	14,4	+3,1
Sardegna	51.018	16,0	+1,9
Italia	1.530.599	12,5	+1,7

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT, *Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. II. I beneficiari delle prestazioni pensionistiche* (vari anni).

⁽⁸⁾ Come già segnalato nel 2° Rapporto N.N.A., le informazioni sull'indennità di accompagnamento a livello regionale sono riprese dall'indagine ISTAT sui trattamenti pensionistici. Pur essendo meno recenti di quelle rilasciate dall'INPS, hanno diversi vantaggi sul versante dell'accuratezza dei dati (si veda in merito Chiatti *et al.*, 2010).

Analizzando il trend nel medio periodo tra il 2005 ed il 2010 (ISTAT, vari anni), si può notare dalla Tabella 5 come il tasso di fruizione dell'indennità di accompagnamento sia aumentato indistintamente in tutte le regioni italiane, nessuna esclusa. In molte regioni del Nord l'incremento è stato inferiore all'1%, mentre nel Centro-Sud i tassi di fruizione sono aumentati in maniera più consistente, fino al 3,8% del Molise e al 4,1% della Puglia. Per quanto riguarda invece il numero assoluto di beneficiari anziani, l'aumento dal 2005 al 2010 è stato di 300.000 utenti.

6. Uno sguardo d'insieme

Una rilettura complessiva dei dati disponibili nell'area dell'assistenza continuativa per anziani non autosufficienti in Italia sembra suggerire, innanzitutto, che lo sviluppo del settore si sia ulteriormente rallentato. Sembrerebbe essersi arrestata la pur lieve espansione dei servizi nel Paese osservata negli anni precedenti, fenomeno questo che riflette con ogni probabilità i primi segnali della crisi economica in atto, così come rilevati dai dati che coprono un arco temporale successivo al 2008.

In generale, si può notare come tutti i servizi per anziani non autosufficienti abbiano limitato negli ultimi anni la loro copertura, mantenendo invariato il tasso di utenti sulla popolazione anziana o addirittura diminuendolo. L'ADI è rimasta invariata tra il 2010 e il 2011 (stabile al 4,1%), mentre il SAD è sceso dall'1,7% dei potenziali utenti ultrasessantacinquenni nel 2008 all'1,4% nel 2010 (-0,3%). Il tasso di fruizione delle indennità di accompagnamento nel 2010 è del 12,5%, con una contrazione dello 0,4% rispetto al 12,9% dell'anno precedente. Infine, il dato sulla residenzialità suggerisce una leggera diminuzione dei non autosufficienti in residenze nel periodo tra il 2009 ed il 2010 (un calo di circa lo 0,5%).

Tabella 7- Andamento della spesa pubblica per *Long-term Care* per anziani non autosufficienti secondo le diverse componenti di spesa (% su PIL) (Anni 2005-2011)

Spesa pubblica per LTC per anziani non autosufficienti	Anni				
	2005	2008	2010	2011	Δ 2005- 2011
A) Componente sanitaria per LTC	0,46	0,49	0,51	0,51	+ 0,05
B) Indennità di accompagnamento	0,49	0,56	0,62	0,61	+ 0,12
C) Spesa sociale dei Comuni	0,11	0,13	0,15	0,17	+ 0,06
D) Totale	1,07	1,18	1,28	1,28	+ 0,21

Fonte: Ragioneria Generale dello Stato (anni vari). La somma delle singole componenti di spesa per ogni anno può non essere uguale al totale indicato (fornito dalla Ragioneria Generale dello Stato) per effetto degli arrotondamenti.

Questi trend risultano ulteriormente confermati dalla lettura congiunta di questi dati con quelli relativi all'andamento della spesa pubblica per LTC (Tab. 7). La percentuale di PIL destinata alla spesa per anziani non autosufficienti, pur essendo cresciuta rispetto al 2005, è immutata tra il 2010 e il 2011.

Tuttavia, è chiaro che l'offerta di servizi di LTC, pur stabilizzandosi in termini sia di spesa pubblica che di copertura, deve fare i conti con l'inevitabile evoluzione della struttura demografica del Paese, già richiamata in precedenza: non solamente continua a crescere il numero degli over 75 (+139.000 persone solo tra il 2010 e il 2011), ma all'interno di questo sottogruppo di popolazione l'età media è ulteriormente aumentata, grazie alla continua riduzione della mortalità anche tra gli anziani. In tale contesto, non incrementare le risorse impegnate significa di fatto ridurre la consistenza *pro capite* dei servizi erogati. Questi trend contrastanti possono avere ripercussioni pesanti per gli anziani con disabilità, le loro famiglie e gli operatori nel settore, rendendo sempre più urgente una riforma complessiva del settore dell'assistenza *Long-Term Care*.

Bibliografia

- CHAPPELL N.L., DLITT B.H., HOLLANDER M.J., MILLER J.A., McWILLIAM C. (2004), *Comparative costs of home care and residential care*, in *Gerontologist*, 44(3), pp. 389-400.
- CHIATTI C., BARBABELLA F., LAMURA G., GORI C. (2010), *La "bussola" di N.N.A.: lo stato dell'arte basato sui dati*, in N.N.A. (Network Non Autosufficienza) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. 2° Rapporto*, Rimini, Maggioli, pp. 13-39, www.maggioli.it/rna/2010/pdf/rapporto2010-assistenza_anziani.pdf.
- CHIATTI C., BARBABELLA F., LAMURA G., GORI C. (2011), *La "bussola" di N.N.A.: lo stato dell'arte basato sui dati*, in N.N.A. (Network Non Autosufficienza) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 3° Rapporto*, Rimini, Maggioli, pp. 13-33, www.maggioli.it/rna/2011/pdf/rapporto2011-assistenza_anziani.pdf.
- CHIATTI C., DI ROSA M. (2011), *La modificazione dei criteri d'accesso alle prestazioni monetarie*, in GORI C. (a cura di), *Quale futuro per il welfare? Le politiche sociali tra delega assistenziale e prospettive di sviluppo. Un'analisi a partire dai dati*, Roma, Forum Nazionale del Terzo Settore, pp. 115-129, [www.forumterzosettore.it/multimedia/allegati/FORUM%20il%20Welfare%20di%20domani%20\(file%20per%20il%20web\).pdf](http://www.forumterzosettore.it/multimedia/allegati/FORUM%20il%20Welfare%20di%20domani%20(file%20per%20il%20web).pdf).
- EUROSTAT (2013), *Statistics database*, European Commission, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database.
- FRIED L.P., FERRUCCI L., DARER J., WILLIAMSON J.D., ANDERSON G. (2004), *Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care*, in *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, 59 (3), pp. 255-63.
- GARMS-HOMOLOVÁ V., NAIDITCH M., FAGERSTRÖM C., LAMURA G., MELCHIORRE M.G., GULÁCSI L., HUTCHINSON A. (2012), *Clients in focus*, in GENET N., BOERMA W., KRONEMAN M., HUTCHINSON A., SALTMAN R.B. (a cura di), *Home care across Europe. Current structure and future challenges*, European Observatory on Health Systems and Policies, pp. 55-70, www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf.

- GENWORTH (2012), *Cost of Care Survey: Home care providers, adult day health care facilities, assisted living facilities and nursing homes*, www.genworth.com/dam/Americas/US/PDFs/Consumer/corporate/coc_12.pdf.
- GORI C., LAMURA G. (2009), *Lo scenario complessivo*, in N.N.A. (Network Non Autosufficienza) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli, pp. 17-34, www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto_2009_assistenza_anziani.pdf.
- GORI C. (2012), *I nodi delle politiche sociali: spesa e non solo*, Il Sole 24 Ore, 6 febbraio 2012, <http://24o.it/11FRb>.
- GREGORI E., PATERNITI G. (a cura di) (2011), *Sistema informativo sui servizi sociali per le non autosufficienze (SINA). Indagine pilota sull'offerta dei servizi sociali per la non autosufficienza*, Quaderni della ricerca sociale, 16, www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/6128DCD5-9259-421A-B4CD-5FE91594CB51/0/QR516_Indaginepilotaoffertaservizisocialinonautosufficienza.pdf.
- HERRMANN F.R., MICHEL J.-P., ROBINE J.-M. (2010), *Worldwide decline in the oldest old support ratio*, in *European Geriatric Medicine*, 1, pp. 3-8.
- INPS (vari anni), *Rendiconti generali*, Roma, Istituto Nazionale di Previdenza Sociale.
- ISTAT (2004), *L'assistenza residenziale in Italia. Anno 2000*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (2010), *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia. Anno 2006*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (2012a), *Conti economici trimestrali*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica, www.istat.it/it/archivio/77009.
- ISTAT (2012b), *Presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari. Anno 2010*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (2013a), *Banca dati di indicatori territoriali per le politiche di sviluppo*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica, www.istat.it/it/archivio/16777.
- ISTAT (2013b), *Demografia in cifre*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica, www.demo.istat.it.
- ISTAT (2013c), *Gli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati. Anno 2010*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (vari anni), *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (vari anni), *Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale II. I beneficiari delle prestazioni pensionistiche*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- LAKEY L., CHANDARIA K., QUINCE C., KANE M., SAUNDERS T. (2012), *Dementia 2012: A national challenge*, Alzheimer's Society, www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download.php?fileID=1389.
- MERLO G. (2011), *Le persone con disabilità*, in *Welfare oggi*, n. 3.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2006), *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e dell'assistenza ospedaliera a domicilio*, Roma, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_772_allegato.pdf.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2011), *Rapporto annuale dell'attività di ricovero ospedaliero*, Roma, Ministero della salute.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2013), *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospeda-*

liere – Annuario statistico del servizio sanitario nazionale. Anno 2010, Roma, Ministero della salute.

RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (vari anni), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario*, Roma, Ragioneria Generale dello Stato.

WALKER A. (a cura di) (2011), *FUTURAGE – A Road Map for European Ageing Research*, Final report, University of Sheffield, <http://futurage.group.shef.ac.uk/assets/files/Final%20road%20map/FUTURAGE%20A%20Road%20Map%20for%20European%20Ageing%20Research%20-%20October%202011.pdf>.

WARD J.H. (1963), *Hierarchical grouping to optimize an objective function*, in *Journal of American Statistical Association*, 58, pp. 236-244.

2. Alcuni profili dell'assistenza nelle regioni

Francesco Barbabella, Carlos Chiatti, Mirko Di Rosa, Laura Pelliccia

1. Introduzione

L'assistenza agli anziani è una delle sfere nelle quali l'intervento pubblico presenta maggiori differenziazioni a livello territoriale; in ogni realtà locale si esplica una particolare combinazione di interventi statali, regionali e comunali gestita con proprie caratteristiche organizzative.

Lo scopo di questo capitolo è quello di dare un'idea di massima di queste differenze locali, attraverso una visione d'insieme delle peculiarità di ciascuna regione a partire dalle informazioni rese disponibili dai sistemi informativi attualmente in essere. L'analisi multidimensionale che segue si fonda su una selezione di indicatori offerti dalle statistiche istituzionali con tutti i limiti e opportunità legati alla qualità di questi flussi di dati.

Si propone una lettura dei sistemi regionali di Long-Term Care (LTC) articolata su due livelli⁽¹⁾:

- **un'analisi dei modelli dell'offerta assistenziale delle varie regioni.** A partire dai dati sulla diffusione dei principali interventi nelle varie regioni (l'evoluzione nazionale e i livelli regionali di copertura sono esposti nel cap. 1 "La bussola") si è cercato di ricondurre lo spaccato delle caratteristiche regionali ad alcuni modelli comuni, grazie allo strumento della *cluster analysis*;
- **un'analisi di ulteriori profili di rilievo della governance regionale** (elementi che integrano quelli sull'intensità dell'offerta evidenziati nella prima parte dell'analisi). Nello specifico saranno discussi alcuni indicatori sull'uniformità territoriale interna a ciascuna regione, sullo stato dell'integrazione socio-sanitaria, sull'allocazione delle risorse per la sanità a favore della non autosufficienza.

(1) Il paragrafo 2 è stato curato da Francesco Barbabella, Carlos Chiatti, Mirko Di Rosa, mentre il paragrafo 3 da Laura Pelliccia.

2. Un'analisi sui modelli regionali di assistenza all'anziano non autosufficiente

Il primo capitolo del volume, dedicato alla Bussola di N.N.A., ha evidenziato come i principali indicatori di offerta dei servizi per la non autosufficienza in Italia suggeriscono come nel nostro Paese sia forse più opportuno parlare di "sistemi LTC", piuttosto che di "sistema" al singolare. Il processo di regionalizzazione dell'assistenza, assieme alle differenze che esistono tra le regioni italiane in termini di sviluppo economico e tradizioni civiche, ha portato nel tempo ad una crescita delle disuguaglianze di accesso ai servizi per gli anziani non autosufficienti residenti nei diversi territori del Paese.

Già in una precedente edizione del Rapporto N.N.A. (Chiatti *et al.*, 2010) si è tentato di interpretare le differenze osservate e di verificare l'esistenza di modelli di assistenza all'anziano non autosufficiente nelle diverse regioni. A tal fine erano stati proposti i risultati di un'analisi dei cluster, basata sugli indicatori dell'offerta servizi nell'area LTC (disponibili nel 2010, ma riferiti al periodo 2005-2007), come possibile metodo per leggere l'eterogeneità dei contesti regionali^(?). In quell'occasione era chiaramente emersa l'assenza di un coerente modello di sostegno alla non autosufficienza a livello nazionale e di importanti svantaggi a carico dei cittadini residenti in alcune aree. I cinque modelli allora identificati erano i seguenti:

1) il modello della residenzialità avanzata, in Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta, caratterizzato dallo sviluppo delle soluzioni assistenziali di tipo residenziale e nell'offerta comunale dei servizi di sostegno socio-assistenziale;

2) il modello con elevata intensità assistenziale (Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e Veneto) tipico delle regioni con la maggiore proporzione di anziani beneficiari di servizi di assistenza continuativa;

3) il modello del *cash-for-care* (Abruzzo, Calabria, Campania, Sardegna e Umbria) dove il tasso relativo di beneficiari dell'indennità di accompagnamento è il più elevato in Italia mentre la rete residenziale è scarsamente sviluppata;

^(?) L'analisi dei cluster (o *cluster analysis*) è una tecnica statistica multivariata che ha l'obiettivo di rilevare nell'ambito di una popolazione la presenza di gruppi di casi simili tra loro (massima somiglianza *within*) e allo stesso tempo il più possibile differenti dagli altri gruppi (diversità *between*). Le fasi procedurali per lo svolgimento di una *cluster analysis* sono quattro: 1) selezione degli indicatori; 2) raccolta dei dati e costruzione del dataset; 3) scelta del criterio di creazione dei cluster; 4) validazione dell'analisi. Le variabili utilizzate sono state standardizzate tramite *z-scores*; la distanza tra regioni calcolata mediante *square euclidean distance*; la metodologia impiegata per l'aggregazione dei cluster è stata quella di Ward (1963). Per entrambe le analisi dei cluster condotte da Chiatti e colleghi (2010) e in questo capitolo è stato utilizzato SPSS 17.00.

4) il modello a media intensità assistenziale, dove la diffusione di ADI e SAD è di poco inferiore alla media nazionale, ma che si caratterizzava per:

- a) un maggiore orientamento *cash-for-care* (Basilicata, Lazio, Marche, Puglia e Toscana);
- b) un maggiore orientamento verso residenzialità (Liguria, Lombardia e Piemonte);

5) il modello a bassa intensità assistenziale, caratteristico di Molise e Sicilia.

Quest'anno si è ripetuto, con i nuovi dati disponibili, l'esperimento di *cluster analysis* per comprendere se fossero occorse modifiche alla struttura dei modelli precedentemente identificati⁽³⁾. I risultati dell'analisi sono inclusi nella Tab. 1. Emergono interessanti considerazioni.

Innanzitutto, alcuni risultati si rivelano stabili nel tempo: Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta riconfermano il focus regionale verso l'assistenza domestica domiciliare di tipo sociale e per le soluzioni residenziali (modello 1). Qui l'ADI raggiunge in media l'1,3% degli over 65, un valore di molto inferiore a quanto rilevato nelle altre regioni italiane: i comuni, di contro, offrono una elevata copertura in termini di Assistenza Domiciliare SAD. Questo suggerirebbe che il focus delle politiche pubbliche qui possa essere il sostegno delle persone anziane a casa il più a lungo possibile tramite interventi di tipo socio-assistenziale, pur prevedendo un adeguato sistema di offerta residenziale per il momento in cui gli anziani manifestino più elevati bisogni di natura sanitaria. In questo, il cluster somiglierebbe più ai Paesi nord-europei che al resto del contesto italiano.

Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia (ma non il Veneto come nel 2010) si collocano nel secondo cluster individuato (modello 2): qui in media il 9,5% anziani riceve il servizio di ADI, l'1,4% quello del SAD, il 2,1% è ospite nelle residenze ed il 13,9% con indennità di accompagnamento) (modello 2). Questo cluster include regioni con un sistema di welfare per l'anziano molto sviluppato, con alcuni dei valori d'offerta più elevati a livello nazionale. È in particolare il settore dell'ADI che raggiunge un'ampia platea di utenti, indicatore che rivela l'attenzione nei confronti della permanenza a domicilio degli anziani non autosufficienti.

⁽³⁾ Nello studio realizzato per la "bussola di N.N.A. 2010" si è seguito un metodo identico dal punto di vista della procedura statistica, mentre gli indicatori utilizzati sono stati: a) la percentuale di anziani in ADI, anno 2008; b) la percentuale di anziani in SAD, anno 2006; c) il numero di anziani ogni mille ospiti di strutture residenziali, anno 2006; d) la percentuale di anziani beneficiari di indennità di accompagnamento per invalidità civile, anno 2007. Nell'analisi presentata in questo volume sono invece stati impiegati: a) la percentuale di anziani in ADI, anno 2010 (ISTAT, 2013a); b) la percentuale di anziani in SAD, anno 2009 (ISTAT, 2012a); c) la prevalenza di anziani non autosufficienti nella popolazione over 65 ospiti di strutture residenziali, anno 2010 (ISTAT, 2012b); d) la percentuale di anziani beneficiari di indennità di accompagnamento per invalidità civile, anno 2010 (ISTAT, 2013b).

La maggior parte delle regioni del Sud appartiene invece al modello del *cash-for-care*, dove, a fronte di una forte diffusione dell'indennità di accompagnamento (16,1% in media, la più elevata tra i cluster), i servizi *in-kind* sono poco sviluppati (modello 3). Per questo cluster di regioni, la stretta verificatasi sul versante delle indennità (evidenziata nel primo capitolo del volume) avrà un notevole impatto sulle risorse destinate al settore, rappresentando quest'ultima l'unico reale sostegno per le persone non autosufficienti e le loro famiglie oggi.

Le regioni nei cluster caratterizzate dai valori c.d. "mediani" possono a loro volta distinguersi sulla base di un orientamento maggiore verso i trasferimenti monetari o verso l'offerta residenziale. A tal riguardo, si può osservare come soprattutto le regioni del Nord (Piemonte, Lombardia e Veneto) e del versante tirrenico settentrionale (Liguria e Toscana) siano orientate verso la residenzialità (modello 4), mentre quelle dell'Italia Centro-Meridionale (Marche, Lazio, Abruzzo, Basilicata e Molise) verso il *cash-for-care* (modello 5).

A differenza della precedente cluster *analysis*, il sesto raggruppamento identificato dall'analisi statistica è costituito da una sola regione, l'Umbria, la quale si distingue come *outlier* nel contesto italiano (modello 6). Questo è soprattutto dovuto all'elevata diffusione delle indennità di accompagnamento che in questa regione sono concesse a quasi un over 65 su cinque (ben il 19,5%). A questo si aggiunge inoltre l'incremento repentino del numero di utenti in ADI, passati nel corso di due anni da 5,1% al 7,7% degli over-65, che si contrappone ad una scarsa offerta di servizi residenziali e di SAD (che rispettivamente raggiungono lo 0,6 e lo 0,3% degli anziani).

L'approccio interpretativo della *cluster analysis* ha il pregio di consentire la lettura simultanea degli indicatori e di restituire quindi un quadro sintetico del fenomeno (a differenza dell'approccio analitico adoperato nel capitolo 1). Tuttavia, i limiti di questa metodica vanno menzionati. Chiaramente, il maggiore limite della cluster è quello connesso alla validità delle fonti e pertanto l'analisi presentata potrebbe risentire delle eventuali inesattezze degli indicatori regionali stessi. Inoltre, l'analisi dei cluster non consente di considerare aspetti di tipo qualitativo, ma si limita ad identificare pattern di similarità statistica tra il set di indicatori considerati. Non può tenere in considerazione la qualità dell'offerta erogata ma solo il valore numerico dell'offerta, così come ignora i meccanismi e le caratteristiche della *governance* territoriale dei servizi.

Tabella 1 - I nuovi modelli regionali di assistenza continuativa per anziani non autosufficienti

Cluster Bussola nel 2013	Copertura servizio	Media Cluster
Modello della residenzialità		
<i>1. Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta</i>		
% utenti ADI	+	1,3
% utenti SAD	+++++	6,8
% utenti in Residenze	+++++	4,0
% beneficiari Ind. Acc.	+	9,1
Modello a elevata assistenza sanitaria domiciliare		
<i>2. Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia</i>		
% utenti ADI	+++++	9,5
% utenti SAD	++	1,4
% utenti in Residenze	+++	2,1
% beneficiari Ind. Acc.	+++	13,9
Modello del cash-for-care		
<i>3. Calabria, Campania, Puglia, Sicilia, Sardegna</i>		
% utenti ADI	++	2,2
% utenti SAD	+++	1,7
% utenti in Residenze	+	0,6
% beneficiari Ind. Acc.	++++	16,1
Modello a media intensità assistenziale ... con orientamento cash-for-care		
<i>4. Abruzzo, Basilicata, Lazio, Marche, Molise</i>		
% utenti ADI	+++	4,8
% utenti SAD	+++	1,7
% utenti in Residenze	++++	1,0
% beneficiari Ind. Acc.	+++	13,6
Modello a media intensità assistenziale ... con orientamento verso residenzialità		
<i>5. Liguria, Lombardia, Piemonte, Toscana, Veneto</i>		
% utenti ADI	+++	3,7
% utenti SAD	++	1,3
% utenti in Residenze	++++	2,4
% beneficiari Ind. Acc.	++	10,4
Modello Umbria		
<i>6. Umbria</i>		
% utenti ADI	++++	7,7
% utenti SAD	+	0,3
% utenti in Residenze	+	0,6
% beneficiari Ind. Acc.	+++++	19,5

3. Altri aspetti della governance territoriale dell'assistenza

3.1. Uniformità territoriale interna alle regioni

La promozione dell'uniformità dell'assistenza nel proprio territorio (la possibilità che l'anziano abbia ovunque le stesse possibilità di accesso ai servizi) è senza dubbio una delle sfere su cui si esplica maggiormente il ruolo di regia delle regioni. L'equità territoriale è un tema cruciale per le politiche nazionali che si ripropone anche nei singoli contesti regionali.

L'impronta delle regioni sull'uniformità dei propri servizi può essere più o meno incisiva, a seconda delle priorità che le giunte attribuiscono a questo obiettivo nella propria programmazione⁽⁴⁾. L'ADI rappresenta un caso in cui l'osservazione dell'omogeneità interna a ciascuna regione riveste un particolare interesse.

Quanto differisce la diffusione dell'ADI all'interno di ogni regione? La variabilità di questo servizio tra le ASL testimonia una maggiore o minore incisività della programmazione locale dell'offerta dei propri servizi sociosanitari, un'attenzione più o meno forte alla convergenza verso standard uniformi regionali.

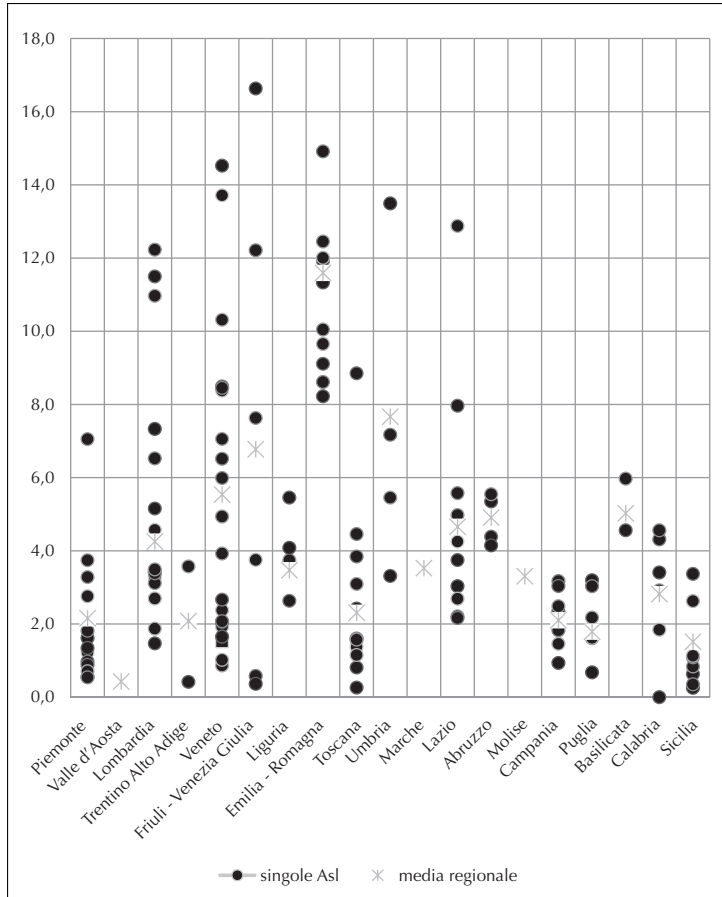
Quello di un'offerta domiciliare eterogenea è una criticità che sembra interessare tutte le regioni, sia quelle con un dato complessivo regionale più elevato, sia quelle dove la diffusione è più limitata (per quanto ovvio, nelle realtà con unica azienda la valutazione non è fattibile). Come dire che dietro al dato medio osservato per la regione si nascondono realtà molto eterogenee⁽⁵⁾.

In alcuni casi le ASL della stessa regione hanno un comportamento abbastanza uniforme (si distribuiscono lungo un *continuum*, tranne qualche eccezione-outliers), in altre regioni, invece, gli squilibri sono più pronunciati ed è difficile intravedere un comune denominatore (si vedano i casi del Friuli-Venezia Giulia, dell'Umbria o del Veneto). L'impressione che si raccoglie un po' per tutto il Paese è quella di un'assistenza domiciliare senza target regionali programmati, ma lasciata al governo e alla sensibilità delle singole ASL. Nelle regioni del Mezzogiorno, pur esistendo uno standard programmatico (quello del 4% definito non tanto dalle singole regioni quanto dalle politiche del Fas), ancora oggi la quasi totalità delle ASL è lontana dal perseguirlo (emblematico a tale riguardo il fatto che nel 2010 una delle ASL calabre fosse ancora sprovvista del servizio).

⁽⁴⁾ Sono diversi gli aspetti su cui le regioni possono intervenire per definire regole uniformi per tutto il proprio territorio: i sistemi di valutazione del bisogno, le regole che determinano l'accesso ai servizi in funzione delle condizioni economiche e di bisogno, la programmazione della distribuzione dei servizi e i relativi finanziamenti.

⁽⁵⁾ Non si esclude che la variabilità sia spiegabile anche da questioni di ordine statistico: ad esempio in alcune realtà potrebbero essere rilevati anche singoli interventi estemporanei (come i singoli prelievi venosi) e in altre invece solo le prese in carico più complesse. Di fronte a tali questioni la necessità di implementare e uniformare il sistema informativo della domiciliarietà diventa più che mai attuale.

Figura 1 - Anziani assistiti in ADI (ogni 100), valori per regione e per ASL, 2010



Fonte: Banca dati Obiettivi di Servizio su dati SiS, Ministero salute.

3.2. *L'integrazione sociosanitaria*

L'integrazione sociosanitaria, come capacità di cooperazione dei vari attori istituzionali responsabili a diverso titolo dell'assistenza agli anziani, è uno dei fattori su cui – come ampiamente condiviso tra gli esperti – le politiche pubbliche dovrebbero orientare i propri sforzi. Un obiettivo particolarmente arduo per il nostro paese, a causa della storica separazione istituzionale delle competenze tra comuni e SSN. Gli interventi delle singole regioni possono essere più o meno improntati a sanare questo solco e a promuovere percorsi di integrazione interistituzionale.

Uno sguardo su alcune caratteristiche organizzative dell'assistenza presenti nelle varie regioni può fornire elementi per riflettere sull'effettivo stato dell'integrazione nei vari territori.

La valutazione del caso è uno dei passaggi dove potenzialmente potrebbero concentrarsi gli sforzi di integrazione; un'organizzazione locale che prevede un intervento congiunto di professionisti del settore sociale e delle ASL, ove presente, è indicativa di una ricerca di interazione tra queste due sfere. La ricognizione del SINA⁽⁶⁾ permette di fare un quadro sui processi di valutazione nei comuni a seconda delle regioni (Tab. 2): sono rare le realtà dove la valutazione del non autosufficiente risulta ovunque frutto dell'interazione dei professionisti delle ASL e dei comuni (Abruzzo, Basilicata, Emilia-Romagna, Piemonte). Nelle altre regioni la compresenza di entrambi i tipi di attori nelle procedure di valutazione risulta la modalità prevalente, anche se alcuni comuni presentano un comportamento non uniforme alla tendenza dominante nello stesso territorio. Non mancano realtà dove l'impostazione di fondo è quella di una separazione tra valutazione sanitaria e sociale (es. Calabria e Lombardia).

Un altro passaggio chiave esplicativo degli sforzi di integrazione sociosanitaria a livello locale è quello delle porte d'accesso, strategia verso la quale negli scorsi anni diverse regioni hanno manifestato grande interesse (Pesaresi, 2013)⁽⁷⁾. Per quel che riguarda nello specifico i bisogni dei non autosufficienti, nei diversi contesti locali l'accesso unificato tra servizi sociali e sociosanitari ha conosciuto diversi stadi di diffusione, come evidenziato dalla ricognizione del SINA (Tab. 3): sono rare le realtà dove questa forma organizzativa risulta estesa a tutto il territorio e a regime (Abruzzo, P.A. Bolzano e Toscana). In altre regioni la situazione che prevale è quella di comuni con Pua già operativi, sebbene l'obiettivo dei punti unici a regime in tutti i territori non sia stato ancora completamente raggiunto (Emilia-Romagna, Liguria, Marche, Sardegna).

La modalità più diffusa nel resto delle regioni è quella di percorsi di attivazione dei Pua ancora solo avviati (nella tabella "prevalenza in fase di attivazione"), oppure situazioni interne eterogenee (gli sportelli unici sono a regime solo

⁽⁶⁾ L'indagine pilota sull'offerta dei servizi sociali per la non autosufficienza è stata svolta su un campione di comuni progressivamente ampliato nel tempo (alla sua terza annualità si stima una copertura di popolazione di circa 16 milioni di abitanti). Tra i vari elementi rilevati anche alcuni aspetti organizzativi dei vari territori. In questa sezione si riprendono alcuni dei risultati che, è bene ribadirlo, derivano da una prospettiva di osservazione che è quella dei comuni. Sarebbe utile, per completare il quadro di sistema, integrare queste informazioni con quelle dei flussi derivanti dalle rilevazioni del Servizio Sanitario, ma all'attualità, nell'attesa del completamento dei monitoraggi FAR-SIAD, dai flussi esistenti non è possibile ricavare elementi per rappresentare elementi organizzativi di questo comparto.

⁽⁷⁾ A seconda delle regioni, i Pua sono stati implementati per gestire solo le prestazioni sociosanitarie, sia prestazioni sociosanitarie che sociali o, addirittura, anche le prestazioni sanitarie. In genere offrono l'accesso ad una pluralità di servizi, tuttavia in alcune regioni i Pua sono dedicati esclusivamente all'accesso ai servizi per la non autosufficienza (Pesaresi, 2013).

in una parte dei comuni, nel resto dei casi sono in fase di attivazioni “Prevalenza Pua a regime o in attivazione”). Non mancano regioni dove l’attivazione o l’operatività dei Pua per i non autosufficienti ha carattere di eccezionalità: un processo che sembra interessare solo pochi comuni o nessuno di essi (Calabria, Lombardia, Sicilia, Basilicata, Valle d’Aosta).

Tabella 2 - Modalità con cui avviene il processo di valutazione del non autosufficiente, anche monodimensionale (distribuzione dei comuni del campione per tipo di risposta)

Regione	Professionisti dei comuni	Compresenza ASL-comuni	Professionisti ASL	Altro	Totale
Abruzzo	0%	100%	0%	0%	100%
Basilicata	0%	100%	0%	0%	100%
Campania	10%	70%	0%	20%	100%
Emilia-Romagna	0%	100%	0%	0%	100%
Friuli-Venezia Giulia	0%	83%	0%	17%	100%
Lazio	22%	56%	22%	0%	100%
Liguria	0%	78%	11%	11%	100%
Lombardia	75%	0%	25%	0%	100%
Marche	0%	80%	20%	0%	100%
Molise	50%	50%	0%	0%	100%
Piemonte	0%	100%	0%	0%	100%
Puglia	25%	75%	0%	0%	100%
Sardegna	33%	67%	0%	0%	100%
Sicilia	14%	43%	43%	0%	100%
Toscana	0%	77%	23%	0%	100%
Trento	50%	50%	0%	0%	100%
Umbria	0%	75%	25%	0%	100%
Valle d’Aosta	0%	0%	100%	0%	100%
Veneto	7%	87%	0%	7%	100%
Bolzano	0%	0%	0%	100%	100%
Calabria	100%	0%	0%	0%	100%

Fonte: SINA.

Tabella 3 - Esistenza del PUA o di altra modalità unificata integrata comune/ambito-zona sociale /ASL (distribuzione dei comuni del campione per tipo di risposta)

	Regione	Sì	In attivazione	NO	Totale
Diffusione completa	Abruzzo	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	P.A. Bolzano	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Toscana	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Prevalenza Pua a regime	Emilia-Romagna	50,0%	28,6%	21,4%	100,0%
	Liguria	55,6%	44,4%	0,0%	100,0%
	Marche	60,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	Sardegna	75,0%	12,5%	12,5%	100,0%
In fase di attivazione	Piemonte	12,5%	87,5%	0,0%	100,0%
	Puglia	14,3%	85,7%	0,0%	100,0%
	P.A. Trento	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Umbria	0,0%	75,0%	25,0%	100,0%
Prevalenza Pua a regime o in attivazione	Campania	41,7%	33,3%	25,0%	100,0%
	Lazio	17,6%	47,1%	35,3%	100,0%
	Veneto	43,8%	18,8%	37,5%	100,0%
	Molise	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
	Friuli-Venezia Giulia	33,3%	16,7%	50,0%	100,0%
Diffusione o attivazione minoritaria	Calabria	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	Lombardia	0,0%	27,3%	72,7%	100,0%
	Sicilia	13,3%	20,0%	66,7%	100,0%
Assenza totale Pua	Basilicata	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Valle d'Aosta	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%

Fonte: ns. elaborazione su dati SINA.

Per concludere questa panoramica sull'integrazione, lanciamo uno sguardo ai servizi domiciliari, un setting assistenziale dove, rispetto al bisogno di interventi sia di tipo sanitario che sociale, tradizionalmente si sono sviluppate le risposte dei comuni (SAD) e quelle del SSN (ADI). Le regioni, nell'organizzazione del proprio territorio, in alcuni casi hanno previsto esperienze di incontro tra i due servizi; per evidenziare quanto incide questo aspetto della co-gestione (Tab. 4), può essere d'aiuto fare riferimento alla quota di risorse che i comuni impiegano per contribuire all'ADI sociosanitaria, rispetto alla propria spesa per servizi domiciliari (SAD+partecipazione all'ADI).

Sono rare le realtà dove gli interventi dei comuni si realizzano in maniera significativa attraverso una partecipazione ai servizi delle ASL: il Veneto è il caso dove questi aspetti sono più marcati (dal momento che le ULSS hanno competenze anche per i servizi sociali); altri contesti dove queste forme di compartecipazione risultano piuttosto rilevanti sono l'Umbria e la Toscana (in questo caso si presume sia attribuibile all'esperienza della Società della Salute quali consorzi

pubblici tra ASL e comuni) ⁽⁸⁾. Ad eccezione di poche altre regioni, la situazione prevalente, specialmente nel Nord Ovest e nel Mezzogiorno, è quella di interventi domiciliari dei comuni dove la partecipazione all'ADI rappresenta un aspetto decisamente marginale.

Tabella 4 - Livello di integrazione tra SAD e ADI: incidenza della spesa dei comuni per l'ADI sociosanitaria rispetto al totale della spesa per la domiciliarità dei comuni nell'area anziani, valori percentuali, 2009

Piemonte	30,8%	Molise	0,0%
Valle d'Aosta	14,2%	Campania	23,8%
Liguria	3,6%	Puglia	13,4%
Lombardia	1,8%	Basilicata	0,2%
Bolzano/Bozen	0,0%	Calabria	2,6%
Trento	7,5%	Sicilia	8,0%
Veneto	46,4%	Sardegna	1,3%
Friuli-Venezia Giulia	15,3%	Nord-ovest	10,0%
Emilia-Romagna	24,7%	Nord-est	24,8%
Toscana	44,5%	Centro	31,1%
Umbria	46,1%	Sud	16,0%
Marche	9,9%	Isole	5,2%
Lazio	22,9%	ITALIA	18,4%
Abruzzo	15,6%		

Fonte: ns. elaborazione su dati ISTAT (2012a).

3.3. La centralità della LTC nei servizi sanitari regionali

Le regioni, nell'ambito del governo del proprio servizio sanitario regionale, regolano l'allocazione dei fondi per i vari servizi determinando, più o meno direttamente ⁽⁹⁾, la quota di risorse per finanziare i servizi di LTC rispetto ad altre

⁽⁸⁾ Per una descrizione dei modelli organizzativi regionali per la LTC di alcune regioni si rimanda a Agenas (2012).

⁽⁹⁾ La definizione del budget per i servizi per gli anziani rispetto al totale del fondo sanitario regionale è una scelta sulla quale l'impronta della regione può essere più o meno marcata: in alcuni casi le ASL ricevono i finanziamenti senza che sia stata predefinita la quota da destinare alla non autosufficienza, in altri casi, invece, è la stessa regione che preliminarmente definisce le risorse da destinare a questo tipo di interventi; un passaggio, quest'ultimo, che contraddistingue soprattutto i contesti dove sono stati avviati i fondi regionali per la non autosufficienza (lo sforzo di ricomposizione a livello regionale delle varie fonti di finanziamento ha richiesto che venisse definito a monte l'investimento da realizzare con fondi sanitari in questo settore). In altre realtà la separazione tra budget per la sanità acuta e budget per l'assistenza sociosanitaria dipende dalla gestione da parte di due diversi assessorati (es. Lombardia). Si veda anche Pelliccia (2009).

tipologie di interventi sanitari (come quelli per acuti). Non esistono parametri di riferimento nazionali circa la centralità da riconoscere ai Lea sociosanitari, a meno del generico standard della quota di risorse da dedicare al distrettuale, il macro livello in cui rientrano i servizi per gli anziani⁽¹⁰⁾.

Rispetto alle disponibilità del Fondo Sanitario Regionale, la quota più o meno ampia di risorse catturate dai servizi territoriali per gli anziani dipende dallo sviluppo storico che questi servizi hanno conosciuto in ogni territorio; nell'ultimo decennio, nell'ambito dei tentativi di riforme regionali per la LTC, si è confidato nella possibilità di rafforzare la centralità dei servizi per gli anziani nell'allocatione del budget per la sanità.

Oggi il peso del LTC per gli anziani sulla sanità regionale è rappresentabile dall'incidenza dei costi dei Lea per gli anziani (l'ADI e assistenza sociosanitaria agli anziani) sul totale della spesa per i Lea⁽¹¹⁾.

All'assistenza domiciliare nel 2009 è stata dedicata a livello paese l'1,2% della spesa sanitaria, una quota in crescita nell'ultimo decennio⁽¹²⁾ con velocità variabili nelle varie realtà (per una visione dell'evoluzione per regione si veda Gori e Pelliccia, 2012, p. 86). Il quadro più recente evidenzia una forte variabilità nelle risorse dedicate all'ADI: dallo 0,3% del Molise al 3,1% del Friuli-Venezia Giulia, un dato generalmente in crescita spostandoci da Sud a Nord (pur, come vedremo, con alcune eccezioni).

Agli altri Lea per gli anziani – principalmente i servizi residenziali e semi-residenziali del territorio per questa fascia di utenza – mediamente a livello nazionale viene dedicato il 2,5% dei costi per i Lea, quota ancora una volta estremamente eterogenea (dallo 0,4% della Basilicata al 6,3% del Veneto). Anche in questo caso sono soprattutto le regioni del Nord a presentare quote più elevate di risorse per i servizi specifici per gli anziani (sono peraltro quelle dove la spesa per anziano dell'assistenza residenziale e semiresidenziale risulta più consistente⁽¹³⁾, in virtù del maggior sviluppo di questo tipo di servizi nei suddetti territori).

È interessante soprattutto una lettura del posizionamento delle varie regio-

⁽¹⁰⁾ Il Patto per la Salute 2010-2012 ha programmato un'incidenza, rispetto al finanziamento complessivo del SSN, del 5% per l'assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro, del 51% per l'assistenza distrettuale e del 44% per l'assistenza ospedaliera.

⁽¹¹⁾ Questa analisi è circoscritta alla sola gestione delle risorse per i Lea (il finanziamento attribuito a titolo di fabbisogno sanitario regionale); alcune regioni sostengono con ulteriori risorse integrative proprie i servizi sociosanitari che non vengono rendicontate all'interno delle rilevazioni ministeriali sui Lea (la principale fonte informativa per questo lavoro). In quei casi la centralità riconosciuta alla LTC potrebbe essere superiore a quanto risulta dalle presenti comparazioni.

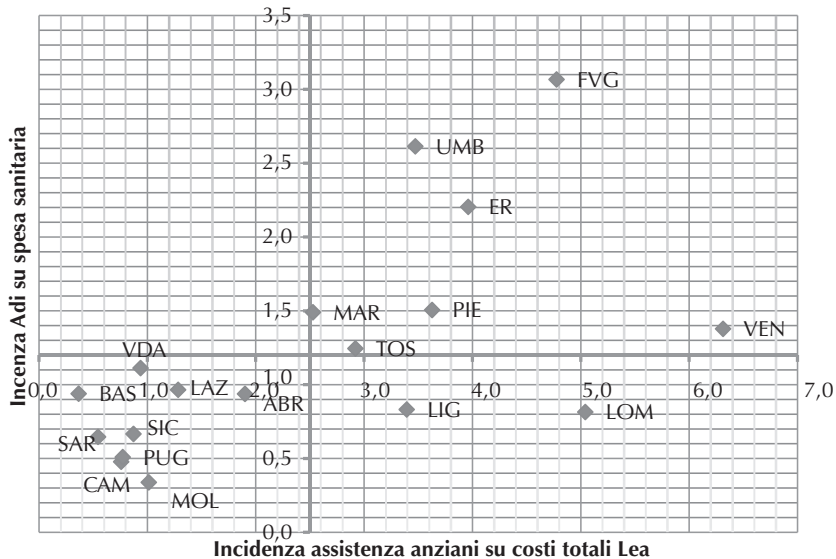
⁽¹²⁾ L'incidenza era pari all'1% nel 2002 (valore calcolato escludendo la Sicilia che presentava valori anomali).

⁽¹³⁾ Per una visione della spesa sociosanitaria per anziano delle singole regioni si rimanda a Pelliccia (2012).

ni in chiave congiunta, rispetto alle combinazioni tra l'incidenza delle due diverse voci⁽¹⁴⁾ (Fig. 2). La prima evidenza che emerge è quella di una relazione positiva tra i due tipi di indicatori, vale a dire che, generalmente, un maggior investimento nell'assistenza residenziale si accompagna anche ad un maggiore sforzo per l'assistenza domiciliare. Questa mancanza di relazioni di complementarità tra le due sfere suggerisce che l'effettiva centralità dei servizi sociosanitari dipende essenzialmente dalle preferenze delle regioni e, di solito, dove si sceglie di privilegiare questo settore, lo si fa rafforzando sia l'assistenza residenziale che domiciliare. Una situazione che contraddistingue soprattutto le regioni del Nord-Est. Anche le restanti regioni del Centro-Nord presentano generalmente valori medio alti di entrambi gli indicatori, ad eccezione di Liguria e Lombardia, dove un alto peso della residenzialità si associa a un'importanza limitata dei servizi domiciliari.

Il Mezzogiorno, invece, è accomunato da una bassa centralità sia dell'assistenza residenziale che domiciliare, una fattispecie che si estende anche al Lazio.

Figura 2 - Incidenza dell'assistenza agli anziani sui costi Lea e dell'assistenza domiciliare sulla spesa sanitaria, 2009, valori percentuali



Fonte: ns. elaborazioni su dati Ministero della salute e Mef-Dps.

⁽¹⁴⁾ Prudenzialmente le due voci non sono state sommate, in quanto non vi è garanzia di omogeneità dell'aggregato su cui sono state calcolate: nel caso dell'ADI, la banca dati degli Obiettivi di servizio fornisce il valore dell'"incidenza dell'ADI sulla spesa sanitaria", invece l'incidenza dei Lea per gli anziani è stata calcolata rapportando il costo dei Lea per gli anziani al totale dei costi per Lea riportati dal Rapporto di Monitoraggio Lea del Ministero della salute.

Considerazioni conclusive

Tanti diversi sistemi di LTC, è questo il quadro che emerge dal variegato quadro dell'assistenza agli anziani a livello locale ricostruibile dagli attuali sistemi informativi. Tra i diversi orientamenti regionali è possibile individuare alcuni modelli comuni di welfare. L'analisi per cluster ha ricondotto le scelte delle regioni ad alcune caratteristiche predominanti a seconda della centralità dei trasferimenti monetari oppure dei servizi, della prevalenza della residenzialità o della domiciliarità e del diverso grado di intensità assistenziale. Si confermano alcune tendenze storiche come quella che vede dominare al Sud il modello *cash for care*, un Nord-Est che confida soprattutto sui servizi sociosanitari domiciliari, la somiglianza di alcune regioni a statuto speciale ai modelli di welfare tipici del Nord-Europa.

Per completare la descrizione dei sistemi regionali di LTC si è riflettuto anche sul grado di uniformità dell'assistenza in ambito infraregionale e si è tentato di fornire alcuni elementi indicativi del livello di integrazione sociosanitaria. Le politiche delle regioni si differenziano infine a seconda del livello di importanza dedicata all'assistenza continuativa nei processi di gestione delle risorse sanitarie.

Bibliografia

- AGENAS (2012), *Il contesto regionale di riferimento delle aree di studio*, in *La presa in carico degli anziani non autosufficienti*, Monitor n. 30.
- CHIATTI C., BARBABELLA F., LAMURA G., GORI C. (2010), *La "bussola" di N.N.A.: lo stato dell'arte basato sui dati*, in N.N.A. (Network Non Autosufficienza) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. 2° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 13-39, www.maggioli.it/rna/2010/pdf/rapporto2010-assistenza_anziani.pdf.
- CHIATTI C., BARBABELLA F., LAMURA G., GORI C. (2011), *La "bussola" di N.N.A.: lo stato dell'arte basato sui dati*, in N.N.A. (Network Non Autosufficienza) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 3° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 13-33.
- GORI C., PELLICCIA L. (2012), *I nodi della Long Term Care in Italia*, in *La presa in carico degli anziani non autosufficienti*, supplemento al n. 30 di Monitor, Agenas.
- ISTAT (2012a), *Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati. Anno 2009*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (2012b), *Presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari. Anno 2010*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (2013a), *Banca dati di indicatori territoriali per le politiche di sviluppo*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica, www.istat.it/it/archivio/16777.

- ISTAT (2013b), *Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale II. I beneficiari delle prestazioni pensionistiche. Anno 2010*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- Mef-Dps (anni vari), *Banca dati Obiettivi di servizio*, http://www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio/.
- MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI e ARS LIGURIA (2012), *Sistema informativo sui servizi sociali per le non autosufficienze*, Quaderni della ricerca sociale, n. 16.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2012), *Rapporto monitoraggio Lea 2007-2009*, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1674_allegato.pdf.
- PELLICCIA L. (2009), *I meccanismi nazionali di finanziamento*, in *Rapporto dell'Irs per il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Il sistema di protezione e di cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, in www.lavoro.gov.it/Lavoro/Strumenti/StudiStatistiche/.
- PELLICCIA L. (2012), *La spesa per i servizi sociosanitari*, *Welfare oggi*, n. 2-3, Speciale "L'atlante delle regioni".
- PESARESI (2013), *Le funzioni dei punti unici di accesso*, *Welfare oggi*, n. 1.
- WARD J.H. (1963), *Hierarchical Grouping to optimize an objective function*, in *Journal of American Statistical Association*, 58, pp. 236-244.

3. I territori davanti alla crisi

Cristiano Gori, Laura Pelliccia

1. Introduzione

Quali conseguenze determina per gli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti la crescente distanza tra bisogni in aumento e scarsità di risorse disponibili? Il capitolo vuole rispondere a tale interrogativo, mettendo in luce le concrete ricadute nei territori delle tensioni sperimentate dal bilancio pubblico. Lo fa attraverso l'esame di una molteplicità di fonti e concentrandosi sulle conseguenze negative, cioè quelle maggiormente presenti. S'intende così dar vita ad una "mappa delle criticità nel territorio dovute al sottofinanziamento"; l'obiettivo è tracciare un quadro di riferimento dove collocare le numerose esperienze di questa natura che chi opera nel welfare locale sperimenta quotidianamente.

Le conseguenze del sottofinanziamento vengono investigate a due livelli. Uno riguarda i problemi oggi diffusi, cioè quelli già presenti in misura significativa nel nostro paese. L'altro tocca le difficoltà meno diffuse ma che, senza opportune risposte, lo diventeranno a breve, cioè i rischi per domani.

Crisi, scarsità di risorse, difficoltà a programmare il futuro sono tematiche che investono tutti i programmi pubblici, ma rispetto ad altri l'area della non autosufficienza presenta alcune specificità. Innanzitutto, il forte aumento dei bisogni: le spinte socio-demografiche comportano una prospettiva di crescita incalzante della "questione anziani", un'accelerazione difficilmente sperimentabile in altri comparti pubblici. Rispetto a questa esigenza, fino a qualche anno fa i finanziamenti esistenti, specialmente quelli per i servizi, seppur crescenti risultavano notoriamente sottodimensionati e ci si aspettava che la fase attuale avrebbe visto un aumento delle risorse dedicate. La crisi, tuttavia, ha comportato un'inversione delle prospettive: in questo quadro, invece di espandersi, i canali di finanziamento del welfare locale si sono impoveriti. Infatti, negli anni più recenti le scelte di finanza pubblica hanno determinato una forte contrazione delle fonti di finanziamento dei servizi comunali e l'interruzione del percorso di crescita della spesa sanitaria, facendo venir meno anche le prospettive di espansione delle risorse

per i Lea sociosanitari: un presente, quindi, sempre più caratterizzato dall'incertezza delle risorse a disposizione⁽¹⁾ (Fargion, 2013).

Le prossime pagine presentano un percorso che tocca le varie dimensioni dell'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti e che comincia con la discussione dei confini dell'intervento pubblico, esaminando la situazione dei servizi (§ 2.1) e quella delle prestazioni monetarie (2.2). Successivamente si mettono sotto la lente i contenuti degli interventi (§ 3), seguiti dai criteri di accesso e dalle rette (§ 4). Le ultime pagine sono dedicate ai percorsi assistenziali (§ 5) e alle condizioni degli operatori (§ 6), per giungere a brevi conclusioni riguardanti le incertezze future (§ 7).

Questo capitolo è dedicato alle conseguenze negative del sottofinanziamento pubblico per gli interventi forniti agli anziani non autosufficienti nel territorio. Pare utile precisare anche di cosa non ci si occupa nelle prossime pagine poiché il tema qui esaminato si intreccia con molti altri. Primo, alcune delle criticità illustrate si sarebbero presentate anche senza il sottofinanziamento, ma ciò non è qui rilevante poiché la nostra attenzione è puntata esclusivamente verso i fenomeni la cui causa scatenante sia l'insufficienza di risorse. Secondo, in alcune situazioni le difficoltà causate dal sottofinanziamento sono diventate un'occasione utile per mettere in discussione l'attuale assetto dei servizi e per migliorarlo; il presente capitolo si concentra sulle conseguenze negative. Terzo, su come superare le criticità esistenti c'è un ampio dibattito, che vede confrontarsi una varietà di idee e proposte. In queste pagine ci si dedica esclusivamente a delineare la situazione venutasi a creare e non si discutono le possibili risposte future. Quelli qui menzionati sono tutti temi d'interesse, in particolare il dibattito sulla crisi come opportunità e sulle strategie future. La scelta di non trattarli è dovuta all'esigenza di non ampliare troppo i confini dell'oggetto di analisi, allargamento che sarebbe andato inevitabilmente a scapito del necessario approfondimento.

Il contributo è stato costruito – come detto – componendo una varietà di fonti. Si tratta di: *a*) fonti statistiche istituzionali (a partire dai dati ISTAT); *b*) altri dati disponibili, ricerche, articoli, materiale non pubblicato e ogni ulteriore documento utile a meglio comprendere il tema in oggetto (si veda la bibliografia); *c*) interviste a testimoni privilegiati, presentate più avanti; *d*) l'esperienza diretta di ricerca applicata e consulenza degli autori.

In tal modo è stato raccolto un ampio insieme di informazioni e analisi, esaminato dagli autori per dar vita a questo scritto. Sue precedenti versioni sono state lette e discusse – in diverse fasi – sia dai testimoni privilegiati sia da un largo

(¹) Bisogna peraltro tener presente che in alcuni contesti locali le manovre in tempo di crisi si sono sommate alle scelte di rigore richieste dai Piani di Rientro per risanare le gestioni pregresse del Servizio Sanitario Regionale.

gruppo di *referees*. L'estesa mole di osservazioni così raccolta ha costituito la base per le successive revisioni del testo da parte degli autori.

I testimoni privilegiati sono esperti del settore che sperimentano in prima persona le tendenze attuali. Si tratta di osservatori ai quali è stato domandato, attraverso un questionario, di riferire i cambiamenti in atto nell'assistenza agli anziani nella propria realtà territoriale rispetto ad alcune dimensioni chiave (copertura, contenuti dei servizi, accessibilità, aspetti organizzativi). In secondo luogo, è stata chiesta loro una riflessione sull'impatto delle tendenze attuali. I testimoni sono stati scelti in modo da rappresentare le varie aree del paese e le diverse professionalità operanti nella non autosufficienza: Maria Grazia Breda (Piemonte), Rosemarie Tidoli (Lombardia), Pierangelo Spano (Veneto), Raffaele Tomba (Emilia-Romagna), Fabio Ragaini (Marche), Antonio Mastromattei (Lazio), Amalia Bruni (Calabria) e Paolo Francesco Putzu (Sardegna). Le loro interviste sono risultate dettagliate e, soprattutto, assai stimolanti. Desideriamo ringraziare i testimoni privilegiati per la disponibilità a collaborare con N.N.A., per il tempo messo a disposizione e per le idee che ci hanno offerto. Ciò detto, è opportuno precisare che le considerazioni proposte nelle pagine seguenti non riflettono necessariamente le loro opinioni bensì sono da attribuirsi esclusivamente agli autori del capitolo.

Desideriamo estendere il nostro ringraziamento anche ai *referees*, che grazie ai loro commenti a precedenti versioni del capitolo ci hanno permesso di migliorarlo. Si tratta di: Giliola Avisani, Ansdipp (nella persona di Franco Iurlaro), Anna Banchemo, Carlos Chiatti, Giovanni Fosti, Andrea Lux, Marco Noli, Franco Pesaesi, Dino Terenziani e Marco Trabucchi.

L'impianto metodologico utilizzato presenta criticità e punti di forza. Il limite fondamentale consiste nella mancanza di una raccolta rigorosa di dati empirici. Infatti, i dati delle fonti statistiche istituzionali (ISTAT, INPS, Ministero della salute e altri) possono essere solo parzialmente d'aiuto, in parte dato che i fenomeni discussi sono troppo recenti perché questi li abbiano già rilevati e in parte poiché molte conseguenze significative della crisi – ad esempio quelle su qualità degli interventi e accesso ai servizi – non sono, comunque, registrabili dalle abituali rilevazioni. L'unica strada per superare le carenze ricordate sarebbe lo svolgimento di una nuova raccolta sistematica nei territori di dati sulle conseguenze del sottofinanziamento. Un simile sforzo era fuori dalla portata del presente lavoro e, dunque, è stata condotta un'analisi delle conoscenze già esistenti.

Ciò detto, le informazioni raccolte attraverso questo pacchetto eterogeneo di fonti secondarie si sono rivelate assai coerenti tra loro, indicando in modo piuttosto concorde – più di quanto ci si aspettasse all'inizio del lavoro – tanto una serie di situazioni effettive quanto un certo numero di pericoli presenti nel paese. Pertanto, pur senza alcuna pretesa di rigore scientifico, il capitolo può ragionevolmente ambire a rappresentare la realtà di ciò che i servizi rivolti agli anziani vivono oggi e di quello che rischiano per domani.

2. Come cambiano i confini dell'intervento pubblico

Le dinamiche demografiche e il ritardo del nostro paese nello sviluppo dei servizi locali avevano originato, per la fase attuale, aspettative di potenziamento degli interventi rivolti agli anziani di titolarità della sanità e dei comuni. Di fronte all'arresto della crescita delle risorse per la sanità e alle ingenti riduzioni delle disponibilità dei comuni (cfr. cap. 6 di questo rapporto), invece, si osservano oggi cambiamenti a livello locale che potrebbero invertire il lento percorso di sviluppo dell'offerta intrapreso nello scorso decennio. Questi cambiamenti assumono due profili principali: s'interrompe il percorso di crescita di servizi e si arresta la corsa delle prestazioni monetarie. Vediamoli separatamente.

2.1. I servizi alla persona

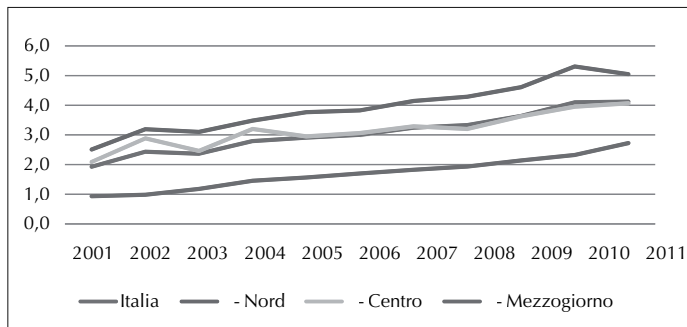
Consideriamo, innanzi tutto, l'ADI, un servizio che nell'ultimo decennio ha visto aumentare la quota di utenza raggiunta. La situazione di partenza era diversa tra le varie aree del paese, ma gradualmente tutte le regioni hanno compiuto discreti progressi (Fig. 1). Invece, gli ultimi monitoraggi segnalano che nel Nord e in parti del Centro, ovvero nelle aree dove l'offerta era più sviluppata, si sperimenta addirittura un leggero arretramento nella copertura dell'ADI. Tra le regioni che nel 2011 vedono diminuire la propria capacità di presa in carico ci sono proprio quelle che presentano i valori massimi nazionali (ad esempio il Friuli-Venezia Giulia, passato dal 6,8% della popolazione 65+ raggiunta nel 2010 al 6% del 2011, l'Emilia-Romagna dall'11,6% al 10,6%⁽²⁾, l'Umbria dal 7,7% al 7,2% e il Veneto dal 5,5% al 5,4%); la diffusione dell'ADI scende anche in Piemonte (dal 2,2% al 2%) e in Lombardia (dal 4,3% al 4,1%,); le regioni del Sud continuano a segnalare un aumento della quota di beneficiari (probabilmente grazie agli incentivi economici offerti dai programmi per le aree sottoutilizzate legati a questo specifico indicatore⁽³⁾). Osservando i valori a livello nazionale, nel 2011 si registra un

(2) Dal rapporto della stessa Regione Emilia-Romagna si apprende che in quell'anno le ore di assistenza domiciliare erogate a carico del Fondo Regionale per la non Autosufficienza sono diminuite del 9% (con una diminuzione del 3% del numero dei beneficiari), mentre quelle non a carico del Fondo Regionale si sono ridotte del 25%. Emilia-Romagna (*Rapporto utilizzo del FRNA e fondi nazionali 2011 e programmazione 2012*).

(3) Il Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 ha individuato, tra gli obiettivi della politica di sviluppo regionale, quello del miglioramento di alcuni servizi essenziali, tra i quali le prestazioni di cura per gli anziani. Per incentivare il potenziamento dell'offerta nel Mezzogiorno è stato attivato un meccanismo premiale che prevede l'erogazione di risorse del Fondo per le Aree Sottoutilizzate (ora denominato Fondo per lo Sviluppo e la Coesione) in funzione del raggiungimento di determinati target. Nello specifico, per i servizi per gli anziani, l'obiettivo da raggiungere è quello della presa in carico da parte dell'ADI di una quota di anziani pari al 3,5% entro il 2013.

fenomeno senza precedenti per un dato costantemente in crescita nell'ultimo decennio: si stabilizza la quota di anziani raggiunta dall'ADI.

Figura 1 - Quota di anziani presa in carico dall'ADI



Fonte: Mef-Dps-Obiettivi di servizio.

Box 1 - La residenzialità in Regione Veneto

La Regione Veneto nello scorso decennio aveva individuato un proprio percorso programmatico di espansione dei servizi residenziali (d.g.r. 461/2000 e d.g.r. 464/2006). Era previsto che il fabbisogno di impegnative di residenzialità – il titolo che viene rilasciato al cittadino per riconoscere il diritto alla quota di rilievo sanitario – dovesse crescere nel tempo in proporzione alle tendenze demografiche (ovvero dovesse coprire il 4,4% della popolazione over 75, lo 0,65% della popolazione tra i 65 e i 75 anni e lo 0,06% della popolazione under 64).

Secondo le proiezioni dell'ARSS Veneto, ciò avrebbe significato raggiungere nel 2009 le 25.535 impegnative di residenzialità (Fonte: Libro Bianco del Servizio Sociosanitario del Veneto 2000-2009, p. 26). I dati sull'attività effettiva evidenziano che negli ultimi anni le impegnative di residenzialità sono cresciute meno rispetto a questo fabbisogno teorico. Ad esempio nel 2009 i consumi effettivi di I e II livello (l'attività più tipica) rappresentavano il 93% del fabbisogno teorico (23.768 unità, Fonte Libro Bianco del Servizio Sociosanitario del Veneto 2000-2009, p. 36); per il 2011 è stato autorizzato un livello di impegnative di poco superiore rispetto a quello del 2009: 23.825 unità, rispetto ad un fabbisogno stimato di 27.244 impegnative. Anche tenendo conto delle altre forme di offerta esistenti (centri diurni, strutture per religiosi, sezioni ad alta protezione Alzheimer, ricoveri per stati vegetativi permanenti) il numero di autorizzazioni (26.170) resta inferiore al fabbisogno programmato per il 2011 (Fonte: Relazione SocioSanitaria anno 2011, p. 211).

Nel 2010-2011 la valenza del sistema premiale ha subito un ridimensionamento: non sono state attribuite le risorse della premialità intermedia e sono state tagliate le risorse del sistema premiale (Fonte: Riparto e modalità di programmazione delle risorse Fondo Sviluppo e coesione, Riserva premiale Obiettivi di servizio, Nota tecnica per la Conferenza Stato-Regioni, aggiornamento 30 maggio 2012, www.coesioneterritoriale.gov.it).

A maggio 2012, in sede di riprogrammazione dei fondi comunitari per lo sviluppo del Sud, sono stati assegnati all'obiettivo di migliorare gli interventi per gli anziani non autosufficienti 330 milioni. È stato confermato come target da raggiungere entro il 2015 l'obiettivo del 3,5% di anziani assistiti in ADI.

La situazione, per quel che riguarda il SAD, è ancora più critica. Ancor prima della recessione economica questo servizio non aveva trovato un proprio percorso di espansione e le evidenze dimostravano un trend decrescente nella quota di anziani raggiunti (ad esempio, tra il 2006 e il 2010 la diffusione del SAD a livello nazionale è scesa dall'1,8% all'1,4% degli anziani, *Fonte*: ISTAT). Le ragioni storiche di questo mancato decollo vanno ricercate soprattutto nella consistente disponibilità di assistenti familiari, fattore che ha contenuto la domanda di servizi pubblici e, allo stesso tempo, posto la necessità di ripensare il servizio; tra le altre conseguenze vi è anche quella di un SAD che ha trovato uno spazio di crescita solo nei confronti dell'utenza particolarmente complessa.

Le impressioni raccolte attraverso le interviste sottolineano che nella fase attuale le tensioni finanziarie dei comuni hanno determinato ridimensionamenti nel volume complessivo di ore di servizio erogate, lasciando presumere un ulteriore peggioramento della quota di anziani presa in carico rispetto ai dati del 2010 (i più recenti disponibili). Sembra inoltre che l'aumento della povertà spinga oggi gli anziani a rivolgersi ai comuni soprattutto per richiedere interventi di sostegno al reddito, piuttosto che servizi, tendenza che potrebbe contribuire a frenare la diffusione del SAD (altri elementi che spingono in tal senso sono le compartecipazioni, ma su questo punto si rimanda all'apposito paragrafo sulle rette).

Per quel che riguarda, invece, i servizi residenziali, storicamente la loro crescita è avvenuta piuttosto lentamente e con notevoli difformità tra le aree territoriali. Le aspettative per la fine del decennio erano di un ulteriore consolidamento del sistema di offerta. Almeno fino a un paio di anni fa, il trend a livello nazionale è effettivamente consistito nel rafforzamento della copertura (ad esempio tra il 2006 e il 2009 la quota di anziani non autosufficienti accolti nelle strutture è passata dall'1,4% all'1,8%, mentre la quota totale di anziani accolti nelle residenze è passata dal 2,2% al 2,5%). Le evidenze più recenti sembrano invece testimoniare un arresto dell'incremento intorno alla quota del 2009 (nel 2010 l'indicatore è lievemente in discesa)⁽⁴⁾; per quel che concerne il complesso della popolazione anziana, il trend di lungo periodo è quello di lieve aumento della quota di utenza servita⁽⁵⁾. Le difficoltà di mantenimento dello sviluppo dell'offerta rispetto alle

(4) Il confronto tra gli indicatori 2006 e 2009 potrebbe risentire della revisione dell'Indagine ISTAT sui presidi residenziali, pertanto non si esclude che parte di questo incremento sia attribuibile a fattori metodologici. Il confronto tra 2009 e 2010 – a parità di condizioni di rilevazione – evidenzia che la quota di anziani non autosufficienti ricoverati nelle strutture è passata da 18,44 anziani ogni mille del 2009 ai 17,79 del 2010, mentre negli ultimi due anni il valore calcolato sul complesso degli anziani è sceso da 24,66 a 23,97 (*Fonte* ISTAT, I presidi assistenziali socioassistenziali e sociosanitari).

(5) La quota di popolazione anziana accolta nelle strutture è passata dal 2,2% del 2000 al 2,4% del 2010.

aspettative di qualche anno fa sono evidenti anche a livello di singole regioni. Si riporta a titolo di esempio il caso del Veneto (box 1), dove in passato era stato programmato uno standard di sviluppo della residenzialità: le evidenze più recenti segnalano che l'obiettivo dichiarato non è stato raggiunto.

Qualche considerazione, infine, sulle regioni coinvolte nei Piani di Rientro, esperienza che avrebbe dovuto – teoricamente – incoraggiare la riconversione dei posti letto ospedalieri in nuovi servizi territoriali; le testimonianze riferite ed alcuni documenti istituzionali sottolineano che spesso ai tagli nell'offerta rivolta agli acuti non è seguito un parallelo potenziamento dell'offerta per la LTC (si veda box 2).

Box 2 - I Piani di Rientro e l'assistenza sociosanitaria

I Piani di Rientro prevedono, tra gli obiettivi di riqualificazione dei sistemi regionali, lo sviluppo dei servizi sociosanitari. Finora, però, i decisori delle regioni coinvolte si sono concentrati fondamentalmente sulla ricerca degli equilibri finanziari, lasciando in secondo piano la riorganizzazione della rete dei servizi (Caruso e Dirindin, 2012). La riconversione dell'offerta destinata agli acuti in servizi territoriali ha incontrato, inoltre, diversi ostacoli come la resistenza dei produttori di servizi ospedalieri e, a volte, anche quella dei professionisti: ad esempio, in occasione della chiusura di presidi per acuti, non di rado il personale ha cercato di rimanere in ambito ospedaliero piuttosto che confluire sui servizi territoriali (fenomeno avvertito particolarmente nel Lazio).

Come evidenziato dalle recenti valutazioni dei tavoli di monitoraggio, oggi le carenze nei servizi sociosanitari continuano a rappresentare una forte criticità per la maggior parte delle regioni sotto Piano (si veda <http://www.salute.gov.it/pianiRientro/homePianiRientro.jsp>, ad esempio i verbali di verifica di novembre 2012 di Lazio, Molise e Campania). Un esempio per tutti: nel 2008 il monitoraggio di sistema per la Calabria aveva sottolineato – tra le lacune nell'assistenza agli anziani – la totale assenza di strutture semiresidenziali nel SSR; questa situazione persiste ancora oggi (come riferito dal referente intervistato per questa regione).

Altre segnalazioni evidenziano che l'avvento dei Piani di Rientro ha imposto un tale clima di rigore da comportare addirittura un ridimensionamento dell'offerta sociosanitaria. È il caso del Piemonte dove la delibera n. 30/2010 ha disposto per le ASL *“la sospensione dei processi di avvio di nuove attività o ampliamento di quelle esistenti” e “la rimodulazione temporale delle azioni attivate nell'ambito dello sviluppo delle prestazioni (...) della c.d. altra assistenza”*. Secondo quanto riportato dal nostro referente per questa regione, *“Le ASL hanno attuato queste disposizioni riducendo le convenzioni per i posti letto in RSA (per molti mesi non sono stati occupati neppure i posti letto in convenzione liberatesi a causa dei decessi) e contraendo altri interventi (contributi ai familiari, assegni di cura)”*. Nel caso della Sardegna, infine, è stato riferito che negli anni più recenti si sperimenta l'interruzione dei ricoveri temporanei di sollievo.

2.2. Le prestazioni monetarie

L'introduzione di contributi monetari per la non autosufficienza da parte di regioni o comuni (assegni di cura) era stata tra le principali novità del welfare locale dello scorso decennio; alcuni territori avevano fatto del sostegno economico alla domiciliarità uno dei pilastri delle riforme regionali di settore. Il fenome-

no aveva ricevuto un particolare impulso dalla disponibilità del Fondo Nazionale per la non Autosufficienza (2007-2010), finanziamenti impiegati in molti contesti per riconoscere sussidi alle famiglie. Esaurito il sostegno dei fondi statali, la cancellazione di questi interventi si è già concretizzata in alcuni territori (es. numerosi ambiti distrettuali della Lombardia⁽⁶⁾), mentre altrove sopravvive solo perché esistono ancora riserve delle annualità pregresse dei suddetti fondi (es. Marche). Dove invece gli assegni per la domiciliarità venivano finanziati con risorse del Fondo Sanitario Regionale, oggi la prosecuzione di questi interventi viene messa in discussione dalle difficoltà che le regioni incontrano nei tavoli interistituzionali ad utilizzare queste risorse per interventi non certificabili come Lea (es. Veneto⁽⁷⁾).

In generale, gli interventi monetari di regioni e comuni sembrano particolarmente a rischio in una situazione di crisi finanziaria degli enti locali poiché, rispetto ai servizi alla persona, sono misure facilmente reversibili: è chiaro che, di fronte ad una diminuzione del budget, è più agevole per i decisori locali interrompere l'erogazione degli assegni di cura piuttosto che chiudere o ridimensionare servizi strutturati. Questi ultimi presentano infatti alcune rigidità (appalti già assegnati, personale con contratti continuativi) tali da rendere i tagli impraticabili nel breve periodo. Invece, le prestazioni monetarie locali, non soggette a vincoli giuridici (per mancanza di esigibilità) a differenza di quelle nazionali, possono essere agevolmente revocate dai decisori. Così tra gli enti locali si è diffusa la prassi di concedere contributi economici alle famiglie nelle fasi in cui ci sono finanziamenti disponibili, per poi cancellarli non appena gli stanziamenti si riducono.

(6) Pur non esistendo un vero e proprio assegno regionale di cura, la Regione Lombardia nel trasferire i fondi nazionali agli ambiti distrettuali (in particolare una parte del fondo per le non autosufficienze) aveva incoraggiato l'impiego di queste risorse per l'erogazione di buoni (alcune disposizioni regionali sui buoni per le badanti in regola erano contenute nella circ. 21 dicembre 2007, n. 41 sul lavoro di cura). Così alla fine dello scorso decennio diversi comuni e ambiti distrettuali hanno istituito contributi per gli anziani non autosufficienti. Nell'ultimo biennio, venendo meno le risorse nazionali che finanziavano questi interventi, in gran parte dei territori queste misure sono state cancellate.

(7) Negli ultimi anni in questa regione gli assegni di cura sembravano a rischio di cancellazione, proprio perché risultava incompatibile proseguirne il finanziamento con fondi sanitari in quanto attività computate come spesa sociale. Nella fase conclusiva di questo lavoro si è appreso che è in costruzione un "paniere unico della domiciliarità" (delibera 3 maggio 2013, n. 37/CR): dal 2014 le impegnative di cura accorperanno gli assegni di cura, assegni badanti, ADI (assistenza domiciliare integrata) e altri contributi. Si tratta di una riforma tesa a unificare gli interventi sociosanitari e quelli socioassistenziali, con possibilità di scelta per gli utenti tra beneficiare di un contributo economico o servizi domiciliari, differenziati per cinque livelli di intensità assistenziali e con accesso condizionato ad una soglia massima di Isee. Il finanziamento delle impegnative di cura sarà prevalentemente a carico del fondo sanitario regionale a meno di una quota residuale finanziata dal fondo regionale per la non autosufficienza.

I territori che al venir meno dei fondi statali hanno scelto di mantenere queste misure, intervenendo con proprie risorse, costituiscono eccezioni nel panorama attuale; in ogni caso anche in tali realtà lo sviluppo degli assegni recentemente pare incontrare dei freni (si veda il box 3).

Vale la pena ricordare, accanto all'arresto della corsa agli assegni locali di cura, la situazione dell'indennità di accompagnamento. Una prestazione da sempre in attesa di riforma che negli ultimi anni sperimenta politiche di irrigidimento nelle concessioni e un contenimento della relativa spesa (si veda cap. 1).

Per i richiedenti ciò comporta maggiori difficoltà all'ottenimento di questo diritto: aumentano così gli anziani bisognosi di assistenza che non riescono ad accedere ad alcun sostegno statale per la non autosufficienza (CittadinanzAttiva, 2013). Un fenomeno indubbiamente di forte impatto anche sui territori: la crescita delle difficoltà delle famiglie ad accedere ai trasferimenti dell'INPS si traduce in un incremento delle richieste di sostegno (monetario e in natura) agli sportelli dei servizi locali.

Il quadro tratteggiato si somma agli storici limiti di questa prestazione che – in assenza di riforme incisive – sembrano amplificarsi. Ad esempio, se già da tempo esistono problemi di uniformità territoriale nell'accesso alla prestazione⁽⁸⁾, nel momento in cui lo stesso bisogno subisce una valutazione più severa che in passato si genera una disparità di natura inter-temporale tra beneficiari che in passato avevano ottenuto il diritto e soggetti in cui il bisogno è comparso recentemente.

In una fase congiunturale come questa, in cui si dovrebbe evitare che la non autosufficienza pesi ulteriormente sul già diffuso disagio economico delle famiglie, si assiste dunque ad una duplice sofferenza dei sistemi dei trasferimenti monetari:

- l'indennità di accompagnamento diventa più difficilmente accessibile e, per le sue caratteristiche strutturali, continua ad essere incapace di riconoscere il maggior bisogno assistenziale dei casi più complessi e di sostenerlo adeguatamente dal punto di vista economico⁽⁹⁾;
- le misure locali si riducono progressivamente o sono a forte rischio di cancellazione, quindi si rivelano incapaci di rappresentare un supporto continuativo ed efficace.

⁽⁸⁾ È stato dimostrato, ad esempio, che in alcune realtà regionali l'elevata diffusione dell'indennità non è pienamente giustificabile da fattori epidemiologici come il tasso di non autosufficienza (Chiatti *et al.*, 2010). La disomogeneità valutativa è un limite storico dell'accompagnamento e deriva dall'assenza di criteri standardizzati per accertare il grado di non autosufficienza.

⁽⁹⁾ L'indennità, come noto, prevede un unico fisso dell'assegno (€ 499,27 per il 2013), senza alcuna graduazione del sostegno tra i casi di beneficiari che hanno maggiori o minori necessità assistenziali. Per i casi più complessi una parte consistente dei costi del fabbisogno assistenziale resta a carico delle famiglie.

Box 3 - Gli assegni di cura in Emilia-Romagna

Fino al 2009 la diffusione degli assegni di cura per anziani in Emilia-Romagna è aumentata sia numericamente sia in termini di spesa. Negli anni più recenti, sebbene i tratti distintivi di questo strumento a livello regionale non abbiano subito sostanziali modifiche, si è assistito ad un freno "in relazione agli effetti dell'applicazione dei Regolamenti attuativi locali a livello di Distretto, quindi, ai differenti criteri di priorità per l'accesso ai contributi, che hanno prodotto modalità organizzative e gestionali diverse per i vari territori" (Fonte: Relazione sul servizio sanitario regionale 2011). Oggi la quasi totalità degli assegni (97%) è finanziata con risorse del fondo regionale. In passato contribuivano anche altre fonti (ad esempio nel 2010 il 12% proveniva dal fondo nazionale e l'1,6% dai comuni-altre risorse) oggi divenute irrilevanti.

Nell'ultimo biennio, a fronte di una diminuzione del numero di beneficiari degli assegni di cura, è leggermente aumentato il numero di coloro che beneficiano del contributo aggiuntivo per le assistenti familiari (Fonte: RER, Relazione FRNA 2011).

Si segnala che le tendenze più recenti nell'utilizzo delle risorse del fondo regionale – il contesto d'insieme in cui si inseriscono i cambiamenti che riguardano gli assegni di cura – sono di lieve aumento della spesa per la residenzialità (+1,2% nel 2011) e di contenimento delle risorse per i servizi a sostegno della domiciliarità (-7,9% nel 2011, Fonte: RER, Relazione FRNA 2011).

Tabella 1 - Beneficiari e spesa per gli assegni di cura per gli anziani, Emilia-Romagna 2007-2011

		2007	2008	2009	2010	2011
Numero beneficiari		20.542	22.985	23.241	21.412	17.759
Totale spesa		34.432.878	46.513.790	54.373.996	53.263.881	43.237.220
finanziamento	di cui FRNA	31.935.835	45.680.920	49.866.843	46.078.684	42.061.451
	di cui FNA	--	502.137	3.618.028	6.303.389	1.155.769
	di cui Comuni/ altre risorse	2.497.903	330.733	889.125	881.808	20.000

Fonte: Assegni di cura, Rapporto Regione Emilia-Romagna anno 2011.

Come cambiano i confini dell'intervento pubblico – Sintesi

Le tendenze in atto	Le prospettive per il sistema
<ul style="list-style-type: none"> ■ La diffusione delle cure domiciliari prosegue solo in alcune aree del Paese; diminuisce la quota di anziani assistiti dal SAD e, recentemente, in varie regioni, anche quella degli assistiti dall' ADI ■ Lo sviluppo dell'assistenza residenziale si arresta ■ Difficoltà degli enti locali a proseguire il proprio sostegno con gli assegni di cura ■ Clima di irrigidimento nelle concessioni dell'indennità di accompagnamento con contenimento della spesa 	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'evoluzione della copertura dei vari servizi pubblici per la non autosufficienza non tiene il passo con le dinamiche demografiche ■ Alcuni interventi pubblici non sono in grado di assicurare un supporto duraturo per le famiglie (a causa dell'incertezza sulla prosecuzione) ■ L'offerta di interventi continua ad essere squilibrata tra i diversi territori, con alcune regioni che presentano ancora carenze particolarmente accentuate

3. Come cambia il contenuto degli interventi

In questa fase di austerità, i decisori locali si trovano frequentemente alle prese con l'impossibilità di mantenere i volumi storici di alcuni servizi per mancanza di finanziamenti. Due sono le scelte possibili per affrontare la carenza di risorse:

1. continuare ad erogare il servizio con le stesse modalità ma ad un numero di utenti ridotto rispetto al passato;
2. continuare ad erogare il servizio ai medesimi beneficiari, ma contraendo la quantità di assistenza individuale (es. meno ore settimanali di domiciliarità).

Restringere l'utenza è una politica particolarmente difficile da sostenere, mentre, per quanto impopolari, le scelte che permettono di accontentare una platea più ampia pur riducendo i benefici risultano meglio accettate. Ecco perché la seconda strada sembra essere quella preferita dagli enti locali (Pesaresi, 2012). È bene comunque distinguere tra i servizi domiciliari/diurni e quelli residenziali.

3.1. Servizi domiciliari e diurni

Si va diffondendo, soprattutto per gli interventi domiciliari dei comuni, la tendenza:

- a ridurre la quantità di ore settimanali dedicate in media ad ogni assistito;
- a restringere le fasce orarie di copertura dei servizi (ad esempio interruzione della copertura delle fasce serali o dei week end o concentrazione degli interventi solo su una parte della giornata).

Fenomeni analoghi stanno interessando anche i servizi gestiti dalle ASL. Le interviste realizzate illustrano un quadro di ADI in molte regioni funzionante solo al mattino. Anche nei centri diurni sovente si concentra l'attività esclusivamente su metà giornata, oppure è frequente che, per fronteggiare tutte le richieste, gli utenti vengano ammessi alla frequenza a turni (solo per metà giornata o solo in alcuni giorni della settimana). Ciò accade ad anziani ai quali le unità di valutazione hanno certificato l'esigenza di assistenza di tipo *full-time*, i quali, pertanto, ricevono un'assistenza poco intensa rispetto ai loro bisogni.

Quanto alla natura delle prestazioni erogate, l'impressione più frequentemente riportata dai referenti è quella di un'ADI di tipo prestazionale, i cui contenuti si limitano all'effettuazione di singoli interventi, prevalentemente infermieristici. Si tratta di un'impressione confermata da vari studi (si veda la parte monografica sulla domiciliarità del Secondo Rapporto N.N.A.; N.N.A. 2010) e dai dati disponibili. Questi ultimi, infatti, tratteggiano un servizio che nel corso del tempo ha visto ridurre il numero di ore erogate ai singoli utenti (dalle 27 ore del 2001 alle 22 del 2010); nonostante la recente stabilizzazione di tale trend, le cure domiciliari continuano ad offrire un supporto di scarsa intensità per i singoli as-

sistiti, una questione che interessa in particolar modo l'utenza anziana, che mediamente riceve 20 ore di assistenza per caso all'anno.

Lo sviluppo dell'ADI, quindi, anche in un'epoca di discreta espansione delle risorse sanitarie, è consistito nell'aumento della quota di utenza servita accompagnato dalla riduzione dell'intensità (si è preferito raggiungere una platea più ampia, con un servizio concentrato prevalentemente su alcune prestazioni semplici). Rispetto a queste tendenze dell'ultimo decennio, la novità emergente nella fase attuale consiste nell'arresto della quota di anziani fruitori delle cure domiciliari, come si sta sperimentando in alcune regioni del Centro-Nord (si veda il paragrafo precedente). In questo quadro vanno segnalati comunque azioni, come quella sperimentale della Lombardia dell'ultimo biennio (non ancora a regime), con cui si è cercato di rafforzare l'assistenza prestata alle casistiche che richiedono una maggiore complessità dell'assistenza⁽¹⁰⁾. Al di fuori di queste eccezioni, però, non sono state riportate esperienze di regioni che stanno potenziando incisivamente la qualità e l'intensità del servizio di assistenza domiciliare.

Tabella 2 - ADI sociosanitaria: numero di ore per caso (2001-2010)

	2001	2003	2005	2007	2009	2010
Totale utenza	27	25	23	22	21	22
Utenza 65+	nd	nd	nd	19	19	20

Fonte: Annuario Statistico SSN.

3.2. Servizi residenziali

Nelle residenze gli standard contenutistici sono dettati dalle normative regionali sull'accreditamento e l'autorizzazione, soglie che continuano a rappresentare un limite non intaccabile dalle scelte delle ASL, dei comuni e dei gestori. Negli anni più recenti i tentativi di innalzare gli standard normativi sono rimasti esperienze isolate (come la riforma dell'Emilia-Romagna, basata sulla qualificazione degli OSS e sul concetto di "unitarietà nella responsabilità gestionale degli interventi").

In un contesto di generale invarianza degli standard sui contenuti dell'offerta, comunque, si verificano trasformazioni *de facto* che interessano l'intensità dell'assistenza. Cosa sta concretamente cambiando? Sei aspetti emergono in modo particolarmente nitido.

Primo. Gli standard normativi regionali costituiscono – si è detto – un riferimento al di sotto del quale non si può scendere come contenuti assistenziali (ad

⁽¹⁰⁾ Si vedano Cicoletti e Tidoli (2012), Giunco (2012a), Giunco (2012b).

esempio in materia di minutaggio di impiego del personale). Fino a qualche anno fa, tuttavia, spesso i gestori non si limitavano ad assicurare i requisiti minimi ma cercavano di offrire servizi migliorativi oltre queste soglie, facendone un elemento di prestigio per le proprie strutture. Ad esempio nelle RSA lombarde nel 2007 i minuti di assistenza settimanali effettivi risultavano superiori agli standard fissati dalla regione di oltre il 20% (Guerrini, 2010). Oggi, invece, qualsiasi sforzo di rafforzamento dei servizi (ad esempio ogni minuto di assistenza in più) si rivela incompatibile con i vincoli di bilancio e con l'obiettivo, prevalente tra le regioni, di ricercare esclusivamente il contenimento delle rette, sviluppando una competizione basata sul contenimento dei costi, senza riconoscere e premiare l'impegno di chi cerca di innalzare il livello qualitativo degli interventi. Pertanto, nella situazione odierna, la maggior parte dei gestori tende ad appiattire la propria offerta sui requisiti minimi di legge: la capacità che esisteva in passato di superarli tende ad esaurirsi.

Secondo. Si vanno diffondendo espedienti di vario genere per aggirare gli standard richiesti: dunque, a fronte di un apparente rispetto formale dei requisiti di autorizzazione-accreditamento, gli effettivi livelli quali-quantitativi potrebbero risultare inferiori a quelli prescritti. I casi di mancanza di rispetto degli standard minimi (purtroppo non documentabili dalle rilevazioni ufficiali disponibili) vengono segnalati in aumento dagli operatori di varie aree del paese.

Terzo. Le strutture residenziali incontrano crescenti difficoltà ad assicurare con i propri operatori tutti i compiti assistenziali. Non a caso, viene sempre più incentivata la presenza dei familiari o di badanti durante i pasti e in, alcune realtà, i volontari sono coinvolti in mansioni tradizionalmente svolte dal personale retribuito.

Quarto. Come sarà discusso nel paragrafo successivo, la crisi per le RSA significa mancanza di aggiornamento delle tariffe sanitarie, problemi economici delle famiglie ad affrontare le rette e difficoltà al mantenimento degli storici volumi di committenza, tutte criticità che compromettono la possibilità di raggiungere l'equilibrio economico. Queste tensioni stanno inducendo i gestori a riconvertire la propria offerta non soltanto per cogliere nuovi bisogni (es. residenzialità leggera) ma anche per ricercare le opportunità di remunerazione più vantaggiose. Si pensi, ad esempio, alle strutture che incrementano i posti dedicati a particolari fasce di utenza (es. Sla o stati vegetativi) spinti dalle tariffe d'importo maggiore più che dalla reale valutazione della capacità della struttura di assistere questi malati. Da non sottovalutare anche i rischi di aumento di comportamenti opportunistici dei gestori per ottenere finanziamenti più elevati (*upcoding*, scrematatura della casistica per selezionare quella meno complessa e più remunerativa).

Quinto. Sono in aumento i ricoveri di pazienti con bisogni sanitari medio-alti in strutture (come le residenze protette) che non hanno i requisiti per gestirli. Un problema certamente non nuovo, ma che nella fase attuale si intensifica in relazio-

ne all'insufficiente offerta di posti nelle RSA in tante realtà e all'urgenza, da parte delle famiglie e del sistema pubblico, di contenere la spesa a proprio carico.

Sesto. Infine, segnaliamo alcune criticità riguardanti il patrimonio strutturale. Le condizioni finanziarie sono tali che i gestori non possono permettersi di intraprendere nuovi investimenti per riqualificare edifici ed arredi e, con difficoltà, riescono a provvedere alla loro manutenzione ordinaria. Sono sempre più frequenti i casi di enti che mettono in vendita i propri beni perché non riescono a pagare i mutui contratti per le ristrutturazioni.

Come cambia il contenuto degli interventi – Sintesi

Le tendenze in atto	Le prospettive per il sistema
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nell'impossibilità di mantenere gli storici livelli dei servizi, gli enti locali ridimensionano l'offerta con tagli alle fasce orarie di copertura dei servizi e con diminuzione delle ore di assistenza garantite ai singoli casi ▪ I servizi diurni offrono un'assistenza limitata rispetto al fabbisogno assistenziale dell'anziano ▪ L'obiettivo di innalzare i requisiti di funzionamento delle strutture è considerato insostenibile (i regolatori vi rinunciano) ▪ Difficoltà dei gestori ad assicurare assistenza secondo gli standard normativi e a realizzare idonea manutenzione 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapacità del sistema pubblico di assicurare un'assistenza incisiva rispetto ai bisogni → si scoraggia la domanda e si favorisce la ricerca di soluzioni informali ▪ Scompaiono gli incentivi alla riqualificazione dell'offerta erogata nelle strutture, con prospettive per gli stessi utenti di ridimensionamenti dei livelli quali-quantitativi dell'assistenza rispetto al passato ▪ Deterioramento del patrimonio strutturale del sistema di offerta

4. Come cambiano i criteri di accesso e i costi per gli utenti

In tempo di crisi cambiano anche le condizioni che – a livello locale – regolano l'accesso agli interventi pubblici. Alcune tendenze emergono piuttosto nitidamente:

- si rimodula il *targeting* degli interventi. Alle prese con la difficoltà di soddisfare domande sempre più diffuse, gli enti locali concentrano le proprie risposte su alcuni bisogni circoscritti e riducono così la platea dei beneficiari. Ciò si verifica in particolar modo per le misure economiche a sostegno della domiciliarità alle quali oggi, rispetto al passato, possono accedere solo determinate casistiche (ad esempio in Sardegna l'accesso diventa riservato ai malati terminali, in Lombardia i contributi sociosanitari per i *caregivers* si rivolgono esclusivamente a Sla e stati vegetativi). In altri contesti il fenomeno sta interessando l'ADI (con le regioni che concentrano in misura crescente le cure domiciliari sui malati di Sla, sulle situazioni di estrema gravità o sul fine vita). Differenti realtà, come le demenze, non sperimentano invece analoghe attribuzioni di priorità nei servizi tradizionali e, in alcune regioni, non rientrano tra le casistiche per le quali sono previsti interventi integrativi (come gli assegni di cura);

- s'introducono liste d'attesa per cercare di ritardare l'erogazione delle prestazioni. Ad esempio si sospende la possibilità di accesso a determinate tipologie di assistenza fin quando le ASL non dispongano di un budget sufficientemente capiente. Questa è una forma implicita di razionamento che può scoraggiare il ricorso ai servizi. Emblematico, a tale riguardo, il caso del Piemonte dove la d.g.r. n. 45/2012 aveva previsto per le prestazioni residenziali incluse nei Lea, qualora le risorse previste dal progetto personalizzato non fossero immediatamente disponibili, la possibilità di ritardare l'inserimento dell'anziano nelle strutture (creando quindi una lista d'attesa). La stessa previsione è stata dichiarata illegittima con ordinanza del Tar Piemonte 609/2012 ⁽¹¹⁾.

Box 4 - Le quote sanitarie

Nell'ultimo biennio i tariffari regionali per le quote sanitarie in molte aree sono rimasti invariati (non permettendo il recupero dell'inflazione); non mancano i casi di tariffari particolarmente datati. Si veda la tabella sotto.

Singolare è il caso della Liguria dove, a parità di impianto tariffario (d.g.r. n. 862/2011), nel 2012 è stato ridotto del 5% il tetto di spesa per le strutture residenziali e semiresidenziali (si confida in processi di riorganizzazione e razionalizzazione a parità di prestazioni, si veda l'accordo tra Regione Liguria e enti gestori del 20 febbraio 2012).

In Piemonte, con la d.g.r. n. 66/2011 è stata sospesa per gli anni 2012 e 2013 la norma che prevedeva l'aggiornamento delle tariffe al tasso di inflazione programmato. Nel 2013 l'amministrazione potrebbe procedere a riduzioni nominali delle tariffe (la misura è oggetto di negoziazione al momento di terminare l'articolo).

Tabella 3 - Alcuni esempi degli aggiornamenti delle quote sanitarie

Regione	Ultima d.g.r.
Veneto	D.g.r. n. 1673/2010
Emilia-Romagna	D.g.r. n. 514/2009
Lombardia	D.g.r. n. 937/2010
Lazio	D.g.r. n. 98/2007*
Abruzzo	D.g.r. n. 661/2002

Ricognizione aggiornata a marzo 2012 su dati disponibili per alcune regioni. Si ringrazia Enrico Brizioli per i suggerimenti. *Queste tariffe – ad eccezione del livello di assistenza estensivo – sono state oggetto di revisione solo negli ultimi mesi (DCA n. 101/2013 del 9 aprile 2013)

Per monitorare invece come stanno cambiando i costi a carico degli utenti, in particolare quelli per i servizi residenziali, bisogna tenere presente che il rigo-

⁽¹¹⁾ Una nuova decisione del TAR (ordinanza 141/2013) ha constatato come la regione Piemonte avesse eluso la precedente decisione dello stesso tribunale ed ha ordinato nuovamente di organizzare misure idonee per la presa in carico degli anziani in modo da garantire il rispetto della normativa sui Lea. Per maggiori dettagli sulla vicenda si rimanda a www.fondazionepromozionesociale.it.

re sperimentato dagli enti locali sembra trasmettersi ai vari territori secondo alcuni meccanismi comuni:

1. le regioni interrompono l'aggiornamento delle tariffe a carico della sanità, così da controllare la crescita della spesa. L'orientamento prevalente in proposito consiste nel congelare il livello delle remunerazioni, indipendentemente dall'evoluzione dei costi che le strutture sostengono (si veda box 4);

2. i gestori delle strutture reagiscono anche ⁽¹²⁾ riversando gli aumenti dei costi sulla compartecipazione degli utenti (si veda box 5) dato che l'aumento delle quote alberghiere sembra una strada inevitabile per assicurare gli equilibri aziendali. In alcuni casi vengono richieste alle famiglie non soltanto le quote di rilievo sociale ma anche la copertura di spese sanitarie, come dimostrato dalle certificazioni ai fini fiscali che i gestori rilasciano agli utenti;

3. i comuni cercano di contenere il proprio impegno nei confronti delle situazioni di indigenza agendo sulle soglie di esenzione e sui criteri di definizione del reddito ai fini dell'esenzione. Ciò significa che si restringe la platea dei beneficiari del sostegno pubblico alle quote alberghiere.

Box 5 - L'andamento delle rette nelle RSA

Il livello delle quote alberghiere varia sensibilmente tra le varie aree del paese. I confronti tra le rette applicate sono particolarmente complessi perché occorre tener conto della diversa intensità assistenziale offerta nelle varie tipologie di strutture e delle ulteriori articolazioni a seconda del livello di comfort richiesto. Una recente ricognizione fornisce una sintesi di questa giungla di criteri (Pesaresi, 2013): ne è risultato un livello medio della quota alberghiera *pro die* di circa 44 euro. Rispetto ai costi complessivi dell'assistenza residenziale, circa il 42,4% del totale risulta mediamente a carico degli ospiti.

Altre fonti evidenziano che negli anni più recenti si stanno sperimentando aumenti abbastanza significativi delle rette. Dalla rilevazione Auser (2012), su un campione di 150 RSA, risulta che tra il 2007 e il 2012 le massime hanno subito un aumento del 12,7%, mentre le minime del 18,5%. In entrambi i casi si è trattato di rialzi oltre le dinamiche inflazionistiche (nello stesso arco temporale l'indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati è salito dell'11,5%), un aspetto decisamente marcato per le rette minime, lievitato del 6,2% in termini reali.

Tabella 4 - L'evoluzione delle rette

	Rette 2012	Rette 2007	variaz. % 2007-2012 a prezzi correnti	variaz. % 2007-2012 a prezzi costanti
max	60,5	53,7	12,7%	1,0%
min	52	43,9	18,5%	6,2%

Fonte: ns. elaborazione su dati Auser.

(12) L'altra reazione possibile consiste nel ridurre i contenuti assistenziali, cfr. par 3.

Una serie di passaggi concatenati, dai quali scaturiscono consistenti aumenti degli oneri sopportati dagli utenti. Questa è una tematica, peraltro, che interessa anche i centri diurni e i servizi domiciliari dei comuni, altri servizi per i quali si inaspriscono le partecipazioni richieste ai cittadini. In generale, la maggiore onerosità dei servizi pubblici li rende poco competitivi rispetto all'assistenza informale: una diminuzione di convenienza per le famiglie che scoraggia progressivamente la domanda di assistenza pubblica.

Il fenomeno si accentua maggiormente per i servizi più costosi come quelli residenziali, nei confronti dei quali, secondo l'opinione prevalente degli esperti intervistati, la pressione delle liste d'attesa si avverte meno che in passato. Fanno eccezione alcuni grandi centri urbani, dove invece la congestione delle residenze resta una scottante criticità.

Al di fuori di queste eccezioni, la tendenza predominante in questa fase consiste in una sempre più diffusa rinuncia alle RSA a causa di costi a carico degli utenti che le famiglie non riescono a sopportare. Oggi è frequente che, quando si liberano posti nelle strutture, i gestori debbano contattare numerosi anziani in lista d'attesa, prima che qualcuno accetti; lo stesso fenomeno, visto dal lato famiglie, significa che dopo avere atteso a lungo un posto, i potenziali utenti vi rinunciano per incapacità di affrontare i costi (Tidoli, 2013). Si registra anche l'aumento della morosità nel pagamento delle rette, dovuto proprio alle difficoltà economiche delle famiglie. Gli operatori segnalano che non sono rari i casi in cui, a causa dell'insostenibilità dei costi, le famiglie sono costrette a far rientrare a domicilio l'anziano precedentemente inserito in struttura; in questa fase di elevata disoccupazione il rientro può essere anche considerato una fonte di reddito.

Altri riflessi dell'onerosità delle rette si avvertono nella scelta delle strutture: pur di trovare soluzioni più convenienti sempre più spesso operatori e famiglie si rivolgono a realtà particolarmente distanti dal luogo di residenza dell'anziano, con effetti a volte traumatici.

Tra le conseguenze di un sistema pubblico che non riconosce adeguate tariffe ai produttori di servizi residenziali c'è anche la possibilità che alcuni di essi si orientino maggiormente nel mercato degli utenti solventi, con aumento dei divari nei livelli di servizi offerti in queste strutture rispetto ai posti a finanziamento pubblico (il dualismo tra strutture di serie A e di serie B è un problema storico, che in questa fase si intensifica).

Cosa significano, in chiave prospettica, queste tendenze su criteri d'accesso e costi? Il quadro che si va delineando ha impatti significativi sia sulla selettività che sull'equità. Le aspettative, quanto a capacità del sistema di formulare risposte certe e corrispondenti a diversi livelli di bisogno, non sono incoraggianti. C'è, innanzitutto, un problema di discriminazioni tra alcuni bisogni specifici su cui si concentrano tutti gli sforzi di potenziamento della copertura e il resto di realtà più diffuse, considerate indistintamente. Ad esempio, mentre – come detto – si

rafforza nettamente l'assistenza dedicata alla Sla, si attenuano le azioni locali per rafforzare i servizi rivolti ad altre casistiche di grande rilievo, come le demenze. Più in generale, la questione di fondo è che le risorse si orientano quasi esclusivamente sui bisogni fortemente conclamati sotto il profilo clinico, mentre le esigenze di tipo tutelare trovano sempre minori risposte.

Un ulteriore rischio è che s'indebolisca la capacità dei sistemi regionali di dare risposte uniformi allo stesso bisogno: i cittadini che richiedono oggi di accedere alle prestazioni locali devono affrontare una valutazione più severa dei propri bisogni rispetto a quanto accadeva in passato (cfr. prossimo paragrafo). È probabile quindi che, a parità di gravità, nella stessa regione, una medesima casistica a cui fino a pochi anni fa veniva certificato il bisogno di assistenza residenziale, diurna o economica, oggi non venga più riconosciuta meritevole di questi interventi. Ciò genera, innanzitutto, una disparità di trattamento tra vecchi e nuovi assistiti, tra chi è già dentro e chi è fuori dal sistema (ad esempio tra chi è ricoverato o meno nelle residenze). Analoghe discriminazioni tra utenti "storici" e nuovi richiedenti si sperimentano anche nel riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (si veda il § 2.2).

Considerevoli anche i pericoli per l'equità del sistema, qui intesa come il rapporto tra i costi che gli utenti sopportano per accedere ai servizi e le disponibilità economiche familiari. C'è un problema di servizi pubblici formali che – a causa delle compartecipazioni – risultano non convenienti per una parte sempre più ampia di anziani. A poco servono gli sforzi compiuti dalle regioni per attribuire alle situazioni di maggior bisogno un'adeguata priorità nelle liste d'attesa (ad esempio per le residenze), se poi i costi per le famiglie sono tali da indurle a rinunciare al posto.

L'intervento pubblico offre un sostegno incisivo solo ad alcuni casi di disagio estremo, mentre al di fuori di queste situazioni di spiccata povertà gli aiuti economici (esenzioni-agevolazioni nelle rette e assegni di cura) vengono meno e una fetta sempre maggiore di famiglie non trova risposte.

La non autosufficienza diventa sempre più un problema delle famiglie, con un aumento del ricorso a soluzioni informali (assistenza tramite familiari o badanti quanto più a basso costo) oppure di acquisto di servizi formali senza ricevere sostegno pubblico (ad esempio l'inserimento degli anziani in strutture in qualità di solventi). Lo *status* economico si conferma un fattore da cui dipende la qualità e la quantità di assistenza a cui accede l'anziano (una relazione destinata a rafforzarsi).

Si indebolisce così la portata universalistica del sistema: da un lato ci sono le famiglie più abbienti che riescono a sopportare i costi privati dell'assistenza, dall'altro i nuclei estremamente disagiati che accedono ai sostegni pubblici. In mezzo si trova una platea sempre più ampia di cittadini non particolarmente ricchi ma nemmeno considerati meritevoli di condizioni agevolate, che restano

esclusi dal sostegno ai costi dell'assistenza. Per queste famiglie è forte il rischio che la presenza di un soggetto non autosufficiente gravi così tanto sui propri bilanci da diventare motivo di impoverimento ⁽¹³⁾. Garantire all'anziano un'assistenza adeguata o impoverirsi: questo è il dilemma a cui si trovano di fronte un numero sempre maggiore di cittadini.

Come cambiano i criteri di accesso e i costi per gli utenti – Sintesi

Le tendenze in atto	Le prospettive per il sistema
<ul style="list-style-type: none"> ■ Variazioni di targeting (bisogni eleggibili): alcuni interventi precedentemente rivolti a bisogni diffusi diventano destinati ad alcune casistiche circoscritte ■ Alcune regioni tentano di introdurre altre forme implicite di razionamento (es. erogazione Lea condizionata alla disponibilità di risorse) ■ Mancati aggiornamenti delle tariffe sanitarie, aumenti delle quote alberghiere, strette al sistema delle esenzioni → Aumento oneri a carico degli utenti 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Alcuni bisogni rilevanti non trovano accesso ai sostegni pubblici ■ A parità di bisogno, i nuovi assistiti sperimentano maggiori barriere nell'accesso ai servizi rispetto all'utenza storica ■ Riduzione della convenienza dei servizi pubblici ■ Un welfare pubblico per gli anziani che risponde soltanto ai casi di disagio estremo ■ La possibilità di ricevere adeguata assistenza dipende dalle condizioni economiche dell'anziano ■ La non autosufficienza è sempre più un fattore di impoverimento per le famiglie coinvolte

5. Come cambia il governo della rete

Il mondo dei servizi per la LTC non si esaurisce – come noto – negli interventi di erogazione diretta delle prestazioni: uno dei nodi chiave del governo dell'assistenza locale è la regolazione dei percorsi assistenziali. Diversi possono essere i modelli, secondo il grado di coinvolgimento dell'operatore pubblico nelle fasi dell'accesso, della valutazione e della presa in carico. Tutte le regioni che hanno avviato riforme per la non autosufficienza hanno fatto del presidio della rete un punto chiave della propria riorganizzazione. Al là dell'effettiva riuscita di questi processi sul piano applicativo, l'esigenza di investire nei percorsi assistenziali è stata ampiamente condivisa e ha generato attese di progressi su questo fronte.

Secondo le esperienze riportate nelle interviste, invece, i tentativi di riqualificazione dei percorsi assistenziali incontrano oggi alcuni freni:

- si riduce l'attenzione alla diffusione di modelli di percorsi assistenziali uniformi a livello regionale anche dove storicamente si era investito molto su questo piano (ad esempio, in Emilia-Romagna non è stato raggiunto l'obiettivo di completa integrazione tra sportelli sociali dei comuni e sportelli delle ASL);

⁽¹³⁾ L'indennità di accompagnamento, laddove erogata, costituisce per i beneficiari un sussidio limitato rispetto agli effettivi costi dell'assistenza.

- si esauriscono gli sforzi per la progettazione di risposte sul caso. Le testimonianze raccolte sottolineano come oggi, a causa dei vincoli di bilancio, la valutazione iniziale abbia sovente una funzione quasi esclusivamente autorizzativa, spesso orientata al contenimento del bisogno per limitare gli oneri a carico del sistema pubblico, e non sia finalizzata alla costruzione del progetto personalizzato. Nella definizione delle risposte, gli operatori sono pesantemente influenzati anche dalle richieste delle famiglie: in tempo di crisi gli utenti si rivolgono agli sportelli molto spesso per ottenere gli aiuti economici e il sostegno delle rette, e la gestione di questo tipo di emergenze cattura molte delle energie degli addetti;
- nelle ASL e nei comuni le carenze di organico – legate ai blocchi del turn over – hanno portato a concentrare tutto il personale sui soli servizi di assistenza diretta, vale a dire che gli operatori sono adibiti quasi esclusivamente nell'erogazione di prestazioni, a discapito di altri ruoli come quelli di presa in carico, progettualità sui quali si impiegano sempre meno risorse umane;
- la riqualificazione dei percorsi incontra ostacoli anche in quelle regioni dove la regolazione stava appena muovendo i primi passi: ad esempio in Calabria, una realtà in cui mancano strumenti di valutazione condivisi a livello regionale, la crisi sembra mettere a rischio i timidi esperimenti locali di riorganizzazione delle unità valutative locali.

Diverse ragioni lasciano pensare che in questo momento storico il sistema di welfare sperimenti un arretramento del presidio pubblico dei percorsi assistenziali (nei vari aspetti dell'informazione-orientamento, valutazione, progettazione, monitoraggio): dalla chiusura o drastica riduzione degli sportelli badanti all'indebolimento dei Pua e delle Uvm, al disinvestimento sulle figure di case-management, alle difficoltà degli operatori di dedicare tempo alle progettazioni sul caso (tempi di osservazione del caso, tempo per la diagnosi e per la definizione del percorso assistenziale più adeguato) (Gori e Ghetti, 2012). In altre parole, si riduce l'attenzione sulle funzioni di regia; "assistere" diventa sempre più erogare singole prestazioni e, sempre meno, prendersi carico complessivamente della persona.

L'esigenza del presidio della rete assume un rilievo ancora maggiore se consideriamo alcune tendenze particolarmente avvertite nei territori, indicative di criticità sul piano dell'appropriatezza nel ricorso ai vari servizi:

- aumenta il ricorso ai servizi ospedalieri per gestire bisogni non solo acuti ma anche cronici degli anziani: il loro pendolarismo verso gli ospedali (da casa o dalle strutture) e i ricorsi inappropriati al pronto soccorso sono fenomeni non nuovi ma sempre più diffusi, spesso causati da politiche di dimissioni troppo rapide; le dimissioni protette continuano ad assumere un carattere di straordinarietà, ossia a rappresentare una nicchia su cui investe solo qualche regione. La carenza di servizi territoriali induce a rivolgersi all'ospedale anche per esigenze poco complesse e urgenti (si veda box 6);

Box 6 - La ricerca Agenas sulla Presa In Carico

A proposito dell'appropriatezza degli accessi al pronto soccorso, la ricerca dell'Agenas (2012) ha evidenziato che una quota consistente degli accessi a questo servizio da parte di anziani non autosufficienti assistiti a domicilio risulta impropria (codici bianchi o verdi): 21,6% nell'area milanese, 48,7% nel Pisano, 23,1% nell'Alto Vicentino (sono questi i tre territori coinvolti nella ricerca).

Per quel che concerne il rapporto tra dimissioni dell'anziano dall'ospedale e presa in carico dei servizi territoriali, mediamente il tempo che intercorre prima dell'erogazione dei servizi domiciliari è 8 giorni in Lombardia, 13 in Toscana e 7 in Veneto. Più rapido risulta l'accesso ai servizi residenziali, si presume a causa di una maggiore gravità della casistica in questione.

La stessa ricerca ha dimostrato che mediamente il ricorso all'ospedale da parte di anziani assistiti a domicilio (flusso SIAD) è superiore a quello dei soggetti accolti in strutture residenziali (FAR, si veda tabella seguente).

Tabella 5 - Percentuale di anziani ricoverati durante il periodo di riferimento

	SIAD	FAR
Asl Milano	35,5	15,3
Sds Firenze-Sds Pisa	35,0	4,5
Ulss Alto Vicentino	50,0	3,8

- esiste un rischio di ricorso inappropriato al sistema delle subacuzie. Questa tipologia di offerta sta incontrando negli ultimi anni un certo sviluppo⁽¹⁴⁾ che risponde all'esigenza di alleggerire il sistema ospedaliero, specialmente in alcune aree dove tali tipologie di strutture sono carenti. L'aumento del consumo di questi servizi potrebbe però sottendere la tendenza, da parte delle famiglie e degli operatori, a domandare ricoveri in lungodegenza per bisogni potenzialmente gestibili dai servizi territoriali. I primi sarebbero preferiti perché, a differenza delle RSA, non sono soggetti a compartecipazioni; le lungodegenze sono richieste anche per tamponare l'indisponibilità di posti nelle residenze;
- gli anziani si rivolgono a servizi qualificati solo quando le loro condizioni sono particolarmente compromesse: la presenza delle badanti prolunga la gestione "fai da te" del caso, che spesso causa un peggioramento delle condizioni dell'anziano, con un ritardo della presa in carico dei servizi. Si pensi, a titolo di esempio, ai casi di frattura del femore e ai rischi per la salute legati ai ritardati ricoveri. Nondimeno, anche le RSA sperimentano in fase di ammissione dei pazienti problemi legati all'inadeguatezza dell'assistenza ricevuta a domicilio

⁽¹⁴⁾ In un panorama di generale tendenza alla riduzione del ricorso ai ricoveri ospedalieri, tra il 2008 e il 2010, il numero di ricoveri nei reparti di lungodegenza è aumentato del 3,1% (nostra elaborazione su dati Rapporto Sdo - Ministero della salute). A fronte dell'incremento delle degenze si è sperimentata una diminuzione della degenza media nella disciplina codice 50 (-4%). Oltre al numero di ricoveri in lungodegenza è aumentato anche quello in regime di riabilitazione (+2,3% nello stesso periodo per ricoveri ordinari).

e al ritardo con cui le famiglie hanno rinviato l'ingresso in struttura: ad esempio piaghe da decubito, malnutrizione, monitoraggio farmacologico carente;

- nel sistema si producono incentivi alle istituzionalizzazioni e si allenta l'attenzione ai servizi diurni. C'è, innanzitutto, un problema legato all'attuale configurazione dei servizi domiciliari: l'assistenza domiciliare, così come erogata oggi (servizi attivi solo per una parte della giornata, coinvolgimento quasi esclusivamente di figure infermieristiche, debolezza del sostegno di tipo tutelare) si presta a rispondere prevalentemente a bisogni clinici circoscritti e funziona solo nelle situazioni in cui l'anziano può contare su un valido supporto familiare. Quando questo sostegno è assente, le famiglie e gli operatori intravedono negli inserimenti in struttura l'unica forma assistenziale effettivamente percorribile. Si va ulteriormente diffondendo una generale diminuzione di fiducia nella possibilità che gli interventi pubblici domiciliari, così come concepiti oggi, possano rappresentare una risposta efficace; i programmatori locali, nella scelta dei servizi da potenziare, potrebbero essere indotti a investire di più nello sviluppo delle prestazioni residenziali.

Le difficoltà economiche inducono tutti i soggetti coinvolti a contenere gli oneri a proprio carico: aumenta soprattutto la domanda per i servizi che non sono soggetti a compartecipazioni e ogni istituzione tende a privilegiare le scelte che pesano meno sul proprio budget (ad esempio, facendo figurare come sanitari i bisogni tutelari di un soggetto o viceversa, per trasferire i costi a carico della sanità o dei servizi sociali). Il pericolo è costruire risposte che perdano di vista il benessere dell'anziano, con un aumento dei costi complessivi per il sistema: una quota importante degli interventi potrebbe essere erogata in contesti assistenziali più adatti all'anziano e a costi inferiori, ma l'indebolimento delle funzioni di regia non permette di attivare logiche lungimiranti.

Si presenta, inoltre, un problema di servizi pubblici che, davanti alla crisi, alle prese con i tagli, concentrano gli interventi sulle situazioni di elevata gravità, sui bisogni evidenti e conclamati che vengono affrontati solo nella loro fase acuta (Gori e Ghetti, 2012). Per gli anziani ciò potrebbe significare in futuro rivolgersi al sistema pubblico solo per le situazioni di urgenza e emergenza.

Come cambia il governo della rete – Sintesi

Le tendenze in atto	Le prospettive per il sistema
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interruzione dei miglioramenti ai sistemi di accesso, valutazione, progettazione sul caso ▪ Risorse concentrate sull'assistenza diretta (erogazione delle prestazioni) e arretramento delle funzioni di supporto ▪ Si alimentano tendenze all'uso distortivo di alcuni servizi: es. pendolarismo dagli ospedali, rischi di usi distortivi della subacuzie, si producono incentivi alle istituzionalizzazioni 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il welfare per gli anziani assume un ruolo sempre più prestazionale e emergenziale ▪ Il sistema pubblico è incapace di realizzare la presa in carico complessiva dell'anziano ▪ Risposte individuali inappropriate e inefficienti, scelte che non mettono al centro il benessere dell'anziano non autosufficiente

6. Come cambia il lavoro nei servizi

Quali cambiamenti sperimentano i gestori e i lavoratori di questo settore? Predomina l'incertezza dei finanziamenti pubblici, che impedisce una programmazione, anche di breve periodo, delle risorse e delle relative attività di committenza. Si tratta di un aspetto particolarmente rilevante nei servizi socioassistenziali dei comuni, nei quali l'instabilità delle risorse è maggiormente avvertita. Anche le certezze dei finanziamenti a carico della sanità vengono meno: i *provider* sperimentano tensioni a causa del congelamento delle quote sanitarie e delle rinegoziazioni al ribasso dei volumi di produzione.

Il clima di estremo rigore si traduce in un peggioramento nelle condizioni di affidamento dei servizi: gli incarichi vengono assegnati con orizzonti temporali sempre più limitati e con formule che premiano sempre più il ribasso dei costi a discapito del contenuto dell'affidamento (vedi box 7). Come sottolineato anche in Fosti *et al.* (2012), questo è un settore caratterizzato da fortissima competitività, in cui vengono pagate solo le ore di servizio effettivamente fornite. Anche nei servizi sociosanitari si tende a remunerare solo le giornate di presenza dell'utente nella struttura, lasciando a carico dei gestori i costi fissi della conservazione della disponibilità dei posti⁽¹⁵⁾.

In tali condizioni, sempre più i gestori incontrano difficoltà a raggiungere l'equilibrio di bilancio e a rimanere sul mercato. Per proseguire l'operatività si ricorre a numerosi espedienti, soprattutto limando sul costo del personale: ciò significa ricorrere a contratti estremamente precari e poco tutelanti, inquadramenti sotto livello rispetto alle mansioni effettive, o turni più pesanti. In un settore in cui gli stipendi degli operatori della LTC sono tradizionalmente molto vicini ai minimi contrattuali (Fosti *et al.*, 2012), oggi le condizioni di lavoro precipitano ulteriormente.

Anche nei servizi gestiti direttamente dall'operatore pubblico le condizioni per l'impiego di personale si fanno più penalizzanti (prevale il reclutamento con contratti a termine o flessibili, si veda box 7). Ciò detto, permangono importanti disparità di trattamento con il personale degli erogatori privati.

Nell'assistenza agli anziani non autosufficienti, settore altamente *labour intensive*, la ricerca di risparmi significa essenzialmente contenimento del costo del personale; l'impressione diffusa è che questa leva sia stata così ampiamente utilizzata da non lasciare ulteriori margini di compressione, a meno di non ridurre

⁽¹⁵⁾ Ad esempio in Lombardia a partire dal 2012 non sono più remunerate con oneri a carico del SSR le assenze (ricoveri ospedalieri, malattie, rientri in famiglia) e, per i posti di sollievo, si interrompe la corresponsione della tariffa per i posti non occupati da utenti (cosiddetta regola del "vuoto per pieno").

re i profili assistenziali (come già sottolineato, c'è una tendenza a scaricare alcune responsabilità sulle famiglie e sul personale volontario). Nella crisi, peraltro, la maggior parte del tempo e delle energie dei gestori è catturata da queste problematiche correnti, mentre si interrompono gli investimenti di natura strutturale (di riqualificazione di immobili, arredi, ecc.), che trovano sempre meno spazio nelle strategie pubbliche e private.

Box 7 - Alcune evidenze dal rapporto Auser "Enti Locali e Terzo Settore"

Le assunzioni di personale nel settore dei servizi sociali, secondo il campione 2011-2012 esaminato dall'Auser, avvengono per il 25,9% con contratti a tempo determinato, il 36,1% con contratti di collaborazione occasionale, per il 22,2% con collaborazioni a progetto. Solo nel 15,7% dei contratti si è fatto ricorso all'impiego a tempo indeterminato.

Le convenzioni con cui i comuni affidano alle imprese sociali i propri servizi hanno una durata inferiore all'anno nel 31,3% dei casi analizzati e inferiore ai due anni nel 40,6%; solo il 28,1% dei contratti eccede i due anni.

Per quel che riguarda i criteri di aggiudicazione delle gare, nel campione osservato il 10% delle procedure indette dai comuni ha utilizzato il criterio del massimo ribasso, ossia ha selezionato l'offerta dal prezzo inferiore, indipendentemente dalle condizioni qualitative e tecniche.

Quale impatto producono le tendenze tratteggiate sulla qualità del lavoro? I cambiamenti toccano non solo gli aspetti contrattuali ma anche i contenuti dell'operatività:

- i carichi di lavoro aumentano e si diffondono problemi di inadeguatezza degli organici. La questione investe sia le strutture private che quelle pubbliche (in particolar modo quelle delle regioni interessate dai piani di rientro che sperimentano l'assoluto blocco del turnover);
- lavorare nei servizi significa sempre più gestire l'emergenza: il personale è costretto a dedicare i propri sforzi quasi esclusivamente ai casi gravi o gravissimi, senza spazi per interventi di mantenimento o riduzione del peggioramento (come sottolinea il referente della Lombardia, persone in situazione "medie" – per le quali ci può essere ancora un po' di spazio per interventi di mantenimento delle capacità residue o prevenzione del peggioramento – ormai ricevono una minore attenzione da parte dei servizi, che giocoforza si orientano sempre più verso i "gravi"). Inoltre, è sempre più complicato trovare tempo da dedicare alla relazione con la persona, all'ascolto e all'accompagnamento delle famiglie. L'impressione, tra gli addetti, è quella di un lavoro che sempre più consiste nel passare continuamente da un'emergenza all'altra;
- gli operatori subiscono sempre maggiori livelli di stress e peggiora il clima organizzativo interno ai servizi. A questo riguardo, si rimanda alle riflessioni sui rischi di burn-out dello staff contenute nel capitolo sulla qualità nelle strutture residenziali;
- tra gli altri risvolti, si annovera la drastica riduzione delle possibilità di formazione per il personale di tutti i livelli impiegato nei servizi (Trabucchi, 2012).

Come cambia il lavoro nei servizi – Sintesi

Le tendenze in atto	Le prospettive per il sistema
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impossibilità di programmare i servizi a causa dell'incertezza sulla disponibilità di risorse ▪ Peggioramento nelle condizioni di affidamento dei servizi ▪ Arretramento delle condizioni lavorative ▪ Deterioramento del clima organizzativo ▪ Interruzione degli investimenti nelle strutture ▪ Interruzione dei processi di aggiornamento-formazione del personale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una concorrenza orientata solo sul prezzo che trascura la qualità dei servizi ▪ Demotivazione degli operatori

7. Dove stiamo andando?

Lo scorso decennio ha visto crescere l'attenzione delle politiche pubbliche nei confronti dei bisogni di LTC: le spinte socio-demografiche e la consapevolezza della storica inadeguatezza del sistema italiano di risposte hanno reso la "questione anziani" un argomento di rilievo. Il settore ha sperimentato in quel periodo uno sviluppo mai conosciuto prima, tanto negli stanziamenti quanto nella progettualità. Sviluppo che ci si attendeva proseguisse nel nuovo decennio, sia perché – nonostante i passi in avanti – i ritardi del nostro paese risultavano ancora incolmati, sia perché i galoppanti tassi di aumento della popolazione anziana non avrebbero consentito distrazioni.

Il presente sembra smentire queste aspettative. L'intreccio tra gli antichi limiti del nostro sistema di risposte per gli anziani non autosufficienti e l'inadeguatezza delle risorse disponibili restituiscono uno scenario nel quale il sistema pubblico sembra aver toccato il massimo sviluppo storico, con grandi difficoltà di tutti i territori a mantenere i livelli di servizio raggiunti. Oggi su più fronti si sperimenta addirittura il pericolo di un arretramento: in termini di estensione della copertura, di livelli qualitativi dei servizi, di equità e di appropriatezza del sistema.

Pur considerando che in questo tempo di crisi, oltre alle problematiche indagate dal presente contributo, nel settore sono anche in atto processi di innovazione, le prospettive future paiono quanto mai costellate di incertezze.

Bibliografia

- AGENAS (2012), *La presa in carico degli anziani non autosufficienti* – La ricerca Agenas, in *Monitor*, n. 30.
- AUSER (2012), *La realtà delle Residenze Assistenziali in Italia*, in www1.auser.it.
- AUSER (2012), *Rapporto enti locali e terzo settore*, in www1.auser.it.

- CARUSO E., DIRINDIN N. (2012), *Il sistema sanitario alla ricerca della sostenibilità*, in *La finanza pubblica italiana – Rapporto 2012*, a cura di Zanardi A., Il Mulino, Bologna.
- CHIATTI C. et al. (2010), *La “bussola” di N.N.A.: lo stato dell’arte basato sui dati*, in *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Rapporto 2010*, a cura di Network Non Autosufficienza, Rimini, Maggioli.
- CICOLETTI D., TIDOLI R. (2012), *Riforma ADI, prime riflessioni dopo l’avvio della sperimentazione*, in www.lombardiasociale.it.
- CITTADINANZATTIVA, (2013), *Primo rapporto nazionale sull’invalidità civile e la burocrazia*, Roma, CittadinanzAttiva, scaricabile da www.cittadinanzattiva.it.
- DIRINDIN N. (2012), *Salvaguardare il sistema di welfare, riconvertire le risorse*, Politiche sanitarie, n. 2.
- FARGION V., (2013), *Le politiche per la non autosufficienza*, in FARGION V., GUALMINI E. (a cura di), *Tra l’incudine e il martello. Regioni e nuovi rischi sociali in tempo di crisi*, Bologna, Il Mulino, pp. 37-71.
- FOSTI G., LARENZA O., LONGO F., ROTOLO A. (2012), *La rete dei servizi per la Long Term Care*, in *La presa in carico degli anziani non autosufficienti*, Agenas.
- GIUNCO F. (2012a), *ADI Lombardia: quali messaggi per le altre regioni*, *Welfare Oggi*, n. 1.
- GIUNCO F. (2012b), *Sperimentazione riforma ADI: cosa dicono i dati e quale scenario si sta configurando*, intervista a cura di Valentina Ghetti, www.lombardiasociale.it.
- GORI C., GHETTI V. (2012), *La qualità che già siamo perdendo*, in *Welfare oggi*, n. 5.
- GORI C., PESARESI F. (2009), *Il welfare futuro*, in *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Rimini, Maggioli.
- GUARINO S. (2012 a cura di), *Voci nella crisi*, in *Welfare oggi*, n. 1.
- GUERRINI G. (2010), *I servizi residenziali*, in *Come cambia il welfare lombardo*, a cura di C. GORI, Roma, Istituto Nazionale di Statistica, Rimini, Maggioli.
- ISTAT (vari anni), *L’indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati*.
- NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (N.N.A.) (2010), *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo Rapporto*, Maggioli, scaricabile da www.maggioli.it/rna.
- PESARESI F. (2012), *I rischi nei servizi per gli anziani*, in *Welfare Oggi*, n. 5.
- PESARESI F. (2013), *RSA Residenze sanitarie assistenziali – costi e tariffe*, Rimini, Maggioli.
- TIDOLI R. (2013), *A che punto siamo nella residenzialità per anziani? Tre regioni a confronto con la Lombardia*, in www.lombardiasociale.it.
- TRABUCCHI M. (2012), *I servizi per gli anziani – la loro funzione e i rischi di un declino*, in *La presa in carico degli anziani non autosufficienti*, a cura di Agenas, Monitor, n. 30.
- WHO (2012), *Health policy responses to the financial crisis in Europe*.

4. Gli standard ed i requisiti di qualità nei servizi di assistenza residenziale

Carlos Chiatti, Francesco Barbabella, Filippo Masera

1. Il tema della qualità dell'assistenza nelle strutture residenziali

Questo capitolo mira ad analizzare le scelte e le politiche di alcune regioni italiane in materia di qualità dell'assistenza residenziale per gli anziani non autosufficienti, con una particolare attenzione agli standard di personale nelle strutture a ciclo residenziale. Sulla base del lavoro condotto nel precedente rapporto N.N.A. (Masera *et al.*, 2011), il capitolo prende in considerazione un campione allargato di dieci regioni: Lombardia, Veneto, Piemonte, Liguria, Toscana, Emilia-Romagna, Lazio, Marche, Umbria e Campania.

Per la costruzione del quadro logico d'analisi si farà riferimento al lavoro di Donabedian (1980), il quale definisce la qualità dell'assistenza come "il rapporto tra i miglioramenti di salute ottenuti e i miglioramenti massimi raggiungibili, sulla base delle conoscenze più avanzate e delle risorse disponibili", distinguendo pertanto, ove possibile, gli elementi di: **struttura**, quali le *caratteristiche dell'ambiente fisico* e gli *standard di personale nelle strutture*; **processo**, ad esempio utilizzo appropriato o meno di pratiche assistenziali, scarsa qualità tecnica, non attenzione ai bisogni dell'ospite e/o abusi, ecc.; **esito**, quali lo stato di salute complessiva degli utenti, la presenza di condizioni specifiche quali lesioni da decubito/contenzione/infezioni ed il gradimento dell'anziano e dei suoi familiari (inclusa la qualità percepita).

La principale difficoltà nel trattare il tema della qualità dell'assistenza residenziale per gli anziani non autosufficienti è quella di comprendere come si possano raggiungere equilibri ottimali tra i vincoli delle risorse pubbliche (ovvero compatibilità delle tariffe nel bilancio regionale) e la fissazione di standard e requisiti minimi per le strutture, che condizionano l'impiego dei fattori produttivi da parte dei *provider* che erogano l'assistenza. Fissare, tramite le normative regionali, standard e requisiti di qualità significa di fatto stabilire *a priori* i costi fissi che ogni *provider* deve sostenere, con conseguenti implicazioni nei processi di *budgeting* e programmazione (per le aziende pubbliche) e nei margini di profitto (per le aziende private) ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Questi sono chiaramente calcolati sottraendo dalla tariffa corrisposta le diverse voci di costo prescritte dalla regolamentazione di standard e requisiti per gli accreditamenti (ad esem-

Come risulta evidente, quindi, la riflessione sulla qualità è strettamente correlata alla tematica dei costi ed in merito è importante distinguere tra le diverse prospettive di analisi possibili (quella del SSN, della società nel suo complesso, degli utenti o dei singoli provider).

Per certi aspetti, dal punto di vista del singolo provider, si sarebbe portati a credere che esista una correlazione proporzionale tra qualità e costi, cioè che costi elevati siano una condizione necessaria per raggiungere qualità elevate (*high quality-high cost*). Tuttavia, studi internazionali suggeriscono come questa correlazione non sia propriamente lineare e, adottando una prospettiva di sistema, si possa verificare il paradosso del cd. “more costs less” formulato da John Øvretveit (2009), ovvero quel fenomeno tale per cui offrire un servizio di qualità superiore, pur essendo la strategia più costosa nel breve, possa anche essere quella più economica nel medio-lungo periodo.

Nel settore residenziale questo concetto può essere chiarito con un esempio: come conseguenza di standard di personale non adeguati, è più probabile che si abbassi la qualità dei processi clinico-assistenziali in una struttura (Hyer *et al.*, 2011) (ad esempio si pensi alla gestione delle piaghe da decubito o dei cateteri vescicali). Questo comporterà a sua volta una maggiore probabilità che le condizioni dei pazienti più fragili si aggravino e che questi debbano utilizzare un maggior numero di farmaci e/o ricorrere a cure ospedaliere. Ad ogni ospedalizzazione avverrebbe di fatto un ribaltamento dei costi dal settore sociosanitario residenziale a quello sanitario ospedaliero: nel nostro esempio, i presidi per la medicazione delle piaghe da decubito, o antibiotici per risolvere le infezioni delle vie urinarie. Ciò significa che una scarsa qualità dell’assistenza residenziale a livello di singola struttura potrebbe potenzialmente causare maggiori costi per il servizio sanitario nel suo complesso (*low quality-high cost!*).

Assumendo quindi la qualità come dimensione centrale di questo lavoro, il capitolo ricostruisce le politiche regionali implementate nell’ultimo decennio ed i criteri strutturali, organizzativi e di personale adottati nei presidi residenziali per anziani non autosufficienti. Dopo aver illustrato i concetti di base e le tipologie di strutture esistenti nelle dieci regioni prese in considerazione (§ 2), viene proposta un’analisi descrittiva di requisiti e standard previsti nelle normative regionali (§ 3), con un *focus* particolare su quelli inerenti al personale (§ 3.3), in linea con quanto svolto nel precedente rapporto N.N.A. Le conclusioni includono una riflessione generale sull’analisi, anche alla luce delle criticità este-

pio, ad ogni tariffa corrisposta va sottratto il minutaggio del personale, i costi per riscaldamento, utenze e fitti, a loro volta correlati ai requisiti di metratura previsti dalla legge, ecc.).

se su scala nazionale, e forniscono alcune raccomandazioni per la futura ricerca nel settore (§ 4).

2. Le strutture per anziani non autosufficienti in 10 regioni italiane

Esiste un'oggettiva difficoltà nell'analisi delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti nelle diverse regioni italiane. Questa difficoltà è soprattutto dovuta al progressivo processo di regionalizzazione dell'assistenza e alle diverse modalità con cui sono state denominate e classificate le strutture residenziali a livello regionale.

La denominazione più diffusa è quella di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) (Tab. 1), tuttavia non sempre alla medesima definizione corrisponde lo stesso servizio residenziale. Al contrario, spesso in regioni diverse a termini diversi possono corrispondere strutture con le medesime caratteristiche. Dalla ricognizione della normativa svolta è emerso che nelle dieci regioni considerate è necessario distinguere tra ben 38 tipologie di strutture/moduli con diverse finalità assistenziali e requisiti. Questa articolazione riflette la presenza di diversi approcci regionali alla gestione del settore dell'assistenza residenziale.

Il criterio organizzativo di articolazione dell'offerta più diffuso negli atti regionali è quello dell'intensità assistenziale espressa dagli ospiti (bassa/alta, minore/maggiore, ecc.), essendo spesso previsti anche moduli o nuclei specifici per le persone con demenza. Solo in due regioni (Umbria e Marche) la temporaneità o meno del ricovero è un criterio discriminante delle diverse tipologie di strutture e quindi esistono le RSA (temporanee) e due tipologie di Residenza Protetta (RP) a degenza potenzialmente permanente. A questi due criteri organizzativi (intensità assistenziale e permanenza/temporaneità del ricovero) si aggiunge poi quello di "flessibilità", tipico della Lombardia, dove le strutture possono dotarsi di livelli di staff adeguati a seconda delle condizioni specifiche dell'utenza ricoverata, nell'ambito di una cornice regolamentare ben definita. Qui pertanto la dotazione di personale è determinata in relazione alle caratteristiche degli ospiti così come specificato nel Piano di Assistenza Individuale (PAI).

Tabella 1 - Le tipologie di strutture per anziani non autosufficienti analizzate

Regione	Denominazione delle strutture	Definizioni	n. tipi strutture/moduli
Lombardia	RSA	È la collocazione residenziale dell'anziano non autosufficiente quando non può più essere assistito a domicilio e non presenta patologie acute o necessità riabilitative tali da richiedere il ricovero in ospedale.	1
Veneto	Unità di offerta per persone anziane non autosufficienti	"Offrono a persone non autosufficienti, di norma anziani, con ridotto, minimo (o medio) bisogno assistenziale non assistibili a domicilio, un adeguato livello di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera". Nelle strutture per persone con maggiore bisogno assistenziale sono ubicati i moduli Alzheimer .	2
Emilia-Romagna	Casa-residenza per anziani non autosufficienti (ex casa protetta e ex RSA)	È un servizio sociosanitario residenziale, temporaneo o permanente, per anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere. La casa-residenza fornisce ospitalità ed assistenza, offre occasioni di vita comunitaria e disponibilità di servizi per l'aiuto nelle attività quotidiane, stimoli e possibilità di attività occupazionali e ricreativo-culturali, di mantenimento e riattivazione. Garantisce assistenza medica, infermieristica e trattamenti riabilitativi per il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute della persona anziana ospitata.	4
Piemonte	RSA	Presidio residenziale a prevalente valenza sanitaria, destinato ad ospitare definitivamente o temporaneamente (ricoveri di sollievo) soggetti che per la loro gravità e dipendenza non possono essere gestiti in altre strutture richiedendo quindi un livello medio di assistenza sanitaria ed un livello alto di assistenza tutelare.	7
Liguria	RSA	Nelle RSA possono essere svolte tre funzioni: 1) trattamenti di recupero in fase post acuzie; 2) gestione degli stati vegetativi e stati di minima coscienza; 3) prestazioni terapeutiche di mantenimento funzionale delle abilità, a carattere residenziale per anziani non autosufficienti e/o cronicizzati e persone con demenza.	5
	RSA con moduli di ambiente protesico	Sono previste RSA con moduli dotati di ambiente protesico che adottano un modello di cura che mira a creare un adattamento ambientale flessibile tra le persone con demenza e lo spazio fisico, i programmi e le persone con le quali interagiscono.	
	RP	Le RP sono strutture dove possono essere svolte: 1) prestazioni terapeutiche di mantenimento funzionale delle abilità, a carattere residenziale per anziani non autosufficienti e/o cronicizzati e persone con demenza; 2) trattamenti di lungo-assistenza per anziani con esiti cronicizzati di patologie senili.	
Lazio	RSA	Sono strutture sanitarie residenziali sociosanitarie pubbliche o private, organizzate per nuclei, finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, assistenziali di recupero funzionale e di inserimento sociale nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non au-	

(segue)

Regione	Denominazione delle strutture	Definizioni	n. tipi strutture/moduli
		tosufficienti, non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture ospedaliere o in centri di riabilitazione ex art. 26.	7
	RP	Le RP sono strutture residenziali che erogano prestazioni sanitarie e riabilitative finalizzate all’inserimento sociale e alla prevenzione dell’aggravamento del danno funzionale. Ospitano, anche in permanenza, non autosufficienti non assistibili a domicilio, con patologie croniche e disabilità stabilizzate, non necessitanti ricoveri in strutture ospedaliere o trattamenti riabilitativi intensivi o estensivi.	
Toscana	RSA	Le RSA possono accogliere pazienti anche temporaneamente non autosufficienti, ordinariamente over 75. Sono previste quattro tipologie di moduli, rispettivamente per: 1) non autosufficienza stabilizzata, tipologia base; 2) disabilità prevalentemente di natura motoria; 3) disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale; 4) stati vegetativi persistenti con parametri vitali stabilizzati e pazienti terminali.	4
Marche	RSA	Le RSA sono strutture per soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio, con elevati livelli di tutela sanitaria in rapporto alle oggettive condizioni degli ospiti, che dovrebbero essere comunque caratterizzati dalla stabilità delle condizioni cliniche. La degenza può essere permanente previa valutazione periodica dell’Unità Valutativa Distrettuale.	2
	RP	Le RP sono strutture ad elevata integrazione sociosanitaria per pazienti anziani non autosufficienti con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse e continuative.	
Umbria	RSA	Le RSA sono dedicate ad anziani non autosufficienti bisognosi di cure sanitarie continuative, non assistibili al domicilio ed anziani provenienti dall’ospedale dopo un evento patologico acuto e/o episodio di riacutizzazione della malattia. Sono previsti posti letto dedicati a ricoveri di natura temporanea.	4
	RP	Le RP sono rivolte ad anziani non autosufficienti non bisognosi di cure sanitarie continuative e non altrimenti assistibili al proprio domicilio.	
Campania	RSA	Le RSA erogano assistenza sociosanitaria ad anziani non autosufficienti, che presentano comorbidità gravi e condizioni cliniche instabili non gestibili a domicilio, oppure condizioni socio-ambientali domestiche tali da non consentire il rientro a casa. Tali strutture perseguono la finalità di sostenere ed assistere la persona con ridotta autonomia non assistibile a domicilio; garantire attività di animazione e socializzazione per il reinserimento, recupero dell’autonomia, salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell’utente; fornire sollievo temporaneo ai caregiver.	3

Fonte: ns. adattamento dalle rispettive normative regionali.

Va anticipato come l'incertezza delle tassonomie, ovvero la difficoltà di interpretare le caratteristiche degli specifici servizi e delle strutture, sia essa stessa causa di difficoltà di svolgere a livello centrale comparazioni sugli standard di assistenza erogata, confronti sugli indici di case-mix assistenziale delle persone assistite e valutazioni sull'appropriatezza dei ricoveri e trattamenti (come invece avviene già nel caso dell'assistenza ospedaliera). L'analisi che segue rappresenta un tentativo di fare un passo avanti nella definizione delle diverse strutture, in modo da stimolare una riflessione sulle principali analogie e differenze identificabili nelle dieci regioni del campione.

3. I requisiti e gli standard per la qualità delle strutture residenziali nelle regioni analizzate

3.1. Requisiti di struttura

Dall'analisi dei manuali di autorizzazione e accreditamento e delle delibere che contengono i relativi requisiti delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti nelle 10 regioni considerate, emerge una sostanziale omogeneità per quanto riguarda i requisiti di natura strutturale, pur in presenza di regioni che hanno regolamentato con maggior dettaglio la materia. Le similarità sono dovute al richiamo (esplicito o a volte implicito) alla normativa nazionale e quindi al d.P.C.M. 22 dicembre 1989 e successive modificazioni.

Ad esempio, per quanto concerne le caratteristiche fisiche delle stanze degli ospiti, in tutte le regioni è obbligatoria la presenza del bagno in camera, o di un bagno in condivisione tra due camere. I requisiti delle stanze in termini di metratura e posti letto sono simili, pari cioè ad una metratura minima di 12 mq per stanza singola e 18 mq per stanza doppia (come da d.P.C.M. sopra citato), oppure di 26 mq per le stanze a 3 letti e di 32 mq per le stanze a 4 letti. Stanze con più di due posti letto non sono tuttavia contemplate nei regolamenti di tutte le regioni (lo sono in Veneto, Lazio e Marche, mentre è concesso l'accreditamento di stanze con 3 p.l. nelle strutture preesistenti in Piemonte). In Emilia-Romagna il progressivo superamento delle stanze con più di 2 p.l. è menzionato come obiettivo di sistema, sottoposto a verifica periodica dal 2009; qui la dotazione di camere singole deve essere pari al 40% dei posti accreditati nei servizi.

All'interno dei singoli moduli, in alcune regioni viene indicata come metratura minima del locale soggiorno ospiti una dimensione minima per ospite (di almeno 1,5 mq in Lombardia e 2 mq in Piemonte), così come per il locale pranzo (che pure deve essere di almeno 1,5 mq in Lombardia, concedendo anche la possibilità di *open space* comunicanti, e sempre di 2 mq in Piemonte).

È requisito per l'autorizzazione la presenza in ogni modulo del locale bagno assistito o con box per piano della struttura, del locale deposito per attrezzature, del deposito biancheria sporca e pulita (distinti), del locale per vuotatoio e lava padelle.

Nell'ambito degli ausili, la normativa in Lombardia, Emilia-Romagna e Piemonte menziona l'obbligatorietà di letti a tre o a due snodi, materassi e cuscini antidecubito, in dotazione quindi alle singole strutture. Per quanto riguarda gli spazi del personale delle strutture nei singoli moduli, menzionati ad esempio in Piemonte e Lombardia, devono essere previsti almeno i servizi fondamentali quali il locale di servizio e controllo, i servizi igienici, l'area tisaneria ed un ambulatorio-medicheria. Nei manuali di accreditamento delle RSA della Regione Marche è prevista la dotazione di strumenti per prestazioni di assistenza dialitica peritoneale ed extra-corporea (ad esempio, armadio farmaci per l'emergenza e apparecchiatura per la produzione di acqua osmotizzata) in caso di utenti dializzati, mentre la presenza di un elettrocardiografo ed un broncoaspiratore è necessaria già per l'autorizzazione.

Se si considerano invece i requisiti riferiti alle strutture nel loro complesso, e non dei singoli moduli, alcune regioni richiedono quale requisito per l'accreditamento la presenza di una palestra (di almeno 60 mq nel caso lombardo, non specificato invece in altri contesti quali il marchigiano), di un ambulatorio medico con relativi servizi igienici attrezzati, un locale per il culto, un angolo bar e un'area di socializzazione (saloni polivalenti di almeno 1,5 mq per ospite in Lombardia), nonché un centralino/reception.

In alcuni documenti sono chiariti anche alcuni aspetti relativi all'accessibilità delle strutture stesse, ovvero sono previsti "corridoi, disimpegni e passaggi con larghezza minima 2 metri senza pilastri o lesene sporgenti" (Lombardia), così come la certificazione di assenza di barriere architettoniche. È menzionata esplicitamente l'obbligatorietà di una segnaletica che possa favorire gli spostamenti dell'utenza e consentire agli utenti stessi di richiedere assistenza. Il Piemonte parimenti dedica molta attenzione al tema dell'accessibilità dei luoghi, arrivando a prevedere misure dettagliate per le caratteristiche strutturali degli accessi, porte, corridoi, pavimentazioni e delle zone immediatamente esterne alla struttura. Nel caso di Veneto, Piemonte e Marche viene accennata anche l'importanza della presenza di un spazio esterno adeguatamente attrezzato e di una adeguata collocazione urbanistica, pur in assenza di criteri oggettivi che possano consentire di valutare l'effettivo rispetto dei criteri di "situazione urbanistica adeguata e compatibile con le esigenze degli utenti". Purtroppo la definizione vaga di tale requisito rende di fatto impossibile verificarne la sussistenza con criteri oggettivi.

Riguardo ai requisiti di natura ingegneristico-civile, in alcuni casi specifici sono previsti requisiti per gli impianti di aria primaria, di percorsi verticali, di distribuzione ossigeno, nonché di protezione antisismica, anti-incendio, acusti-

ca, sicurezza e continuità elettrica, sicurezza infortunistica, smaltimento dei rifiuti, materiali esplosivi ed altro ancora. Questi sono in particolare menzionati nei manuali di Lombardia, Piemonte e Veneto.

Infine, la capacità ricettiva di riferimento delle strutture (Tab. 2) indicata più di frequente dalla normativa per l'organizzazione dei nuclei residenziali è quella dei 20 p.l., pur essendo anche previsti moduli di 5-10 p.l. per condizioni particolari (quali gli stati vegetativi). Ai fini del calcolo degli standard di personale, è utilizzato talvolta il riferimento a nuclei di 60 p.l., come ad esempio in Piemonte, senza tuttavia che questa previsione sia vincolante da un punto di vista strutturale. In Lombardia, Veneto, Piemonte e Marche la previsione massimale di posti letto in una struttura è di 120. Altre regioni hanno optato per dimensioni più ridotte, come nel caso di Toscana, Umbria e Lazio (dove 120 p.l. sono concessi alle strutture solo in deroga).

Tabella 2 - Riferimenti normativi e dimensioni previste per le strutture residenziali nelle 10 regioni considerate

	Tipologia struttura	Rif. normativo	Dimensioni previste
Lombardia			
1	RSA	D.g.r. n. 7435/2001 e All. Circolare 31/2004 (personale)	strutture 20-120 p.l. moduli 10-20 p.l.
Veneto			
2	UO minor carico assistenziale	D.g.r. n. 84/2007	strutture max 120 p.l. nuclei max 30 p.l.
3	UO elevato carico assistenziale		
Emilia-Romagna			
4	disabilità grado moderato	D.g.r. n. 514/2009 e D.g.r. n. 2110/2009	strutture max 75 p.l. (calcolo standard personale su nuclei 60 p.l.)
5	disabilità grado severo		
6	elevato bisogno sanitario		
7	disturbi comportamento		
Piemonte			
8	RSA – Nuclei Alzheimer e demenze	D.g.r. n. 45-4248 del 30/7/2012	strutture 20-120 p.l. nuclei 10-20 p.l. (NAT 12-24 p.l.)
9	alta intensità – liv. incrementato		
10	alta intensità		
11	medio-alta intensità		
12	media intensità		
13	medio-bassa intensità		
14	bassa intensità		
Liguria			
15	RSA – post-acuzie	D.g.r. n. 862/2011 e n. 1749/2011	moduli 20-25 p.l.
16	RSA –stati vegetativi		moduli 5-10 p.l.
17	RSA/RP – cronicità/deficit cognitivo		moduli 20-25 p.l.
18	RSA – ambiente protesico		moduli 15-25 p.l.
19	RP – esiti cronicizzati		moduli 25-30 p.l.

(segue)

	Tipologia struttura	Rif. normativo	Dimensioni previste
Lazio			
20	RSA – R1 [stati vegetativi]	Decr. Comm. U0008 10/2/2011, All. C	RSA: strutture 20-80 p.l. (120 deroga), nuclei 10-20 (4-10 stati vegetativi) RP: strutture max 20 p.l., nuclei 6-12 p.l.
21	RSA – R2		
22	RSA – R2D		
23	RSA – R3		
24	RP – senescenza R3		
Toscana			
25	RSA/modulo base	D.P.G.R. 26 marzo 2008, n. 15/R, All. A	strutture max 80 p.l. nuclei max 40 p.l. standard personale indicati per moduli 40 p.l.
26	RSA/disabilità motoria		
27	RSA/disabilità cognitiva		
28	RSA/stati vegetativi persistenti		
Marche			
29	RSA	Regolamento regionale 1/2004; l.r. 20/2002	strutture 20-120 p.l. moduli 20-30 p.l.
30	RP		
31	RP/demenza		
Umbria			
32	RP	PSR 1999-2001 D.g.r. n. 53/2004	strutture 20-60 p.l.; nuclei 10-20 ospiti (10-15 ospiti con demenza); standard indicati per moduli da 40 p.l.
33	RP – demenza		
34	RSA		
35	RSA – demenza		
Campania			
36	demenze	Decr. Comm. n.6 del 4/2/2010	moduli 20 p.l.
37	alta intensità		
38	media intensità		

Fonte: ns. elaborazione dalle normative regionali.

3.2. Requisiti organizzativi e di processo

Nella maggioranza dei casi, i manuali subordinano lo *status* di accreditamento alla presenza obbligatoria di alcuni protocolli per le attività clinico-assistenziali. I protocolli menzionati più spesso sono quelli per la gestione delle piaghe da decubito (per esempio, in Lombardia, Marche, Emilia-Romagna), l'incontinenza (Lombardia, Emilia-Romagna), la contenzione fisica (Lombardia, Emilia-Romagna) e la prevenzione delle cadute (Lombardia, Marche), il controllo delle infezioni negli ospiti a rischio quali utenti cateterizzati e tracheostomizzati (Marche), l'uso di psicofarmaci (Marche) e l'assunzione di liquidi e l'alimentazione (Marche, Emilia-Romagna). Documenti e procedure relative all'accompagnamento alla morte e alla gestione delle fasi successive al decesso sono previsti obbligatoriamente in Emilia-Romagna.

In Veneto è menzionata come obbligatoria ai fini dell'autorizzazione la trasparenza sui costi del servizio a carico dell'utente, l'adozione di un registro dei presenti nella struttura, la programmazione annuale del servizio. Sono in questa

regione requisiti di accreditamento l'esistenza di un sistema di controllo di gestione, di modalità di controllo dei risultati, di un funzionigramma che definisce ed assegna le responsabilità ed il ruolo di ciascuno e la promozione di attività di integrazione con la rete dei servizi sociosanitari e sociali del territorio (prevista anche nelle Marche).

Per l'accredimento in alcune regioni è obbligatorio che le strutture abbiano predisposto una procedura per il trasporto degli ospiti in caso di necessità e che esista una chiara documentazione circa la gestione del percorso di accoglienza, la registrazione e l'informazione di pazienti e familiari, la gestione delle liste d'attesa, delle emergenze e delle richieste di assistenza specialistica. Deve inoltre essere chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni cliniche (come ad esempio nelle Marche e nel Veneto).

La presenza di personale volontario deve essere regolamentata in Lombardia e Veneto, così come le forme di partecipazione e coinvolgimento degli ospiti e familiari nell'ambito di gestione della struttura, nonché l'incentivo di forme di mutuo aiuto (manuale accreditamento marchigiano).

La definizione e la corretta definizione dei PAI è di frequente menzionata (ad esempio in Lombardia, Veneto e nelle Marche) ed in alcuni casi ad ogni PAI è preposto un *case-manager*. Nel caso marchigiano è espressamente menzionata la necessità di valutazioni multidimensionali degli utenti e del lavoro integrato tra professionisti, nonché l'importanza della raccolta dati. Questo, ad un livello più avanzato, si ricollega all'obbligatorietà dei flussi informativi, prevista ora in tutte le regioni analizzate, sebbene gli strumenti di rilevazioni scelti siano diversi da un contesto regionale all'altro e non sempre siano integrati sul versante dell'attività clinica. In questo ambito si è rilevato come il flusso RUG sia obbligatoriamente previsto nella Regione Marche, in Umbria, Emilia-Romagna e Lazio, lo SVAMA in Veneto e Campania, il SOSIA in Lombardia e il sistema AGED in Liguria.

3.3. Focus sugli standard di personale

Quello degli standard di personale nelle strutture residenziali è uno degli ambiti nei quali l'autonomia organizzativa delle regioni si è maggiormente espletata. In questo ambito, inoltre, le scelte regionali effettuate in merito ai criteri di articolazione delle strutture (esposti nel precedente paragrafo 2) influenzano la possibilità di effettuare confronti tra le previsioni in merito agli standard di personale nelle stesse. I dati riportati nelle tabelle 3, 4 e 5 rappresentano un tentativo di confronto tra le diverse dotazioni organiche previste ed indicano il minutaggio *pro die* prescritto ai fini dell'accredimento nelle 38 tipologie di strutture residenziali rinvenute nella normativa⁽²⁾.

(²) Alcune regioni indicano standard di personale differenti per autorizzazione e accredi-

Nella maggioranza dei casi sono state necessarie alcune rielaborazioni per ricavare valori comparabili: in alcune regioni gli standard sono espressi in “n. figure professionali per modulo”, in altre in termini di “minutaggio settimanale per ospite”, mentre in altre ancora si parla di “minuti giornalieri di assistenza per ospite”. Inoltre, in alcune regioni le strutture per gli stati vegetativi sono state regolamentate nell’ambito dell’assistenza agli anziani non autosufficienti. L’assenza di standard riferiti a queste strutture per alcune regioni è dovuta al fatto che in alcuni contesti questa area di assistenza è regolamentata nell’ambito della normativa sulla Riabilitazione Extraospedaliera.

Al di là delle possibili approssimazioni, tuttavia, è sorprendente l’eterogeneità delle soluzioni regionali in questa materia. Anche quando i moduli sono finalizzati ad accogliere ospiti simili da un punto di vista funzionale (sia cognitivo che fisico), come ad esempio nel caso della demenza, i valori di assistenza *pro die* indicati dalle regolamentazioni regionali sono notevolmente differenti.

Innanzitutto, dal confronto tra i dati ottenuti emerge quanto siano differenti le scelte regionali in materia di erogazione di “assistenza medica” nelle strutture, un elemento recentemente indicato come determinante per la qualità dell’assistenza nelle strutture residenziali (Cherubini *et al.*, 2012). Alcune regioni hanno optato infatti per la presenza di un medico dedicato alla struttura, talvolta con minutaggi non trascurabili (come nel caso delle RSA umbre o delle strutture liguri, all’interno delle quali è prevista la figura del geriatra); in altri casi devono essere necessariamente previsti collegamenti con la medicina di base, facendo presumere che i pazienti, pur se istituzionalizzati, restano in carico al proprio medico di base, o ad un MMG con il quale intercorrono appositi accordi. In altri casi, all’interno della stessa regione, la presenza del medico è connessa all’intensità assistenziale prevista nella struttura stessa e quindi dal tipo di accreditamento richiesto.

Tabella 3 – Standard di assistenza medica nelle strutture residenziali delle 10 regioni analizzate

	Tipologia struttura	Assistenza medica	Note
Lombardia			
1	RSA	Secondo PAI	-
Veneto			
2	UO minor carico assistenziale	-	La presenza di personale medico deve essere garantita dalla ULSS di riferimento
3	UO elevato carico assistenziale	-	

(segue)

tamento. In questa rassegna sono indicati solamente gli standard per accreditamento come indicati negli atti ufficiali delle 10 regioni.

	Tipologia struttura	Assistenza medica	Note
Emilia-Romagna			
4	disabilità grado moderato	1,7 (resp.) + (1,7 – 5,1)	Previsto obbligatoriamente accesso programmato di un responsabile sanitario di struttura e di un ulteriore medico
5	disabilità grado severo	1,7 (resp.) + (1,7 – 5,1)	
6	elevato bisogno sanitario	1,7 (resp.) + (1,7 – 5,1)	
7	disturbi comportamento	1,7 (resp.) + (1,7 – 5,1)	
Piemonte			
8	RSA – Nuclei Alzheimer e demenze	Garantita dai MMG secondo accordo integrativo regionale	Prevista figura del Direttore Sanitario, specializzato in geriatria, medicina interna e/o igiene. È garantita questa figura a tempo pieno nelle strutture a maggior carico assistenziale. Il DS garantisce il coordinamento con i MMG e altri specialisti
9	alta intensità – liv. incrementato		
10	alta intensità		
11	medio-alta intensità		
12	media intensità		
13	medio-bassa intensità		
14	bassa intensità		
Liguria			
15	RSA – post-acuzie	10 (resp.)	4' di responsabile sanitario, geriatra e 6' di medico non specialista
16	RSA – stati vegetativi	10 (resp.)	Inclusa funzione responsabile sanitario
17	RSA/RP – cronicità/deficit cognitivo	4 (resp.)	Responsabile sanitario geriatra
18	RSA – ambiente protesico	6 (resp.)	Inclusa funzione responsabile sanitario
19	RP – esiti cronicizzati	2 (resp.)	Inclusa funzione responsabile sanitario
Lazio			
20	RSA – R1 [stati vegetativi]	30	Prevista figura del medico responsabile geriatra, integrazione con il MMG e specialisti del SSR (in particolare per prestazioni R3).
21	RSA – R2	5,4	
22	RSA – R2D	5,4	
23	RSA – R3	4,3	
24	RP – senescenza R3	4,3	
Toscana			
25	RSA/modulo base	-	Assistenza medica specialista per 624 ore l'anno in un modulo da 40 p.l.
26	RSA/disabilità motoria	2,6	
27	RSA/disabilità cognitiva	2,6	
28	RSA/stati vegetativi persistenti	2,6	
Marche			
29	RSA	-	Secondo accordi con MMG
30	RP	-	
31	RP/demenza	-	
Umbria			
32	RP	-	Secondo l'accordo regionale MMG
33	RP – demenza	-	
34	RSA	1,5 (resp.) + 4,3 + 1,3 (fisiatra)	
35	RSA – demenza	1,1 (resp.) + 3,2	
Campania			
36	demenze	5,1 (resp.)	Prevista figura di Direttore Medico (12h/sett. per nucleo)
37	alta intensità	5,1 (resp.)	
38	media intensità	5,1 (resp.)	

Fonte: ns. elaborazione dalle normative regionali.

In Piemonte è prevista la figura del Responsabile di Struttura, denominata Direttore di Comunità sociosanitaria, sovraordinata al Direttore Sanitario. Tale figura è necessaria a tempo pieno per le strutture autorizzate sopra i 120 p.l. di RSA.

Per quanto invece riguarda l'assistenza infermieristica, sono previsti elevati standard di minutaggio per i moduli ospitanti pazienti in stato vegetativo in Liguria (75, più del doppio di quanto previsto in Toscana per i medesimi pazienti) e generalmente per i pazienti con demenza, pur anche qui, in presenza di una certa variabilità. In Liguria, le RSA in ambiente protesico prevedono 20 minuti di assistenza infermieristica *pro die*/utente, mentre in Umbria e Campania ben 30 minuti. Tale differenza implicherebbe che, per una ipotetica struttura di tre moduli da 40 p.l., in Liguria sarebbero necessari 5 infermieri per soddisfare lo standard, mentre nelle omologhe strutture umbre e campane sarebbero necessarie 2,5 unità professionali addizionali.

Variano allo stesso modo gli standard di assistenza tutelare, la cui adeguatezza è fondamentale anche per poter garantire una ottimale organizzazione delle giornate degli ospiti, una maggiore movimentazione e socializzazione, una più corretta alimentazione, cura dell'igiene e pulizia personale. Alcune regioni ancora prevedono da autorizzazione e accreditamento standard di Operatore Socio-Assistenziale (OSA) e Operatori Tecnici dell'Assistenza (OTA): la Campania prevede minuti specifici di OSA, mentre Liguria, Piemonte e Toscana prevedono un monte complessivo di minuti per OSS/OTA. In generale sembra che si stia lentamente completando il processo di riqualificazione di tutto il personale in OSS, anche se i tempi appaiono più lunghi di quanto preventivato per varie motivazioni, tra cui la difficoltà di sostituire nelle strutture il personale che si assenta per partecipare ai corsi di qualificazione.

Tabella 4 – Standard minutaggio giornaliero di infermieristica e tutelare

	Tipologia struttura	Ass. infermieristica		Ass. tutelare	
		Infermiere	coordinatore	OSS (+ coord)	OSA
Lombardia					
1	RSA ⁽³⁾	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Veneto					
2	UO minor carico assistenziale	20,6	3,4	123,4	-
3	UO elevato carico assistenziale	25,7	3,4	128,6	-
Emilia-Romagna					
4	disabilità grado moderato	25,7	5,1	99,5	-
5	disabilità grado severo	25,7	5,1	118,7	-
6	elevato bisogno sanitario	25,7	5,1	154,3	-
7	disturbi comportamento	25,7	5,1	154,3	-
Piemonte					
8	RSA – Alzheimer e demenze	39 ⁽⁴⁾	-	210	
9	alta intensità – liv. incrementato	46 ²	-	134	
10	alta intensità	30 ²	-	120	
11	medio-alta intensità	25 ²	-	105	
12	media intensità	18 ²	-	87	
13	medio-bassa intensità	13 ²	-	82	
14	bassa intensità	8 ²	-	72	
Liguria					
15	RSA – post-acuzie	42	-	90	
16	RSA –stati vegetativi	75	-	100	
17	RSA/RP – cronicità/deficit cognitivo	26	-	88	
18	RSA – ambiente protesico	20	-	106	
19	RP	9	-	61	
Lazio					
20	RSA – R1 [stati vegetativi]	148	-	148	-
21	RSA – R2	53	-	60	-
22	RSA – R2D	37	-	70	-
23	RSA – R3	30	-	60	-
24	RP – senescenza R3	30	-	60	-

(segue)

⁽³⁾ La Regione Lombardia non indica tempi di assistenza standard per ciascun operatore professionale, ma indica solo l'ammontare complessivo dell'assistenza (750 minuti a settimana per ospite per autorizzazione e 901 per accreditamento): questo lascia alle singole strutture la libertà di programmare l'assistenza a livello individuale, fatta salva la necessità di garantire la presenza di determinate figure professionali (medico, infermiere, fisioterapista, animatore od operatore socio-educativo/professionale, ASA, OTA, OSS nei limiti della disponibilità di questi operatori) e di altri vincoli generici.

⁽⁴⁾ La Regione Piemonte indica i tempi di assistenza infermieristica e di riabilitazione/mantenimento psicofisico in maniera aggregata, senza possibilità di separazione.

	Tipologia struttura	Ass. infermieristica		Ass. tutelare	
		Infermiere	coordinatore	OSS (+ coord)	OSA
Toscana					
25	RSA/modulo base	26,9	-	134,3	
26	RSA/disabilità motoria	33,5	-	134,3	
27	RSA/disabilità cognitiva	33,5	-	141	
28	RSA/stati vegetativi persistenti	33,5	-	141	
Marche					
29	RSA	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
30	RP	20	-	80	-
31	RP/demenza	20	-	100	-
Umbria					
32	RP	30-40	2,1	100-120 + (1,7)	-
33	RP – demenza	30-40	2,1	100-120 + (1,7)	-
34	RSA	46,1	2,6	123,4 (+2,6)	-
35	RSA – demenza	20,6	2,6	205,7 (+2,6)	-
Campania					
36	demenze	30,9	-	57,1	46,3
37	alta intensità	15,4	-	61,7	46,3
38	media intensità	15,4	-	30,9	46,3

Fonte: ns. elaborazione dalle normative regionali.

Per quanto riguarda la previsione di standard di altro personale sociosanitario, le differenze tra i contesti regionali sono ancora più evidenti. Poche tipologie di strutture prevedono la presenza di Psicologi, Assistenti Sociali e Terapisti Occupazionali. Per le attività di riabilitazione, sono previsti standard di assistenza di un fisioterapista significativi (al di là dei moduli per gli stati vegetativi) nelle RSA post-acuzie della Liguria, nei moduli R2 del Lazio e, in parte, anche nelle RSA per disabilità motoria toscane.

Tabella 5 - Standard minutaggio giornaliero di altre forme di assistenza sociosanitaria e animazione

	Tipologia struttura	Altro tipo di assistenza sociosanitaria				Animazione
		Psicologo	Ass. sociale	Ter. Occ.	FKT	
Lombardia						
1	RSA	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Veneto						
2	UO minor carico assistenziale	2,6	2,6	-	-	5,1
3	UO elevato carico assistenziale	2,6	2,6	-	-	5,1
Emilia-Romagna						
4	disabilità grado moderato	PAI	-	-	5,1	5,1
5	disabilità grado severo	PAI	-	-	5,1	5,1
6	elevato bisogno sanitario	PAI	-	-	5,1	5,1
7	disturbi comportamento	PAI	-	-	5,1	5,1
Piemonte						
8	RSA – Alzheimer e demenze	-	-	-	n.a. ⁽⁵⁾	-
9	alta intensità – liv. incrementato	-	-	-	n.a.	-
10	alta intensità	-	-	-	n.a.	-
11	medio-alta intensità	-	-	-	n.a.	-
12	media intensità	-	-	-	n.a.	-
13	medio-bassa intensità	-	-	-	n.a.	-
14	bassa intensità	-	-	-	n.a.	-
Liguria						
15	RSA – post-acuzie	-	-	-	23,0	-
16	RSA –stati vegetativi	-	-	-	35,0	-
17	RSA/RP – cronicità/deficit cognitivo	-	-	-	6,0	3,0
18	RSA – ambiente protesico	4,0	-	14,0	-	10
19	RP	-	-	5 (anche logopedista)	-	3,0
Lazio						
20	RSA – R1 [stati vegetativi]	-	-	50 (anche logopedista)	-	-
21	RSA – R2	-	-	40 (anche logopedista)	-	-
22	RSA – R2D	-	-	40 (anche logopedista)	-	-
23	RSA – R3	-	-	20 (anche logopedista)	-	-
24	RP – senescenza R3	-	-	20 (anche logopedista)	-	-
Toscana						
25	RSA/modulo base	-	-	-	6,7	6,7
26	RSA/disabilità motoria	-	-	-	13,4	6,7
27	RSA/disabilità cognitiva	-	-	-	10	6,7
28	RSA/stati vegetativi persistenti	-	-	-	6,7	6,7

(segue)

(5) La Regione Piemonte indica i tempi di assistenza infermieristica e di riabilitazione/ mantenimento psico-fisico in maniera aggregata, senza possibilità di separazione (l'aggregato è stato inserito nella categoria relativa all'assistenza infermieristica).

	Tipologia struttura	Altro tipo di assistenza sociosanitaria				Animazione
		Psicologo	Ass. sociale	Ter. Occ.	FKT	
Marche						
29	RSA	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
30	RP	-	-	-	-	30,9
31	RP/demenza	-	-	-	-	-
Umbria						
32	RP	-	-	-	10,3	7,7
33	RP – demenza	-	-	-	10,3	7,7
34	RSA	-	-	7,7	15,4	-
35	RSA – demenza	-	-	1,7	5,1	-
Campania						
36	demenze	-	5,1	7,7	15,4	8,6
37	alta intensità	-	5,1	-	15,4	15,4
38	media intensità	-	5,1	7,7	15,4	15,4

Fonte: ns. elaborazione.

4. Discussione

Completata la rassegna di quanto previsto dalle normative regionali in merito a requisiti di struttura e processo e standard di personale, purtroppo l'analisi deve fermarsi. Attualmente in Italia non è possibile confrontare le diverse soluzioni organizzative con i relativi *outcomes* di salute, qualità di vita e benessere degli ospiti nelle residenze (i cd. elementi della qualità riferibili agli esiti, come introdotti nella definizione iniziale). Ad esempio, non è possibile sapere se la previsione di psicologi e terapisti occupazionali nelle RSA per demenza liguri e, al contrario, l'assenza di tali figure nel caso toscano si riflettano o meno in una migliore assistenza per gli ospiti. Questo tipo di correlazioni può essere fatto indirettamente grazie alla vasta letteratura internazionale che dimostra l'effetto positivo di un maggiore minutaggio di staff nelle strutture sulla qualità dell'assistenza erogata (misurata con diversi indicatori validati, cfr. Bostick *et al.*, 2006; Cherubini *et al.*, 2012; Hyer *et al.*, 2011). Tali informazioni e dati sono del tutto mancanti nel contesto italiano.

Oltre a questo limite, è necessario menzionare la difficoltà con cui è stato possibile ricercare, accedere e collezionare la serie di atti regionali che regolano il settore residenziale per non autosufficienti. La complessità del sistema normativo in essere nelle singole regioni è bene espresso dalla diversità delle tipologie di atti implementati (Delibere di Giunta Regionale, Decreti del Presidente della Giunta Regionale, Regolamenti regionali, Decreti di Commissario *Ad Acta*, Piani Sanitari Regionali, ecc.). È possibile dunque che alcuni atti normativi possano essere sfuggiti alla rassegna svolta, ad esempio quelli concernenti i più recenti ag-

giornamenti tariffari e relative revisioni degli standard. Come mostra la figura 1 gli atti nel settore sono stati adottati dalle singole regioni con tempistiche differenti e non sempre sottoposti ad aggiornamento periodico. In alcune regioni, i riferimenti normativi sono recenti e riferibili agli ultimi tre anni (probabilmente incentivati dall'esigenza di adottare piani di rientro del SSR, come in Liguria, Lazio, Campania e Piemonte), in altre tali riferimenti sono già in vigore da un decennio e oltre (come nel caso marchigiano e umbro).

Nonostante questi limiti, dall'analisi svolta possono scaturire alcune importanti riflessioni circa il contesto nazionale dell'assistenza residenziale. A fronte delle crescenti difficoltà economiche del bilancio pubblico, che rischiano di aggravare una situazione secondo alcuni non già ottimale (Brizioli e Trabucchi, 2009) ⁽⁶⁾, emerge la difficoltà del livello istituzionale centrale di incidere realmente sull'appropriatezza e la qualità dell'assistenza nelle strutture.

Questa difficoltà di regolamentazione e monitoraggio del sistema è esplicita in maniera significativa dalla propria autonomia regolamentare, organizzativa e gestionale. La presenza di 38 tipologie di strutture in 10 sole regioni (36 se si escludono i moduli per stati vegetativi) nell'area dell'assistenza all'anziano non autosufficiente e l'impiego di quattro diversi strumenti di valutazione degli ospiti (VAOR/RUG, SVAMA, SOSIA e AGED) sono indici di questa elevata eterogeneità e costituiscono una barriera rilevante all'impiego di strumenti di programmazione e controllo del settore a livello centrale, similmente a quanto avviene nell'ambito ospedaliero. Mentre in quest'ultimo ambito è possibile, ad esempio, individuare le prestazioni erogate in maniera inappropriata (si veda l'esperienza dei DRG ad elevato rischio di inappropriata) e svolgere pratiche di *benchmarking* tra strutture e sistemi regionali (come nel recente Progetto Nazionale Valutazione Esiti), nell'ambito della residenzialità non è possibile ancora oggi neanche la conoscenza delle caratteristiche condizioni degli ospiti.

In questo ambito, va menzionata la progettualità "Bollino Argento" recentemente avviata dall'INRCA in collaborazione con la Regione Marche e il Network di ricerca sull'invecchiamento Italia Longeva che mira a strutturare un flusso di indicatori di qualità prodotti a livello delle singole strutture e dare vita a un sistema di certificazione del livello dei servizi (Il Sole 24 Ore Sanità, 2013).

⁽⁶⁾ Situazione derivante da politiche regionali di sotto-finanziamento delle strutture e dalla rigidità dei fattori produttivi necessari all'erogazione dell'assistenza (es. la rilevanza della forza lavoro e la garanzia degli standard strutturali e organizzativi descritti in precedenza in questo capitolo).

Figura 1 - Anno di approvazione degli atti normativi regionali analizzati

PERIODO DI ADOZIONE ATTO	
2000	
2012	
→	
Lombardia	<i>D.g.r. n. 7435/2001</i> <i>All. circ. n. 31/2004 (personale)</i>
Veneto	<i>D.g.r. n. 84/2007</i>
Emilia-Romagna	<i>D.g.r. n. 514/2009</i> <i>D.g.r. n. 2110/2009</i>
Piemonte	<i>D.g.r. n. 45-4248/2012</i>
Liguria	<i>D.g.r. n. 893 e n. 1749/2011</i>
Lazio	<i>Decr. Com. U0008 10/2/11, All. circ.</i>
Toscana	<i>DPCR 26/3/2008, n. 15/R, All. A</i>
Marche	<i>Legge reg. 20/2002</i> <i>Regol. Regionale 1/2004</i>
Umbria	<i>PSR 1999-2001</i> <i>D.g.r. n. 53/2004</i>
Campania	<i>Decr. Comm. n. 6 del 4/2/2010</i>

Fonte: ns. elaborazione da normative regionali.

Uno stimolo verso una maggiore regolamentazione del sistema potrebbe inoltre derivare dalla determinazione di un atto di fabbisogno a livello nazionale, come già avviene nel caso dell'offerta ospedaliera (con parametri assistenziali recentemente fissati rispettivamente a 3 e 0,7 p.l. per mille abitanti per l'area acuta e post-acuta). Un atto di fabbisogno consentirebbe una riduzione delle differenze regionali e una maggiore possibilità di programmare interventi e investimenti per gli operatori del settore. Purtroppo oggi, mentre il sistema ospedaliero si avvia verso un drastico ridimensionamento, il settore residenziale non è oggetto di programmazione puntuale da parte del livello centrale, pur essendo indicato come un'area di investimento strategica. Per questo molte regioni hanno già avviato autonomamente processi di trasformazione di ex ospedali in presidi residenziali. Un contributo in tal senso potrebbe derivare dalla messa a regime dei nuovi flussi informativi SIAD (Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare) e FAR (Flusso Assistenza Residenziale), che quantomeno forniranno il quadro attendibile del livello e della tipologia di ser-

vizi attualmente offerti ai cittadini a livello territoriale. Una conoscenza più accurata del quadro dell'offerta rappresenterebbe senz'altro il primo passo verso una regolamentazione più efficace del settore.

Ultimo elemento che emerge dalla rassegna svolta è come raramente venga menzionata l'importanza del clima organizzativo all'interno delle strutture residenziali e la generale scarsa attenzione rivolta alle politiche di gestione del personale intese come attività di prevenzione dello stress e del *burn-out* dei lavoratori. Questo purtroppo è spesso menzionato in letteratura come un determinante della qualità dei servizi residenziali (Melchiorre *et al.*, 2012), essendo il livello di *burn-out* dello staff un fattore di rischio, ad esempio, per situazioni di abuso fisico, verbale e psicologico sugli ospiti. L'unico aspetto finalizzato a regolamentare la "qualità" e non solo la "quantità" di risorse umane nei servizi è quello relativo ai requisiti di formazione del personale, fattore di sicura rilevanza, ma non sufficiente per garantire la complessiva qualità dell'assistenza nelle strutture. Anche su questo aspetto, politiche di livello centrale potrebbero sortire l'effetto di migliorare e uniformare la qualità del lavoro svolto nelle strutture, incidendo quindi indirettamente sulla qualità dell'assistenza qui erogata.

In conclusione, non può non auspicarsi una maggiore attenzione da parte del legislatore su questi temi: ad oggi l'offerta di assistenza residenziale nel nostro Paese, pur con alcune eccezioni regionali, è molto al di sotto della media europea (Rodrigues *et al.*, 2012; Pavolini e Ranci, 2008). Il tasso relativo di persone over 65 anni ospiti in residenze è solo lievemente aumentato nel corso degli ultimi dieci anni, e questo di per sé desta alcuni sospetti sull'adeguatezza del sistema dell'offerta, in quanto nello stesso periodo l'età media all'interno di questo gruppo di popolazione è incrementata notevolmente (cfr. cap. 1 in questo volume). L'idea prevalente è che, data la strutturale carenza di posti letto, il sistema residenziale rappresenti uno dei colli di bottiglia dell'intero sistema dell'assistenza continuativa che si è potuto sostenere finora solo grazie ad una massiccia offerta di assistenza privata fornita da familiari e assistenti straniere (cd. badanti). È difficile ipotizzare che questo equilibrio precario possa conservarsi in un simile momento di debolezza finanziaria delle famiglie italiane.

Bibliografia

- BOSTICK J.E., RANTZ M.J., FLESNER M.K., RIGGS C.J. (2006), *Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes*, J Am Med Dir Assoc. Jul, 7(6):366-76.
- BRIZIOLI E., TRABUCCHI M. (2009), *Gestire le strutture residenziali per anziani nel 2020*, in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporto N.N.A. 2009*, pp. 117-132, Rimini, Maggioli.

- CHERUBINI A., EUSEBI P., DELL'AQUILA G., LANDI F., GASPERINI B., BACUCCOLI R., MENCULINI G., BERNABEI R., LATTANZIO F., RUGGIERO C. (2012), *Predictors of hospitalization in Italian nursing home residents: the U.L.I.S.S.E. project*, J Am Med Dir Assoc. Jan,13(1):84 e 5-10.
- DONABEDIAN A. (1980), *The definition of quality and approaches to its management, vol. 1: Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, Health Administration Press, Ann Arbor; Michigan, 2011.
- HYER K., THOMAS K.S., BRANCH L.G., HARMAN J.S., JOHNSON C.E., WEECH-MALDONADO R. (2011), *The influence of nurse staffing levels on quality of care in nursing homes*, Gerontologist, Oct; 51(5):610-6.
- IL SOLE 24 ORE, *Un bollino d'argento per le RSA*, 14 luglio 2013, p. 15.
- MASERA F., CHIATTI C., ROCCHETTI C. (2011), *Gli standard di qualità e gli standard di personale delle strutture residenziali*, in N.N.A. (a cura di), *Rapporto N.N.A. 2011*, Rimini, Maggioli.
- MELCHIORRE G., CHIATTI C., LAMURA G. (2012), *Tackling the phenomenon of elder abuse in Italy: a review of existing legislation and policies as learning resource*, Educational Gerontology, vol. 38, issue 10, pp. 699-712.
- ØVRETVEIT J. (2009), *Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers*, The Health Foundation, Long Acree, London.
- PAVOLINI E., RANCI C. (2008), *Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries*, in Journal of European Social Policy, 18(3), pp. 246-259.
- RODRIGUES R., HUBER M., LAMURA G. (a cura di) (2012), *Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Europe and North America*. Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research, reperibile all'URL www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf.

5. Il punto sulle badanti

Sergio Pasquinelli, Giselda Rusmini

Le assistenti familiari continuano ad accompagnarci oggi, a più di dieci anni dalla loro comparsa in termini di fenomeno di massa. Certo la crisi ha toccato anche questo settore: rendendolo più opaco, certamente più sommerso, in parte ridimensionandolo. Ma il lavoro privato di cura rimane essenziale nell'assistenza agli anziani non autosufficienti nel nostro paese.

In queste pagine facciamo il punto sulle politiche e i progetti in corso. Cercheremo anzitutto di mettere a fuoco i cambiamenti in atto in relazione a una economia in recessione. Proponiamo poi un bilancio della sanatoria del 2012, l'unico provvedimento nazionale recente che ha interessato il settore, per poi concentrarci sulle diverse iniziative regionali e locali, analizzandone cambiamenti e sviluppi, per concludere con qualche riflessione sulle direzioni di intervento auspicabili.

Il lavoro privato di cura è una realtà nata spontaneamente, di per sé difficile da governare. Ci sono tuttavia parti di questa realtà interessate a garanzie minime di qualità, a un insieme di sostegni e di tutele. È a queste parti che occorre guardare con attenzione e ai cambiamenti che esse attraversano.

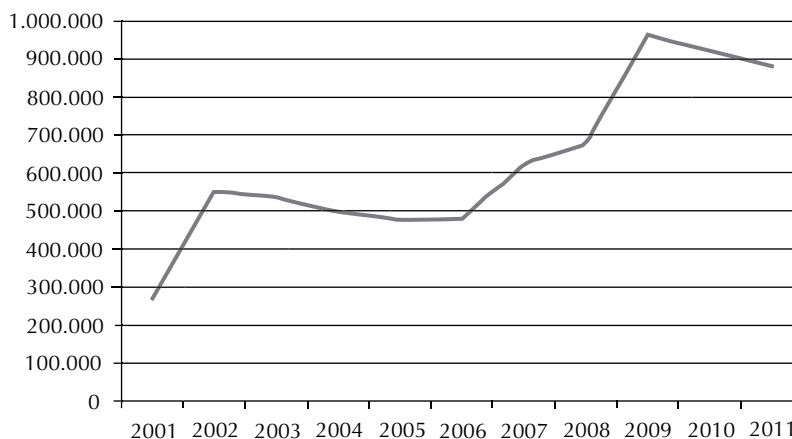
1. Tornare a casa? Badanti nella recessione lunga

Con una crescita progressiva per gran parte degli anni Duemila, il mercato *regolare* del lavoro domestico sembrava non mostrare alcuna crisi. Dal 2009, tuttavia, il quadro si incrina. Da quell'anno inizia un calo, secondo l'Osservatorio sui lavoratori domestici dell'INPS⁽¹⁾: oltre ottantamila unità in meno tra il 2009 e il 2011 (figura 1). Sono i segnali di crisi del mercato, lo ripetiamo, *regolare*.

(1) I dati INPS tratti dall'Osservatorio sui lavoratori domestici, qui rappresentati, fanno riferimento al numero di lavoratori che hanno ricevuto almeno un versamento contributivo nel corso dell'anno. L'Osservatorio prevede una serie di elaborazioni e controlli sui dati contenuti negli archivi amministrativi, che portano a correggere eventuali errori. I numeri, quindi, possono subire variazioni nel tempo. I dati qui presentati sono stati estratti a gennaio 2013.

Finisce così una crescita particolarmente pronunciata. I lavoratori domestici iscritti all'INPS, a partire dai 478 mila del 2005, sono arrivati a contare 679 mila unità nel 2008. L'anno successivo si è verificato un incremento di 284 mila lavoratori (+ 42% rispetto all'anno precedente), in larga parte attribuibile alla regolarizzazione del settembre 2009. In quell'occasione le domande presentate furono 295.000 e quelle accolte 222.182, che si tradussero in un rilevante incremento di lavoratori assunti, ancorché una larga parte di quella regolarizzazione fosse fittizia: i dati sulla nazionalità dei lavoratori lasciarono molte perplessità sulla veridicità delle dichiarazioni, col sospetto di un numero non marginale di regolarizzazioni improprie. Ai primi posti vi erano infatti lavoratori provenienti dal Marocco e dalla Cina (21.000 lavoratori, corrispondenti al 7,2% dei richiedenti), oltre che da Egitto, Senegal e Pakistan. Tutti Paesi di provenienza oggi irrilevanti nel lavoro di cura (per un approfondimento si veda Pasquinelli e Rusmini, 2010).

Figura 1 - Numero di lavoratori domestici registrati all'INPS



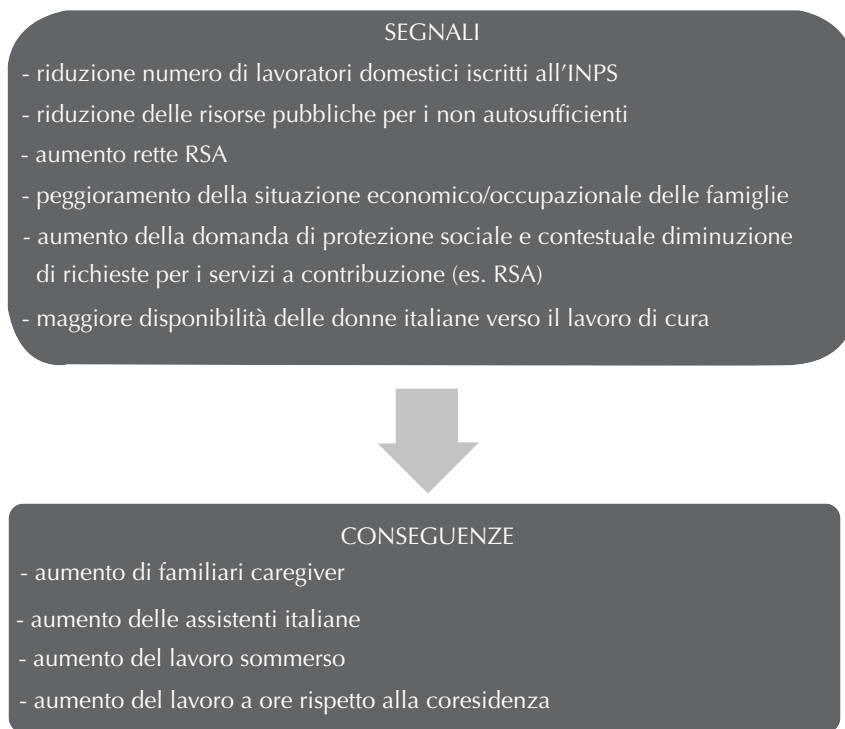
Fonte: INPS, Osservatorio sul lavoro domestico.

Se dunque consideriamo il calo del numero di lavoratori domestici regolari negli ultimi due anni e teniamo presente che molto probabilmente una larga parte dei lavoratori regolarizzati con la sanatoria del 2009 erano in realtà occupati in altri comparti, possiamo concludere che il mercato *regolare* dei servizi alla famiglia, nel periodo di crisi, subisce una contrazione non marginale.

Diversi elementi convergono nel generare cambiamenti rilevanti: le ormai tangibili ricadute dei tagli di risorse sul sistema dei servizi territoriali; l'aumen-

to delle rette nelle RSA ⁽²⁾; le difficoltà nei bilanci di molte famiglie; l'accresciuta disponibilità delle donne italiane a cercare lavoro nell'assistenza a domicilio. La riduzione dell'intervento pubblico e l'aumento dei costi dei servizi residenziali spostano la ricerca di soluzioni sul mercato privato, anche con uno *shifting* su lavoro a ore, più accessibile, meno costoso se sommerso. Le difficoltà economiche portano, in senso complementare, a massimizzare l'assistenza intrafamiliare dei membri bisognosi (figura 2).

Figura 2 - Segnali dalla crisi e loro tendenziale riflesso sul mercato privato della cura



Aumento dei familiari caregiver. Ritorno ai legami familiari, riduzione della "esternalizzazione" del carico di cura alle assistenti familiari e una maggiore assunzione in proprio di tali oneri sono dinamiche che comprendono un numero crescente di donne. Due sono i motivi: da un lato il peso della recessione sui red-

(²) Secondo l'"Indagine nazionale sulle residenze sanitarie assistenziali" dell'Auser, condotta su un campione di 1.280 RSA, tra il 2007 e il primo semestre 2012 la retta minima è cresciuta del 18,5% e la massima del 12,8%.

diti familiari e la presenza di disoccupati in molte famiglie; dall'altro l'aumento dei costi dei servizi a contribuzione. I Comuni e il privato sociale registrano una domanda d'aiuto in aumento. Ma dove è richiesta maggiore compartecipazione ai costi, residenze e assistenza domiciliare, si registra una contrazione della domanda: le famiglie, per quanto e fino a quando possibile, cercano di rispondere da sole ai propri bisogni di cura (De Ambrogio e Pasquinelli, 2012).

Aumento delle assistenti familiari italiane. I molti segnali che intercettiamo mostrano un aumento delle lavoratrici italiane, concentrate nel segmento del lavoro a ore. Diffusamente si registra l'aumento di iscritte italiane ai corsi di formazione per assistenti familiari e le richieste di iscrizione agli sportelli che effettuano incrocio domanda/offerta di assistenza⁽³⁾. Questa disponibilità verso il lavoro a ore si coniuga con la tendenza delle famiglie a farsi maggiormente carico dell'assistenza. Una assistente italiana può essere preferita nei casi in cui la conoscenza della lingua (e della cucina) è ritenuta importante e quando le famiglie temono complicazioni riguardanti la regolarizzazione di operatrici extracomunitarie.

Aumento del lavoro sommerso. L'occupazione informale nella cura delle persone non autosufficienti è un terreno su cui per definizione si sa poco, ma molte testimonianze ci dicono che è in aumento. Diversi sportelli dedicati all'incontro domanda/offerta registrano un drastico calo nella domanda di assistenti familiari in regola. Questi segnali, assieme al calo di lavoratori domestici in regola, rafforzano un quadro segnato dal mercato sommerso⁽⁴⁾.

Aumento del lavoro a ore rispetto alla coresidenza. La diminuzione delle assistenti familiari disposte alla coresidenza è in atto da alcuni anni (Pasquinelli e Rusmini, 2008). È rilevabile in diversi territori e si lega a un processo di integrazione nel tessuto sociale: perché sempre più si possiede un alloggio autonomo, e perché crescono i ricongiungimenti familiari. Il lavoro a ore, inoltre, se è ben organizzato, produce entrate analoghe alla coresidenza. Questa preferenza da parte delle lavoratrici si sposa, in questo momento, con l'accresciuta disponibilità delle donne italiane a farsi carico dell'assistenza di familiari non autosufficienti.

⁽³⁾ Ad esempio, le italiane iscritte ai corsi per assistenti familiari organizzati da Acli Colf sono raddoppiate tra il 2009 e il 2011, mentre quelle iscritte ai corsi di Federcasaltinghe presso le sedi di Milano, Roma e Udine sono triplicate. A Torino le badanti italiane assunte attraverso l'agenzia Obiettivo Lavoro sono passate dalle 948 del 2008 alle 1.757 del 2010, con un incremento dell'85%.

⁽⁴⁾ Questa tendenza è segnalata anche dalla Conferenza delle regioni, "Documento per un'azione di rilancio delle Politiche sociali" del 4 ottobre 2012, dove si sottolinea come nella situazione di recessione in cui ci troviamo la spesa privata per l'aiuto alla cura di minori, disabili e anziani subisce un calo, diminuendo l'assistenza e aumentando il lavoro sommerso.

2. La regolarizzazione del 2012

Nel 2012 è avvenuta l'ennesima "regolarizzazione" – nei fatti una sanatoria – dei lavoratori irregolarmente immigrati nel nostro Paese. A differenza di quella del 2009, questa non è stata ristretta a colf e badanti ma a tutti i lavoratori. Con un dispositivo un po' diverso dalle altre: in sostanza, i datori di lavoro che impiegavano irregolarmente un immigrato hanno potuto autodenunciarsi a partire dal 15 settembre per un mese. Pagando mille euro, più contributi, imposte arretrate relative a sei mensilità, per un totale di almeno duemila euro, e assumendo il lavoratore, hanno potuto regolarizzare la propria situazione e quella del cittadino straniero.

Le domande pervenute al Ministero dell'interno, Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione, sono state 134.576 ⁽⁵⁾. Un risultato deludente, inferiore a molte previsioni. Come dire: un film già visto nella sanatoria del 2009. Un risultato prevedibile per molti – osservatori, patronati sindacali, associazioni – e che noi stessi avevamo prefigurato alla fine di agosto 2012 sul sito *Qualificare.info*.

Ma c'è di più. La gran parte delle domande ha riguardato colf e badanti: si tratta dell'86% del totale (tab. 1). Di cui 79.315 come colf e 36.654 come assistenti familiari. Solo 18 mila domande hanno riguardato il lavoro subordinato non domestico. Cifre palesemente incoerenti con la realtà del lavoro immigrato in Italia, in cui il lavoro domestico rappresenta non più del 15% del totale ⁽⁶⁾.

Tabella 1 - Distribuzione delle domande per tipo di lavoratore

Tipologia lavoratore	Domande presentate	Percentuale
Assistente familiare	36.654	27,2
Colf	79.315	59,0
Altro lavoratore	18.607	13,8
Totale	134.576	100,0

Fonte: Ministero dell'interno, 2012.

La distribuzione delle domande per paese di provenienza risulta molto sproporzionata in relazione al totale degli stranieri dai rispettivi paesi, come mostra la tabella 2. Macroscopico il caso del Bangladesh, per cui è stata presentata una do-

⁽⁵⁾ Ministero dell'interno, *Dichiarazione di emersione 2012*, dati definitivi.

⁽⁶⁾ Al momento della redazione di questo testo non è noto l'esito dell'istruttoria delle domande, attività che, come già avvenuto in precedenti regolarizzazioni, può richiedere diversi mesi.

manda ogni cinque stranieri regolarmente residenti in Italia, mentre all'opposto c'è il caso dell'Albania, comunità dove la regolarizzazione non ha evidentemente fatto presa, con una domanda ogni 130 stranieri residenti.

La presenza di richieste di tipo fittizio è stata sottolineata a più riprese dalla stampa. I sospetti di una rilevante quota di domande improprie sono legati proprio alla nazionalità dei lavoratori interessati (tabella 2). Ai primi dieci posti troviamo infatti paesi come Bangladesh e Marocco (31 mila lavoratori, corrispondenti al 23% del totale): poco, i primi, o per nulla, i secondi, propensi all'assistenza familiare. Tra le prime dieci solo l'Ucraina e in parte l'India figurano plausibilmente tra le nazionalità di provenienza di lavoratori domestici.

Tabella 2 - Domande di regolarizzazione per le prime 10 nazionalità del lavoratore

Nazionalità	Stranieri residenti in Italia 2011	Domande presentate	Distribuzione % delle domande
Bangladesh	82.451	15.770	11,7
Marocco	452.424	15.600	11,7
India	200.730	13.286	9,9
Ucraina	121.036	13.148	9,9
Pakistan	75.720	11.728	8,5
Egitto	90.365	10.701	8,0
Cina	209.934	10.198	7,6
Senegal	80.989	6.296	4,6
Tunisia	106.291	4.617	3,4
Albania	482.627	3.884	2,9
Altre nazionalità	2.667.750	29.348	21,8
Totale	4.570.317	134.576	100,0

Fonte: Ministero dell'interno, ISTAT 2012.

Guardando a questa regolarizzazione nel suo complesso due sono le domande a cui vogliamo rispondere:

1. Perché le istanze sono state così poche?
2. Per quale ragione il lavoro domestico è stato così preponderante (quasi nove decimi delle domande) con nazionalità così difformi da quelle tradizionali dei lavoratori in questo settore?

Il numero di domande è stato limitato per diversi motivi, generali e specifici sul lavoro domestico.

In primo luogo per gli alti costi della procedura: oltre alla cifra forfettaria di mille euro, peraltro non rimborsabile nel caso di non accettazione della domanda, va aggiunto l'obbligo di versamento di tutte le somme dovute per almeno

6 mesi: retribuzione, contribuzione, fisco e oneri accessori. Ciò che non era stato pagato in precedenza andava corrisposto: il che equivaleva a un esborso tra i 2.000 e i 10.000 euro a lavoratore, a seconda del settore di impiego. A tutto ciò si aggiunge il vincolo di regolarizzare un minimo di 20 ore settimanali, vincolo che ha ostacolato molte pratiche, nonché la necessità di comprovare la presenza in Italia del lavoratore straniero al 31 dicembre 2011, cosa per nulla agevole e oggetto di chiarimenti dell'Avvocatura dello Stato a sanatoria già avviata. Alti costi e farraginosità burocratica hanno quindi limitato il numero delle domande.

Vi sono poi ragioni legate allo specifico del settore domestico, i cui datori di lavoro sono famiglie.

Primo. Tra le famiglie che impiegano badanti è bassa la percezione di sentirsi sfruttatrici di lavoratori immigrati, ma soprattutto è percepito basso il rischio di controlli, denunce, sanzioni dovute ad un impiego non regolare. È per questo motivo che i numeri della sanatoria del 2009 hanno deluso molte previsioni, e si che in quel caso la cifra forfettaria da pagare era addirittura inferiore (500 euro). L'entrata in vigore del decreto legislativo n. 109/2012 che prevede 5 mila euro di multa e l'arresto fino a sei mesi per chi dà lavoro a un immigrato senza permesso di soggiorno non ha costituito un serio incentivo ad aderire a questa sanatoria.

Secondo. Esiste un intreccio di convenienze reciproche a lavorare in nero e a rimanere nel sommerso, perché a parità di ore lavorate le famiglie pagano meno e le assistenti guadagnano di più, un circolo vizioso spinto ulteriormente dalla crisi dei bilanci familiari, come abbiamo sottolineato a più riprese (S. Pasquini, *Qualificare.info*, gennaio 2012, n. 31).

Passiamo ora alla seconda domanda: perché la preponderanza del lavoro domestico su altri settori? Qui la risposta è più semplice, fin quasi banale: perché nel caso di colf e badanti gli oneri pregressi da pagare sono risultati nettamente inferiori rispetto ad altri tipi di contratto: circa 2 mila euro contro almeno il triplo. Ecco che allora molte istanze sono state "fatte passare" in questo ambito, con una chiara distorsione della realtà del settore in cui davvero il lavoratore opera. Basti pensare che un terzo delle domande riguarda paesi ampiamente estranei al lavoro domestico quali Marocco, Egitto, Cina, Senegal, Tunisia.

Quante delle istanze presentate si riferiscono davvero al lavoro domestico forse non lo sapremo mai. L'esito delle domande presentate potrà aiutare a capire, se mai verrà reso pubblico. Verosimilmente le domande fittizie riguardanti il lavoro domestico hanno superato la metà del totale. E come successo in passato, l'effetto delle poche decine di migliaia di vere assistenti familiari che hanno beneficiato di questo provvedimento verrà presto riassorbito. In un settore, quello del lavoro privato di cura, che conta una larga maggioranza di irregolarità e dove la forza attrattiva del lavoro sommerso rimane potente.

3. Interventi regionali e locali: uscire dalla nicchia

Dall'intervento singolo alla rete. Questo, in estrema sintesi, sembra essere il percorso compiuto dagli interventi a sostegno del rapporto famiglia-badante nel nostro paese, in questi ultimi anni. Interventi che sono andati articolandosi in parallelo ad una presa di coscienza della complessità di questo rapporto.

Inizialmente, lo strumento messo in campo era un assegno di cura vincolato alla regolare assunzione dell'assistente, volto a favorire l'emersione di un mercato in larga parte sommerso. Successivamente sono andati moltiplicandosi percorsi formativi e sportelli volti a facilitare l'incontro tra domanda e offerta. Sperimentazione dopo sperimentazione, i più recenti interventi volti a sostenere il rapporto famiglia-badante sembrano convergere verso un modello a rete in cui gli attori pubblici e privati che a vario titolo operano in tale ambito agiscono il più possibile in maniera coordinata con la regia pubblica.

Nel sostanziale immobilismo del livello nazionale – ad eccezione di pochi interventi circoscritti per entità e durata – osserviamo le misure più frequentemente messe in campo a livello regionale e locale per il governo del mercato privato della cura⁽⁷⁾.

Sostegni economici

Nel corso degli anni sono progressivamente aumentate le regioni che erogano un sostegno economico, sotto forma di assegno di cura o di voucher, agli anziani non autosufficienti accuditi a domicilio con l'aiuto di un'assistente familiare regolarmente assunta⁽⁸⁾.

Nella quasi totalità dei casi, secondo quanto riportato nella normativa che li regola, si tratta di erogazioni subordinate alla sottoscrizione di un programma di assistenza individualizzato, attraverso il quale i servizi sanciscono l'adeguatezza dell'assistenza domiciliare che si sostanzia attraverso il ricorso ad un'assistente familiare ed eventualmente altri interventi. Le soglie di reddito per accedere a questi benefici, generalmente calcolate con l'Isee, si aggirano fra 10 e 15 mila euro, arrivando, in rari casi, oltre i 30 mila euro. L'importo del contributo in genere tende a coprire solo il costo degli oneri previdenziali che il datore di lavoro è tenuto a versare alla lavoratrice regolarmente assunta.

Oltre all'obiettivo di favorire l'emersione del lavoro nero, in alcuni casi il

(7) Le considerazioni espresse nelle pagine che seguono si basano in larga parte sulle informazioni acquisite attraverso i vari lavori di ricerca/consulenza in cui siamo stati coinvolti e la raccolta di notizie e contributi per il sito *Qualificare.info*.

(8) Attualmente tale tipologia di contributo è attiva in 15 regioni/province autonome: Abruzzo, Basilicata, Emilia-Romagna, Liguria, Marche, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana, P.A. di Trento, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

contributo ha anche lo scopo di qualificare l'offerta. In questo caso non è vincolato solo alla regolare assunzione dell'assistente, ma anche alla sua iscrizione presso un elenco o albo di lavoratrici accreditate (es. Puglia, Provincia Autonoma di Trento, Valle d'Aosta).

I limiti degli assegni risiedono nel riscontro limitato da parte delle famiglie. A fronte di un incentivo che tende a coprire solo il costo dei contributi previdenziali, esse preferiscono i vantaggi di un rapporto di impiego deregolato, con "mani libere" (Pasquinelli e Rusmini, 2009; Tidoli e Marotta, 2011). Anche l'assegno vincolato alla qualificazione dell'assistente iscritta in appositi registri mostra di avere un valore limitato per le famiglie, interessate soprattutto all'affidabilità della lavoratrice, assicurata comunque (e forse meglio) attraverso il passaparola⁽⁹⁾.

Formazione, tutoring e certificazione delle competenze

In parallelo all'accresciuto interesse per la qualificazione del mercato privato della cura, è aumentato il numero di regioni che hanno definito uno standard formativo per le assistenti familiari, che sono ormai 14 (in altre sono in atto sperimentazioni)⁽¹⁰⁾.

I percorsi formativi hanno una durata compresa fra 100 e 400 ore, che include momenti di formazione in aula e di tirocinio, organizzati a volte in maniera modulare per ripartirne la durata. Spesso sono riconosciuti crediti formativi in ingresso, che consentono l'abbreviazione del percorso sulla base di una valutazione delle competenze acquisite in campo formativo e/o lavorativo, e crediti in uscita, che permettono di abbreviare la durata di successivi percorsi di qualificazione (come quelli per ASA e OSS).

La non sempre entusiasta adesione delle badanti a percorsi formativi, soprattutto se particolarmente lunghi, ha portato a sviluppare azioni di tutoraggio *on the job*, ossia la formazione delle assistenti familiari presso il domicilio dell'assistito, da parte delle operatrici di servizi di assistenza domiciliare comunali (SAD).

Si tratta di azioni che tendono ad "alleggerire" le richieste d'assistenza che arrivano ai servizi e a garantire alle famiglie un minimo di qualificazione e controllo sullo svolgimento dell'attività di cura prestata dalle assistenti familiari. Diverse sono le dinamiche ancora da approfondire su questa pratica, ma

⁽⁹⁾ Per un approfondimento sul tema dei sostegni economici si veda RUSMINI G., *I progetti di sostegno del lavoro privato di cura: un bilancio*, in PASQUINELLI S., RUSMINI G. (a cura di), *Baldare non basta*, Ediesse, Roma, 2013.

⁽¹⁰⁾ Si tratta di Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta.

le esperienze in corso concordano nell'indicarla come un importante anello di congiunzione tra il servizio pubblico e la solitudine del mercato privato. Se altri interventi rimangono per la loro natura al limitare della relazione famiglia/assistente, senza entrare nella prossimità di quello che accade fra le mura domestiche, il *tutoring* testimonia la volontà del servizio pubblico di sostenere "dal basso" i bisogni di cura delle famiglie e la qualità dell'assistenza.

La necessità di garantire la qualità dell'assistenza alle famiglie, accanto all'attivazione di percorsi formativi tradizionali, ha inoltre portato allo sviluppo di sistemi di accertamento delle competenze pregresse.

Il riconoscimento delle competenze acquisite "sul campo" è particolarmente importante nel campo dell'assistenza domiciliare in quanto sono numerose le lavoratrici che hanno maturato una significativa esperienza, in assenza di una specifica formazione. Non tenerne conto nell'accesso ai percorsi formativi (permettendone l'abbreviazione) e nell'iscrizione agli albi/elenchi significa restringere drasticamente, e inutilmente, la platea delle beneficiarie.

A oggi non esistono, a livello nazionale, procedure di validazione delle competenze acquisite al di fuori dei percorsi formativi riconosciuti. In alcune regioni, tuttavia, sono state condotte sperimentazioni e alcuni contesti dove si prevede una regolamentazione del sistema di competenze stanno validando strumenti in questa direzione (Oliva, 2012) ⁽¹¹⁾.

Sportelli per l'incontro domanda/offerta

Gli sportelli sono servizi andati moltiplicandosi che accolgono in misura diversa i bisogni di assistenti e famiglie: da luoghi di semplice informazione fino a servizi che offrono orientamento, accompagnamento, sostegno continuativo. In questo caso è frequente la collaborazione con i servizi sociali dei Comuni e altri soggetti che a vario titolo operano in questo campo. La tabella 3 riassume in tre modelli le diverse configurazioni di questo tipo di interventi (Pasquinelli, 2011).

⁽¹¹⁾ Il Piemonte nell'ambito della programmazione "Pari 2007" ha realizzato una sperimentazione a livello regionale per definire le procedure di certificazione delle competenze delle assistenti familiari. Per approfondimenti si veda l'articolo di C. CONTINI, *Certificare le competenze. Una sperimentazione in Piemonte*, in *Qualificare*, n. 24, marzo 2010. In Toscana, quello delle assistenti familiari è uno dei primi "banchi di prova" delle procedure e delle metodologie per la validazione e certificazione delle competenze recentemente approvate (d.g.r. n. 610/2012).

Tabella 3 - Tre modelli di "Sportello badanti"

	Attività:		
Modello "informativo"	Indicazione di nominativi	-	-
Modello "matching"	Analisi dei bisogni, bilancio delle competenze	Abbinamento famiglia/assistente	-
Modello "integrato"	Analisi dei bisogni, bilancio delle competenze	Abbinamento famiglia/assistente	Accompagnamento continuativo nel corso del processo assistenziale

Il cosiddetto "modello informativo" si limita a segnalare alle famiglie i nominativi e il recapito delle persone che si propongono come assistenti familiari. Il "modello matching" promuove l'incontro domanda/offerta di lavoro privato di cura sulla base dell'analisi dei bisogni dell'anziano e di un bilancio di competenze delle aspiranti assistenti. A questa attività, il "modello integrato" aggiunge servizi che accompagnano famiglie, anziani e assistenti durante il rapporto di lavoro, tramite la gestione amministrativa del contratto, il tutoraggio, il sostegno alla relazione, le sostituzioni, in partnership con realtà pubbliche e private operanti sul territorio (imprese sociali, aziende che attivano welfare per dipendenti, ecc.).

Quali risultati ottengono gli sportelli? Le evidenze disponibili⁽¹²⁾ mostrano buoni riscontri per quanto riguarda i primi contatti, sia tra chi domanda lavoro (le famiglie) sia, soprattutto, tra chi lo offre (assistenti familiari), ma i numeri diminuiscono di molto quando si passa dai primi contatti agli abbinamenti, i *matching* realizzati, nonché ai contratti regolarmente stipulati.

La disponibilità a stipulare un contratto di lavoro rimane bassa per motivi di convenienza reciproca. In nero un'assistente familiare prende al netto di più e costa di meno, a parità di ore lavorate. In una situazione di questo tipo cercare di fare emergere il lavoro di cura solo attraverso l'azione di sportello rischia di essere velleitario. La pura intermediazione di lavoro, se non collegata ad altri interventi, ha il fiato corto e lo sforzo sembra sproporzionato ai risultati.

Il valore aggiunto più prezioso degli sportelli sta proprio nel poter collegare i sostegni della domanda (informazione, orientamento, contributi economici, assistenza contrattuale) ai sostegni dell'offerta (formazione, riconoscimento delle

⁽¹²⁾ L'unica rilevazione sistematica a livello regionale sugli sportelli dedicati al lavoro privato di cura è quella della Regione Friuli-Venezia Giulia. Si veda il sito dell'Agenzia regionale del lavoro: www.regione.fvg.it/rafvog/cms/RAFVG/formazione-lavoro/agenzia-regionale-lavoro/FOGLIA24/.

conoscenze acquisite, iscrizione agli albi). Diventando luoghi in cui i diversi interventi lavorano in modo complementare.

I registri delle assistenti familiari

Strumenti di ogni attività regolata di intermediazione, i registri o “albi” delle assistenti sono andati rapidamente diffondendosi. Offrono alle famiglie la possibilità di accedere alle informazioni sulle lavoratrici in maniera trasparente, esercitando una facoltà di scelta che è invece fortemente limitata nel caso di una ricerca tramite “passaparola”. Alle assistenti familiari vengono riconosciuti uno *status* professionale, le conoscenze acquisite frequentando corsi *ad hoc*, le competenze maturate in ambito lavorativo⁽¹³⁾.

Un nodo cruciale di questi strumenti è dato dal grado di selezione delle assistenti, che si traduce nel livello minimo di qualificazione garantito alle famiglie. Vi sono sistemi di incrocio domanda/offerta che non prevedono requisiti minimi delle aspiranti assistenti, in cui il registro riveste quindi il carattere di “elenco” o di “bacheca”. Altri in cui viene fatta una selezione in ingresso, con un set minimo di requisiti e che assume maggiormente la fisionomia dell’“albo”.

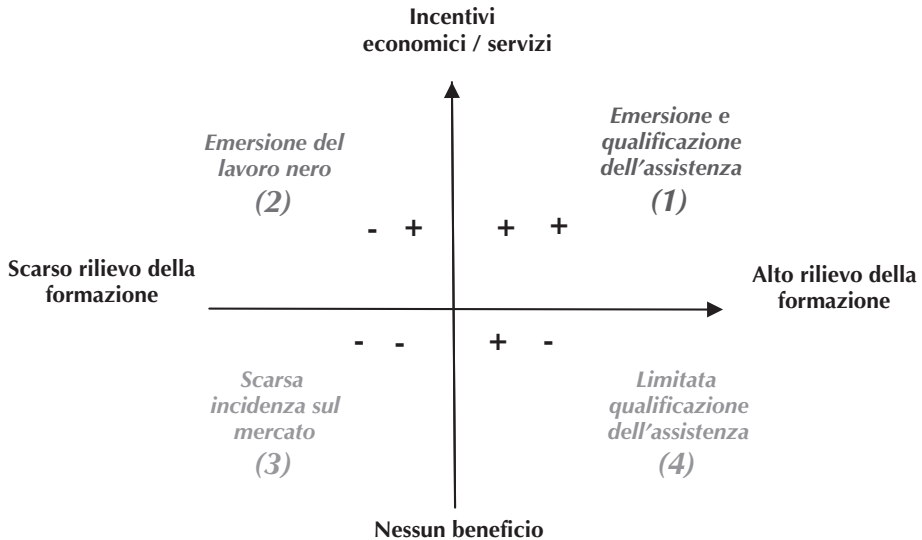
Quanto più l’iscrizione ai registri viene regolata da requisiti d’ingresso stringenti, in grado di garantire una qualità dell’assistenza elevata, tanto minore è il numero di assistenti potenzialmente iscrivibili. La garanzia di una elevata qualità dell’assistenza si scontra, quindi, con l’esigenza di favorire l’emersione dal lavoro sommerso coinvolgendo all’interno del sistema quante più famiglie e assistenti possibili (Rusmini, 2012).

I registri, quindi, sono uno strumento che ha un’efficacia limitata rispetto al raggiungimento di due obiettivi centrali: qualificare il lavoro di cura e ridurre il tasso di irregolarità. La capacità di attrazione del sistema di incrocio domanda/offerta di lavoro si lega soprattutto alla presenza di ulteriori benefici: sostegni economici, orientamento, gestione delle pratiche burocratiche, supporto e accompagnamento alla relazione, copertura dei periodi di sostituzione, accoglienza temporanea di sollievo durante le ferie delle assistenti o per emergenze, nel contesto di un reale collegamento con il sistema dei servizi sociali.

Quali gli effetti dei diversi sistemi messi in campo? Mancano molte informazioni, ma è possibile avanzare qualche realistica ipotesi sulla base di numerosi riscontri raccolti soprattutto a livello locale (figura 3).

⁽¹³⁾ Attualmente le regioni che hanno adottato un registro/albo regionale di assistenti familiari sono Puglia, Sardegna, Sicilia, Valle d’Aosta e Veneto. In Basilicata, Lazio, Molise e nella Provincia Autonoma di Trento è in via di implementazione. In altre regioni dove sono in corso azioni di governo del mercato privato della cura vi sono elenchi di assistenti familiari disponibili presso i Centri per l’impiego (es. Friuli-Venezia Giulia, Marche, Piemonte).

Figura 3 - Caratteristiche dei sistemi di incontro domanda/offerta di lavoro privato di cura e loro tendenziali effetti



Fonte: Rusmini, 2012.

I sistemi caratterizzati da uno scarso rilievo dato alla qualificazione delle assistenti in termini della sua valorizzazione in sede di incontro domanda/offerta (e, a monte, di organizzazione di corsi formativi *ad hoc*), associato alla mancanza di incentivi/servizi per le famiglie e le assistenti, hanno effetti scarsi o nulli sul mercato privato di cura (quadrante 3). Nei casi in cui all'assenza di benefici si associa uno sforzo per qualificare l'offerta di lavoro (quadrante 4), possiamo ipotizzare un limitato effetto sulla qualificazione dell'assistenza: le famiglie, interessate prevalentemente all'affidabilità della lavoratrice, avranno un moderato interesse a cercare un'assistente "qualificata" attraverso gli sportelli e le lavoratrici, che notoriamente hanno difficoltà a seguire i corsi, saranno poco disponibili ad iscriversi.

I sistemi in cui non viene particolarmente promossa la qualificazione dell'assistenza, ma alle famiglie vengono offerti contributi economici e/o servizi (quadrante 2), potrebbero produrre il principale effetto di promuovere l'emersione del lavoro nero, in relazione alle dimensioni dei benefici offerti.

Infine, la situazione in cui viene favorita la qualificazione dell'offerta di lavoro di cura e sono erogati contributi economici, oltre ai servizi di cui abbiamo detto (quadrante 1), è quella in cui si favorisce l'emersione del lavoro nero e la qualificazione del mercato privato della cura. In questa situazione si viene infatti a creare un circolo virtuoso che favorisce il permanere degli attori – famiglie con

anziani e assistenti – all'interno del sistema, trovando in esso una risposta articolata alle proprie esigenze.

Reti di interventi

Negli ultimi anni alcune regioni hanno promosso misure di sostegno e regolamentazione del mercato privato dell'assistenza che vanno nella direzione di creare dei collegamenti tra gli interventi finora discussi, e che presentano interessanti punti di convergenza⁽¹⁴⁾.

Caratteristica comune è lo sforzo di creare una "rete" tra diversi soggetti, pubblici e privati, chiamati a qualificare il mercato privato di cura, in modo da offrire a famiglie e assistenti un percorso strutturato di "presa in carico" (ad es. centri per l'impiego, enti gestori dei servizi socio-assistenziali, enti di formazione, agenzie per il lavoro autorizzate, patronati, cooperative, associazioni).

I servizi possibili sono diversi. Oltre all'orientamento, al sostegno economico alle famiglie e all'incontro domanda/offerta sulla base di registri o albi di assistenti qualificate, possono includere azioni di sostegno alla relazione, affiancamento da parte del SAD in fase di avvio del rapporto di lavoro, supporto in caso di problemi, servizi di sostituzione dell'assistente, prezzi calmierati presso enti convenzionati per la gestione amministrativa del contratto⁽¹⁵⁾.

La sfida che si apre per queste diverse progettualità è quella di valutarne l'impatto reale: in termini di efficacia sulla popolazione anziana, le famiglie, le assistenti familiari, e di mostrare quali dinamiche di rapporto costo-opportunità questi percorsi presentano.

4. È possibile ridurre la natura di servizio individuale?

Sul sostegno e la qualificazione del lavoro privato di cura il tempo sembra maturo per un bilancio. Le pagine precedenti hanno iniziato a proporre osservazioni in questa direzione, ora ne sviluppiamo di ulteriori, rinviando per una analisi più ampia al volume curato da chi scrive dal titolo *Badare non basta* (Ediesse, 2013). Proponiamo alcuni elementi che ci paiono particolarmente salienti in termini di errori da evitare, messaggi da cogliere, direzioni che meritano lavoro ulteriore.

In questi ultimi anni in particolare si è sviluppato un atteggiamento critico

⁽¹⁴⁾ Per un approfondimento delle considerazioni che seguono si rinvia a Rusmini (2011).

⁽¹⁵⁾ Per la realizzazione di questi progetti sono utilizzate risorse di fonte diversa (Fondo del Dipartimento per le Pari opportunità, contributi regionali/provinciali, Fondo Sociale Europeo, Fondo politiche per la Famiglia).

nei confronti del lavoro privato di cura e della sua natura individuale, isolata. Un atteggiamento che ha prodotto risposte interessanti e progetti praticabili, ma anche ipotesi fantasiose e di scarsa realizzabilità. Come quella di creare cooperative di badanti, equiparabili a un'araba fenice: se ne parla (di tanto in tanto) ma nessuno sa dove sono.

L'assistente familiare si regge su un modello di servizio tipicamente individuale. Che isola le persone, ne mantiene la solitudine, impedisce la cooperazione di risorse e di risposte. L'intenzione di ridurre l'isolamento è lodevole ma talvolta porta a ipotesi velleitarie. Nel Piano di zona 2012 del Comune di Milano per esempio si legge che "il modello della badante individuale non promuove la costruzione di nuovi legami sociali e di fiducia reciproca tra le persone per cui, fisiologicamente, risulta un servizio costoso, in quanto costruito su un format individuale e quindi privo di economie di scala e specializzazione" (16).

Il "modello individuale" è realisticamente superabile?

In questo modello ci sono pregi e difetti: non buttiamo via il bambino con l'acqua sporca. La relazione anziano-badante non va svalutata come poco costruttiva di legami sociali: in realtà legami e fiducia circolano eccome in queste relazioni, relazioni marcate affettivamente (Micheli, 2013). L'idea di favorire prossimità e socializzazione è ottima, ma non facilmente praticabile. Dalle nostre ricerche emerge che in larga parte gli assistiti sono persone affette da gravi patologie e hanno bisogno di una assistenza assidua: come tale, individuale.

Più che superare il modello individuale noi diciamo che occorre eliminarne i limiti e le criticità. In una direzione o nell'altra (superamento o "aggiustamento") circolano oggi ipotesi di lavoro ed esperienze diverse. Vediamole.

1. **La piattaforma domanda/offerta.** È il progetto di affidarsi a imprese che coordinino un certo numero di assistenti familiari in un dato territorio, offrendo lo stesso servizio a più persone e così sperando di creare "economie di scala e valore sociale" (17). Mentre l'attività di incontro domanda/offerta viene generalmente apprezzata sia dalle famiglie sia dalle badanti, far condividere lo stesso servizio (e la stessa lavoratrice) a più persone in molti casi non è praticabile e la presenza stessa di una struttura, di una organizzazione fa lievitare i costi dell'operazione. È la ragione per cui la cooperazione sociale – a parte qualche meritevole eccezione – è ancora entrata poco in questo mercato: facilmente battuta sul piano economico da soggetti che si propongono individualmente.

(16) Comune di Milano, *Piano di sviluppo del welfare della città di Milano 2012-2014*, settembre 2012, p. 119.

(17) È il "Progetto Badanti" presentato dal Comune di Milano al secondo Forum delle Politiche sociali, Milano, 11-19 gennaio 2013.

2. *Il mutualismo solidale*. È l'idea di aggregare la domanda delle famiglie attraverso "mutue territoriali che prevedano servizi per i propri associati ma anche per altri cittadini" (Dotti, Farinotti, 2012, p. 165), in grado di collegarsi ai fondi sanitari integrativi e al sistema dei servizi. Allo stato attuale si tratta di poco più di una suggestione, su cui molte domande rimangono aperte, per esempio: come incentivare la mutualità? Con quali vantaggi per le famiglie? Quali professioni dovrebbero essere coinvolte, con quale contratto? Il tutto in un contesto in cui i margini di crescita delle tutele assicurative per la non autosufficienza risultano oggi limitati (Gori, 2012).

3. *Il lavoro somministrato*. Vi sono alcune esperienze (a Torino e in Trentino-Alto Adige per esempio) di lavoro somministrato, dove alle famiglie viene proposta una assistente familiare assunta da Agenzie per il lavoro accreditate. Il vantaggio per le famiglie è quello di affrancarsi dall'assunzione diretta della badante. Lo svantaggio consiste nel differenziale tra costo orario di una badante assunta direttamente dalla famiglia (5-6 euro) e somministrata da una agenzia (circa 10-13 euro). Le famiglie possono essere disposte a pagare la differenza se: *a*) apprezzano il fatto di non essere datrici di lavoro, con tutti gli oneri collegati; *b*) valorizzano le garanzie e la qualità offerta dal personale della agenzia; *c*) percepiscono un sostegno pubblico per pagare la badante. Una o più di queste condizioni possono indurre a preferire l'Agenzia, ma la convenienza economica del rapporto individuale rimane un potente freno a questa decisione.

4. *La badante di condominio*. Si tratta di progetti di condivisione della badante in uno stesso luogo, con funzioni anche di presidio territoriale e di monitoraggio su un certo numero di nuclei familiari. Si parla anche di custodia e portierato sociale nel senso di figure di welfare leggero con funzioni di assistenza domiciliare, appoggio per specifiche esigenze, socializzazione degli anziani⁽¹⁸⁾. Può essere una valida risposta per chi ha un bisogno di assistenza limitato, ma non può costituire la risposta in condizioni di medio-grave non autosufficienza e rimane aperto il problema di chi assume e sostiene i costi di una simile figura, finora solitamente finanziata dall'ente pubblico.

Se è dunque velleitario pensare di superare oggi il "modello badante" per come si è radicato nel nostro paese, non lo è cercare di superarne i limiti. Per questo occorrono luoghi capaci di integrare le risposte, valorizzare le risorse già presenti, potenziare quelle insufficienti costruendo una filiera di servizi.

⁽¹⁸⁾ Si veda a questo proposito Sarti (2010, p. 298).

5. Costruire la filiera: famiglie e assistenti nella rete dei servizi

La solitudine e la dimensione individuale si riducono realisticamente costruendo una filiera leggera di azioni centrate sull'ascolto della domanda, l'accompagnamento delle persone, il collegamento con i servizi sociali e sociosanitari.

Il libero mercato non si autoregola. Lascia sole le famiglie, soprattutto quelle più fragili e meno dotate, di fronte ai loro problemi. Molte di esse chiedono tutele, risposte adeguate alla specificità dei propri bisogni, coordinamento con i servizi sanitari, gestione del rapporto di lavoro con tutti i suoi corollari, come rileva anche una recente ricerca Censis-Ismu sul lavoro domestico⁽¹⁹⁾. Insomma, le famiglie non chiedono solo soldi ma anche servizi, appoggi, riferimenti fatti di persone e aiuti concreti. Del resto, è quanto emerge dall'esperienza dei voucher sociali: se si vuole parlare di libertà di scelta in modo non ideologico dobbiamo declinarla in *capacità* di scelta e in *possibilità* di scelta e su entrambi i fronti occorrono azioni dedicate (Pasquinelli, 2006).

Serve mettere a sistema luoghi che facilitino l'incontro tra domanda e offerta, attività di segretariato sociale (informazione, consulenza, orientamento) e di monitoraggio *ongoing* dell'assistenza (Pasquinelli, 2011; Rusmini, 2011). Serve una rete di azioni che si sostengano in modo circolare: sportelli rivolti all'incontro domanda/offerta, formazione, albi delle assistenti accreditate, sostegni economici, interventi nelle emergenze. Azioni isolate portano a poco o nulla. La logica può essere quella del "One stop shop" (Gilbert e Terrel, 2013), del luogo unico che offre risposte diverse e le integra, con un coordinamento e la delicata interconnessione tra enti diversi: Comuni, ASL, Centri per l'Impiego.

Gli interventi regionali e locali che abbiamo analizzato in questo capitolo hanno in passato mostrato criticità che oggi dobbiamo riconoscere e superare. Una sintesi riepilogativa di questi limiti e delle nuove direzioni che si impongono oggi è proposta in tabella 4.

⁽¹⁹⁾ Secondo lo studio "Elaborazione di un modello previsionale del fabbisogno di servizi assistenziali alla persona nel mercato del lavoro italiano con particolare riferimento al contributo della popolazione straniera", fra gli interventi pubblici più urgenti per supportare le famiglie, accanto alla detrazione fiscale delle spese per i collaboratori domestici (39,9%) e all'erogazione di voucher per l'acquisto di servizi (33,5%), vi è la strutturazione di servizi di incontro domanda/offerta tramite agenzie, che garantisca famiglie e collaboratori rispetto alle proprie esigenze (29,2%) e servizi pubblici o privati che supportino la famiglia nell'individuazione dei collaboratori e nella gestione del rapporto di lavoro (24,4%).

Tabella 4 - Le nuove direzioni per qualificare il lavoro di cura

I limiti del passato	Le nuove direzioni
Sportelli	
Solo abbinamento badanti/famiglie Scarso accompagnamento successivo	Informazione e orientamento Analisi dei bisogni e Bilanci di competenze Abbinamenti domanda/offerta Accompagnamento continuativo nel corso del processo assistenziale
Formazione	
Corsi lunghi, poco attrattivi, isolati rispetto al sistema dei servizi e al mercato del lavoro	Percorsi brevi, organizzati per moduli Tutoraggio <i>on the job</i> attraverso operatori domiciliari Collegamento con gli Albi
Albi	
Elenchi poco accompagnati rispetto ai bisogni specifici e alle aspettative delle famiglie	Strumento di lavoro dei servizi. Collegamenti con i Centri per l'impiego
Sostegni alle famiglie	
Prevalentemente contrattuale	Collegamenti con il sociosanitario e la sanità, azioni di prossimità, mutuo aiuto tra caregiver

Fonte: Pasquinelli, Rusmini, 2013.

Per costruire questa “filiera leggera” serve un coordinamento a più livelli.

Primo, tra interventi. Un contributo economico a favore dell'emersione non è abbastanza attrattivo per le famiglie, a meno che non sia collegato ad un insieme di servizi. La formazione non ha rilevanza se non viene opportunamente valorizzata in un albo e nel successivo *matching*. Qualsiasi intervento (sostegno economico, formazione, tutoring, ecc.) ha scarsa presa se l'informazione su di esso non circola. Quanto più si è in grado di fornire risposte coordinate tanto più gli sforzi avranno un effetto centripeto, cioè saranno in grado di attirare quote di mercato.

Secondo, tra livelli di governo. In assenza di un regime fiscale amico delle famiglie, che offra sgravi significativi, gli interventi regionali e locali continueranno a subire l'handicap di una potente forza attrattiva da parte del mercato sommerso. La mancanza di coerenza tra politiche nazionali e interventi locali di qualificazione penalizza fortemente gli sforzi in atto.

Terzo, tra politiche. Incentivare l'emersione del lavoro nero, come con la regolarizzazione del 2012, e continuare a erogare un'indennità di accompagnamento senza vincoli d'uso, usata anche per alimentare il mercato nero, è contraddittorio. Politiche disallineate esprimono messaggi contraddittori, producono effetti limitati e di corto respiro.

Su questi diversi piani si gioca la possibilità di qualificare il lavoro privato di cura nel nostro Paese.

Bibliografia

- AA.VV. (2011a), *Famiglie, lavoro di cura e servizi*, numero speciale in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 12.
- AA.VV. (2011b), *Colf d'Italia. 150 anni di lavoro domestico per raccontare l'Italia che cura*. Atti del convegno, Roma, 18 novembre.
- DE AMBROGIO U., PASQUINELLI S. (2012), *La programmazione sociale nelle grandi città*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 9.
- DOTTI J., FARINOTTI G. (2012), *L'Italia incontro alla modernità*, in GORI C. (a cura di), *L'alternativa al pubblico?*, Milano, Franco Angeli.
- GILBERT N., TERREL P. (2013), *Dimensions of Social Welfare Policy*, Pearson, New Jersey.
- GORI C. (a cura di) (2011), *Quale futuro per il welfare?*, Forum Nazionale del Terzo settore, I Quaderni del Forum, Roma.
- GORI C. (a cura di) (2012), *L'alternativa al pubblico? Le forme organizzate di finanziamento privato nel welfare sociale*, Milano, Franco Angeli.
- MICHELI G. (2013), *Anziani, relazioni di cura e affetti*, in PASQUINELLI S., RUSMINI G. (a cura di), *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche*, Roma, Ediesse.
- OLIVA D. (2012), *La certificazione delle competenze delle assistenti familiari*, in Qualificare, n. 33.
- PASQUINELLI S. (a cura di) (2006), *Buoni e voucher sociali in Lombardia*, Milano, Franco Angeli.
- PASQUINELLI S. (2011), *Qualificare il lavoro privato di cura*, in La Rivista delle Politiche Sociali, n. 2.
- PASQUINELLI S. (2012), *Badanti, dilaga il lavoro nero*, in Qualificare, n. 31.
- PASQUINELLI S., RUSMINI G. (2008), *Badanti: la nuova generazione*, Dossier di ricerca, in: www.qualificare.info, area download.
- PASQUINELLI S., RUSMINI G. (2009), *I sostegni al lavoro privato di cura*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.
- PASQUINELLI S., RUSMINI G. (2010), *La regolarizzazione delle badanti*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo Rapporto*, Rimini, Maggioli.
- PASQUINELLI S., RUSMINI G. (a cura di) (2013), *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche*, Roma, Ediesse.
- RUSMINI G. (2011), *Regioni e lavoro di cura*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 12.
- RUSMINI G. (2012), *I registri delle assistenti familiari: qualità o quantità?*, in Qualificare, n. 32.
- SARTI R. (a cura di) (2010), *Lavoro domestico e di cura: quali diritti?*, Roma, Ediesse.

6. Il punto sulle politiche nazionali

Laura Pelliccia

1. Introduzione

L'evoluzione dei servizi per la non autosufficienza risulta ampiamente condizionata alle vicende della finanza pubblica, dipendenza quanto mai decisiva in epoca di crisi. Per questo motivo riteniamo utile una panoramica dell'impatto delle manovre finanziarie dell'ultima legislatura sui bilanci degli enti coinvolti nell'assistenza agli anziani (regioni, comuni e SSN). Si cercherà di riflettere proprio sulle specificità di questo settore e sui cambiamenti di prospettive che si sperimentano in questa fase; una discussione sull'importanza della spesa per LTC sulla spesa pubblica ne completerà il quadro informativo.

Queste vicende sono altresì da leggere alla luce della situazione strutturale della nostra spesa per l'assistenza, per valutare la capacità delle recenti politiche di incidere sui nodi strutturali.

Infine si propone qualche riflessione sulle politiche generali per la non autosufficienza nel corso dell'ultima legislatura, nell'ottica di descrivere il quadro lasciato in eredità dopo gli interventi dell'ultimo quinquennio.

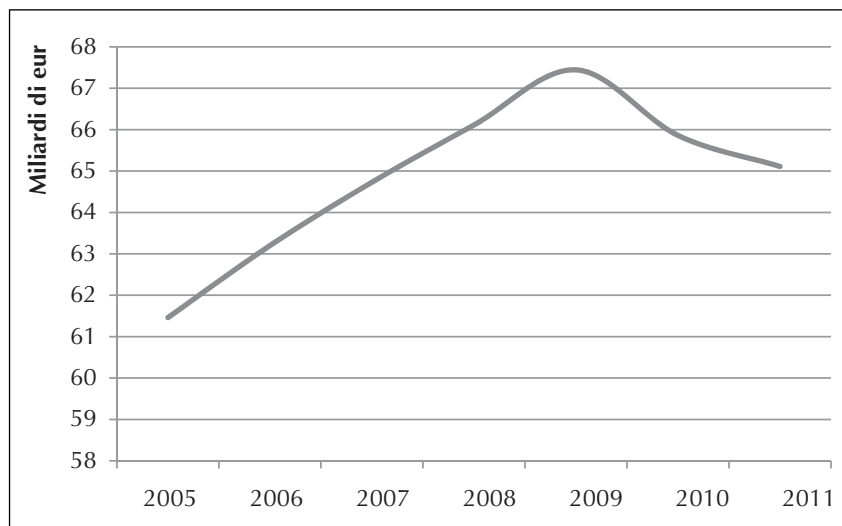
2. Un quinquennio di manovre per gli enti locali

Negli anni più recenti un contributo importante al risanamento dei conti pubblici è stato richiesto agli enti decentrati ⁽¹⁾. È stato stimato che nel periodo 2007-2011 i comuni con più di 5000 abitanti hanno permesso di migliorare il deficit della p.a. per oltre 14 miliardi di euro rispetto alle tendenze che si sarebbero osservate prima delle manovre di finanza pubblica di questo periodo: ciò significa che i vincoli imposti dal Patto di Stabilità sui comuni hanno fatto migliorare il deficit pubblico di un punto di Pil (Parlato e Scozzese, 2012).

⁽¹⁾ Il lavoro si concentra principalmente sui comuni in quanto erogatori dei servizi, con qualche accenno anche agli effetti delle manovre sulle regioni (ad eccezione degli aspetti della sanità, affrontati nel paragrafo successivo).

Rispetto alle dinamiche espansive conosciute in passato, la situazione dell'ultimo biennio è quella di un budget della finanza locale in contrazione: dopo il 2009 gli interventi finanziari dei municipi sono risultati in discesa del 3,5% (Fig. 1).

Figura 1 - Totale uscite delle amministrazioni comunali, 2005-2011



Fonte: ISTAT, Conti economici delle Amministrazioni comunali.

Di fatto, dopo il 2008 tutte le manovre economiche hanno richiesto risparmi per gli enti territoriali: in quella che avrebbe dovuto passare alla storia come l'era dell'avvento del federalismo fiscale, le sorti della finanza locale sono di fatto dipese dai provvedimenti di riduzione dei trasferimenti statali e di inasprimento del Patto di stabilità interno (PSI) ⁽²⁾, mentre è ancora in cantiere la riforma del sistema di finanziamento degli enti territoriali.

Senza addentrarci nelle discussioni che hanno circondato le manovre circa l'entità dello sforzo richiesto agli enti locali a confronto degli sforzi imposti al sistema centrale ⁽³⁾, crediamo sia utile descrivere le condizioni finanziarie genera-

⁽²⁾ Per dare un'idea del rigore richiesto dal PSI, nel 2013 i comuni dovranno mediamente ottenere dai propri bilanci risparmi del 13% rispetto alla spesa corrente del 2007-2009: (è la base di calcolo dell'obiettivo di PSI per ente, importo da neutralizzare del taglio ai trasferimenti erariali; per gli enti che rispondono a parametri di virtuosità l'obiettivo si riduce. Per il 2014 e 2015 lo sforzo di miglioramento dei saldi sarà ancora maggiore (Ifel, 2013).

⁽³⁾ Per una discussione si rimanda a Pisauro (2011), Rizzo e Zanardi (2012), Giarda (2012).

li in cui si sono trovati ad operare gli enti responsabili del welfare locale (box 1). Situazione aggravata per diverso tempo (di fatto tra il 2008 e il 2011) dal congelamento della possibilità di finanziarsi ricorrendo alla leva fiscale.

Box 1- Implicazioni delle manovre 2008-2012 per i comuni

Manovra estiva 2008 (d.l. 112/2008): Miglioramento saldo PSI 2,5 mld per ciascun anno tra il 2011 e il 2014

Manovra economica 2010 (d.l. 78/2010): Taglio ai trasferimenti 1,5 mld nel 2011 e 2,5 mld per ciascun anno tra il 2012 e il 2014

Manovre estive 2011 (d.l. 138/2011): Miglioramento saldo PSI 1,2 mld per il 2012, 2 mld per il 2013 e 2 mld per il 2014

Legge stabilità 2012: Alleggerimento obiettivi PSI 520 milioni

Salva Italia: Riduzione trasferimenti erariali su fondo riequilibrio per 1,45 mld (in proporzione all'Imu) dal 2012.

Spending review: Riduzione trasferimenti su Fondo riequilibrio-perequativo per 0,5 mld nel 2012 e 2,5 nel 2013 e nel 2014, 2,6 milioni nel 2015

Legge stabilità 2013: Alleggerimento tagli ai trasferimenti 250 milioni

Oltre alle tensioni dettate dai problemi generali della finanza municipale, sulla capacità di spesa dei comuni per i servizi sociali ha pesato notevolmente anche il graduale azzeramento dei fondi di settore (si veda paragrafo successivo).

Nonostante questo percorso in salita, sino a poco tempo fa la tendenza di lungo periodo per la spesa sociale dei comuni è stata di lenta e graduale espansione (Tab. 1), oltre che di progressivo aumento di importanza del peso della funzione sociale nei bilanci comunali⁽⁴⁾. Uno sforzo, quello di destinare maggiori risorse al sociale, che sembra il risultato di scelte allocative dei municipi – che vi hanno dedicato maggiori fondi propri – più che di una politica economica nazionale di sostegno al welfare territoriale; ne è risultato un ruolo anticiclico di questo tipo di investimenti (si pensi agli interventi diretti di sostegno alla povertà e all'aumento degli oneri a carico dei comuni per i servizi pubblici determinato dal peggioramento delle condizioni economiche delle famiglie).

Nella fase attuale sembrerebbe che con l'inasprirsi dei vincoli di bilancio questa capacità dei comuni di sostenere l'espansione degli interventi sociali sia destinata ad esaurirsi, e che anche per la spesa sociale le prospettive siano quelle di ridimensionamento: nel 2010, per la prima volta si riduce l'incidenza delle risorse per il sociale sul Pil e la spesa *pro capite* al netto dell'inflazione (Tab. 1). In questo clima di rigore i servizi sociali dei comuni sono particolarmente espo-

(4) L'Ifel (2012) segnala che tra il 2006 e il 2010 a fronte di un aumento della spesa corrente del 14,4%, la funzione sociale ha realizzato un incremento del 19,8% (al netto del servizio necroscopico e cimiteriale). Ne risulta un aumento dell'incidenza della spesa sociale sulla spesa corrente, nello stesso periodo, dal 15,2 al 16%.

sti a tagli, innanzi tutto perché per gli interventi in questione non esistono garanzie da rispettare (l'annosa questione dell'assenza dei Leps). I ridimensionamenti potrebbero riguardare soprattutto le componenti meno rigide della spesa (servizi esternalizzati, contributi economici a famiglie e imprese, personale precario).

Nello specifico i servizi per gli anziani hanno conosciuto un'espansione modesta rispetto al resto degli interventi sociali dei comuni (tanto che il peso di questa componente sulla spesa sociale complessiva nel medio periodo si è andata riducendo, Tab. 1). In questa fase di revisione della spesa, in cui nella migliore delle ipotesi con grandi sforzi i comuni cercano di mantenere gli storici livelli di offerta complessiva, gli interventi locali per gli anziani difficilmente potranno reggere il passo con le dinamiche dell'invecchiamento ⁽⁵⁾.

Tabella 1 - Spesa sociale dei comuni, 2003-2010, indicatori vari

	2003	2007	2008	2009	2010
Spesa sociale/Pil	0,39%	0,41%	0,43%	0,47%	0,46%
Spesa sociale <i>pro capite</i> a prezzi costanti (anno base 2003, eur)	90,2	98,2	98,2	102	100
Quota destinata agli anziani	25,2%	21,9%	21,2%	20,5%	20,9%

Fonte: ns. Elaborazione su dati ISTAT, Interventi e servizi sociali dei comuni.

Sul finanziamento del welfare locale pesano anche le restrizioni delle ultime manovre di finanza pubblica ai bilanci regionali ⁽⁶⁾. Non bisogna dimenticare che questi enti, attraverso i fondi sociali regionali e i fondi per la non autosufficienza, rappresentano importanti finanziatori delle politiche sociali locali e, in questa fase, si sperimentano difficoltà a mantenere il sostegno finora assicurato con le risorse proprie regionali.

2.1. Il sostegno statale al welfare locale

Il nostro welfare territoriale non gode di un sistema di finanziamento propriamente definito ma conta su un mix di risorse comunali, regionali e sul sostegno dei fondi statali destinati a questo settore; quest'ultima fonte dipende dalle decisioni annuali di finanza pubblica che nell'allocare i fondi disponibili possono dare più o meno centralità a questo comparto.

⁽⁵⁾ Il recupero di importanza della quota di spesa sociale destinata agli anziani del 2010 potrebbe essere legata al sostegno del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza; un contributo che tuttavia è venuto a mancare nel biennio successivo.

⁽⁶⁾ Ad esempio la manovra estiva 2011 ha richiesto al comparto regioni un contributo al risanamento della finanza pubblica, attraverso il PSI, dal 2012 in poi di 1,6 miliardi, obiettivo aumentato dalla spending review di 700 milioni nel 2012 e 1 miliardo per anno dal 2013 al 2015.

L'avvento del Governo 2008-2011 ha significato un drastico ridimensionamento dei fondi in questione. Il Fnps, il principale canale di finanziamento indistinto, a suon di tagli che hanno raggiunto anche livelli del 30-40% annuo, è stato fortemente ridimensionato dalle leggi finanziarie annuali fino a raggiungere nel 2012 valore solo simbolico (Fig. 2). Ciò ha significato per gli enti locali la scomparsa di una fonte di finanziamento che contribuiva per il 12,1% alla spesa sociale (dati relativi al 2009, *Fonte*: Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Fnps – Rapporto di Monitoraggio anno 2009).

Lo stesso esecutivo ha interrotto il seppur modesto sostegno che a partire dal 2007 lo Stato aveva introdotto per sostenere gli interventi degli enti locali per la non autosufficienza: rispetto ai 400 milioni investiti su questo fronte nel 2009 e 2010, dal 2011 il canale non è stato rifinanziato (⁷). Si è assistito dunque ad una repentina riduzione della responsabilità statale nel finanziamento delle politiche sociali (che ha riguardato anche altri fondi come quello per il piano nidi-famiglia, quello per le politiche giovanili, quello per le pari opportunità). Nel 2012 i fondi sociali erano sostanzialmente azzerati.

Alcune scelte dell'esecutivo entrante hanno tentato di tamponare questa emorragia:

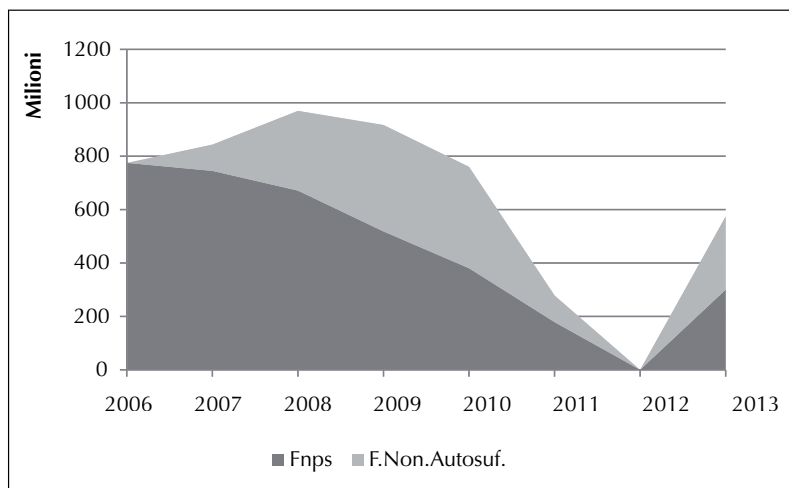
- a maggio 2012 la riprogrammazione dei fondi comunitari destinata per 330 milioni al potenziamento dei servizi per gli anziani non autosufficienti delle regioni del Sud (oltre che 400 milioni alla cura dell'infanzia) (⁸);
- con la legge di stabilità per il 2013 sono stati parzialmente rifinanziati i fondi in questione (300 milioni il Fnps e 275 milioni il Fondo per le non autosufficienze).

Nonostante questi reintegri, i fondi statali per il 2013 restano nettamente inferiori rispetto al finanziamento di qualche anno fa (60% in meno rispetto al 2008). Da sottolineare, inoltre, che il rifinanziamento ha carattere esclusivamente annuale, mentre per gli anni successivi permane la situazione di incertezza sui fondi disponibili (anche il d.d.l. per la legge di stabilità 2014, diffuso in fase di conclusione di questo rapporto, prevede un rifinanziamento per il solo 2014 di 300 milioni per il Fnps e 250 milioni per il Fna).

(⁷) A meno di una quota di 100 milioni riservata esclusivamente ai malati di Sla.

(⁸) Nell'ambito di un'operazione di spostamento di fondi sottoutilizzati o collocati su interventi inefficaci e ormai obsoleti di Programmi operativi nazionali (PON) o Programmi operativi interregionali (POIN) – e quindi gestiti dalle amministrazioni centrali dello Stato – per un valore complessivo pari a 2,3 milioni di euro. *Fonte*: <http://www.governo.it/backoffice/allegati/67987-7682.pdf>.

Figura 2 - Evoluzione dei fondi per le politiche sociali (quota destinata alle regioni)



Fonte: ns. elaborazione su dati www.regioni.it.

Un quinquennio di manovre per gli enti locali	
La situazione generale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un'incessante stretta ai vincoli di bilancio municipali
I finanziamenti settoriali	<ul style="list-style-type: none"> ■ Scompare il sostegno statale al welfare locale, oggi rifinanziato parzialmente, senza certezze nel medio termine ■ Difficoltà delle regioni a sostenere con risorse proprie il sostegno al settore
Le tendenze della spesa sociale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lenta crescita, ruolo anticiclico, aumento di importanza nei bilanci comunali. Riduzione peso interventi anziani nella composizione della spesa
Le prospettive della spesa sociale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Probabile ridimensionamento nella fase attuale ■ Difficoltà di programmazione

3. Un quinquennio di manovre per la sanità

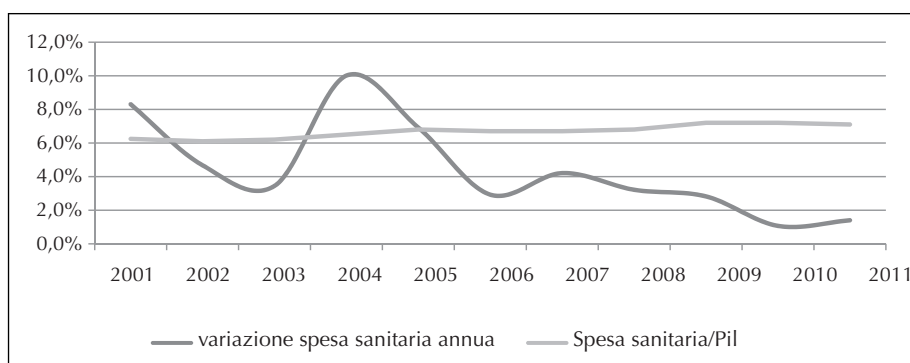
Anche la gestione della sanità è stata sostanzialmente condizionata dalle operazioni di correzione dei saldi pubblici.

Un settore, quello della tutela della salute, che ha realizzato un crescente assorbimento di risorse nel corso dell'ultimo decennio (+6,6% annuo tra il 2000 e il 2008 ⁽⁹⁾), nonostante il quale continua a manifestare livelli di spesa pubblica contenuti a confronto dei principali referenti internazionali (cfr. Oecd, 2012).

⁽⁹⁾ Fonte: ns. elaborazione su dati tratti dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2011, pubblicati su www.salute.gov.it.

Risultati che sono il frutto di un'operazione di governo della spesa avviata da quasi un ventennio, con vincoli sempre più stringenti in epoca recente. Dopo il 2008 si registra un drastico rallentamento nell'espansione della spesa (Fig. 3), con un ritmo medio che nell'ultimo triennio si riduce all'1,8%; nel 2010-2011 la spesa sanitaria cresce ma solo in termini nominali (al netto dell'inflazione risulta ferma) e, invertendo la tendenza di lungo periodo di lenta crescita, si riduce la sua importanza sul Pil (dal 7,2 al 7,1%) ⁽¹⁰⁾.

Figura 3 - Evoluzione della spesa sanitaria pubblica: variazione annue e incidenza sul Pil, 2001-2011



Fonte: ns. elaborazione su dati tratti dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2011, pubblicati su www.salute.gov.it.

Tra i fattori che di recente hanno maggiormente contribuito al controllo della crescita della spesa sanitaria vanno segnalati innanzi tutto i piani di rientro: oggi forti penalizzazioni impediscono alle regioni interessate da questi provvedimenti di generare disavanzi, e questo minore assorbimento di risorse ⁽¹¹⁾ ha comportato importanti benefici sui saldi nazionali ⁽¹²⁾.

Ma i freni alla sanità non hanno interessato esclusivamente le regioni sotto piano. Rilevanti misure restrittive sono state imposte anche alla gestione sanitaria delle restanti regioni: blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro, inter-

⁽¹⁰⁾ Un altro segnale del contributo della sanità al risanamento dei conti pubblici è la lieve diminuzione della quota di spesa primaria assorbita dal SSN (passata dal 15,57 del 2010 al 15,55% del 2011), Fonte: Corte dei Conti, 2012.

⁽¹¹⁾ Ricercato soprattutto attraverso l'assegnazione di tetti di spesa e l'attribuzione di specifici budget nell'accreditamento degli operatori privati e la riorganizzazione della rete ospedaliera. Fonte: Corte dei Conti, 2012.

⁽¹²⁾ Secondo altre fonti – i preconsuntivi 2011 – già nel 2011 si sarebbe registrata una riduzione nominale della spesa (-0,8%) che sarebbe proseguita anche nel 2012 (-0,7%), (Fonte: Ministero dell'economia e finanze, 2013).

venti in materia di contenimento della spesa farmaceutica sono stati i vincoli su cui hanno insistito le manovre del 2010-2011.

Come hanno inciso le recenti decisioni di finanza pubblica sul finanziamento del SSN? I criteri di determinazione del fabbisogno annuale per la sanità erano stati originariamente fissati nell'Accordo di agosto 2001, e riconfermati dai successivi Patti per la Salute: lo Stato si impegnava ad assicurare un livello di finanziamento corrispondente all'incremento del Pil nominale. Questa regola è stata di fatto rispettata solo fino al 2010; nell'ultimo biennio tale certezza è venuta meno, e il finanziamento del SSN è il risultato di una serie di provvedimenti di aggiustamento dei saldi pubblici che – confidando sulle ricette elencate sopra – hanno di volta in volta ridotto il finanziamento rispetto ai livelli programmati. Nello specifico:

- il d.l. 78/2010 ha ridotto di 1.018 milioni le risorse per il 2011 e di 1.732 milioni quelle per il 2012, 2013 e 2014;
- la legge di stabilità per il 2011 ha assicurato finanziamenti integrativi solo per i primi cinque mesi del 2011, rimandando ad un successivo provvedimento l'individuazione della copertura del fabbisogno per il SSN dell'anno successivo. La manovra di luglio 2011 ha individuato come fonte di finanziamento del fabbisogno sanitario quella dei ticket, attraverso la reintroduzione della quota fissa delle ricette e previsto ulteriori tagli alla spesa sanitaria per il 2013-2014 (2,5 e 5 miliardi). Ne è risultato un incremento del finanziamento per il 2011 rispetto al 2010 alquanto modesto (1,3%, nemmeno al pari dell'inflazione). La stessa manovra contemplava peraltro che dal 2014 ulteriori 2 miliardi per la sanità dovessero essere reperiti tramite i ticket ⁽¹³⁾.

Il definanziamento di questo settore è proseguito con l'avvento del nuovo Governo tecnico:

- l'operazione della spending review (box 2), confidando nella possibilità di mantenere il livello dei servizi pubblici con costi inferiori, ha imposto alla sanità un importante resizing della spesa (900, 1.800, 2.000 e 2.100 sono i milioni tagliati per ciascuno degli anni dal 2012 al 2015);
- nuovi tagli al budget della sanità sono stati introdotti dalla legge di stabilità per il 2013 (600 milioni per il primo anno e 1.000 per il biennio successivo).

Le prospettive per il finanziamento della sanità dopo le manovre degli ultimi due Governi sono di grande instabilità (Tab. 3): se nel 2012 la crescita è stata alquanto modesta, il 2013 sarà il primo anno di riduzione nominale delle risorse; nel 2014 teoricamente il budget tornerà a crescere, ma incombe ancora l'incognita dei 2 miliardi da reperire con nuove entrate da ticket.

⁽¹³⁾ Misura dichiarata illegittima con sentenza della Corte costituzionale del 16 luglio 2013.

Box 2 - La spending review per la sanità

L'ardua sfida richiesta alle regioni con il d.l. 95/2012 è quella di realizzare importanti risparmi senza compromettere il livello di erogazione dei servizi sanitari. Le ricette individuate dal decreto consistono sostanzialmente in inasprimenti dei limiti alla spesa farmaceutica, nell'introduzione di tetti di spesa per i dispositivi medici, nella riduzione del 5% dei vari acquisti di beni e servizi, taglio che viene esteso anche all'assistenza protesica; prosegue inoltre la riduzione del costo del personale dipendente (nel 2015 dovrà essere inferiore a quello del 2004 dell'1,4%). Di rilievo anche l'obbligo di ridimensionare gli acquisti di prestazioni ambulatoriali e di ricovero dagli erogatori privati accreditati (0,5% nel 2012, 1% nel 2013 e 2% nel 2014), mentre una partita quanto mai delicata per le regioni è quella della revisione dello standard di posti letto ospedalieri (dal 4 al 3,7 per mille). Tra le novità anche la previsione di una quota massima (30%) per la remunerazione agli erogatori privati di finanziamenti a funzione (es. per il pronto soccorso).

Diverse sono state le perplessità sollevate da questo provvedimento sia a proposito dell'eccessivo rigore imposto al settore (che sperimenta già da lungo tempo un robusto risanamento finanziario), sia a proposito della capacità della cura della spending review di introdurre miglioramenti nella qualità della spesa sanitaria (Caruso e Dirindin, 2012b).

Tabella 2 - Il finanziamento del SSN, valore assoluto (milioni) e variazione (%) rispetto all'anno precedente

	2012		2013		2014	
	v.a.	variaz. %	2013	variaz. %	2014	variaz. %
Post Manovre 2008-2011	108.780	1,8%	109.224	0,4%	110.716	1,4%
Post Manovre 2012-2013	107.880	0,9%	106824	-1,0%	107.716	0,8%

Fonte: ns. elaborazione su dati www.regioni.it.

Box 3 - La situazione della spesa sociosanitaria

Oltre ad osservare l'evoluzione della spesa sanitaria complessiva, è interessante riflettere sulla fetta di risorse sanitarie destinate specificatamente all'assistenza continuativa.

La tendenza di lungo periodo è quella di un lento e progressivo ampliamento delle risorse dedicate agli interventi LTC (nell'ultimo decennio tale componente è passata dallo 0,63 allo 0,86% del Pil, Tab. 3). Può essere utile rapportare quest'espansione alla crescita della spesa sanitaria, per valutare in che modo la sanità è stata capace di orientare l'allocazione delle risorse disponibili verso bisogni emergenti come quello dell'invecchiamento. Nonostante nell'ultimo decennio la spesa sanitaria per LTC sia aumentata di più rispetto alla spesa sanitaria, le dimensioni di questo processo di redistribuzione sono abbastanza modeste: oggi la spesa per LTC rappresenta l'11,6% della spesa sanitaria, una quota non tanto diversa da quella assorbita ad inizio secolo (11,1%). La tanto auspicata redistribuzione di risorse dall'ospedale al territorio è avvenuta più timidamente di quanto ci si sarebbe aspettati, considerato che si trattava di uno degli obiettivi strategici della programmazione sanitaria (sulla centralità riconosciuta al LTC i comportamenti delle singole regioni si differenziano notevolmente, si veda il § 2.3.3).

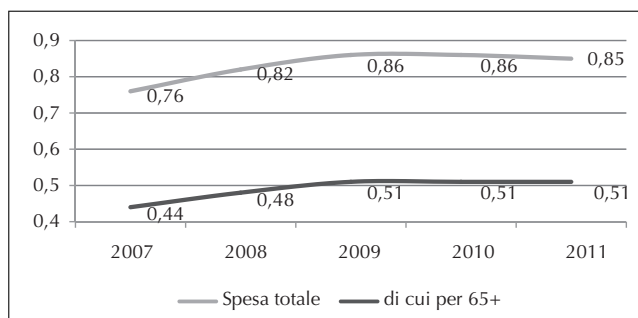
Tabella 3 - Evoluzione spesa sanitaria pubblica per Acute e LTC (incidenza % sul Pil) e composizione (%)

	2000	2005	2010
Spesa sanitaria pubblica per Acute Care sul Pil	5,0%	5,9%	6,46%
Spesa sanitaria pubblica per LTC sul Pil	0,63%	0,76%	0,86%
Quota Acute care della spesa sanitaria	88,8%	88,7%	88,3%
Quota LTC della spesa sanitaria	11,2%	11,3%	11,7%

Fonte ns. elaborazioni su dati Rgs.

Le evidenze più recenti dimostrano una lieve contrazione delle risorse destinate all'assistenza continuativa (passate dallo 0,86% del 2010 allo 0,85% del 2011, Fig. 4) e testimoniano l'interruzione del percorso espansivo conosciuto negli ultimi anni dalla quota di risorse pubbliche per i servizi sociosanitari. Nell'ambito di questo aggregato, gli interventi di LTC per gli over 65enni nel 2011 si mantengono stabili, ma anche per gli anziani si esaurisce il trend di crescita che aveva contraddistinto lo scorso decennio.

Figura 4 - Spesa sanitaria per LTC, (% del Pil), 2007-2011

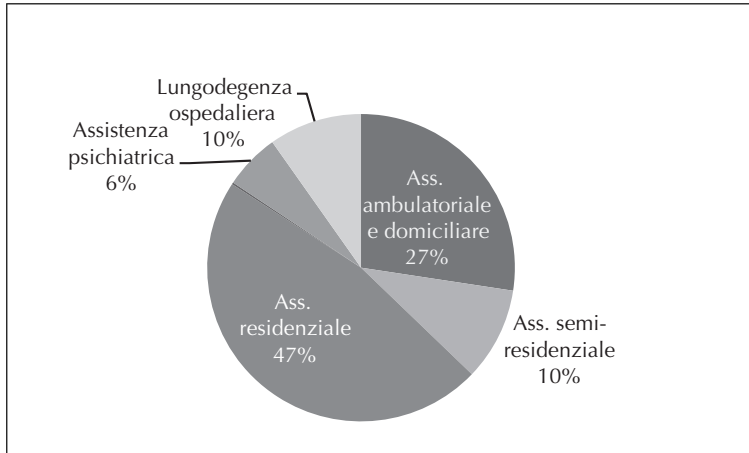


Fonte: ns. elaborazione su dati Rgs.

Bisogna precisare che contestualmente, nell'ultimo biennio, la quota di risorse assorbite dalla sanità acuta ha subito una battuta d'arresto (le stime della Rgs segnalano un passaggio da 6,47 a 6,24 punti del Pil tra il 2010 e 2011), si presume per effetto della battaglia contro gli eccessi di ospedalizzazione soprattutto nelle regioni coinvolte nei piani di rientro. L'evoluzione recente che emerge nell'insieme, quindi, è quella di un blocco per l'*acute care* non accompagnato da equivalenti investimenti nella LTC.

Qualche accenno, infine, all'attuale composizione della spesa sociosanitaria per gli anziani (Fig. 5), ossia al riparto per servizi dello 0,51% di Pil oggi dedicato a questo tipo di utenza. Tra i vari elementi che la Rgs – seguendo i criteri SHA dell'Ocse – ha incluso in questo aggregato, si riscontra la prevalenza di servizi residenziali, di cui il 10% circa relativi alla lungodegenza ospedaliera (cod. 60) e il 47% all'assistenza residenziale territoriale per anziani. Decisamente più modesto il ruolo dei servizi diurni: l'assistenza semiresidenziale assorbe un altro 10% circa delle risorse, mentre l'assistenza domiciliare (inclusi gli eventuali servizi di orientamento dedicati agli anziani nei distretti) pesa per il 27,4%.

Figura 5 - Composizione per livelli assistenziali della spesa sanitaria pubblica per LTC per 65+, 2011



Fonte: ns. elaborazione su dati Rgs (è stato rapportato il peso sul Pil dei singoli livelli assistenziali al totale della componente LTC della spesa sanitaria pubblica sul Pil, tralasciando l'assistenza per i tossicodipendenti e alcolisti che sugli anziani ha un peso irrisorio). La Rgs ha ricostruito i propri dati dai modelli LA 2007-2008.

3.1. Le prospettive per la sanità

La sanità sta sperimentando in questa fase un cambiamento di prospettive legate all'instabilità dei finanziamenti, in un settore che storicamente aveva confidato su un livello di risorse gradualmente crescenti. Il venir meno di queste certezze ha impedito di raggiungere accordi strategici per il presente e il futuro del SSN: per la prima volta alla scadenza non è stato rinnovato il Patto per la Salute, la tanto attesa revisione dei Lea è stata solo parzialmente affrontata, non sono stati raggiunti entro i termini previsti gli accordi per individuare i criteri per la definizione dei costi e dei fabbisogni standard previsti dal federalismo regionale.

Questa situazione potrebbe essere particolarmente delicata per i servizi socio-sanitari per gli anziani. Fino ad oggi l'assistenza ai non autosufficienti ha potuto espandersi grazie al lento sforzo delle regioni di potenziare la quota del fondo sanitario dedicata a questi bisogni (si veda Box 3). L'interruzione della fase espansiva del finanziamento della sanità pregiudica le possibilità di proseguire questo ribilanciamento a favore del territorio anche in futuro.

Teoricamente i servizi di LTC dovrebbero essere preservati dai tagli, poiché le recenti manovre hanno individuato altre aree da cui ottenere i risparmi (es. ricoveri per acuti, farmaceutica). Tuttavia non si esclude che a livello locale le riduzioni del finanziamento possano interessare anche l'assistenza territoriale agli

anziani. Ad esempio, rispetto alla previsione della spending review di ridurre gli acquisti dai privati accreditati di prestazioni ambulatoriali e ospedaliere (art. 15 c. 14), in alcuni contesti locali negli ultimi mesi, nel recepire il provvedimento, ci sono stati tentativi di ridimensionare anche l'acquisto di prestazioni sociosanitarie (ad esempio di assistenza residenziale) ⁽¹⁴⁾. Sarebbe importante poter contare su un incisivo monitoraggio a livello nazionale sulle scelte allocative delle regioni nella gestione dei tagli.

Diversi sono i fattori di vulnerabilità dei servizi sociosanitari, ad esempio:

- la mancata determinazione per questo tipo di assistenza di standard nazionali minimi di adeguatezza da assicurare in tutte le regioni (non esistono dunque garanzie contro eventuali arretramenti di questo tipo di copertura, ma soltanto un elenco nominale dei Lea sociosanitari);
- l'assenza di vincoli o obiettivi quantitativi per le regioni a dedicare una quota specifica delle proprie risorse alla LTC;
- la ridotta capacità degli stakeholder della LTC di esercitare pressione rispetto ad altri settori tradizionali della sanità (diagnostica, ospedaliera); i processi di allocazione delle risorse sono condizionati da questi diversi gradi di influenza e, in epoca di tagli, potrebbe prevalere lo spirito di conservazione della sanità tradizionale.

Un quinquennio di manovre per la sanità	
La situazione generale della spesa sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> ■ Storicamente moderata espansione della spesa e un sistema di finanziamento definito ■ Recente interruzione del percorso espansivo
La situazione della spesa sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lento rafforzamento di importanza nel SSN nell'ultimo decennio ■ Difformità tra gli investimenti delle regioni ■ Oggi si stabilizza la quota di Pil per la LTC per gli anziani
Le politiche del quinquennio	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sempre più modesta crescita del finanziamento pubblico ■ Recente resizing al budget di settore ■ Assenza di accordi-certezze sul finanziamento nel medio periodo
Le prospettive della spesa sanitaria per LTC	<ul style="list-style-type: none"> ■ Impossibilità di concertazione per lo sviluppo del settore nel medio periodo ■ Si riducono le possibilità di recuperare risorse dalla sanità acuta ■ Vulnerabilità dei servizi sociosanitari per assenza di garanzie sui livelli di servizi e sulla gestione della spesa

⁽¹⁴⁾ Il Ministero della salute ha confermato a più riprese che le prestazioni per non autosufficienti fossero immuni dai tagli della spending review (<http://anastepiemonte.blogspot.it/2012/11/il-ministro-balduzzi-conferma.html>).

4. Il punto sulla riforma federalista

Spazio al federalismo. Era questo l'imperativo che avrebbe dovuto dominare sulle politiche dell'ultima legislatura e che ha dato vita alla l. n. 42/2009.

Un progetto mirato ad una maggiore responsabilizzazione e gestione di risorse e servizi da parte delle autonomie locali che al tempo stesso avrebbe dovuto assicurare il finanziamento integrale dei Livelli Essenziali delle prestazioni delle funzioni essenziali di regioni e comuni, tra le quali anche l'assistenza e la sanità. La definizione dei Leps nelle aree che ne erano sprovviste – da attuarsi con legge apposita – avrebbe dovuto costituire un passaggio chiave di questa riforma. Se in sanità si poteva far riferimento ai Lea, per gli interventi socioassistenziali sarebbe stata l'occasione per individuare i diritti da assicurare in tutto il paese.

Nell'attuazione della riforma, l'obiettivo della definizione dei livelli essenziali è rimasto al margine del dibattito⁽¹⁵⁾. Considerata eccessivamente ambiziosa e improponibile – data la situazione congiunturale – la definizione immediata di diritti soggettivi, si è ripiegato su un percorso di avvicinamento che si fonda sul concetto di obiettivi di servizio⁽¹⁶⁾. La strada tracciata avrebbe dovuto assicurare agli enti locali per le funzioni fondamentali – quella sociale è stata annoverata in quest'elenco (d.lgs. n. 216/2010) – risorse in grado di fornire un determinato livello di servizi (quantificato con il principio dei costi standard).

Il progetto che risulta dai provvedimenti adottati sinora prevede che i comuni riceveranno un finanziamento indistinto per tutte le funzioni fondamentali, quindi non vi saranno obblighi di destinazione dei fondi al sociale. In ogni caso, il solo fatto di assegnare un finanziamento che tiene conto anche del fabbisogno per il sociale potrebbe essere l'occasione per riconoscere "dignità" a questo settore, preservandolo dalla possibilità dei tagli indiscriminati che hanno interessato il Fnps negli ultimi anni. Tuttavia la determinazione del fabbisogno terrà comunque conto degli attuali livelli di finanziamento e, dunque, sconterà gli effetti dei tagli delle manovre dell'ultimo quinquennio (Irs, 2011).

Altri tratti oscuri del disegno di riforma federalista riguardano il ruolo delle regioni nelle politiche sociali. La riforma del federalismo regionale si è occupata sinora soltanto di sanità, ignara del ruolo delle regioni in campo socio-assistenziale. Non è quindi chiaro se la responsabilità dell'assistenza sarà solo dei comuni o anche delle regioni.

⁽¹⁵⁾ Il processo di attuazione della legge delega ha dato origine ad una miriade di decreti attuativi che hanno regolato prevalentemente il federalismo demaniale, la riorganizzazione del sistema di finanziamento dei comuni, le fonti di finanziamento delle regioni e i principi per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario (si veda Copaff, 2011).

⁽¹⁶⁾ Per una ricognizione dei percorsi per giungere ai livelli essenziali delle prestazioni si rimanda a Banchemo (2011).

Comunque obiettivi di servizio e definizione dei relativi fabbisogni standard restano traguardi ancora ben lontani dall'essere raggiunti. Sta lentamente procedendo la rilevazione (SOSE) su cui si baserà la stima del fabbisogno; nel 2012 sono stati raccolti dati sulla "funzione sociale", ma i risultati devono essere ancora analizzati e si dovrà attendere ancora a lungo per tradurli in un modello effettivo di perequazione ⁽¹⁷⁾.

Sul già di per sé lento viaggio della "fabbrica del federalismo" è piombata la situazione di emergenza finanziaria del paese, antepoendo le necessità di "fare cassa" a qualsiasi altro obiettivo riformatore. E così i decreti di "costruzione" del sistema di finanziamento sono passati in secondo piano rispetto alle manovre che hanno imposto obiettivi di risparmio agli enti territoriali (peraltro sinora per definire i tagli che devono realizzare i singoli enti non si è tenuto conto dei fabbisogni standard già quantificati ⁽¹⁸⁾). Le novità più significative per l'autonomia finanziaria dei comuni introdotte nell'ultimo biennio (istituzione dell'Imu con il Salva Italia e lo sblocco delle addizionali) non sono tanto arrivate per accelerare il processo federalista, quanto per recuperare risorse.

Quali sono gli effetti pratici di questo eterno "cantiere aperto"? Il paradossoso a cui ci si trova di fronte nell'attuale contingenza è quello di enti locali che, per sostenere i propri servizi, devono sempre più ricorrere all'inasprimento di tributi propri (addizionali, oneri di urbanizzazione) per sopperire ai tagli delle componenti governate dallo Stato (trasferimenti, partecipazioni a tributi erariali). Si scaricano quindi sugli sforzi di regioni e comuni le responsabilità di reperire le risorse per le funzioni fondamentali che – secondo il disegno della riforma federalista – avrebbero dovuto essere garantite dallo Stato (Rizzo e Zanardi, 2012) ⁽¹⁹⁾.

Come dire che se gli enti territoriali – responsabili di ultima istanza nell'erogazione dei servizi – hanno sinora avuto poche certezze, la situazione per il futuro immediato sarà più che mai nebulosa.

L'erogazione dei servizi per i non autosufficienti dipenderà dalla sensibilità delle singole amministrazioni a dedicare risorse a questo tipo di utenza, a ricorrere alla leva fiscale per finanziare i servizi. Nessuna garanzia effettiva tra il fabbisogno-livello di servizi erogati e sistema di finanziamento si intravede nel futuro immediato.

⁽¹⁷⁾ Al momento sono stati individuati soltanto i fabbisogni standard dei comuni per la polizia locale e la funzione di amministrazione generale.

⁽¹⁸⁾ Solo con la legge di stabilità per il 2013 si prospettano alcune prime applicazioni dei fabbisogni standard (Zanardi, 2012).

⁽¹⁹⁾ Con implicazioni sul piano dell'equità (si tratta di tributi non progressivi) e dell'efficienza (per gli effetti distorsivi).

Il punto sulla riforma federalista	
Gli obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definiti criteri di massima per regioni e comuni e relative tappe ▪ Propositi di definizione di "obiettivi di servizio" e di un sistema di finanziamento basato sui costi e fabbisogni standard
I nodi attuali per il welfare locale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non è chiaro chi sia il soggetto responsabile per gli interventi sociali ▪ Non si conoscono ancora i fabbisogni standard ▪ Indeterminatezza del sistema di finanziamento di questo settore

5. La LTC nell'ambito della spesa pubblica

Per capire le vicende delle politiche di finanziamento della LTC è utile assumere una visione d'insieme, dando un'idea della dimensione che questa componente assume all'interno della spesa pubblica.

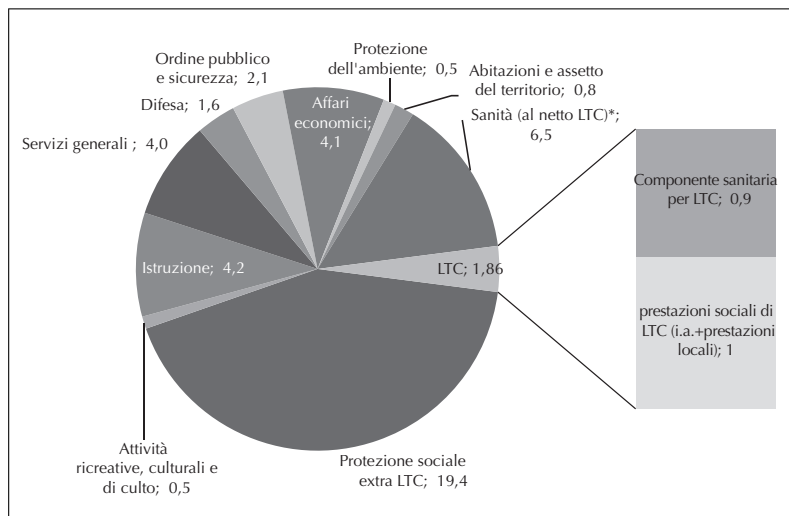
Lo spaccato per settori evidenzia che la spesa per la protezione sociale rappresenta, tra le aree in cui si articola l'intervento pubblico, quella di maggior rilievo per il nostro paese (20,4% del Pil nel 2011) ⁽²⁰⁾. Come noto, si tratta di una voce che si compone principalmente di interventi pensionistico-previdenziali, mentre un ruolo minore, ma non certo trascurabile, è rappresentato dalla spesa per l'assistenza ⁽²¹⁾. Quest'ultima include oltre ai sostegni rivolti a famiglie, povertà, ammortizzatori sociali anche quelli per la non autosufficienza (costituiti prevalentemente dalle indennità erogate dall'INPS ma anche dagli interventi assistenziali degli enti locali). Segue, in ordine di importanza, la sanità (7,3% del Pil), risorse che in parte si rivolgono ai bisogni di LTC (per una discussione dell'incidenza di questa componente si rimanda al box 3).

Questa frammentazione della LTC tra diversi programmi pubblici (in assenza di un programma nazionale unico per questo bisogno) non consente di isolare automaticamente, nell'ambito delle statistiche sulla spesa pubblica, l'importanza complessiva di queste risorse. Nonostante questi limiti metodologici, combinando i valori di fonte Rgs e ISTAT, si può immaginare, accanto agli altri programmi tradizionali di spesa, un settore autonomo della LTC ricavabile come somma della spesa sociosanitaria, delle prestazioni socioassistenziali locali e dell'indennità di accompagnamento (Fig. 6). Un tale aggregato assorbe meno di due punti di Pil, importanza relativamente modesta rispetto ad altri canali di intervento tradizionali (ad esempio la sanità per acuti, l'istruzione, gli interventi economici). Per dare un'idea del peso di questo comparto, la spesa per l'assistenza continuativa è di poco superiore a quella per la difesa e inferiore a quella per l'ordine pubblico e la sicurezza.

⁽²⁰⁾ Spesa totale consolidata delle amministrazioni pubbliche al netto degli interessi, fonte: ISTAT, 2013.

⁽²¹⁾ Per una classificazione e ricostruzione della spesa per l'assistenza si rimanda a Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale (1997) e Irs (2011).

Figura 6 - Spesa pubblica al netto degli interessi per settori, 2011 (rapporti % sul Pil)



Fonte: ns. elaborazione su dati ISTAT (Spesa pubblica per funzioni) e Rgs (Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario) ⁽²²⁾.

Nell'ultimo decennio la spesa per LTC è cresciuta gradualmente sia in termini di Pil (+0,56 punti), sia in termini di importanza sulla spesa pubblica (dal 3,3 al 4,1%, tab. 4); evidentemente l'invecchiamento e il relativo aumento dei bisogni sono stati i *driver* di questa espansione, tipica delle componenti *age-related*. È utile sottolineare che nello stesso periodo la spesa pubblica ha realizzato un'accelerazione di +7,1 punti di Pil, incremento di cui la spesa per LTC è stata responsabile dell'8% (rapporto tra Δ punti di Pil per LTC e Δ punti di Pil della spesa complessiva). A titolo di confronto, altri settori, non esclusivamente *age-related*, hanno contribuito di più alla suddetta crescita della spesa pubblica ⁽²³⁾.

⁽²²⁾ Il valore della sanità è ottenuto sottraendo alla quota della spesa sanitaria ricavata dalla rilevazione ISTAT la quota che, per lo stesso anno, la Rgs indica come attribuibile alla LTC per anziani (la sola fonte disponibile). Si precisa che il livello di spesa sanitaria complessiva (acute e LTC) sul Pil riportato dalla Rgs è inferiore a quello indicato dall'ISTAT per lo stesso anno (7,1 contro 7,3%), per cui il valore indicato non corrisponde a quello segnalato per lo stesso anno dalla Rgs come "componente acute care". Nella difficoltà di trovare un raccordo tra le due fonti, il valore viene riportato solo a titolo indicativo per dare un'idea del rapporto di massa rispetto agli altri settori. Anche la spesa per la protezione sociale viene visualizzata al netto della quota per LTC.

⁽²³⁾ A titolo di confronto le componenti che hanno contribuito maggiormente alla crescita dei 7,1 punti di spesa pubblica sul Pil sono: la protezione sociale al netto del LTC (38%), la sanità acuta (20,3%), gli affari economici (19,7%), i servizi generali (8,5%).

È bene infine ricordare che, a fronte di questo rafforzamento di lungo periodo, oggi anche la spesa per LTC sta sperimentando un rallentamento, vale a dire che, in tempo di crisi, i freni alla spesa pubblica stanno coinvolgendo anche questo settore (si vedano dati 2011 della tab. 4). Se finora nei processi di allocazione delle risorse, si avvertiva un seppur lento adeguamento alla questione anziani, oggi questo processo è a rischio di interruzione.

Tabella 4 - Spesa pubblica e spesa per LTC, punti di Pil, anni 2000-2005-2010-2011

	2000	2005	2010	2011
a. Spesa LTC	1,3	1,6	1,86	1,85
di cui prestazioni sanitarie	0,6	0,8	0,86	0,85
di cui indennità di accompagnamento	0,5	0,6	0,81	0,79
di cui altre prestazioni	0,1	0,1	0,19	0,21
b. Spesa pubblica al netto degli interessi	39,5	43,7	46,6	45,5
a/b = Incidenza LTC su spesa pubblica	3,3%	3,7%	4,0%	4,1%

Fonte: ns. elaborazione su dati ISTAT (Spesa pubblica per funzioni) e Rgs (Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario).

La LTC nell'ambito della spesa pubblica	
Il peso	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incidenza modesta rispetto agli altri tradizionali programmi di spesa ■ Spesa frammentata su diversi programmi
L'evoluzione	<ul style="list-style-type: none"> ■ Discreto aumento di importanza nell'ultimo decennio ■ Oggi questo processo di riallocazione delle risorse è a rischio di interruzione

6. I nodi della spesa per l'assistenza

Per completare il quadro delle tendenze più significative dell'ultimo quinquennio, oltre alle manovre che hanno condizionato l'assistenza erogata dagli enti territoriali, occorre riflettere sulle componenti della spesa per LTC governate dal livello centrale.

L'indennità di accompagnamento resta la principale fonte di sostegno per i bisogni della non autosufficienza, con un impegno che assorbe oltre 12,7 miliardi l'anno. Una componente della nostra spesa pubblica cresciuta a ritmi particolarmente sostenuti nello scorso decennio⁽²⁴⁾, impennata che a partire dal 2010 ha

⁽²⁴⁾ Si rimanda a Chiatti *et al.* (2011).

subito un raffreddamento, fino alla riduzione nominale osservata per il 2011 (si veda cap. 1). Come sottolineato nella “bussola” la recente stretta sull’indennità ha significato una diminuzione della quota di Pil dedicata al sostegno monetario per la LTC.

Fenomeni a cui hanno probabilmente contribuito le variazioni nelle procedure di accertamento e concessione del periodo 2009-2010 che hanno visto una sempre maggiore coinvolgimento diretto dell’INPS, oltre che i programmi straordinari di verifiche sui percettori dell’indennità.

Queste politiche hanno inciso esclusivamente sui volumi complessivi di spesa, mentre si attendono ancora quelle riforme – ampiamente condivise in tutto l’ambiente scientifico – che potrebbero migliorare l’equità, l’appropriatezza e l’efficienza di questo programma pubblico ⁽²⁵⁾. Nonostante i freni all’esplosione dell’accompagnamento, il ruolo degli interventi monetari – che catturano circa la metà delle risorse destinate al LTC – resta inalterato; ne consegue peraltro che gli enti locali, i soggetti maggiormente deputati a rispondere ai bisogni assistenziali degli anziani, continuano a gestire una quota limitata del budget per l’assistenza continuativa agli anziani, dal momento che oltre la metà della spesa resta governata dal centro. Eccessivi sbilanciamento sui trasferimenti monetari e accentrato nella gestione delle risorse restano tra i principali limiti del nostro sistema di welfare.

Altre caratteristiche storiche della nostra spesa per l’assistenza vengono riconfermate nel quadro attuale. In particolare quelli relativi ai divari territoriali che si registrano tra le varie aree del Paese circa la spesa per LTC che si realizza tramite interventi monetari e servizi (box 4).

Permane inoltre la situazione di elevata frammentarietà degli interventi: la gestione dei servizi sociosanitari resta affidata alle regioni e alle ASL, senza interazione con gli interventi socioassistenziali dei comuni. La crisi finanziaria del Paese ha spinto entrambi i sistemi a elevare il recinto delle proprie competenze (il Documento di economia e finanza 2012 sottolinea tra i fattori che hanno contribuito al contenimento della spesa sanitaria “il processo in atto all’interno dei SSR volto a definire, isolare e trasferire gli oneri relativi a prestazioni in natura a carattere socio-assistenziale al di fuori del perimetro della spesa sanitaria”).

Se l’integrazione tra servizi sanitari e sociali continua a costituire un miraggio, l’idea di una governance globale degli interventi per la LTC si scontra con lo scollamento tra gli interventi erogati dagli enti territoriali e l’indennità di accom-

⁽²⁵⁾ Per una discussione dei nodi dell’indennità si rimanda a Cembrani *et al.*, 2010.

pagnamento (beneficio gestito dalle famiglie senza alcun vincolo di destinazione e rendicontazione).

Su questa frammentarietà da qualche anno si sta faticosamente tentando di intervenire almeno dal punto di vista informativo: la costruzione del SINA è mirata proprio a definire un sistema informativo sui servizi sociali che permetta un raccordo con il sistema informativo sanitario e il casellario dell'INPS. Un processo che sarebbe indubbiamente utile mettere a regime quanto prima, considerate le opportunità conoscitive e gestionali per tutti gli enti coinvolti ⁽²⁶⁾.

Box 4 - L'equità territoriale nella spesa per LTC

Le risorse investite per interventi per gli anziani risultano fortemente squilibrate a livello territoriale: notevoli differenze interessano tutte le singole componenti di spesa (sanitaria, invalidità civile, spesa dei comuni) (Fig. 6).

È proprio sulla sanità che gli squilibri risultano più pronunciati: se per un anziano delle regioni del Nord tra assistenza residenziale e domiciliare nel complesso si spendono circa 554 euro, al Centro il valore si riduce a 321 euro e al Sud la cifra si dimezza ulteriormente. Differenze che testimoniano la debolezza dei Lea sociosanitari: un ambito nel quale, nonostante sia stato definito un comune denominatore di servizi da assicurare e garantito un fabbisogno perequato tra le regioni, gli sforzi diretti alla LTC variano profondamente a seconda dei SSR.

L'indennità di accompagnamento è notoriamente molto diffusa al Sud (che consuma il 13% in più del *pro capite* nazionale); spostandoci verso Nord la relativa spesa decresce progressivamente; il Centro si posiziona leggermente oltre la media nazionale (eccezion fatta per l'Umbria, la regione dove si registra il maggior consumo di queste risorse); al Nord mediamente la spesa è inferiore di circa il 13% rispetto all'insieme delle regioni.

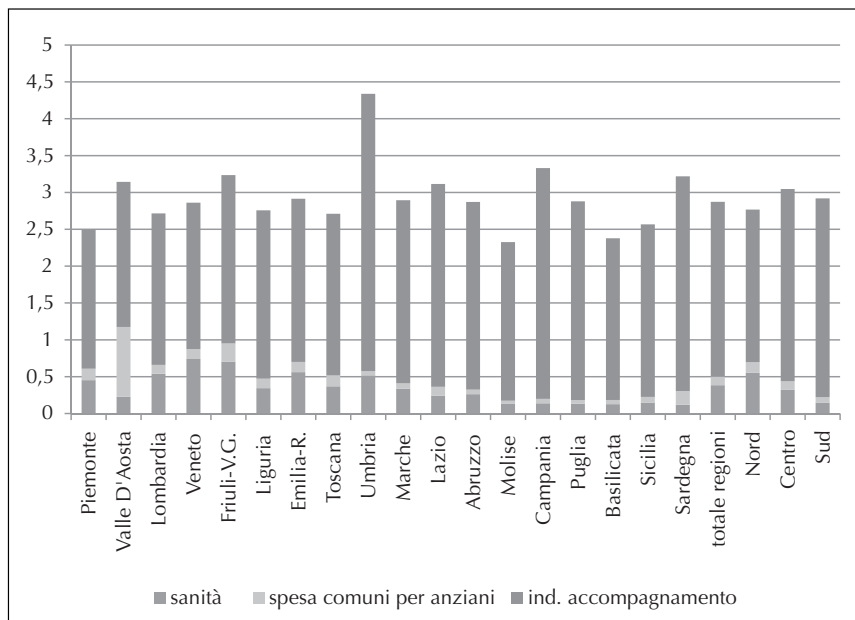
Sono i comuni delle regioni settentrionali quelli maggiormente impegnati negli interventi per gli anziani (circa il 22% in più della spesa a livello nazionale), mentre nel Mezzogiorno la spesa dei comuni è sostanzialmente dimezzata rispetto al Nord.

Nell'insieme il consumo di risorse per anziano della somma delle tre componenti evidenzia un vantaggio delle regioni centrali (3.046 euro contro una media nazionale di 2.872), un Sud abbastanza allineato sul dato nazionale (2.919 euro) e un Nord con un valore più contenuto (2.767 euro). In ogni caso gli squilibri sulla spesa complessiva tra le tre macroaree territoriali sono molto meno pronunciati rispetto a quelli osservati sulle singole componenti di spesa, facendo risultare la presenza di differenti mix assistenziali: al Sud il budget si compone quasi esclusivamente di spesa per interventi monetari (l'accompagnamento assorbe il 92% della spesa), mentre all'opposto nel Settentrione è piuttosto elevato il ruolo dei servizi (un quarto della spesa si realizza con interventi dei comuni e del SSR). È evidente che si compensa la debolezza dell'offerta locale con un maggiore ricorso alle prestazioni monetarie.

Gli squilibri tra la spesa delle singole regioni restano comunque forti, oscillando tra i 2.326 euro del Molise e i 4.337 euro dell'Umbria.

⁽²⁶⁾ L'esigenza di una razionalizzazione dei flussi informativi sulle prestazioni sociali è stata rafforzata nel 2013 dal Decreto Semplificazioni (d.l. n. 5, 2012, art. 16), anche se per l'entrata a regime del SINA è necessario dirimere alcune questioni procedurali legate allo scambio di dati. Nel 2013, tra gli impegni che le regioni hanno assunto in sede di riparto del Fondo Nazionale per le non autosufficienze, c'è proprio quello dell'implementazione del SINA.

Figura 7 - Stima della spesa per anziano per LTC, 2009 (migliaia euro), per regione



Fonte: ns. elaborazione su dati ISTAT (I beneficiari delle prestazioni pensionistiche) per indennità di accompagnamento, ISTAT (Interventi e servizi sociali dei comuni) per spesa comuni per anziani; la spesa sociosanitaria è ricavata dalla somma della spesa per assistenza residenziale e semiresidenziale agli anziani (Ministero della salute, Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza 2007-2009) più la spesa per assistenza domiciliare stimata come prodotto tra il totale dei costi per Lea tratti dallo stesso rapporto e l'incidenza della spesa per l'Adi sulla spesa sanitaria (Fonte Mef-Banca dati obiettivi di servizio). Non disponibili dati per Trentino-A.A. e Calabria.

I nodi della spesa per l'assistenza	
Il quadro attuale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Controllo volumi spesa per indennità accompagnamento ■ Permangono gli altri limiti dell'indennità
I nodi della spesa per l'assistenza	<ul style="list-style-type: none"> ■ Elevati squilibri territoriali ■ Mancanza di coordinamento tra i diversi interventi ■ La maggioranza del budget è gestita centralmente ■ Eccessivo peso delle componenti monetarie

7. Un quinquennio di politiche per la non autosufficienza

La questione della non autosufficienza (intesa come esigenza di riformare le prestazioni monetarie e potenziare i servizi locali) dopo aver trovato un seppur modesto spazio nel dibattito politico nei primi anni del nuovo secolo, con l'av-

vento della XVI legislatura ha sperimentato una generale diminuzione di interesse, scomparendo, di fatto, dall'agenda nazionale.

L'attenzione del Governo 2008-2011 si è concentrata esclusivamente sulle prestazioni monetarie, con interventi diretti principalmente ad affrontare l'insostenibilità finanziaria per le casse dell'INPS causata dall'esplosione del numero dei beneficiari dell'indennità di accompagnamento. Si è trattato di azioni (piani di verifica, modifiche procedurali dell'attività di concessione) che hanno contribuito a frenare il boom, senza tuttavia incidere sugli aspetti strutturali di tale misura e le sue interazioni con gli altri programmi di welfare.

L'orientamento di questo Esecutivo è stato quello di forte ridimensionamento delle risorse pubbliche per il welfare, facendo scomparire i fondi statali di sostegno ai servizi territoriali e tentando altre azioni per comprimere la spesa per l'assistenza ⁽²⁷⁾; allo stesso tempo ampia fiducia è stata riposta nella possibilità di rispondere ai bisogni di LTC attraverso il ricorso ai fondi integrativi (assicurazioni individuali o collettive).

Su questo scenario è piombata l'esigenza di correzione dei saldi pubblici, che ha significato un continuo susseguirsi di manovre restrittive: una quota importante del peso di questo risanamento è stata imposta agli enti locali e anche per la sanità è cominciata la dieta.

A fine 2011, il subentro del Governo Monti ha proseguito la politica del rigore. Gli sforzi di questo Esecutivo hanno dato estrema priorità all'equilibrio dei conti pubblici, con importanti e nuovi tagli al sistema di finanziamento degli enti locali e della sanità, nella convinzione che tali soggetti fossero in grado di erogare i propri servizi con budget ridotti.

Sebbene altri siano stati i temi a monopolizzare l'agenda politica e nonostante l'austerità senza precedenti imposta ai soggetti responsabili del welfare locale, qualche segnale di attenzione alla questione della non autosufficienza è emerso negli interventi dell'ultimo biennio: dal parziale rifinanziamento dei fondi di settore al tentativo (non andato in porto) di costruire un percorso di graduale riforma dell'assistenza agli anziani. Il decreto Balduzzi aveva appunto cercato di tracciare una politica nazionale per agire su alcuni dei principali nodi dell'assistenza agli anziani: definizione dei sistemi di valutazione della non autosufficienza, definizione dei percorsi individuali per gli interventi, revisione di alcuni profili dell'indennità di accompagnamento, potenziamento dell'integrazione della spesa tra i vari soggetti istituzionali. L'articolo che avrebbe aperto la strada a queste innovazioni non ha poi trovato conferma nella versione del decreto de-

⁽²⁷⁾ La cosiddetta "delega assistenziale", discussa nella seconda metà del 2011 e decaduta con la fine del Governo Berlusconi, aveva cercato di ottenere ingenti risparmi dalla spesa per l'assistenza.

finitivamente approvata, soprattutto per le resistenze incontrate da parte del sistema delle autonomie locali.

Altri sforzi dell'ultimo Governo si sono orientati all'affinamento e alla razionalizzazione di strumenti fondamentali per le politiche sociali, in particolare alla riforma dell'Isee. Passaggio che avrebbe cercato di fissare alcuni capisaldi uniformi a livello nazionale nella tanto controversa questione della valutazione della condizione economica nell'accesso alle prestazioni sociali, anche quelle per la non autosufficienza. La caduta dell'Esecutivo Tecnico ha lasciato il compito di completare la riforma al Governo successivo.

Cosa resta dopo queste vicende? Innanzi tutto una situazione, per i soggetti responsabili dei servizi per la non autosufficienza, di estremo rigore e incertezza sulle risorse. Il rifinanziamento dei fondi porterà a partire dal 2013 una boccata d'ossigeno ma resta da affrontare la definizione di un sistema di finanziamento e monitoraggio globale per i servizi locali. Una situazione in cui l'assistenza agli anziani risulta particolarmente a rischio per assenza di garanzie per le prestazioni sociali e per l'assenza di standard per i servizi sociosanitari (elementi su cui il processo federalista non ha ancora fornito adeguate risposte).

Nell'assenza di adeguati incentivi nazionali ad una riqualificazione della spesa a difesa della LTC, il sostegno ai servizi per la non autosufficienza dipende sempre più dalla sensibilità dei governi locali nei confronti di questo bisogno, con la differenza che, rispetto al passato, le possibilità di questi soggetti di programmare gli interventi, anche solo nel medio periodo, sono estremamente ridotte (incertezza che coinvolge anche la sanità).

Altri nodi nevralgici della LTC che restano scoperti e che verranno lasciati in eredità alla prossima legislatura riguardano la regolazione dei rapporti tra sanità e sociale, l'esigenza di integrare l'indennità di accompagnamento con gli interventi locali e quella di migliorare la finalizzazione della spesa per queste prestazioni monetarie, la necessità di costruire un sistema nazionale di modulazione delle risposte in base alla complessità assistenziale, la definizione di sistemi completi di monitoraggio sull'assistenza erogata dalle regioni. Cominciare gradualmente ad affrontare questi temi potrebbe contribuire significativamente a migliorare l'uso delle risorse disponibili.

Un quinquennio di politiche per la non autosufficienza	
La fase 2008-2011	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lotta ai "falsi invalidi" ■ Fiducia nelle soluzioni assicurative ■ Definanziamento fondi settoriali ■ Manovre restrittive per sanità e finanza locale
L'ultimo biennio	<ul style="list-style-type: none"> ■ Politica del rigore per centralità assoluta al risanamento conti pubblici → Definanziamento sanità e prosecuzione tagli agli enti locali ■ Fallito tentativo di avvio della riforma di settore ■ Sforzi per affinamenti tecnici

Bibliografia

- BANCHERO A. (2011), *Le prime indicazioni sul federalismo regionale*, in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, a cura di Network Non Autosufficienza, Rimini, Maggioli.
- BANCHERO A., TRABUCCHI M. (2012), *Non autosufficienza, programma mancato*, Il Sole 24 Ore Sanità, 7 settembre 2012.
- CARUSO E., DIRINDIN N. (2012a), *Il sistema sanitario alla ricerca della sostenibilità*, in *La finanza pubblica italiana – Rapporto 2012*, a cura di A. ZANARDI, Bologna, Il Mulino.
- CARUSO F., DIRINDIN N. (2012b), *Se la sanità ritorna ai tagli lineari*, in www.lavoceinfo.it.
- CEMBRANI F. et al. (2010), *Le politiche nazionali*, in N.N.A. (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 3° Rapporto*, Rimini, Maggioli.
- CHIATTI C. et al. (2011), *La "bussola" di N.N.A.: lo stato dell'arte basato sui dati*, in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 3° Rapporto*, a cura di Network Non Autosufficienza, Rimini, Maggioli.
- COMMISSIONE PER L'ANALISI DELLE COMPATIBILITÀ MACROECONOMICHE DELLA SPESA SOCIALE (1997), *Relazione finale e documento "La spesa per l'assistenza"*.
- CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME (2013), *Dossier di documentazione – La sanità nelle manovre finanziarie 2012 (Governo Monti)*, in www.regioni.it.
- CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME (2013), *Dossier di documentazione – La sanità nelle manovre finanziarie 2008-2011*, in www.regioni.it.
- COPAFF (2011), *Ricognizione sullo stato di attuazione della delega contenuta nella l. 42/2009*, in www.mef.gov.it.
- CORTE DEI CONTI (2012), *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*, in www.corteconti.it.
- GIARDA P. (2012), *Elementi per una revisione della spesa pubblica, versione 8/5/2012*, in www.governo.it.
- IFEL (2012), *Il quadro finanziario dei comuni*, in www.fondazioneifel.it.
- IFEL (2013), *La legge di stabilità per il 2013*, in www.fondazioneifel.it.
- IRS (2011), *Disegniamo il welfare di domani, "Complessità sociale, crisi economica, federalismo: una proposta di riforma, attuale e fattibile"*, documento presentato il 29 settembre 2011.
- ISTAT (2013), *Spesa delle Amministrazioni Pubbliche per funzioni*, anni 1990-2011.
- MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI (2012), *Fnps – Rapporto di Monitoraggio Anno 2009*, Quaderni della Ricerca Sociale, n. 15, in www.lavoro.gov.it.
- MINISTERO DEL TESORO (2012), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2011*, in www.dt.tesoro.it.
- MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE (2013), *Documento di Economia e Finanza*, 2012.
- OECD (2012), *A system of health accounts*, in www.oecd.org.
- PARLATO S., SCOZZESE S. (2012), *Chi paga la manovra? La governance della PA*, presentazione al convegno "Il federalismo fiscale, una pausa di riflessione", Frascati, 17-18 maggio.
- PISAURO G. (2011), *Su chi cala la scure*, in www.lavoce.info, pubblicato il 7 ottobre 2011.
- RIZZO L., ZANARDI A. (2012), *Federalismo fiscale sotto stress finanziario*, in *La finanza pubblica italiana – Rapporto 2012*, a cura di A. ZANARDI, Bologna, Il Mulino.
- ZANARDI A. (2012), *La speranza di una spesa locale efficiente*, Il Sole 24 Ore, 27 dicembre 2012.

7. Le politiche nazionali per gli anziani non autosufficienti

Enza Caruso, Cristiano Gori, Laura Pelliccia, Franco Pesaresi

1. L'infrastruttura nazionale per il welfare locale ⁽¹⁾

Nel nostro paese da oltre 15 anni si discute della necessità di rafforzare il sostegno che lo Stato offre al welfare locale per gli anziani non autosufficienti.

Una convinzione basata sul confronto con l'esperienza delle altre nazioni, dove lo sviluppo di questi servizi a livello decentrato ha potuto contare su un incisivo ruolo di regia dello Stato per orientare e accompagnare i territori, su efficaci sistemi di monitoraggio (per verificare il rispetto in tutti i territori di standard comuni) e sul cofinanziamento statale dei programmi gestiti a livello locale, elementi chiave nei programmi dei vari sistemi europei.

Quello che sembra mancare nel nostro paese è proprio questa sorta di infrastruttura nazionale per sorreggere il welfare territoriale per gli anziani, per cui da molte parti si invoca un rafforzamento del ruolo dello Stato in questa direzione. Ciò potrebbe significare per la realtà italiana il potenziamento dei finanziamenti per questo settore, la definizione di alcune regole di sistema, la promozione di alcuni servizi e l'accompagnamento dei territori nel loro percorso di crescita.

Tale dibattito sul ruolo dello Stato è stato per lungo tempo associato al tema della riforma nazionale delle politiche per la non autosufficienza e – nella fase più recente – si è incrociato con la questione del federalismo. La situazione paradossale è che su entrambi questi fronti la strada da percorrere per completare tali processi sembra ancora lunga: nonostante negli scorsi anni si sia assistito ad una proliferazione di proposte di riforma per l'assistenza agli anziani e siano stati adottati numerosi provvedimenti per la costruzione di un sistema federalista, su entrambe le materie non sono ancora stati ottenuti risultati concreti.

Un'eterna fase di stallo che ha creato considerevoli difficoltà ai territori. Criticità che nella lunga fase di recessione economica, quando la mancanza di un'infrastruttura nazionale per il welfare locale è stata particolarmente avvertita, si sono amplificate.

⁽¹⁾ A cura di Cristiano Gori e Laura Pelliccia.

Proprio in considerazione di quanto la necessità di un sostegno statale più robusto ai territori sia un passaggio cruciale per il futuro del welfare per gli anziani, nell'ambito del presente rapporto riteniamo utile fare il punto su due nodi essenziali per tale vicenda:

- lo stato dell'arte sul federalismo e i livelli essenziali (alla luce delle più recenti novità per la finanza pubblica);
- le proposte di riforma dell'assistenza alle persone non autosufficienti (attraverso una disamina comparativa delle idee circolate negli ultimi anni su questo tema).

2. I livelli essenziali delle prestazioni nel nuovo quadro costituzionale ⁽²⁾

L'introduzione degli "equilibri" di bilancio nella Carta costituzionale non ha mancato di tener conto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali. Appare utile tentare di inquadrare questo processo con riferimento alla non autosufficienza, evidenziando quanto anche pronunciamenti forti nell'ordinamento giuridico a livello costituzionale, siano essi vecchi o nuovi, possano essere traditi.

Dalla revisione del Titolo V con la LC 3/2001, passando per la legge delega n. 42/2009 di attuazione dell'art. 119 della Costituzione, e poi per le prime bozze del d.l. n. 158/2012 fino ad arrivare alla nuova LC 1/2012 sugli intrecciati equilibri di bilancio rafforzati nella legge n. 243/2012, il problema della definizione di un fabbisogno nazionale e di un'integrazione funzionale delle fonti di finanziamento per le prestazioni assistenziali associate alla non autosufficienza resta aperto e senza soluzione, se non addirittura amplificato.

Nel tentativo di un miglior inquadramento della questione, e proprio perché la nuova revisione costituzionale è intervenuta per recepire i trattati internazionali, è bene partire proprio dalla definizione internazionale Oecd della spesa per la *long term care*.

L'aggregato di spesa, che include tutte le prestazioni di natura assistenziale o sanitaria a favore di persone anziane o disabili non autosufficienti, in uno scenario di futura crescita sostenuta (Rgs, 2012), si stima abbia assorbito risorse per l'1,85% del Pil nel 2011, pari a circa 29 mld di euro, di cui circa i due terzi dedicati ai soggetti con +65 anni (v. tab. 1).

⁽²⁾ A cura di Enza Caruso.

Tabella 1 - Spesa LTC in % del Pil – Anno 2011

	Totale in % Pil 2011	stime in valori nominali (mld)	Totale Comp.% 2011	65+ in % Pil 2011	stime 65+ in valori nominali (mld)	65+ Comp.% 2011
Componenti						
Componente sanitaria	0.85	13.4	0.31	0.51	8.1	0.40
– anziani e disabili	0.54	8.5	0.64	0.43	6.8	0.84
– tossicodipendenze e psichiatria	0.25	3.9	0.29	0.03	0.5	0.06
– lungodegenza ospedaliera	0.06	0.9	0.07	0.05	0.8	0.10
Indennità di accompagnamento	0.79	12.5	0.29	0.61	9.6	0.48
Altre prestazioni LTC	0.21	3.3	0.08	0.17	2.7	0.13
	2.70	42.6	1.00	1.28	20.2	1.00
Macrofunzioni						
LTC domiciliare	0.50	7.9	0.19	0.25	3.9	0.20
LTC residenziale	0.53	8.4	0.20	0.4	6.3	0.31
LTC prestazioni monetarie	0.82	12.9	0.30	0.64	10.1	0.50
	1.85	29.2	0.69	1.28	20.2	1.00
PIL 2011		1,578			1,578	

Fonte: elaborazioni su dati RGS [2012].

Ma veniamo subito al dunque: la spesa per la non autosufficienza attraverso tre livelli di governo che ne definiscono le componenti. Al livello centrale (enti di previdenza) competono le funzioni risarcitorie dell'indennità di accompagnamento, al livello regionale le funzioni sociosanitarie e alle comunità locali le funzioni socioassistenziali.

Nel quadro del processo di decentramento sancito dal nuovo Titolo V della Costituzione riformato nel 2001, spetta allo Stato centrale la definizione dei *livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali* di cui alla lett. m) e delle *funzioni fondamentali* di cui alla lett. p) dell'articolo 117. Lo stesso art. 117 tratta tuttavia la materia sanitaria come una competenza concorrente tra lo Stato centrale e le regioni, mentre riserva la programmazione delle funzioni assistenziali alla competenza esclusiva delle regioni. Ma garantire i Lep in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, come prescrive la Costituzione, necessariamente implica la definizione di un fabbisogno, che da tempo esiste in materia sanitaria, mentre continua ad essere indeterminato in campo sociale. In mancanza di un quadro nazionale di programmazione ⁽³⁾, l'offerta delle politiche sociali non può che essere rimessa alle preferenze locali, comportando ampie divergenze territo-

⁽³⁾ Il quadro nazionale dell'assistenza resta sempre e solo quello delle aree della legge n. 328/2000.

riali con conseguenti profonde disuguaglianze nella tutela dei diritti sociali della popolazione.

In attuazione dell'art. 119 della Carta riformata nel 2001, che prescrive la copertura del *finanziamento integrale delle funzioni assegnate agli enti inferiori di governo* attraverso *tributi ed entrate propri, compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio* e un *fondo perequativo senza vincoli di destinazione*, a distanza di otto anni sull'argomento è intervenuta la legge n. 42 del 2009. La legge delega per la tarda (e si potrebbe dire superata) attuazione del federalismo fiscale ha sostanzialmente separato i percorsi di copertura finanziaria dei Lep e delle funzioni fondamentali da quelli delle altre spese autonome, regolandone nel primo caso la perequazione integrale dei fabbisogni standard, e ammettendo nel secondo caso differenziazioni nella perequazione parziale per capacità fiscale ⁽⁴⁾.

I decreti attuativi della legge delega si sono fundamentalmente limitati a definire la fiscalizzazione dei trasferimenti erariali per i singoli livelli di governo, mentre le questioni inerenti alla definizione dei fabbisogni per i Lep trasversali a più livelli di governo sono state del tutto eluse. Difatti, solo per la sanità con il d.lgs. n. 68/2011 sono state dettate le regole per pervenire alla definizione del finanziamento del settore (sempre determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria), nonché dei costi e fabbisogni standard (attraverso una complessa architettura fondata su regioni benchmark, peraltro sostanzialmente inutile ⁽⁵⁾ se non addirittura peggiorativa nel sistema dei criteri di ponderazione dei bisogni per il riparto delle risorse ⁽⁶⁾).

Un tentativo di definire i Lep per la non autosufficienza e del relativo fabbisogno in maniera coordinata e funzionale tra i tre livelli di governo attraverso un Programma nazionale, e in direzione di una reale convergenza degli obiettivi di servizio, è stato azzardato nelle bozze del d.l. n. 158/2012. Ma l'ex art. 6 che avrebbe comportato sviluppo dei servizi e crescita occupazionale, soprattutto per le donne ⁽⁷⁾, è stato immediatamente represso.

Oggi il problema per garantire il finanziamento dei Lep torna a farsi presente nella LC 1/2012 per gli intrecciati equilibri di bilancio dell'intera Pubblica Amministrazione. Regole e deroghe per delineare i principi fondamentali degli equilibri sono state demandate alla legge rinforzata n. 243/2012 in attuazione del pareggio di bilancio richiesto dalla nuova *governance* europea (*fiscal compact*).

Si può essere o meno d'accordo sull'inserimento delle *fiscal rules* nel più alto

⁽⁴⁾ Per una formalizzazione analitica della perequazione regionale si veda Pisauro, 2009.

⁽⁵⁾ Si veda Pisauro, 2010.

⁽⁶⁾ Si vedano Caruso e Dirindin, 2012.

⁽⁷⁾ Si veda Caruso, 2012.

rango dell'ordinamento giuridico, e al riguardo le posizioni sia tra gli economisti sia tra i giuristi sono divergenti⁽⁸⁾, ma per i Lep (diversi dalla sanità) il quadro della nuova regolazione non certo aiuta a colmare le lacune del vecchio dettato costituzionale: le funzioni assistenziali continuano ad essere una competenza esclusiva delle regioni e, oggi come ieri, potrebbe continuare a mancare la definizione di un fabbisogno. Nel nuovo disegno costituzionale, infatti, solo l'armonizzazione dei bilanci correttamente si sposta dalla competenza concorrente tra livelli di governo a quella propria dello Stato centrale.

Ma procediamo con ordine. La novella dell'art. 97, attraverso un esplicito riferimento all'ordinamento dell'Unione europea, introduce l'equilibrio di bilancio e il concorso alla sostenibilità del debito pubblico per l'intera Pubblica Amministrazione, che la legge rinforzata, sempre via rimando ai vincoli economici e finanziari europei, traduce sostanzialmente per via procedurale con le regole del *fiscal compact*⁽⁹⁾.

Nel nuovo sistema, tuttavia, secondo il nuovo art. 81 solo per l'equilibrio del bilancio dello Stato sono ammesse deroghe con il ricorso all'indebitamento tenendo conto degli effetti del ciclo (che incide via variazione degli stabilizzatori automatici) e, previa autorizzazione delle Camere a maggioranza assoluta dei

⁽⁸⁾ Sull'argomento si vedano Petretto (2012), Pisauro (2012b), Brancasi (2012) e Nardini (2013).

⁽⁹⁾ Il *Fiscal Compact* nella sua componente di regolazione preventiva della disciplina fiscale prescrive il pareggio di bilancio. Questo si sostanzia in un saldo strutturale (calcolato come indebitamento netto della PA secondo la PDE corretto per il ciclo economico e al netto delle misure *una tantum* e temporanee) pari all'obiettivo di medio termine (MTO) definito per ogni paese nel Patto di stabilità e crescita, ammettendo per l'Italia un limite inferiore al disavanzo massimo dello 0,5% del Pil. In sostanza, in assenza di eventi eccezionali che comportano misure discrezionali, il saldo di bilancio è espresso dal deficit effettivo corretto dalle variazioni degli stabilizzatori automatici. L'MTO a sua volta è definito sulla base delle caratteristiche del bilancio, del potenziale di crescita, del rischio finanziario per la sostenibilità delle finanze pubbliche e tenuto conto delle cosiddette passività implicite che risentono di fattori demografici (come le evoluzioni della spesa pensionistica e della spesa sanitaria ma anche per LTC). Alla regola sul saldo si affianca la regola sulla spesa, intesa ad agevolare il raggiungimento dell'MTO, prescrivendo che un particolare aggregato della variazione della spesa primaria (calcolato al netto delle spese finanziata con fondi comunitari e del valore medio degli ultimi tre anni delle spese per investimenti, nonché della variazione degli stabilizzatori automatici e delle entrate discrezionali) tra un anno e l'altro non superi la variazione del pil reale potenziale. La componente correttiva prevede una riduzione di 1/20 l'anno della distanza tra il rapporto debito/pil e il parametro dello 0,60. Tuttavia, una riduzione inferiore a 1/20 non comporta automaticamente l'avvio della PDE, in quanto si deve comunque tener conto degli effetti del ciclo, degli eventi eccezionali, ma anche di altri fattori significativi legati alle condizioni economiche del paese, fra cui le passività implicite connesse all'invecchiamento della popolazione e il debito del settore privato. Per una dettagliata descrizione delle regole del *Fiscal Compact* si veda Rgs (2013). La formalizzazione analitica delle regole è contenuta in Petretto (2012). Un esercizio di valutazione è fornito da Pisauro (2012).

rispettivi componenti, al verificarsi di eventi eccezionali (quali gravi recessioni economiche, crisi finanziarie e gravi calamità, ammettendo misure discrezionali *una tantum* e temporanee dietro la predisposizione di un piano di rientro per il conseguimento degli obiettivi programmatici).

Diversamente per gli enti territoriali, che secondo il nuovo art. 119 dovranno contribuire ai miglioramenti del saldo del conto consolidato della PA e alla sostenibilità del debito ⁽¹⁰⁾, deve essere comunque garantito l'equilibrio di bilancio tra le entrate finali e le spese finali e tra le entrate correnti e le spese correnti (incluse le quote capitali di ammortamento dei prestiti), sia per cassa sia per competenza ⁽¹¹⁾.

Poiché non è ammesso squilibrio nel bilancio degli enti territoriali, l'art. 5, comma 1, lett. g) della l.c. n. 1/2012 ha rimandato alla legge rinforzata come norma di chiusura "le modalità attraverso le quali lo Stato, nelle fasi avverse del ciclo economico o al verificarsi degli eventi eccezionali (...), anche in deroga all'articolo 119 della Costituzione, concorre ad assicurare il finanziamento, da parte degli altri livelli di governo, dei livelli essenziali delle prestazioni e delle funzioni fondamentali inerenti ai diritti civili e sociali". La prescrizione in oggetto ha riaperto dunque lo spazio per i trasferimenti dal bilancio dello Stato, che si sostanziano in un *Fondo straordinario* istituito dall'art. 11 della l. n. 243/2012, presso lo stato di previsione del MEF, alimentato da una parte delle risorse del ricorso all'indebitamento dello Stato e previsto sia a correzione del ciclo, sia in caso di autorizzazione di scostamenti temporanei del saldo strutturale rispetto all'obiettivo di medio termine al verificarsi di eventi eccezionali. Le risorse da destinare a tale fondo devono essere stimate nel DEF sulla base degli effetti che il ciclo economico ha sulle "entrate proprie" degli enti territoriali o delle conseguenze che gli eventi eccezionali hanno sulla finanza territoriale.

La questione che si pone adesso è la seguente: la copertura integrale del fabbisogno dei Lep continua ad essere garantita? Prendiamo il caso della sanità (che al suo interno in maniera indistinta contiene quota parte delle risorse destinate alla non autosufficienza), unico settore dove sono definiti i Lep e il relativo fi-

⁽¹⁰⁾ Tra le spese di regioni e enti locali si inserisce nelle fasi favorevoli un trasferimento verso l'alto per il contributo al Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato.

⁽¹¹⁾ Per gli enti territoriali, eventuali avanzi di amministrazione possono essere destinati solo al ripiano del debito dell'ente o al finanziamento di spese di investimento, mentre un risultato negativo a consuntivo impone all'ente, dietro un meccanismo di sanzioni, il recupero del disavanzo entro il triennio successivo attraverso la previsione di un piano di rientro. Il ricorso all'indebitamento continua ad essere ammesso solo per finanziare investimenti pubblici, condizionandolo però sia alla contestuale definizione di piani di ammortamento, sia al rispetto dell'equilibrio di bilancio per il complesso degli enti di ciascuna regione, ammettendo quindi compensazioni nell'ambito del conto consolidato della finanza regionale.

nanziamento che, in coerenza con il quadro macroeconomico, i vincoli di finanza pubblica e gli obblighi comunitari, necessariamente risentirà dei vincoli sulla variazione della spesa da allineare al trend del Pil potenziale ⁽¹²⁾.

Questo finanziamento, predeterminato e ripartito sulla base dei costi e fabbisogni standard, nel dettato della legge 42/2009 deve essere coperto da entrate proprie (addizionale Irpef e Irap ad aliquote e basi imponibili standard) e da una compartecipazione Iva a doppia aliquota (l'una univoca con riferimento alla copertura del fabbisogno della regione più ricca; l'altra, differente da regione a regione, a copertura del fondo perequativo).

In caso di ciclo economico negativo le entrate proprie degli enti territoriali si riducono, ma, ci dice la legge rinforzata, trovano compensazione nel *fondo straordinario*, che sarà ripartito appunto con d.P.C.M. tenendo conto delle entrate proprie di ciascun ente. Si sottolinea però che nell'art. 119 il legislatore ha tenuto distinti i tributi e le entrate proprie dalle compartecipazioni ai tributi erariali riferibili al loro territorio e dal fondo perequativo. Si tratta di una questione cruciale, nel senso che poiché anche i tributi erariali risentiranno del ciclo economico, lo Stato avrà necessità di reperire risorse da indebitamento anche con riferimento a queste ulteriori minori entrate.

Se questa è la questione, e se le compartecipazioni che alimentano anche il fondo perequativo rappresentano il complemento del fabbisogno rispetto alle entrate proprie, allora sarebbe bastato vincolare il fondo straordinario di cui all'art. 11 della l. n. 243/2012 non già alle minori entrate proprie, ma a copertura del fabbisogno dei Lep.

Invece, la legge rinforzata fa esplicito riferimento alle entrate proprie. Chi compensa allora la variazione negativa delle compartecipazioni? Qualora le aliquote non fossero rideterminate, la garanzia dei Lep, nelle fasi avverse, potrebbe ricadere solo su uno sforzo addizionale delle entrate proprie degli enti territoriali. Uno sforzo tanto maggiore, quanto minore è la capacità fiscale degli enti territoriali e, dunque, quanto maggiore è la quota di fabbisogno coperta dalla compartecipazione al tributo erariale.

La questione appare ancor più complessa là dove i Lep e i relativi fabbisogni di spesa non sono stati ancora definiti, attendendo le evoluzioni del quadro attuativo della l. n. 42/2009. È questo il caso dei costi e fabbisogni standard relativi alle funzioni fondamentali di comuni e province di cui al d.lgs. n. 216/2010, affidati ai lavori della Sose. In tal caso, i rischi di ulteriori tagli alla spesa sociale, nei meandri delle funzioni fondamentali e tra gli intrecci dell'equilibrio di bilancio e del concorso degli enti territoriali al raggiungimento dei saldi obiettivo, potrebbero amplificarsi.

(12) Si veda la regola sulla spesa nella nota 9.

In questo scenario, per salvaguardare le risorse per la non autosufficienza non resta che affrettarsi ad attuare quella programmazione nazionale di regia centrale, oggi assente, per la tutela dei Lep e degli obiettivi di servizio da garantire su tutto il territorio. Un problema da risolvere a monte, quello della definizione di un fabbisogno, per il quale certamente né la revisione costituzionale, né la sua legge rinforzata possono aiutare.

3. L'impatto sul sistema: stato dell'arte e prospettive ⁽¹³⁾

Le recenti vicende della finanza pubblica, in particolare la definizione delle regole di solidarietà centro-periferia per assicurare l'obiettivo costituzionale di pareggio di bilancio, si sono rivelate come un'ennesima occasione mancata per dare corpo ai livelli essenziali per i non autosufficienti. I margini per costruire queste garanzie per i Lep ci sarebbero stati, ma non sono stati sfruttati.

Nel cammino per la definizione del modello di finanziamento per gli enti territoriali non è stato infatti raggiunto l'obiettivo di determinazione del fabbisogno da garantire a ciascun ente, indipendentemente dalla congiuntura economica e dall'andamento delle proprie entrate, per assistere gli anziani di quel territorio (quante risorse occorrono per offrire risposte locali socioassistenziali adeguate per ogni anziano? Quale sostegno assicura lo Stato ai territori che – per il proprio svantaggio economico – incontrano maggiori difficoltà nel reperire risorse finanziarie per questi bisogni?).

Per quanto riguarda i servizi sociali, di titolarità dei comuni, la responsabilità del reperimento delle risorse oggi resta di fatto sugli enti territoriali con tutti i connessi rischi di importanti limature nelle situazioni di particolare austerità. Per dare un'idea nel solo 2011 la spesa per la funzione sociale nei bilanci dei comuni è diminuita del 5,5%, tagli che al Sud – dove questo tipo di interventi risulta storicamente sottodimensionato rispetto al resto del Paese – hanno raggiunto addirittura il 14,4% (*Fonte*: ISTAT, I bilanci delle amministrazioni comunali).

Il welfare socio-assistenziale per gli anziani non autosufficienti continua quindi ad essere una questione rimessa alle preferenze locali: i rischi di un'amplificazione dei divari già esistenti tra aree territoriali (cfr. cap. 1) sono considerevoli.

Come sottolineato nel paragrafo precedente, rispetto al sociale, la sfera sociosanitaria può contare su maggiori certezze di finanziamento (il fabbisogno complessivo per il Lea). Tuttavia, nell'attuale quadro del percorso del federalismo per la sanità, queste garanzie potrebbero non essere sufficienti a fare in modo che tutte le regioni offrano un'assistenza sociosanitaria adeguata. Oggi, nella

⁽¹³⁾ A cura di Laura Pelliccia.

gestione del budget per la sanità, si notano comportamenti molto eterogenei delle regioni nel riconoscere centralità ai bisogni dei non autosufficienti (si vedano, all'interno del presente rapporto il box 3 del cap. 6 e il § 2.3.3). In assenza di standard nazionali di adeguatezza dell'offerta delle regioni e di efficaci sistemi di monitoraggio, anche in futuro permane il rischio che in alcuni territori le risposte del SSN per la LTC siano insufficienti.

Federalismo finora ha significato maggiore responsabilizzazione degli enti locali nel rispetto dei vincoli di bilancio mentre altre aspettative come quelle di un decentramento che favorisse lo sviluppo dei servizi locali sono rimaste disattese. Nello scorso decennio diverse regioni hanno implementato i propri interventi per la non autosufficienza ma questi sforzi negli ultimi anni si sono rivelati sempre più incompatibili con la crisi e gli obiettivi di risanamento imposti alla finanza locale. Altri segnali, come i consistenti tagli ai fondi nazionali di settore, sono stati interpretati come un venir meno dell'attenzione statale allo sviluppo degli interventi locali, quindi il reperimento delle risorse per gli interventi socio-assistenziali è divenuto sempre di più una questione di comuni-regioni, più che una questione nazionale (per maggiori dettagli sulla vicenda si rimanda al cap. 6 del presente rapporto).

L'esigenza di definire regole nazionali di determinazione delle dotazioni finanziarie per i servizi locali per la non autosufficienza resta uno dei punti su cui gli esperti concordano debba essere rafforzata la regia statale. Oltre alla questione delle risorse, altri sono gli elementi in cui si sperimenta la debolezza di un'impalcatura di garanzie nazionali per gli anziani non autosufficienti.

L'assistenza sociale e sociosanitaria erogata a livello locale nella crisi è risultata particolarmente vulnerabile a causa del complesso delle lacune storiche nel sistema di regia nazionale: ad esempio la definizione di standard per i servizi sociali e sociosanitari da garantire localmente, la predisposizione di efficaci sistemi di monitoraggio e premi-sanzioni ad essi collegati, la frattura tra gli interventi a rilievo sociale e quelli sociosanitari, la frattura tra gli interventi locali e le prestazioni monetarie dello Stato (indennità di accompagnamento), la capacità di costruire risposte individuali differenziate per livelli di bisogno.

Tali nodi risultano difficilmente affrontabili con interventi parcellizzati e, da tempo, è maturata l'esigenza di interventi organici per questo settore di rilievo nazionale. Negli ultimi due decenni nel dibattito scientifico e istituzionale sono circolate numerose proposte mirate proprio a colmare alcune di queste lacune dell'intera impalcatura nazionale. In questo momento storico, considerando che l'avvio della nuova legislatura si configura come una nuova occasione per affrontare il tema di una riforma nazionale per la non autosufficienza, è utile ripercorrere il patrimonio di opzioni già disponibili a tale riguardo. La riflessione prosegue quindi con una panoramica sulle ipotesi di riforma sviluppate sinora, proprio per dare un'idea di ciò che si potrebbe fare per riqualificare questo settore.

4. Le ipotesi di riforma della non autosufficienza ⁽¹⁴⁾

A cosa serve una riforma nazionale

L'assistenza ai non autosufficienti è costituita da interventi che provengono dallo Stato centrale, dalle regioni e dai comuni con una grande difformità fra un territorio e l'altro; in comune vi è però l'inadeguatezza complessiva dei programmi attivati rispetto alle necessità assistenziali quali-quantitative che provengono dalle persone non autosufficienti.

Questo problema, insieme all'insufficienza dei finanziamenti, rende necessario un intervento nazionale, perché solo a questo livello si possono affrontare e risolvere i seguenti aspetti:

- la definizione di alcuni standard quantitativi e qualitativi validi per l'intero paese in modo da garantire l'equità territoriale nell'accesso e nella distribuzione dei servizi;
- un maggior coinvolgimento dello Stato nel finanziamento del programma di assistenza, necessario per lo sviluppo dei servizi per i non autosufficienti;
- il ruolo di regia da affidare allo Stato (monitoraggio, verifica del rispetto dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), sostegno, stimolo ed accompagnamento dei territori). Ovviamente, allo Stato, ancor prima di verificare, spetta il compito, ancora non adempiuto, di determinare i LEPS; si tratta, come è noto, della necessità di individuare un insieme di interventi sociali e sociosanitari giudicati essenziali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale ⁽¹⁵⁾.

Questo percorso è stato già realizzato da diversi paesi europei come l'Austria (1993), la Germania (1995), la Francia (1997, 2001, 2007), la Spagna (2006) e il Portogallo (2006) che negli anni passati hanno approvato e poi implementa-

⁽¹⁴⁾ A cura di Franco Pesaresi.

⁽¹⁵⁾ Per la identificazione delle singole prestazioni da inserire nei Livelli essenziali occorre tener conto anche delle indicazioni contenute nel d.P.C.M. 29 novembre 2001 relativo alla definizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). All'interno di tale decreto, infatti, sono elencati anche i Livelli essenziali che fanno riferimento a tipologie erogative di carattere sociosanitario ovvero a 8 specifiche prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo attribuibile all'utente o al comune. Si ritiene conseguentemente che le prestazioni sociosanitarie relative ai LEA ma i cui costi possono ricadere in parte sul comune facciano automaticamente parte anche dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) visto che, già per il fatto di appartenere ai LEA, devono essere garantite in tutto il territorio nazionale. Esse sono l'ADI, i centri diurni e le strutture residenziali per disabili gravi o privi del sostegno familiare e per anziani non autosufficienti, le strutture residenziali per malati di AIDS e le residenze a bassa intensità assistenziale per persone con problemi psichiatrici.

to anche gradualmente la loro riforma nazionale dell'assistenza ai non autosufficienti.

Si tratta in sostanza di costruire quella infrastruttura sociale nazionale atta a mettere le regioni e i comuni in condizione di rispondere ai crescenti bisogni sociali relativi alla perdita o alla mancanza dell'autosufficienza personale.

Le proposte di riforma

In questi ultimi 15 anni abbiamo visto almeno 14 proposte di riforma dell'assistenza ai non autosufficienti, considerando solo quelle che hanno presentato un pacchetto globale di proposte e non le idee, pur apprezzabili, relative a singoli settori di intervento (cfr. Tab. 2) come quello domiciliare o residenziale.

Tabella 2 - Le proposte nazionali per la non autosufficienza

Anno	Soggetto	Proposta
1997	Commissione Onofri	Fondo per prestazioni di assistenza ai non autosufficienti
2002	Carlo Hanau	Fondo per la non autosufficienza
2002	Commissione Sirchia-Maroni	Commissione di studio sulla prevenzione e il trattamento delle non autosufficienze
2003	Commissione Affari sociali della Camera (Zanotti)	Proposta di legge: Fondo nazionale per il sostegno delle persone non autosufficienti
2004	Capp, CER, Servizi Nuovi	Livelli essenziali per gli anziani non autosufficienti (Lesna)
2005	CGIL-CISL-UIL pensionati	Proposta di legge di iniziativa popolare: Piano di interventi integrati sulla non autosufficienza finanziato da un fondo nazionale
2006	Castellani <i>et al.</i>	Proposta di legge: Fondo nazionale di solidarietà
2006	Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa	Riforma dell'assistenza ai non autosufficienti
2006	Governo Prodi	Fondo per le non autosufficienze approvato con la Finanziaria 2007
2007	Governo Prodi, Ministro Ferrero	Disegno di legge delega sulla non autosufficienza
2009	Ministro Sacconi	Libro bianco "La vita buona nella società attiva"
2012	N.N.A.	Fondo per il futuro della non autosufficienza
2012	Fioroni <i>et al.</i> ⁽¹⁶⁾	Proposta di legge: Fondo per la non autosufficienza
2012	Sottosegretario Guerra	Tentativo di decreto legge: Programma nazionale per la non autosufficienza

⁽¹⁶⁾ A giugno 2012 l'On. Giuseppe Fioroni (Pd) ha presentato un disegno di legge (d.d.l. n. 5319/2012) concernente l'istituzione di un fondo (in sostituzione di quello nazionale per la non autosufficienza *ex l.* n. 296/2006) a copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria degli anziani non autosufficienti. Sono previsti tre differenti livelli di interventi assicurati (tramite indennità e assegni di cura), in base alla gravità dell'anziano. Fatta eccezione per il primo livello, gli importi sono ridimensionati – in base all'Isee – nei casi di redditi particolarmente alti.

Di tutte queste proposte una sola è stata approvata nel 2006 ed è quella relativa alla istituzione del Fondo nazionale per le autosufficienze ⁽¹⁷⁾ che si può definire come l'antipasto della riforma a cui però non hanno mai fatto seguito gli altri piatti.

Una discussione così lunga, questa pluralità di proposte che cosa consegnano a questa legislatura che si è faticosamente aperta? È stato definito un nocciolo duro condiviso che può costituire la base della riforma prossima ventura dell'assistenza ai non autosufficienti?

Per dare una risposta occorre guardare a come sono stati trattati i grandi temi di una riforma di questo tipo, che sono (cfr. Tab. 3):

- A. l'accesso alle prestazioni;
- B. lo sviluppo dell'offerta;
- C. il sostegno della domanda;
- D. la gestione del sistema;
- E. i costi e il finanziamento.

A – L'accesso alle prestazioni

L'accesso alle prestazioni è il tema che raccoglie le proposte maggiormente condivise. Innanzitutto i beneficiari. La grande maggioranza delle proposte pensa ad un sistema di tutela di tutte le persone non autosufficienti indipendentemente dall'età. Qui si confrontavano due possibilità: un programma dedicato solo agli anziani oppure dedicato a tutti senza distinzione di età. Negli ultimi anni si è affermata questa ultima ipotesi che appare essere quella più equa, che tutela tutti i soggetti più fragili e non solo quelli che hanno organizzazioni di rappre-

Il fondo è gestito dall'INPS, mentre alle regioni spetta la disciplina delle modalità di impiego degli assegni di cura, l'individuazione dei soggetti accreditati a erogare le prestazioni, la definizione dei sistemi di valutazione del bisogno nell'ambito dei distretti sociosanitari, il monitoraggio degli interventi erogati.

Il fondo è finanziato da un contributo dello 0,5% sui contributi sul lavoro, integrato da un contributo di solidarietà sulle rendite finanziarie e sui grandi patrimoni. Si prevede una sperimentazione triennale.

⁽¹⁷⁾ Il Fondo nazionale per le non autosufficienze è stato previsto per la prima volta con la legge finanziaria 2007 (l. n. 296/2006) per garantire le prestazioni assistenziali nei confronti delle persone non autosufficienti con particolare riferimento alla previsione dei punti unici di accesso alle prestazioni, alla presa in carico attraverso il Piano individualizzato di assistenza e alla previsione del rafforzamento dei servizi sociosanitari e socioassistenziali soprattutto domiciliari. Il Fondo è stato finanziato con 100 milioni nel 2007 ed è arrivato a 400 milioni nel 2009. Nel 2011 e nel 2012 non è stato finanziato mentre il Fondo ha ottenuto una dotazione di 275 milioni per il 2013. I più recenti aggiornamenti (d.d.l. per la legge di stabilità 2014 diffuso ad ottobre 2013) prevedono una dotazione del fondo di 250 milioni per il solo 2014.

sentanza più forti e strutturate. In questo senso si sono orientate anche quasi tutte le riforme europee di questo tipo.

Un consenso pressoché unanime raccoglie la previsione di un sistema di accesso, informazione e accompagnamento alle prestazioni che deve essere unitario, sociale e sanitario. Tale sistema assume localmente una terminologia diversificata riconducibile però all'organizzazione del "Punto unico di accesso" (PUA). Le funzioni del PUA sono relative soprattutto all'informazione e all'orientamento del cittadino, all'accoglimento delle domande di assistenza, alla prima valutazione del bisogno, all'accompagnamento del cittadino, alla risoluzione di problemi semplici (Pesaresi, 2013). Il PUA, in genere, è previsto in tutti i distretti sanitari. Anche in questo caso abbiamo assistito ad una evoluzione del dibattito organizzativo relativo all'accesso alle prestazioni. L'idea di base ed ampiamente condivisa parte dalla volontà di semplificare e facilitare i percorsi degli utenti, tanto più questi utenti che sono sicuramente i più bisognosi di supporto ed accompagnamento in tutte le fasi. Nella prima metà degli anni 2000 si era diffusa la modalità degli sportelli settoriali: da una parte le "Porte sociali" per l'accesso alle prestazioni sociali (Pesaresi, 2008) che si sono realizzate in buona parte del territorio italiano e dall'altra parte gli sportelli sanitari, spesso settoriali per l'accesso alle prestazioni sanitarie territoriali (come le cure domiciliari). Successivamente e fino ai giorni nostri si è invece diffusa l'idea di un Punto unico (PUA) in tutti i distretti sanitari/ambiti sociali per l'accesso a tutte le prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie che rappresenta una evoluzione ulteriore in direzione della semplificazione delle procedure e del supporto degli assistiti e dei loro familiari. Ormai quasi tutte le regioni hanno scelto questo modello che è senz'altro da preferire, anche se per molte di queste regioni si tratta ora di superare la fase programmatica e di passare alla fase operativa (Pesaresi, 2013).

Una volta effettuato l'accesso, i vari modelli proposti nelle ipotesi di riforma prevedono l'avvio di un percorso assistenziale che prevede la valutazione dei bisogni assistenziali a cura di una Unità di valutazione multidimensionale (UVM) che poi elabora il Piano assistenziale individualizzato (PAI) per la formale presa in carico. A questo proposito, molte proposte richiedono l'individuazione di uno strumento nazionale unico per la valutazione dei bisogni, strumento che oggi non è stato ancora identificato. La proposta viene giustificata dalla grande eterogeneità che si riscontra nelle regioni che determina una sostanziale disuguaglianza nella valutazione dei singoli casi fra una regione e l'altra. Ma non si tratta solo di questo. La disponibilità di uno strumento nazionale di classificazione dei bisogni dei pazienti potrebbe permettere la soluzione di uno degli altri problemi del sistema italiano. Oggi, infatti, il principale strumento di assistenza per la non autosufficienza è l'indennità di accompagnamento che viene erogata a tutti i beneficiari nello stesso importo indipendentemente dal livello del bisogno assistenziale. Questo tema negli ultimi anni è diventato centrale fra le proposte di riforma.

ma tanto che, dal 2007, quasi tutte le ipotesi (d.d.l. Ferrero, N.N.A., Fioroni *et al.*, sottosegretario Guerra) hanno previsto che la valutazione porti alla classificazione dei pazienti in tre diversi livelli di bisogno o in diversi profili che, evidentemente, riceveranno un livello di prestazioni rapportato al loro livello di bisogno. La discussione non ha trovato ancora una sintesi perché ci sono ancora dubbi circa l'opportunità di individuare un solo strumento di valutazione uguale per tutti nonostante questo accada in molte parti d'Europa e su quale strumento scegliere. L'opposizione principale viene dalle regioni che non sono disponibili ad "abbandonare" lo strumento di valutazione che ognuna di loro ha scelto per adottarne uno unico nazionale. Neanche il "Progetto Mattoni" è riuscito a portarle in questa direzione. Per questo la proposta del sottosegretario Guerra, pur spingendosi più avanti delle altre, non aveva potuto fare a meno di identificare gli strumenti di valutazione (Svama, Rug, Aged) già individuati proprio dal "Progetto Mattoni" per la valutazione dei soggetti ammessi all'assistenza residenziale e semiresidenziale.

Su questo ultimo blocco di aspetti relativi al percorso assistenziale, gli orientamenti delle varie proposte di riforma sono condivisibili e da recuperare nella presente legislatura; si tratta di definire uno strumento di valutazione unitario a livello nazionale, assicurare una presa in carico ed un percorso che garantisca la continuità assistenziale a tutti gli utenti (Gori, 2008). Adesso è tempo di sciogliere i nodi. Per questo passaggio non servono risorse aggiuntive: *a)* serve la volontà politica di dare risposte ad un bisogno che non può essere valutato in un modo diverso a seconda della regione in cui si risiede; *b)* serve un sistema di classificazione delle necessità personali in livelli diversi per fare in modo che l'assistenza sia più intensa per chi ne ha un bisogno maggiore in relazioni alle sue condizioni.

B – *Lo sviluppo dell'offerta*

Lo sviluppo dell'offerta e l'equità nell'accesso ai servizi passano soprattutto attraverso la definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS).

Occorre innanzitutto sottolineare che non si potrà ripercorrere lo stesso identico percorso dei LEA (sanitari) nella costruzione e nella gestione dei LEPS. Molto diversi sono i contesti e il grado di sviluppo dei due settori. I LEA in questi anni sono serviti essenzialmente per ridurre o governare la spesa più che come strumento di equità di accesso. Tutta la prima parte positiva del decreto sui LEA priva di qualunque riferimento quantitativo alle prestazioni non ha influenzato in alcun modo la politica delle varie regioni. Come è noto, sono rispettose allo stesso modo dei LEA sia la regione Sicilia che assiste a domicilio due anziani su 100 sia l'Emilia-Romagna che ne assiste dieci. La parte che ha influenzato le regioni è invece costituita dagli allegati, quelli cioè che hanno identificato le prestazioni da abbandonare o quelle inappropriate (le "black list" dei LEA), con i quali

sono state ridotte, per esempio, le prestazioni riabilitative e le prestazioni in regime di ricovero (trasferendole ad altri setting). I LEA sono intervenuti in un settore maturo, dove tutte le prestazioni sono garantite sebbene in modo assai disforme e dove il finanziamento può essere più o meno adeguato ma che si confronta dignitosamente con quelli medi europei.

Il settore assistenziale non vive questa esperienza. I servizi a livello locale sono gracili, molto più differenziati che non nella sanità e con un finanziamento che è il più basso dell'Europa dei 15. Il finanziamento del sistema assistenziale locale è straordinariamente insufficiente. I LEPS non possono avere gli stessi obiettivi dei LEA. Mentre i LEA sono serviti a contenere la spesa, i LEPS devono servire a costruire, con tutta la gradualità del caso, la rete dei servizi assistenziali che in Italia è fortemente inadeguata (per la prima infanzia, per i non autosufficienti, per i poveri, ecc.). I LEPS devono servire per definire lo scenario dello sviluppo dei servizi assistenziali, il punto di approdo definendo anche gli standard di servizio. Se non facciamo questo, condanniamo l'Italia ad avere un sistema di welfare incompiuto.

Della necessità di definire i LEPS sono consapevoli i proponenti della maggioranza delle proposte di riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Non tutte le ipotesi pensano ad una proposta complessiva ma che si occupi almeno del settore della non autosufficienza a cui qualcuno (Capp, Cer e Servizi Nuovi) ha già trovato un acronimo (LESNA, Livelli essenziali dei servizi per la non autosufficienza). Detta così sembra semplice ed invece anche in questo caso ci sono dei nodi strategici da sciogliere ed in particolare occorre definire che cosa si intende per LEPS e quali sono i loro contenuti. La definizione dei LEPS da parte dello Stato garantisce il diritto a beneficiare di prestazioni per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno? Se così è, e sarebbe auspicabile, ci troveremo di fronte ad un diritto esigibile. L'approvazione dei LEPS ricomprende la definizione di standard di offerta dei servizi, declinandone i principali aspetti quantitativi e qualitativi? Sarebbe importante comprendere tutti e due i criteri; la definizione del bisogno accompagnata dall'esigibilità del diritto di tutela del cittadino nei confronti dell'ente potenzialmente inadempiente mentre il riferimento a standard di offerta evidenzia la necessità che le amministrazioni si facciano attivamente carico di organizzare un sistema di servizi, in assenza dei quali verrebbe a cadere l'esigibilità del diritto (Bosi *et al.*, 2012). Non vi è dubbio, pertanto, che la definizione dei LEPS nel modo indicato dovrebbe garantire una rete di servizi ben distribuita in tutto il territorio nazionale ed un punto di riferimento anche per chi deve costruire i livelli di offerta degli stessi.

Sul fronte dell'offerta dei servizi tutta l'attenzione è rivolta giustamente all'incremento di quelli domiciliari. Il 90% delle proposte ne parla mentre lo sviluppo dell'assistenza residenziale riscuote un consenso solo da cinque ipotesi (Capp, pensionati CGIL-CISL-UIL, Gruppo per la riforma dell'assistenza conti-

nuativa, d.d.l. Ferrero, Sottosegretario Guerra) di riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. L'impostazione è condivisibile. Ogni sforzo dovrebbe essere finalizzato a mantenere la persona non autosufficiente nella propria abitazione, riservando la soluzione residenziale alle sole situazioni in cui la domiciliarità non è possibile. Anche per questo una adeguata attenzione dovrebbe essere riposta anche sull'assistenza residenziale per garantire un livello dell'offerta accettabile in ogni regione ed una rispondenza alle esigenze attuali di crescente complessità dei casi ricoverati nelle strutture residenziali. Assolutamente trascurata invece l'esigenza dei centri diurni per anziani che vengono trattati solo dalla proposta di N.N.A. per l'opportuna previsione degli standard di presenza di tali servizi in tutte le regioni. C'è però da chiedersi come mai questa sottovalutazione dei servizi semiresidenziali. Vengono forse ritenuti poco efficaci nell'assistenza ai non autosufficienti o troppo costosi in relazione al servizio svolto? Sarebbe utile indagare.

Come raggiungere gli obiettivi di sviluppo dell'assistenza domiciliare e residenziale i più non lo dicono. Invece uno dei nodi è proprio quello di garantire dei livelli quantitativi di offerta in tutte le regioni per garantire una assistenza adeguata e parità nelle condizioni di accesso per tutti i cittadini. Abbiamo già visto che i LEA sanitari su questo si sono dimostrati insufficienti individuando i servizi da garantire ma non definendo l'offerta minima così da mantenere inalterate le distanze fra i livelli di offerta dei servizi, per esempio delle cure domiciliari, fra le varie regioni. Per essere davvero efficaci, i LEPS dovrebbero intervenire anche su questo aspetto definendo gli indicatori quantitativi da garantire in ogni territorio per le singole prestazioni (per esempio quota degli anziani non autosufficienti assistiti a casa, ecc.) per i non autosufficienti.

Tre sole proposte si preoccupano di definire degli obiettivi quantitativi e qualitativi dei servizi. Il Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa propone degli standard di spesa da raggiungere per popolazione target, N.N.A. propone standard adeguati di presenza di servizi per le regioni mentre il d.d.l. Ferrero propone la definizione di standard quantitativi e qualitativi dei servizi. Si tratta di uno degli aspetti più complessi perché la normativa attuale affida tale competenza alle singole regioni. Per questo registra così poche proposte. Ciononostante un intervento appare ineludibile anche in questo campo viste le differenze, in qualche caso stellari, negli standard qualitativi che le singole regioni hanno approvato per i loro servizi residenziali e semiresidenziali.

Rari invece sono gli standard qualitativi per i servizi domiciliari. Solo il livello statale può esercitare un ruolo significativo su questo fronte. Lo strumento da utilizzare non dovrebbe essere di tipo normativo ma quello delle Linee guida da condividere in sede di conferenza Stato-Regioni. Giova rammentare che un percorso di questo tipo è già stato realizzato in passato con l'approvazione del d.P.C.M. n. 308/2001 che propose alle regioni i requisiti minimi strutturali e orga-

nizzativi per l'autorizzazione delle strutture residenziali e semiresidenziali. Era un decreto non vincolante dal punto di vista normativo ma che è stato in grado di orientare in senso omogeneo le diverse regioni italiane (Pesaresi, 2008). Bisognerebbe pertanto elaborare delle linee guida nazionali sugli standard qualitativi per l'insieme dei servizi per la non autosufficienza, definendoli in collaborazione con le regioni e disponendo un sistema di monitoraggio centrale sulla loro applicazione. Nulla di strettamente vincolante ma sicuramente efficace come l'esperienza passata ha dimostrato.

Ad ogni buon conto, un intervento anche sul fronte qualitativo si rende necessario per garantire a tutti una adeguata qualità ed anche per evitare che il raggiungimento di standard quantitativi di crescita porti al sacrificio di quelli qualitativi, come abbiamo visto in qualche regione per esempio a proposito delle cure domiciliari.

C – Il sostegno della domanda

Gli interventi per il sostegno della domanda sono stati i più trascurati nelle varie proposte che si sono succedute per la riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Il vuoto più clamoroso riguarda gli interventi riguardanti le assistenti familiari che oggi rappresentano la risposta più importante per le famiglie. Solo nel 2012, N.N.A. e il sottosegretario Guerra affrontano il tema proponendo interventi volti a incentivare la regolarizzare del loro lavoro attraverso il sostegno economico delle famiglie (N.N.A.) o la formazione delle assistenti familiari (Guerra), strumenti che dovrebbero diventare una leva per elevare la qualità dei servizi che queste forniscono. In precedenza nessuna proposta ne aveva parlato. Si tratta quindi di una evoluzione recente delle elaborazioni. In realtà, nessuna ipotesi di riforma può prescindere da questo tema che può essere trattato con un mix di iniziative nazionali e regionali: occorre sostenere maggiormente le famiglie con agevolazioni fiscali, occorre attivare politiche migratorie dedicate, realizzare attività formative per le assistenti familiari e, infine, mettere a disposizione strumenti per facilitare l'incontro fra la domanda e l'offerta di lavoro a livello locale. Molte regioni hanno attivato diversi interventi in alcuni di questi campi ma l'esperienza ha dimostrato che senza un intervento integrato che coinvolga anche le politiche nazionali, l'efficacia dell'intervento regionale si è rivelata insufficiente.

Le idee attorno alla riforma dell'indennità di accompagnamento mancano ancora di "centri di gravità". Cinque proposte su dodici non se ne occupano confermando pertanto lo *status quo* mentre le altre sette proposte intervengono in modo estremamente differenziato. C'è chi propone la possibilità per l'utente di trasformarla in servizi (Zanotti, Guerra), chi di erogarla previa valutazione dell'Unità Valutativa Multidisciplinare (CGIL-CISL-UIL) e chi di graduarne l'importo in relazione ai bisogni (N.N.A., Guerra). Impossibile trarne una sintesi ed un orientamento prevalente. Anche in questo caso abbiamo assistito ad una evo-

luzione del dibattito. Negli ultimissimi anni, in particolare, si è affermata l'idea che la nuova riforma dell'assistenza della non autosufficienza debba coinvolgere anche l'indennità di accompagnamento prevedendo la graduazione degli importi in relazione ai diversi livelli di bisogno degli assistiti.

Forse proprio a causa del rilevante peso nazionale dell'indennità di accompagnamento, l'assegno di cura viene esplicitamente sostenuto solo da due proposte (Zanotti, Fioroni) mentre, per contro, un rilevante consenso (7 proposte su 12), distribuito nel tempo, viene raccolto dalla ipotesi di ridurre gli oneri pagati direttamente dalle persone collocate nelle strutture residenziali. Questo può avvenire con l'aumento delle quote di competenza sanitaria (Capp, Gruppo assistenza continuativa, d.d.l. Ferrero) oppure con un sostegno economico per i non autosufficienti ricoverati nelle strutture residenziali (Hanau, Zanotti, Sindacati pensionati CGIL-CISL-UIL, Castellani). Si tratta di un intervento da riprendere perché in Italia le rette delle strutture residenziali sono spesso più alte delle pensioni degli assistiti. Occorre però identificare con attenzione la tipologia dell'intervento badando a non incentivare l'istituzionalizzazione degli anziani o dei disabili. Da questo punto di vista, l'intervento più efficace potrebbe consistere nella riduzione degli oneri alberghieri al di sotto del 50% della tariffa complessiva delle strutture sociosanitarie.

Metà delle proposte si occupano dell'ISEE. I temi sono quelli che hanno animato il dibattito in questi ultimi anni fra chi vorrebbe assumere come reddito di riferimento quello della famiglia o quello dell'assistito al fine della definizione della quota di compartecipazione alla spesa dell'utente soprattutto dei servizi residenziali e semiresidenziali. La considerazione della situazione economica del solo assistito favorirebbe la famiglia del beneficiario, laddove è verosimile che l'eventuale nucleo di appartenenza del non autosufficiente sia costituito da figli adulti o da genitori. Questa linea comporterebbe, in genere, un aggravio di costi per gli enti erogatori ed una riduzione degli oneri familiari. L'argomento, peraltro, si presta anche ad altre valutazioni. Se si considera la condizione economica soltanto della persona e non dei suoi familiari, si ottiene l'effetto distorto di dover applicare la stessa contribuzione a utenti che potrebbero essere in condizioni radicalmente diverse.

Anche in questo caso le proposte di riforma differiscono nei contenuti anche se sembrano convergere verso l'esigenza di riformare l'ISEE. La soluzione del problema sembra oggi molto più vicina del passato dopo la recente sentenza n. 296/2012 della Corte Costituzionale che ha ritenuto legittima l'ipotesi di un coinvolgimento familiare nella compartecipazione alla spesa della retta e che ha sgombrato il campo dell'ampio contenzioso amministrativo su questi temi. L'obiettivo di un nuovo ISEE stava per essere realizzato sul finire della precedente legislatura ma la prematura interruzione dell'attività di governo ne ha impedito la definitiva approvazione. Il tema dovrà dunque essere ripreso e completato

nella presente legislatura partendo proprio da quel lavoro prematuramente interrotto che su questi temi aveva trovato una sintesi accettabile.

L'impressione generale, comunque, è quella di una scarsa attenzione verso gli strumenti che intervengono nel sostegno della domanda dei servizi. Questo è tipico delle politiche italiane ed è un aspetto squilibrante perché non si può lavorare sulla crescita dell'offerta di servizi se non si lavora anche sul sostegno della domanda di servizi.

D – *La governance del sistema*

La governance del sistema è stata trascurata dalla maggioranza delle proposte. Si intuisce però che il ruolo di governo del sistema deve essere affidato a regioni e comuni in un quadro di collaborazione con lo Stato (sei proposte lo indicano in modo esplicito). N.N.A. che più di altri si occupa del tema propone un "Patto per le persone non autosufficienti" che veda uno sforzo condiviso da parte dei due Ministeri interessati alla non autosufficienza, salute e welfare, delle regioni e dei comuni. Solo il lavoro e il finanziamento congiunto tra i diversi soggetti istituzionali potranno permettere la realizzazione del rafforzamento dell'offerta dei servizi, la promozione della qualità e la disponibilità di risorse. Inoltre, la maggioranza delle proposte non fornisce indicazioni riguardanti la transizione dalla realtà attuale al momento in cui la riforma sia stata realizzata. Eppure il percorso della transizione è importante tenuto conto delle grandi differenze territoriali nella distribuzione dei servizi e della prevedibile difficoltà nel reperire immediatamente tutte le risorse necessarie per implementare la riforma. Occorre pertanto definire un percorso graduale di realizzazione della riforma e di crescita dei servizi perché solo attraverso la precisa definizione del percorso si recupera la dimensione operativa dell'obiettivo indicato. Si può pertanto pensare ad un finanziamento gradualmente crescente per la realizzazione della riforma e ad obiettivi regionali che tengano conto, almeno nei primi anni di implementazione, dei livelli di partenza.

Lo stesso insufficiente interesse (4 proposte) ha raccolto l'idea che la riforma dovrebbe essere accompagnata dalla predisposizione di un robusto sistema di monitoraggio sui servizi erogati e sui relativi costi. L'attività di monitoraggio dovrebbe essere affidata allo Stato ma la stessa per essere davvero efficace dovrà essere accompagnata dalla previsione di sanzioni per le regioni inadempienti e di sistemi premianti per quelle virtuose (Capp, Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa, d.d.l. Ferrero).

Nel complesso questi due aspetti rimangono troppo in ombra nelle proposte valutate e dovranno essere riprese e far parte di una proposta organica di riforma.

E – Costi e finanziamento

Tradizionalmente gli italiani non danno il meglio nella misurazione dei costi delle proposte politiche che si fanno e così è stato anche in questo caso; la maggioranza delle proposte di riforma dell'assistenza ai non autosufficienti, infatti, è priva di una stima dei costi. Le altre sono molto difformi fra loro. L'ipotesi più bassa prevede un costo di 2 miliardi di euro mentre quella più alta 6,5 miliardi di euro che sale a 8 miliardi se si considerano tutti i non autosufficienti indipendentemente dall'età (Capp). Oltre a queste, occorre segnalare la recente proposta di N.N.A. che ritiene sufficienti anche i 400 milioni del Fondo per la non autosufficienza per avviare un percorso graduale che però deve veder crescere nel tempo il finanziamento. La differenza fra le risorse per avviare la riforma e le risorse a regime è evidentemente rilevante ma può essere giustificata dalle attuali ristrettezze di bilancio e dalla convinzione che un finanziamento per la partenza possa comunque costituire un volano spingendo lo Stato e le regioni a sviluppare il percorso intrapreso. Il finanziamento statale crescente, da utilizzare in modo coordinato con le risorse di regioni e comuni, deve essere destinato alla progressiva introduzione dei livelli essenziali dei servizi (N.N.A., 2012).

Le risorse vanno indubbiamente destinate al settore sociale ma un numero significativo di proposte (quattro) ritiene che vadano distribuite anche al settore sociosanitario. Questi orientamenti sono condivisibili anche perché in molti casi diventa difficile disgiungere i due settori che appaiono in ritardo rispetto alle risorse disponibili nel settore sanitario.

Per poter definire le ipotesi di finanziamento delle riforme occorrerebbe prima stimare il costo della riforma, eppure nelle varie proposte esaminate abbiamo registrato molte ipotesi di finanziamento ma poche stime dei costi della riforma e questo è un sintomo di scarsa incisività della proposta o di insufficiente approfondimento su un tema scomodo ma indispensabile. Nel merito, le ipotesi sono fortemente diversificate anche se la maggior parte di queste prevedono un aumento della pressione fiscale da esercitare soprattutto con una imposta di scopo. Ma ci sono anche altre ipotesi, seppur minoritarie, che prevedono di finanziare l'intervento con una riduzione della spesa previdenziale (Onofri, CAPP), o con la partecipazione di assicurazioni private o con risorse derivanti dalla contrattazione aziendale (Sacconi). La discussione italiana si è concentrata di più su due nodi della riforma dell'assistenza continuativa: incrementare la spesa pubblica o puntare sulle assicurazioni private? Molto in ombra è rimasta l'ipotesi di avviare il finanziamento della riforma con riduzioni di spesa in altri settori della spesa pubblica anche perché questo significava assumersi la responsabilità di indicare il settore da ridimensionare. Non vi è dubbio che aver concentrato il dibattito attorno alla ipotesi del reperimento delle risorse con la sola ipotesi dell'aumento della pressione fiscale non ha aiutato i sostenitori della riforma dell'assistenza in un paese dove la pressione fiscale è elevatissima e la crisi economica non ren-

de politicamente praticabile aggiungere una nuova imposta. L'obiettivo politico in questa fase sembra piuttosto quello di ridurre la pressione fiscale anche se atti efficaci in questa direzione non si sono ancora visti.

Comunque, nel dibattito italiano ed internazionale si propende per l'ipotesi che il pubblico debba finanziare il programma assistenziale per i non autosufficienti. A sostegno di questa ipotesi si afferma che il welfare pubblico deve adeguarsi al mutato profilo della società con i crescenti bisogni in questo campo e che l'impegno richiesto è economicamente sostenibile e che dipende solamente dalla volontà politica. La tesi di chi sostiene che le assicurazioni private devono finanziare l'incremento di spesa viene invece spiegata dalla argomentazione che non vi siano spazi per trovare maggiori risorse pubbliche e che non sia possibile spostare risorse da altre voci di bilancio.

Le assicurazioni private, in questo campo, hanno dimostrato grandi problemi di efficienza e di equità, anche quando lo Stato le ha sostenute attraverso incentivi fiscali dedicati. Puntare sulle assicurazioni private significa costruire un sistema che amplifica le disuguaglianze esistenti e che funziona male. Non a caso le assicurazioni private non si sono sviluppate come principale risposta all'invecchiamento della popolazione in nessun paese dell'OCSE, neppure negli Stati Uniti. Gli studiosi internazionali ritengono che le assicurazioni private, in questo campo, possano svolgere esclusivamente un ruolo complementare e non sostitutivo del finanziamento pubblico potendo comunque coprire solo una parte dei bisogni (Gori, Pesaresi, 2009; Colombo *et al.*, 2011).

Tra gli interventi citati nel Libro Verde dell'ex ministro Sacconi vi sono poi le forme di tutela contro il rischio di non autosufficienza previste in alcuni contratti collettivi, a livello aziendale o di settore, di cui beneficiano gli appartenenti ad alcune categorie professionali. Tra quelle esistenti, gli esempi più noti riguardano i contratti collettivi dei dipendenti delle assicurazioni e dei bancari che prevedono l'erogazione di un contributo economico ai pensionati e ai lavoratori del settore, con regolarità, per tutto il periodo di non autosufficienza. Ma anche questa soluzione non può costituire la risposta principale dato che non potrebbe che coprire una parte minoritaria della popolazione. Infatti, molte persone non potrebbero essere assicurate a causa della loro condizione lavorativa perché il loro contratto di lavoro non lo prevede o perché non lavorano o perché non hanno un lavoro stabile. Non a caso in nessun paese europeo simili soluzioni sono diventate prevalenti fra la popolazione. Il risultato migliore l'ha ottenuto la Francia dove viene coperto il 10% della popolazione mentre in Italia, nel 2009, le persone assicurate collettivamente erano circa 320.000 (Cembrani, Gori *et al.*, 2010).

Conviene pertanto puntare subito sulla crescita della responsabilità pubblica, accompagnandola con lo sviluppo delle assicurazioni private ed altri fondi integrativi privati in funzione integrativa.

Il tema delle risorse richiama direttamente il nodo delle scelte politiche e del livello di priorità che le forze politiche dedicano al tema della non autosufficienza. Tale attenzione è stata sinora piuttosto bassa ma occorre anche aggiungere che l'aver identificato soprattutto l'aumento della pressione fiscale quale unico strumento per finanziare la riforma e l'aver trascurato l'elemento della gradualità nell'implementazione del nuovo programma hanno probabilmente contribuito a raffreddare il dibattito sulla riforma, in un momento di grave crisi finanziaria dello Stato e di elevatissima pressione fiscale.

Il Programma nazionale per la non autosufficienza del sottosegretario Guerra

Per un attimo era sembrato che il Governo Monti volesse finalmente mettere mano alla riforma della non autosufficienza. Infatti, in una proposta di decreto legge del Ministro per la salute Balduzzi dal titolo "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di salute" dell'agosto 2012 veniva presentata, all'art. 6, la proposta di un "Programma nazionale per la non autosufficienza". Purtroppo, l'art. 6 è stato poi eliminato dal testo della proposta per la contrarietà espressa dalle regioni italiane.

Per la completezza della proposta e per la presumibile influenza che avrà nel dibattito della presente legislatura si ritiene utile un approfondimento sui contenuti della proposta.

Nell'art. 6, curato dal sottosegretario Maria Cecilia Guerra del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (ed ora con il Governo Letta vice ministro al lavoro e politiche sociali), veniva prevista l'intesa con la Conferenza unificata per l'adozione del "Programma nazionale per la non autosufficienza" quale insieme di misure coordinate e di azioni che Stato, regioni e autonomie locali si impegnano a erogare in forma integrata e coordinata, uniformemente sul territorio nazionale, in materia di prestazioni assistenziali per la non autosufficienza in ambito sanitario, sociosanitario e sociale al fine di garantire i livelli essenziali, compresa l'indennità di accompagnamento.

Il Programma è rivolto alle persone che hanno subito una perdita permanente, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, a seguito di patologie congenite o acquisite o di disabilità con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana o di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore. Le citate condizioni di bisogno sono valutate tenendo conto della situazione economica equivalente e del supporto della famiglia. Il Programma prevede l'elaborazione di nuovi strumenti valutativi in grado di misurare anche i fattori di interazione con l'ambiente di vita.

Il Programma propone una riforma complessiva dell'assistenza per la non autosufficienza prevedendo la riorganizzazione della fase della valutazione della non autosufficienza, la definizione degli interventi assistenziali, la riforma

dell'indennità di accompagnamento e lo sviluppo dell'assistenza integrata sociale e sanitaria.

La valutazione della non autosufficienza

La valutazione della non autosufficienza viene ovviamente prevista in capo alle aziende sanitarie locali ma realizzata dalle stesse commissioni già incaricate degli accertamenti relativi all'invalidità civile (legge 15 ottobre 1990, n. 295), integrate però con medici specialisti in materia geriatrica o neurologica in relazione all'età della persona e da un assistente sociale designato dal Comune di residenza di chi chiede l'accertamento. Il "Programma" prevede comunque la ridefinizione più complessiva del gruppo interdisciplinare ed interprofessionale che compone la Commissione valutatrice. Le Commissioni, in aggiunta all'accertamento delle condizioni psico-fisiche, valutano anche il grado di autonomia della persona, secondo i parametri di cui al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008, integrati, per gli aspetti sociali, dai parametri inseriti nella scheda del Sistema informativo nazionale per la non autosufficienza (SINA). Il richiamo al decreto 17 dicembre 2008 comporta presumibilmente l'utilizzo di uno dei tre strumenti di valutazione multidimensionale previsti nel decreto stesso:

- a) RUG (Resources Utilization Groups);
- b) SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano);
- c) AGED (Assessment Geriatric of Disabilities, derivato da AGGIR – Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Résources).

Alla valutazione multidimensionale segue l'elaborazione di un progetto personalizzato di cura, tutela e assistenza per ogni singolo assistito. Ad ogni persona non autosufficiente viene assegnato un profilo, cui corrisponde un complesso di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e assistenziali, con relativo preventivo integrato di spesa annuale, compresa l'eventuale quota a carico dell'utente o del comune e l'applicazione delle forme di compartecipazione derivate dall'indicatore della situazione economica equivalente riformato.

Le prestazioni

Per l'assistito, viene stabilita la presa in carico individuale sociosanitaria che deriva dalla valutazione multidimensionale e dal conseguente progetto personalizzato di cura, tutela e assistenza.

Le prestazioni erogate devono essere integrate, seguire i principi della continuità assistenziale e devono privilegiare le cure domiciliari, individuate in due livelli di intensità, che devono costituire almeno il 60% degli interventi erogati. Viene prevista anche l'assistenza residenziale e la formazione di assistenti familiari.

L'indennità di accompagnamento

Il Programma nazionale per la non autosufficienza avanzerà proposte finalizzate a stabilire che il volume di spesa destinato all'indennità di accompagnamento venga articolato per ciascuna regione sulla base della spesa attuale, consentendo alle regioni di rimodularlo in maniera collegata alle condizioni di gravità della persona non autosufficiente e all'insieme delle prestazioni alla stessa erogate, potendo i cittadini richiedere, in alternativa alla stessa indennità, per pari importo, specifici servizi a carattere tutelare e di assistenza personale. Gli attuali beneficiari delle prestazioni dell'indennità di accompagnamento, a scelta, potranno però continuare a fruire della stessa sulla base della normativa vigente o, previa sottoposizione a nuova valutazione, di optare per le prestazioni previste dal Programma.

Gli interventi di sistema per l'integrazione sociosanitaria

Affinché la nuova organizzazione dell'assistenza alla non autosufficienza funzioni occorre che le regioni e le autonomie locali si impegnino a fare in modo che gli ambiti sociali intercomunali trovino coincidenza con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari. La coincidenza territoriale degli ambiti sociali e sanitari sono il pre-requisito affinché si possa promuovere il conseguimento di una integrazione operativa e funzionale tra le strutture del Servizio sanitario nazionale e quelle delle autonomie locali, prevedendo, al fine della massima semplificazione degli aspetti procedurali di accesso al Programma, che comuni e aziende sanitarie individuino un Punto di accesso unificato, localizzato in ciascuno degli ambiti territoriali omogenei.

Verrà, inoltre, promossa l'utilizzazione in forma integrata delle fonti di finanziamento relative alla quota parte delle disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale già destinata alla spesa per la residenzialità extraospedaliera e alla domiciliarità a favore di anziani e disabili, alle risorse per la spesa sociale già destinata a tale scopo dalle regioni e dai comuni ed alle risorse messe a disposizione dallo Stato per l'indennità di accompagnamento.

Bilancio complessivo

Il bilancio di questi ultimi 15 anni è sostanzialmente negativo perché il dibattito attorno alla proposta di riforma dell'assistenza ai non autosufficienti ha portato a casa ben pochi risultati, anche se non mancano spunti di grande interesse in alcune proposte di riforma.

Grande consenso è stato ottenuto, per esempio, dalle proposte relative all'accesso al sistema dei servizi per la non autosufficienza. Le riforme ipotizzano un sistema che assista tutti i non autosufficienti indipendentemente dalla loro età, che avviino il loro percorso assistenziale attraverso una porta unica di acces-

so che li informi e li accompagni nel loro percorso assistenziale. Il percorso inizia con una valutazione multidimensionale, con l'elaborazione di un Piano assistenziale individualizzato (PAI) da realizzare con uno strumento di valutazione unico per il territorio nazionale e che sia anche in grado di classificare in tre livelli di bisogno gli assistiti in modo da graduare gli interventi assistenziali loro rivolti.

Per garantire una rete adeguata e ben distribuita nel territorio la maggioranza delle proposte ritiene necessaria l'approvazione dei livelli essenziali di assistenza almeno per il settore della non autosufficienza accompagnata da uno sviluppo dell'assistenza domiciliare.

Le proposte per il sostegno della domanda di servizi sono quelle che stentano di più a trovare una sintesi unitaria; c'è il consenso a modificare l'ISEE, l'indennità di accompagnamento e la ripartizione dei costi dei servizi soprattutto residenziali fra il sociale e il sanitario ma non ci sono orientamenti prevalenti sul come modificarli anche se non mancano ipotesi di sicuro interesse per i diversi campi di intervento.

Tabella 3 – La griglia per la valutazione delle proposte nazionali per la non autosufficienza

	Le indicazioni prevalenti
Accesso alle prestazioni	
1. Beneficiari	Tutti senza distinzione di età
2. Porta d'accesso	Punto unico di accesso sociale e sanitario
3. Percorso assistenziale	Percorso assistenziale con VMD e PAI. Unico strumento di valutazione
Sviluppo dell'offerta	
4. Definizione dei LEPS	Vanno definiti i livelli essenziali delle prestazioni per la non autosufficienza
5. Servizi domiciliari	Incremento dei servizi domiciliari
6. Servizi residenziali e semiresidenziali	-
Sostegno della domanda	
7. Spesa per le assistenti familiari	-
8. Indennità di accompagnamento	Modificarla, da definire i contenuti
9. Assegni di cura	-
10. Suddivisione della spesa fra sanità e sociale	Riduzione quota di partecipazione alla spesa dei non autosufficienti collocati in strutture residenziali
11. ISEE	Riformare l'Isee, da definire i contenuti
La gestione del sistema	
12. Governance del sistema e ruoli delle istituzioni	Governance del sistema affidata a regioni e comuni in un quadro di collaborazione con lo Stato. Gli stessi soggetti devono dotarsi di un sistema di monitoraggio e di incentivi e disincentivi
Costi e finanziamento	
13. Stima dei costi	Molto variabile: fra 2 e 8 miliardi di euro da destinare al sociale ma anche al sociosanitario
14. Modalità di finanziamento	Tassa di scopo

Sicuramente trascurata dalla maggioranza delle ipotesi la *governance* del sistema con l'identificazione dei soggetti attuatori e degli strumenti di monitoraggio ed incentivazione del programma.

Il motivo principale del mancato sviluppo del dibattito attorno alla ipotesi di riforma dell'assistenza ai non autosufficienti va ricercato soprattutto nella ipotesi prevalente di finanziare la stessa con un aumento della pressione fiscale ed anche nella mancata definizione (e condivisione) del costo del programma che ha reso ancor più incerto il peso della riforma sulle finanze pubbliche (cfr. Tab. 3).

Adesso, con la nuova legislatura il dibattito va ripreso facendo tesoro delle elaborazioni degli anni scorsi con particolare riferimento a quelle degli ultimissimi anni. Ci sono importanti punti di consenso da riprendere ed altri da sviluppare per completare una ipotesi di riforma credibile e completa. Particolare attenzione dovrà essere posta alla quantificazione del costo del nuovo programma ed alla sua ipotesi di finanziamento che dovrà avvenire gradualmente e, in questa fase, senza aumento della pressione fiscale. Si tratta di un compito arduo ma probabilmente senza alternative.

Bibliografia

- BOSI P., GUERRA M.C., SILVESTRI P. (2012), *Un "modello completo" delle politiche in materia di non autosufficienza*, in Capp – Cer – Servizi Nuovi, "Diritti di funzionamento", Roma, Liberetà.
- BRANCASI A. (2012), *Il principio del pareggio di bilancio in Costituzione*, Osservatorio sulle fonti.
- CAPP, CER, SERVIZI NUOVI (2004), *Diritti di cittadinanza delle persone anziane non autosufficienti. Un contributo per la definizione dei livelli essenziali dei servizi per la non autosufficienza (LESNA)*, Roma, Liberetà.
- CARUSO E. (2012), *La norma fantasma: Quel tratto di penna sulla non autosufficienza: ecco perché il decreto nuoce alla salute*, Il Sole 24 Ore Sanità, 2 ottobre.
- CARUSO E., DIRINDIN N. (2012), *Health Care and Fiscal Federalism: Paradoxes of Recent Reforms in Italy*, in *Politica Economica*, 28 (2), pp. 169-196.
- CEMBRANI F., COGNO R., GORI C., PESARESI F., RAGAINI F. (2010), *Le politiche nazionali*, in N.N.A. (a cura di) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 2° Rapporto*, Rimini, Maggioli.
- COLOMBO F. et al. (2011), *Help wanted? Providing and paying for long-term care*, OECD Health policy studies, OECD publishing.
- COMMISSIONE DI STUDIO SULLA NON AUTOSUFFICIENZA (2003), *Rapporto della commissione di studio interministeriale*, Monitor, n. 4.
- COMMISSIONE PER LE ANALISI DELLE COMPATIBILITÀ MACROECONOMICHE DELLO STATO SOCIALE (Commissione Onofri) (1997), *Rapporto finale – La spesa per l'assistenza*, Roma.
- GORI C. (2008), *Il dibattito sulla riforma nazionale*, in GORI C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci.

- GORI C., PESARESI F. (2009), *Il welfare futuro: una mappa del dibattito*, in N.N.A. (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.
- GRUPPO PER LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA CONTINUATIVA (2006), *Riformare l'assistenza ai non autosufficienti in Italia*, in GORI C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino.
- HANAU C. (2002), *Sul Fondo per la non autosufficienza*, Appunti sulle politiche sociali, n. 6.
- ISTAT (2013), *I bilanci consuntivi delle amministrazioni comunali (anno 2011)*.
- MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI (2009), *La vita buona nella società attiva. Libro bianco sul futuro modello sociale*, Roma, Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.
- NARDINI M. (2013), *La legge n. 243/2012 e l'adeguamento dell'ordinamento nazionale alle regole europee di bilancio*, Osservatorio sulle fonti.
- NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (N.N.A.) (2012), *Appello al Governo: subito il patto per le persone non autosufficienti*, in <http://www.socialesalute.it/res/download/luglio2012/N.N.A.-appello2012.pdf>.
- PESARESI F. (2008), *Descrizione del campo e declinazione dei livelli*, in Ranci Ortigosa E. (a cura di), *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, in "I quid" di Prospettive sociali e sanitarie, n. 2.
- PESARESI F. (2013), *Le funzioni dei punti unici di accesso*, Welfare Oggi, n. 1.
- PESARESI F. (2008), *Le porte sociali: le tendenze in Italia*, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 18.
- PETRETTO A. (2012), *"Costituzionalizzazione dell'equilibrio di bilancio, stabilità e crescita economica"*, Convegno Cesifin.
- PISAURO G. (2009), *I rapporti finanziari tra Stato e regioni*, in NICOTRA V., PIZZETTI F., SCOZZESE S. (a cura di), *Il federalismo fiscale*, Roma, Donzelli, pp. 71-82.
- PISAURO G. (2010), *I fabbisogni standard nel settore sanitario: commento allo schema di decreto legislativo*, Nens.
- Pisauro G. (2012a), *Come funziona il Fiscal Compact*, in www.lavoce.info, 31 gennaio.
- PISAURO G. (2012b), *"La regola del pareggio di bilancio tra fondamenti economici e urgenze della crisi finanziaria"*, Convegno Cesifin.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (2012), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario*, Rapporto n. 13, Studi e Pubblicazioni.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (2013), *L'attuazione del principio costituzionale del pareggio di bilancio*, legge 243 del 2012, Note brevi, 2013.

8. **Reagire alla crisi: come meglio utilizzare le risorse per rispondere ai bisogni delle fragilità**

Anna Banchemo, Enrico Brizioli, Marco Trabucchi

Introduzione

Siamo arrivati ad un punto di rottura nell'organizzazione dei servizi per le fragilità; sul tema si va facendo molta retorica, molti interessi sono in movimento, ma pochi i fatti. Eppure – *spes contra spem* – vorremmo ispirare questo contributo a quanto indicato da Edgar Morin, in *La via. Per l'avvenire dell'umanità* (Raffaello Cortina, Milano, 2012, p. 95): "Di fronte a una realtà stravolta da un'economia senza regole che distrugge il pianeta e la società, non basta più indignarsi (...); occorre provare a tracciare un percorso nel contempo utopico e realistico per invertire la tendenza. Non solo il cambiamento è possibile, ma è di fatto già iniziato grazie a numerose piccole iniziative locali. Iniziative che è necessario federare per creare una massa critica irreversibile. All'origine dei grandi cambiamenti ci sono sempre singole azioni. Quello che occorre è la coscienza della crisi e la volontà politica del cambiamento. Se c'è la volontà, allora si trovano i mezzi necessari per evitare la catastrofe".

Nella prospettiva sopraindicata, scopo dell'articolo è delineare un collegamento tra gli interventi sul bilancio sanitario attuati negli ultimi anni e la possibilità concreta di un cambiamento nella qualità/quantità dei servizi prestati alle persone non autosufficienti. Si ipotizza che, dopo i ripetuti risparmi effettuati senza che il sistema nel suo insieme potesse giovare di qualche compensazione, si possa oggi passare ad un'organizzazione che riconosca l'esigenza di investire almeno una parte di questo "guadagno" in nuovi servizi, al fine di costruire un equilibrio, più attento del precedente, ma allo stesso tempo non governato dalla sola logica economica. Tenendo conto, peraltro, che l'eccesso di risparmio diviene facilmente occasione per costi più elevati nel tempo. La mancata adeguatezza nella cura dell'anziano è un esempio: una persona affetta da polipatologia diventa infatti rapidamente non autosufficiente se non adeguatamente accompagnata da procedure diagnostico-curative e riabilitative-assistenziali in grado di controllare l'evoluzione dei processi biologici. È quindi necessario che le valutazioni economiche tengano sempre presenti le dinamiche cliniche e la dimensione tempo; gli interventi puntiformi non sono in grado di rispondere ai problemi posti

dalla continua evoluzione – a qualsiasi età – della condizione della persona fragile. Di conseguenza non è corretto valutare i costi solo in base al singolo atto, trascurando i carichi economici che si palesano nelle varie fasi di una condizione di malattia-non autosufficienza spesso di lunga durata.

Questa prospettiva è importante anche perché gli operatori a tutti i livelli possano percepire che, nonostante le molte incomprensioni, il lavoro con le persone non autosufficienti è parte centrale del sistema di welfare. La percezione è a sua volta motivo di orgoglio e quindi di una sempre maggiore dedizione per raggiungere standard elevati nelle cure. Oggi, mediamente, in Italia la qualità dell'assistenza prestata all'anziano è di buon livello; manca però una cornice che permetta di collocare la generosità, la competenza e l'intelligenza dei singoli operatori nella logica di un moderno sistema di welfare. A questo compito dovrebbe far fronte primariamente la politica; nella sua evidente assenza è però doveroso che il mondo delle professioni assuma funzioni sostitutive, pur sapendo quanto è importante la mediazione esercitata da una visione strategica.

Di seguito viene presentata una serie di considerazioni, elaborate da operatori che con competenze diverse affrontano le difficoltà di costruire un sistema di welfare che nella concretezza di tutti i giorni risponda ad una domanda sempre più esigente (Gensini *et al.*, 2013).

1. Le norme del cambiamento

La legge 7 agosto 2012, n. 135 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza di servizi ai cittadini”, tra gli altri provvedimenti che nel settore della salute dovranno produrre economie (farmaci, beni e servizi, acquisti unificati, ecc.) indica il ridimensionamento dei posti ospedalieri.

Per effetto dell'articolo 15, comma 13, della citata legge, i posti ospedalieri in Italia dovranno diminuire di almeno 7.389 unità. Questo numero deriva dall'abbassamento del tasso a 3,7 posti letto per mille abitanti, di cui il 3 dedicato agli stati di acuzie e lo 0,7 alla riabilitazione e lungo-degenza. Le modalità con cui dovrà avvenire la riduzione saranno stabilite da un regolamento sulla “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”, già inviato dal Ministero della salute (di concerto con il Ministero dell'economia) alla Conferenza Stato-Regioni. Il Regolamento è volto ad indicare il metodo di calcolo per la riduzione di Unità operative complesse e la riconversione, più in generale, delle strutture ospedaliere.

I contenuti del comma 13 dell'articolo 15 sono inequivocabili: “Con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Sta-

to, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, tenendo anche conto della mobilità interregionale, regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nel rispetto della riorganizzazione di servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio, provvedono a ridurre entro il 31 dicembre 2012 lo standard dei posti letto ospedalieri accreditati a 3,7 posti letto per mille abitanti". Come affermato sopra, lo standard comprende anche posti dedicati alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie; inoltre, si dovrà assumere, in coerenza con la diminuzione dei posti letto, sia la diminuzione delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici che un diverso tasso di ospedalizzazione (160 per mille abitanti, di cui il 25% sarà riservato ai ricoveri diurni). Fino alla concreta riduzione dei posti letto e delle corrispondenti unità operative complesse, le regioni non potranno attivare o rinnovare incarichi.

Nel predisporre il processo di riduzione, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dovranno operare una verifica, sotto il profilo assistenziale e gestionale, anche delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, pur se queste, in termini amministrativi, sono funzionalmente collegate a presidi ospedalieri articolati in più sedi. Altra indicazione di rilievo è quella di promuovere il passaggio dai ricoveri ordinari al Day hospital e da questo al regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare.

Sono anche favorite le sperimentazioni di nuovi modelli di assistenza, nell'ambito di diverse forme che possono garantirla al meglio e che nel contempo realizzino effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, mettendo in sinergia anche strutture pubbliche e private, sia di carattere ospedaliero che extra-ospedaliero. Nel realizzare i nuovi standard le regioni il cui numero di posti letto attuali fosse inferiore a quanto indicato dall'emanando regolamento avranno la facoltà di aumentare i posti fino alla soglia indicata dal regolamento stesso.

Considerando i posti ospedalieri, a gennaio 2012 sono presenti in Italia 231.707 posti letti (3,82 ogni mille abitanti), di cui 195.922 per acuti (3,23 ogni mille abitanti) e 35.785 per la cura post-acuzie (0,59 ogni mille abitanti). Gli standard individuati dalla legge n. 135/2012 di fatto diminuiscono dello 0,7 per mille i posti, operando un aumento della funzione post-acuzie di 0,11 posti per mille abitanti. In sintesi, i posti letto dovranno arrivare ad un totale di 224.318 e di questi 181.879 dovranno essere riservati agli acuti (- 14.043), mentre 42.438 ai post-acuti (+ 6635). I calcoli effettuati dal Ministero della salute si basano sulla popolazione di ogni regione pesata e corretta in base alla percentuale di anziani e ai flussi di mobilità ospedaliera. Il correttivo tiene conto che alcune regioni registrano una mobilità attiva, ovvero i propri ospedali attraggono pazienti residenti in altre regioni.

In base alle analisi del Ministero, le regioni che oggi hanno un numero di posti letto superiore a quello previsto dai nuovi standard dovranno provvedere alla riorganizzazione; peraltro, alcune di esse (Lombardia, Provincia autonoma di Trento, Emilia-Romagna, Lazio e Molise) hanno un numero di posti pari ai

nuovi standard, mentre l'Umbria è addirittura inferiore e potrà aumentare i posti letto per entrambe le tipologie (acuti e riabilitazione). In Piemonte diminuiranno i posti per la post-acuzie e potranno invece aumentare quelli per acuti.

Le rimanenti regioni (Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Bolzano, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Toscana, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) potranno aumentare i posti per la fase riabilitativa e lungodegenziale, mentre dovranno diminuire i posti per acuti. Va detto che con la valutazione della popolazione pesata, in alcune regioni (Liguria, Toscana, Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia), per effetto dei saldi, il numero di posti letto potrà complessivamente aumentare.

La reazione delle regioni al provvedimento non è stata di "mera accettazione"; infatti i Presidenti regionali, oltre a lamentare il mancato coinvolgimento nella messa a punto dei documenti ministeriali, hanno invocato la loro autonomia sulla materia, sottolineando che le misure del governo devono essere "orientative". In particolare evidenziano che il regolamento predisposto dal Ministero della salute in concerto con il Ministro dell'economia interviene pesantemente in una riorganizzazione della rete ospedaliera a cui ogni regione aveva già dedicato ampio spazio, anche con le precedenti misure economiche inerenti alla salute. Tutto ciò si inserisce anche nell'obiettivo più largo di garantire livelli di assistenza omogenei in tutta Italia, in termini non solo di assistenza ospedaliera, ma anche sul piano delle risorse umane impiegate in rapporto ai pazienti assistiti, al livello di complessità delle strutture e all'interazione della rete ospedaliera con quella territoriale, di cui si conosce la scarsa omogeneità a livello nazionale.

Gli effetti concreti del taglio dei posti letto, delle Unità Operative e dei piccoli ospedali sono comunque legati a scelte locali. Non sarà difficile prevedere "un assalto" dei maggiori enti locali in difesa dell'offerta ospedaliera a cui sono abituati. Sui risparmi che l'operazione, voluta dalla spending review, dovrà generare si hanno stime che certo non si concretizzeranno in tempi brevissimi. C'è infine da capire se il "sistema sarà in grado di tenere" di fronte ad una domanda che è abituata ad individuare l'ospedale come risposta immediata anche ad esigenze che nel 40% dei casi non richiedono il successivo ricovero. Certo, che se non si vorranno liste d'attesa ingestibili si dovrà provvedere con urgenza a fissare un ruolo concreto del territorio (dalla continuità assistenziale alle specialistiche ambulatoriali, alle cure domiciliari), che risponda alla numerosità dei cronici e delle altre categorie fragili.

Dal documento "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera" predisposto dal Ministero emergono tre aspetti:

1. volumi minimi di prestazioni effettuate;
2. soglie di rischio degli outcome di cura;
3. bacino d'utenza della popolazione.

Il punto 3 offre uno spazio maggiore alle regioni oggetto di mobilità attiva, ovvero a coloro che ospitano degenti che si curano fuori dal proprio territorio regionale.

La valutazione integrata dei tre criteri deve portare ai nuovi standard delle prestazioni. Gli ospedali vengono distinti in tre classi ⁽¹⁾:

- a) di base, con un bacino di 80-150mila abitanti, con pronto soccorso e un numero essenziale di specialità;
- b) di primo livello, 150-300 mila abitanti, con dipartimenti di emergenza-urgenza e numerose specialità e tecnologie avanzate;
- c) di secondo livello, tra 600 mila e 1 milione di abitanti, prevalentemente ospedali-azienda, Irccs e ospedali di grandi dimensioni non scorporati dalla ASL.

Gli standard devono essere applicati a tutte le discipline e nella ristrutturazione si dovrà tenere in particolare conto la rete dell'Emergenza-urgenza, la Day surgery, i Trauma center, le Reti per l'Ictus e le gravi cerebrolesioni. Saranno interessati alla ristrutturazione non solo gli ospedali pubblici, ma anche le cliniche accreditate; le strutture considerate di "integrazione" alla rete ospedaliera pubblica manterranno l'accreditamento solo se il loro numero di letti per acuti è superiore a 80.

Prima di evidenziare l'impatto della nuova manovra sui posti ospedalieri è bene richiamare quanto il Patto per la Salute 2010-2012 ha già indicato sul fabbisogno di posti ospedalieri abbassando, dopo diversi anni, lo standard nazionale di riferimento da 4,5 per 1.000 abitanti a 4. Tra il 2002 ed il 2008 i dati nazionali sui posti letto esistenti, considerando la documentazione ufficiale del Ministero della salute (Nsis) ⁽²⁾, tabella 1, mostrano una riduzione della dotazione di posti letto ospedalieri per ricoveri ordinari di oltre 35.000 unità, pari a circa il 14% della dotazione totale 2002.

Il Patto non aveva effettuato una pesante forzatura sul sistema, costringendo ad operazioni difficilmente sostenibili e traumatiche per i territori, ma con l'accordo Stato-Regioni l'obiettivo è stato quello di accompagnare e regolare processi che erano già in atto in molte realtà regionali. Va anche aggiunto che la manovra di riduzione di posti letto ospedalieri ordinari, inserita nel Patto, induceva alla costante razionalizzazione dei setting assistenziali e al raggiungimento di maggiori livelli di appropriatezza clinica ed organizzativa all'interno delle cure ospedaliere. Un risultato, in qualche regione anche troppo elevato, è stato quello della crescita dei letti in DH ed il passaggio a pacchetti di

⁽¹⁾ La nuova articolazione della rete ricorda le categorie ospedaliere introdotte con l'articolo 20 della legge n. 132/1968.

⁽²⁾ Nsis: Nuovo sistema informativo sanitario.

prestazioni ambulatoriali (ricordiamo quelli che furono i già famosi 45 DRG inappropriati del 2001, divenuti successivamente oltre 100), nonché al potenziamento di forme di residenzialità per le fasi post-acute e lungodegenziali e di una continuità assistenziale che avrebbe dovuto agire soprattutto per le cronicità e le fragilità.

Tabella 1 - Posti letto ordinari in Italia 2002-2008

Anno di riferimento	Ricoveri ordinari	Ricoveri ordinari	Totale
	P.I. pubblici	P.I. privati	
2002	208.034	49.876	257.910
2003	199.869	50.060	249.929
2004	191.083	49.002	240.085
2005	187.357	48.140	235.497
2008	175.458	45.718	221.176
Diff. 2008-2002	- 32.576	- 4.158	- 36.734
Diff. % su 2002	- 15,66	- 8,34	- 24

Va ancora ricordato che il Patto consentiva nella ridefinizione della rete ospedaliera anche cautele per incrementare i posti fino ad un massimo del 5%, in ragione del livello di anzianità della popolazione regionale (espresso dalla percentuale di abitanti ultrasettantacinquenni), affidando alla STEM ⁽³⁾ il compito di verificare le variabilità regionali. Tutto questo nella considerazione del maggior ricorso al ricovero ospedaliero da parte della popolazione anziana, che determina senz'altro fabbisogni differenziati tra territori che demograficamente, in termini di popolazione assoluta, possono essere uguali, ma nei quali si differenzia la presenza di ultrasettantacinquenni. Purtroppo, però, dall'analisi effettuata dall'AGENAS sui dati di ricovero nei presidi ospedalieri al 2010, si evidenzia che la variabilità delle dotazioni regionali di posti letto ordinari solo in parte è determinata dal fenomeno della maggiore o minore anzianità della popolazione, perché si registrano ancora ricoveri inappropriati in fasce di età più giovani.

⁽³⁾ Struttura tecnica di monitoraggio dei servizi sanitari: struttura paritetica di natura collegiale (Ministeri, Regioni e altri Organismi dell'ambito sanitario) prevista dal Patto per la salute 2010-2012, con il compito di monitorare lo stato dei servizi sanitari a livello nazionale.

2. Il fabbisogno di posti ospedalieri: uno sguardo all'Europa

La Commissione salute della Conferenza delle Regioni in data 5 dicembre 2012 ha preso in esame il regolamento proposto dal Ministero "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e ha proposto alcuni "punti fermi" per l'interpretazione dello stesso in maniera che vi sia omogeneità di approccio da parte di tutte le regioni. In particolare, la Commissione ha ritenuto di chiarire alcuni aspetti fondamentali, quali:

- la definizione della modalità di calcolo dei posti letto deve essere inequivocabile e unica per tutti (Ministero e Regioni); quindi è necessario utilizzare il Nuovo Sistema informativo sanitario nazionale (NSIS) ed i modelli HSP 22, HSP 23 e HSP 24;
- il numero dei posti letto standard deve prevedere un incremento per le regioni con saldo di mobilità attiva, attraverso il calcolo dei posti letto equivalenti al volume finanziario del saldo, secondo le modalità indicate nel regolamento stesso;
- i provvedimenti regionali devono essere adottati in modo da classificare le strutture ospedaliere secondo i bacini minimi di popolazione prevedendo, per le strutture ospedaliere, la soglia per l'accreditamento e gli accordi contrattuali, pari a 60 posti letto per acuti e consentendo modelli organizzativi associativi e/o consortili così da prevedere la costituzione di un unico soggetto accreditato e da realizzarsi entro il 31 dicembre 2013;
- gli standard per disciplina sono perseguiti tenendo conto di eventuali specificità del territorio regionale, documentate sulla base di criteri epidemiologici e di accessibilità ai servizi, anche attraverso la compensazione tra discipline (sono fatte salve le Aziende ospedaliere universitarie nella loro composizione convenzionale in regioni con popolazione uguale o inferiore a due milioni di abitanti);
- le regioni provvederanno ad assicurare modalità di integrazione tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello per intensità di cura;
- si dovranno valutare volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e del risk management;
- dovranno essere altresì applicati gli standard generali di qualità e gli standard individuati al paragrafo 6.3 della legge n. 189/2012;
- dovranno costituire riferimento gli standard organizzativi, strutturali e tecnologici ospedalieri e particolarmente quelli per le alte specialità;
- si dovrà articolare la rete ospedaliera nelle reti per patologia e adeguare in tal senso anche la rete dell'emergenza urgenza;
- si individueranno regole di integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta, partecipazione ai percorsi assistenziali integrati;

- in sede di prima applicazione, dovrà essere adeguata la disciplina regionale anche per le strutture di chirurgia ambulatoriale, secondo quanto indicato nell'allegato al decreto stesso.

Ma, al di là di queste indicazioni, qual è il fabbisogno reale di posti ospedalieri? Quanti servizi di Pronto Soccorso sono necessari e quante chirurgie generali, o medicine o ortopedie? Queste domande da decenni sono poste dal Ministero, dalle regioni, dalle amministrazioni locali ed anche da semplici cittadini, soprattutto quando hanno bisogno di un ricovero e si trovano a fronteggiare liste di attesa. Una prima considerazione collegata alla dimensione strutturale e organizzativa del nostro sistema ospedaliero è quella relativa all'istituzione di sezioni, di reparti ed anche di interi ospedali, non sempre derivante da reali esigenze, ma piuttosto da interessi locali, politici, accademici, e talvolta elettorali, senza discendere da una seria analisi epidemiologica sulla necessità di strutture ospedaliere.

Tutto questo purtroppo è andato avanti per decenni, soprattutto quando si credeva che la spesa pubblica fosse infinita e si invocavano annualmente ripiani sui fondi sanitari. Certamente da tempo stiamo operando per una razionalizzazione motivata, ma non abbiamo ancora raggiunto lo scopo; in particolare questo "disordine" non ha permesso di sviluppare adeguatamente servizi alternativi a partire da quelli territoriali. Non sono lontane le battaglie di piccoli comuni che difendono ospedali inadatti e inefficaci senza nemmeno chiedere in cambio assistenza domiciliare o servizi per anziani, minori e disabili, tutto legato solo ad un orgoglio di campanile per non perdere un avamposto che spesso è solo una parvenza di un efficiente servizio di cura.

Considerando indicatori di rapporto tra specialità e loro distribuzione, si comprende come, ad esempio, un Dipartimento di Emergenza di II livello, in base alla letteratura scientifica, possa essere sufficiente per 600 mila abitanti; in alcune situazioni ne troviamo invece anche due e forse di più, con il risultato che nessuno di loro avrà tutte le attrezzature necessarie o, se le avesse, difficilmente potrà sostituirle con altre più moderne e capaci di rispondere meglio alle esigenze degli ammalati.

Volendo operare una comparazione tra posti letto in Italia e posti letto nei più grandi Paesi d'Europa, uno studio dell'OECD 2010 "Health at a Glance: Europe 2010" indica i posti letto di diversi Paesi, difficilmente confrontabili agli standard italiani, perché comprensivi anche delle cure a lungo termine (dalla psichiatria alle gravi patologie geriatriche). Comunque, anche questo studio afferma che negli ultimi 15 anni il numero di posti letto ospedalieri per popolazione è diminuito in tutti i Paesi europei, con una media al 2008 di 5,7 posti letto per 1.000 abitanti, mentre nel 1995 erano 7,3. Si va dai 9 letti dell'Ucraina ai 3 della Gran Bretagna, ai 2 della Turchia.

La riduzione di posti è stata accompagnata da una riduzione della durata

media dei tempi di ricovero ospedaliero. La riduzione di posti è stata particolarmente evidente in Lettonia, Lituania e Bulgaria, ma un decremento seppure minore è registrato anche in Francia, Belgio, Germania. I Paesi nordici (Norvegia e Danimarca) si attestano oggi al 3,5 per mille. Hanno contribuito alla diminuzione dei posti sia i progressi nelle tecnologie medicali, che il passaggio alla Day-surgery. In molti Paesi, come l'Italia, la contrazione dei posti letto è derivata da politiche di contenimento dei costi che hanno avuto pesanti riflessi sulle dotazioni ospedaliere ancorché non pubbliche.

Ciò che va rilevato sui tassi ospedalieri medi dell'Europa è che i due terzi dei posti letto sono assegnati alle cure palliative, alla psichiatria, ai malati a lungo termine e tutto ciò avviene perché molte delle amministrazioni sono responsabili sia dell'assistenza ospedaliera per acuti che per i servizi "a lungo termine". In questi termini, quindi, si può rilevare che i posti per acuti di quegli Stati sono senz'altro inferiori o quanto meno uguali a quelli adottati attualmente dall'Italia.

Un problema di primaria importanza nel determinare il fabbisogno di posti letto ospedalieri è quello di "fissare" le tipologie di tali posti, anche perché se consideriamo le cronicità e soprattutto la non autosufficienza (sia anziani che disabili gravi) è necessario compiere scelte chiare sulla collocazione di "posti residenza".

3. Il ruolo delle famiglie e le responsabilità della politica

Nel corso di stesura di queste considerazioni vi sono state le elezioni nazionali da cui non è uscita una coalizione vincente e ne è derivato un Governo definito "delle larghe intese" che dovrà traghettare il Paese a probabili nuove elezioni, provvedendo nel frattempo a riscrivere la legge elettorale, ad individuare misure per favorire il lavoro, a ridisegnare riforme istituzionali che diminuiscano i costi della politica.

Ad oggi, non si è ancora provveduto al regolamento sui nuovi standard ospedalieri che le regioni, in fase pre-elettorale, hanno chiesto di procrastinare; se non intervengono correzioni potrebbero andare avanti le misure restrittive sui finanziamenti sanitari previste dalla spending review: nuovi ticket e tagli al Fondo sanitario. In questo contesto l'invecchiamento non si ferma e le famiglie, già provate dalla crisi economica, si trovano a dover fronteggiare con sempre maggior fatica i costi della non autosufficienza.

In questi termini, il nuovo Governo dovrà affrontare il problema della spesa sanitaria, terreno di difficile mediazione tra necessità di contenimento della spesa, riduzione della pressione fiscale, garanzia del Livelli Essenziali di Assistenza, tutela del welfare e difesa delle fasce più deboli.

Dobbiamo ricordare come le politiche “anti-crisi” adottate dai precedenti Governi sono iniziate con interventi mirati sulla farmaceutica e sul personale (blocco dei contratti e limitazione del turn-over) e sono passate poi a misure che volevano essere strutturali, ma hanno finito per risolversi in tagli sostanzialmente lineari, soprattutto nella loro applicazione a livello regionale. Per la prima volta nella storia del Servizio Sanitario Nazionale nel corso del 2013 il FSN ha subito una riduzione in termini assoluti di quasi l'1% (-0,96%) e per il 2014 e 2015 vi sono previsioni di modesti incrementi, peraltro minacciate dall'andamento generale dei conti dello Stato e da necessità di una riduzione di spesa che il Ministero dell'economia stima in almeno altri 5 mld di euro (circa il 4%) che dovrebbero derivare dall'aumento della compartecipazione (almeno 2 mld di ticket o franchigie), da recuperi di efficienza e da ulteriori tagli.

Una valutazione complessiva impone di riflettere sulla coerenza di manovre di questo tipo; in Italia la percentuale di spesa sanitaria rispetto al PIL si colloca già ben al di sotto della media europea ed ulteriori riduzioni andrebbero sicuramente a compromettere i livelli di assistenza e quindi i servizi (Meridiano della Sanità, 2012). Sarà necessario quindi che le manovre previste siano rivolte esclusivamente all'eliminazione degli sprechi ed al recupero di produttività ed efficienza, evitando in ogni modo di ridurre l'effettiva accessibilità ai servizi.

Sullo sfondo, non si potrà disattendere il problema dell'invecchiamento della popolazione, che determina di per sé un incremento dei bisogni ed impone scelte assistenziali ed organizzative diverse dal passato. Nella prospettiva dell'assistenza agli anziani lo scenario più temibile è sicuramente quello di ulteriori tagli lineari, perché espone maggiormente le fasce deboli a manovre di recupero della spesa corrente in assenza di interventi strutturali.

A riprova di quanto affermato sui tagli lineari e di quanto questi abbiano fortemente influenzato l'assistenza agli anziani in termini negativi, si indicano i fattori che hanno influito sulla contrazione dei servizi:

1. riduzione della capacità di spesa delle famiglie, con progressiva difficoltà a sostenere le rette alberghiere delle strutture residenziali, così come i costi dell'assistenza a domicilio;
2. diminuzione dei posti ospedalieri, come sopra illustrato, senza attivare servizi alternativi, ma procedendo a restrizioni dei ricoveri e a dimissioni precoci dei pazienti cronici e complessi;
3. tagli di spesa generalizzati da parte delle regioni e delle ASL, che in alcuni casi hanno esteso alle prestazioni residenziali e domiciliari i tagli lineari (riducendo budget, tariffe e livelli di servizio), mentre in altri casi hanno adottato una strategia di contrazione di spesa “più nascosta” restringendo i canali di accesso ai servizi.

Anche le regioni non sono sembrate capaci, fino ad oggi, di affrontare in mo-

do deciso le due principali voci di riduzione di spesa previste dalla spending review:

- riduzione della spesa ospedaliera (taglio di posti letto, di unità operative pubbliche e riduzione delle convenzioni con i privati), senza porre in essere misure alternative (come si è detto sopra) peraltro previste dalla legge n. 135/2012;
- riduzione della spesa per beni e servizi (rinegoziando contratti, riducendo volumi, costi standard e procedendo solo ad acquisti centralizzati).

In linea teorica la piena attuazione di questi interventi di riduzione di spesa e di riorganizzazione della rete ospedaliera avrebbe dovuto liberare risorse destinate, almeno in parte, ad incrementare le prestazioni residenziali e domiciliari. Nella realtà dei fatti, tuttavia, la riduzione della spesa ospedaliera incontra forti resistenze delle organizzazioni sindacali e dei comuni, con mediazioni che spesso ne hanno vanificato l'efficacia. Di conseguenza la necessità di contenere la spesa corrente finisce per scaricarsi sulle prestazioni residenziali e domiciliari, più facili da tagliare perché generalmente esternalizzate, regolate da accordi contrattuali annuali e non soggette a standard programmatori predefiniti (gli attuali LEA non fissano un livello minimo di copertura della domanda).

Ma quali sarebbero le reali potenzialità di risparmio a fronte di un intervento strutturale sulla rete ospedaliera?

La spesa ospedaliera in Italia continua ad attestarsi intorno al 46% della spesa sanitaria totale (MEF, 2012), per un valore di circa 50 mld di euro. Tutte le analisi sviluppate dall'AGENAS, da Federsanità-ANCI e dalle stesse regioni consentono di stimare che almeno il 70% degli ospedali italiani non conseguirebbero il pareggio di bilancio se fossero soggetti ad un reale sistema di remunerazione a prestazione, seppure mediato dagli usuali correttivi per le funzioni "complesse" e/o "non tariffabili" (pronto soccorso, rianimazione, didattica, ecc.). Lo scostamento medio tra valore della produzione e costi è del 15-20% (Pasdera, 2012), il che evidenzia un'area di "inefficienza" che vale almeno 5 mld di euro che potrebbero essere recuperati attraverso un più stretto vincolo al pareggio di bilancio e imponendo una maggior efficienza ai presidi ospedalieri.

La già programmata riduzione dei posti letto al 3,7 per mille (-10% circa), associata ad azioni mirate per l'appropriatezza dei ricoveri e delle giornate di degenza ed al taglio del 2% sui privati convenzionati, dovrebbe consentire inoltre un recupero di spesa di almeno altri 2 mld di euro, al netto dei costi che rimarrebbero comunque in carico al sistema. Risultati simili sono ottenibili nel settore della farmaceutica (sia convenzionata che ospedaliera), attraverso interventi sui proutuari farmaceutici, sull'utilizzo dei generici e sull'appropriatezza prescrittiva, con ulteriori economie attese per oltre 1,5 mld di euro.

L'appropriatezza e la lotta alle inefficienze sono le due leve principali per il recupero di risorse da parte del FSN ed offrono grandi margini anche negli altri Livelli Assistenziali, come la medicina di base ed i servizi amministrativi e di-

strettuali. Tuttavia, anche prescindendo da questi interventi, i soli settori farmaceutico ed ospedaliero sono in grado di “liberare” risorse per almeno 8 mld di euro, ampiamente sufficienti a coprire gli obiettivi di recupero di spesa (5 mld) ed a finanziare il potenziamento di servizi di long term care, come le prestazioni residenziali e domiciliari (Cergas, 2012).

Oggi la spesa per prestazioni residenziali e domiciliari assorbe meno del 6% del FSN (poco più di 6 mld), per cui un incremento di 2 mld consentirebbe un aumento del 33% dei servizi resi!

Anche su questo fronte, tuttavia, vanno operati dei distinguo territoriali. Alcune regioni hanno già una rete di offerta sostanzialmente adeguata (ad esempio Lombardia, Trentino, Veneto), per cui gli interventi di incremento di spesa per lo sviluppo dei servizi andrebbero indirizzati principalmente su quelle in maggior ritardo; in diversi territori c'è oltretutto un problema di Lea sociosanitari che formalmente risultano garantiti (le amministrazioni risultano adempienti alle verifiche), anche in presenza di politiche regionali che, nella sostanza, comportano limitazioni nell'effettiva possibilità di ricevere assistenza agli anziani (ad esempio striscianti tagli alle risorse per i servizi sociosanitari, ostacoli all'invio dei pazienti, tariffazioni inadeguate e livelli di servizio sempre più bassi) ⁽⁴⁾. Un adeguato sistema di monitoraggio dovrebbe scoraggiare tali comportamenti.

Il settore residenziale, inoltre, soffre della mancanza di una specifica legislazione nazionale su standard e tariffe, per cui sarà necessario almeno un'intesa a livello di Conferenza Stato-Regioni sui livelli di offerta e sugli standard di servizio.

Il settore domiciliare appare ancora più disomogeneo, con la stragrande maggioranza delle ASL che non sembra in grado di offrire servizi capaci di incidere realmente sui bisogni assistenziali dei cittadini. In questo campo è necessario partire dall'applicazione delle recenti normative sulle cure palliative (legge n. 38/2010) e riprendere le indicazioni LEA fornite dall'apposita Commissione nel 2006, per costruire una rete efficiente e professionale di servizi in grado di proporsi come reale alternativa all'ospedalizzazione e allo stesso ricovero in residenza.

4. Quale utilizzo per le risorse liberate dalla riorganizzazione ospedaliera

Analizzando il “Libro Verde” del MEF 2010 ⁽⁵⁾ e valutando la spesa ospedaliera, sappiamo che il costo medio per ricovero pesato indica l'entità media delle risorse impiegate per ciascun ricovero normalizzato per la complessità della casi-

⁽⁴⁾ Fenomeni che sembrerebbero interessare Piemonte, Liguria e Toscana, ma anche Marche, Umbria, Emilia, Friuli (Morandi *et al.*, 2011, Brizioli e Masera 2011).

⁽⁵⁾ Ministero dell'economia e delle finanze.

stica; la media italiana del costo medio per episodio di ricovero pesato, nel 2005, è pari a 3.450 euro. La regione dove il ricovero (pesato) costa di più è il Lazio con un importo pari a 5.083 euro, seguita dal Piemonte (4.459). Tutte le altre regioni presentano valori relativamente più bassi, compresi tra il minimo di 2.842 euro della Sicilia e i 3.881 euro della Toscana.

Se invece si valuta il costo per posto letto il valore nazionale è pari a 200.076 euro; il più alto si riscontra nella Regione Lazio, con un importo pari a 278.115, mentre il valore più basso si riscontra nella Regione Lombardia con un importo di 166.228. Valori piuttosto elevati si registrano anche in Piemonte (262.751 euro), Toscana (245.958 euro) e Campania (243.353 euro).

Infine, sempre dal Libro Verde, il costo medio per giornata di degenza a livello nazionale è pari a 674 euro; il costo maggiore si registra nella Regione Piemonte con 932 euro, mentre in Liguria si registra il costo minore pari a 593 euro. A pesare in modo differenziato sui costi sono soprattutto le differenti specialità garantite dalle strutture.

A questo proposito, anche se i "risparmi" dalle attuali riduzioni delle reti ospedaliere non saranno immediati, possiamo ipotizzare comunque in termini "larghi" circa 1,8 miliardi di risparmio. Tutto questo ovviamente deve rientrare in minori costi, ma in parte deve andare a finanziare, come peraltro recita il decreto, nuovi servizi, soprattutto a favore delle fragilità-cronicità. Si tratta delle reti territoriali più volte descritte ed illustrate nei volumi di N.N.A. (servizi misti residenza domicilio, servizi residenziali leggeri per gruppi di persone non autosufficienti di diverso grado, ecc.), che ancora oggi presentano una forte debolezza del sistema, aumentando i ricoveri ospedalieri e soprattutto i pre-ricoveri, rendendoli talvolta più lunghi di ogni previsione. Purtroppo, spesso, non si può parlare di ricoveri impropri, ma si dovrebbe parlare di scelte inappropriate, perché comunque la complessità delle patologie non consente né la permanenza a domicilio, né il ricovero in strutture prive di ogni sostegno sanitario adeguato.

La nostra stima è che una svolta nei livelli di servizio della residenzialità e dei servizi domiciliari potrebbe essere raggiunta con un maggior costo di circa 1,8 mln di euro, pari ai risparmi sopra indicati (meno dell'1,5% del FSN), che potrebbero essere investiti in:

- a) incremento dell'offerta nelle regioni carenti (30.000 posti letto in cinque anni) = 700 mln;
- b) copertura dei livelli assistenziali e adeguamento degli standard di servizio in tutte le regioni, comprese quelle con dotazione di offerta già adeguata = 500 mln;
- c) sviluppo servizi domiciliari specialistici e di alto livello = 500 mln;
- d) telemedicina, informatizzazione, formazione e verifica = 100 mln.

In una seconda fase sarà necessario un ulteriore investimento sulle cure domiciliari, per le quali la vera sfida è costituita dal passaggio a standard di servi-

zi qualificanti (su 7 giorni, pronta disponibilità notturna, erogazioni di prestazioni complesse, ecc.).

Su una prospettiva di questo tipo, costruita con standard di servizio ed obiettivi vincolanti per le regioni, può essere giocata nei prossimi anni la possibilità che il nostro Servizio Sanitario Nazionale sopravviva alla crisi e soprattutto organizzi una concreta risposta ai non autosufficienti.

È necessario tuttavia che i decisori politici abbiano chiara l'importanza di queste scelte, perché la riorganizzazione ospedaliera in un quadro di invecchiamento della popolazione ed in assenza di una rete adeguata di servizi territoriali comporterebbe fatalmente solo un progressivo degrado del sistema di welfare sanitario ed un vuoto assistenziale per i cittadini più deboli.

Non è inutile in questa prospettiva ribadire alcune caratteristiche di un servizio adeguato ai non autosufficienti nel nostro paese; rappresentano un "territorio" da difendere senza incertezze in tempi di crisi economica e un indirizzo che deve guidare il lavoro di cura verso un continuo miglioramento qualitativo e quantitativo nel caso si ritornasse nel prossimo futuro ad una soddisfacente condizione della finanza pubblica e privata. Sarebbe necessario che questi aspetti diventassero caratteristiche irrinunciabili, cioè diritti profondamente invernati nei servizi, che non hanno bisogno di essere riaffermati nelle diverse circostanze. Il consolidamento dei diritti è una caratteristica fondamentale di un paese civile; non possono quindi essere esposti ai venti delle scelte politiche, delle disponibilità economiche, delle pressioni professionali.

Di seguito viene elencata una sorta di decalogo al quale devono attenersi coloro che con diverse responsabilità guidano e gestiscono i servizi per le persone non autosufficienti. Negli anni recenti si è molto insistito sul concetto di rete, termine spesso idolatrato senza indicarne i reali contenuti. Pur non negando il significato strategico della costruzione di un sistema al quale il cittadino fragile può appoggiarsi nei vari momenti della sua vita, i punti che seguono indicano in maniera specifica alcuni passaggi irrinunciabili al fine di costruire modelli assistenziali adeguati all'oggi (Bellelli e Trabucchi, 2012).

1. Il servizio deve sempre disporre di operatori preparati sul piano tecnico-professionale e adeguati sul piano delle capacità relazionali ai difficili compiti di un'assistenza che spesso non presenta compensi proporzionati all'impegno profuso;
2. il servizio deve essere valutato per la sua qualità e i risultati raggiunti, allentando almeno in parte la morsa burocratica che oggi appesantisce operatori e amministratori;
3. il servizio deve dichiarare i risultati che si prefigge, indicando le modalità per rilevarli. Questi devono essere legati alla vita dei fruitori; sono quindi spesso anche di valore soggettivo, indipendentemente dalla loro dimensione oggettiva;

4. il servizio deve garantire una cura delle malattie attraverso la presenza di operatori che sappiano agire con atteggiamento proattivo e quindi – in particolare – attenti alla prevenzione di ulteriori perdite di autonomia funzionale;
5. il servizio deve essere impostato in modo da non provocare danni alla salute del cittadino (l'ambito è molto ampio e va dall'evitare atti quali i maltrattamenti, le contenzioni, la formazioni di piaghe, fino all'attenzione al tono dell'umore, all'alimentazione, ecc.);
6. il servizio deve evitare al massimo le transizioni incontrollate tra servizi diversi; attenzione particolare deve essere riservata al ricovero ospedaliero di persone a carico dell'ADI o ospiti di una residenza; troppo spesso il trasferimento è la spia di un'inadeguata capacità di cura nel luogo di residenza e induce una pesante condizione di stress nell'assistito, oltre che oggettivi danni alla sua salute (nonché un lavoro "non gradito" da parte degli operatori del pronto soccorso);
7. il servizio deve essere calibrato sulle condizioni del fruitore e quindi offrire modelli assistenziali adeguati, dalle fasi iniziali di perdita dell'autosufficienza fino alle fasi più avanzate, prestando – se opportuno – assistenza palliativa nelle fasi terminali di malattia;
8. il servizio deve essere organizzato in modo elastico, così da potersi adattare alle richieste, senza una continua revisione di comportamenti e procedure;
9. il servizio deve porre al centro dei suoi atteggiamenti operativi il rispetto della volontà del cittadino che chiede una risposta adeguata sul piano tecnico, la quale a sua volta deve tener conto di attese, speranze, timori;
10. il servizio non può essere neutrale rispetto all'uso del tempo da parte di chi ne fruisce. La solitudine e l'abbandono peggiorano gravemente la qualità della vita e costituiscono ostacoli pesanti all'espletamento di cure adeguate, sia sul piano dell'organizzazione della giornata, sia psicologico. Si prospetta l'esigenza di un'organizzazione che si faccia carico del bisogno di accompagnamento del cittadino nel tempo lungo della sofferenza e del disagio; è quindi ovvio che la presa in carico è irrinunciabile e con essa la scelta strategica di offrire servizi al posto di supporti economici.

Il decalogo sopra menzionato non rappresenta un modello ideale, né un mondo dei sogni. Si colloca nell'ambito del possibile da parte di comunità che abbiano responsabilità e doveri verso la persona anziana non autosufficiente e che comprendano i limiti posti da una situazione economica e sociale drammatica. Ovviamente non è discusso il problema della collocazione dei vari servizi in una logica di senso per l'anziano a rischio di perdere l'autosufficienza. Non si deve però dimenticare, nell'ambito di un'organizzazione armonica dei servizi, che il cittadino (e spesso anche l'operatore) non sempre sono in grado di collocare il servizio al quale sono collegati in una logica vitale complessiva; ciò espone a incomprensioni reciproche tra personale, fruitori e famiglie, con conseguenze tal-

volta negative per la costruzione di un rapporto di fiducia, indispensabile per garantire efficienza e efficacia delle prestazioni. È quindi necessario dedicare attenzione anche alla costruzione di conoscenze diffuse attorno al welfare per gli anziani, indicandone scopi e confini, in modo che singoli e comunità ne comprendano la funzione per garantire una buona qualità della vita e quindi partecipino alle scelte strategiche che la politica deve compiere per riequilibrare il complesso dei servizi offerti in ambito sociosanitario e assistenziale.

5. Conclusioni

L'analisi sopra riportata discende da valutazioni prevalentemente economiche; queste però non tengono in considerazione i significati, gli scopi, i ruoli delle imprese e delle persone che si occupano dei cittadini più fragili. Non si vuole ipotizzare una realtà sociale idilliaca, nella quale i servizi sono forniti indipendentemente dal loro costo (così è stato fatto per molti anni in passato, con evidenti disastrosi risultati!), ma indicare che "la scienza triste" non deve togliere il futuro alla prospettiva di tante persone che possono vivere decentemente solo all'interno di un adeguato sistema di welfare.

Oggi il rischio più grave è che la crisi pesi sui servizi in senso stretto, limitandone l'operatività, ma soprattutto che porti ad una netta decrescita del capitale sociale, l'insieme di iniziative più o meno spontanee che a vari livelli contribuiscono allo sviluppo dei sistemi informali di assistenza (oltre, ovviamente, ad essere un collante importante per le collettività). La pesantezza attuale è intuibile dal sovrapporsi di condizioni: la difficoltà di un servizio o di un altro a mantenere un decente livello di attività e l'atmosfera generale per cui progressivamente scompare un mondo di spontanea generosità e fattività.

La crisi ha tolto speranza e fiducia, ha costretto molti alla retrocessione verso un individualismo competitivo e commerciale, nemico mortale di una comunità che voglia contribuire ad una crescita solidale. L'interazione tra le scelte di austerità e la scarsa protezione sociale ha peraltro diffuso condizioni di disagio anche dal punto di vista della salute somatica, oltre che psicologica, degli individui. Si prospetta un futuro davvero preoccupante, dominato dall'assenza della politica che avrebbe il compito della guida e delle mediazioni, dalla decrescita economica delle famiglie, dalla chiusura degli spazi collettivi di impegno, fino ad una condizione di peggiore salute del singolo cittadino. Alcuni esempi recenti costituiscono un punto di riferimento al quale è necessario guardare per evitare il rischio che eventi simili si possano ripetere; la vicenda della Grecia rappresenta un monito pesante per chiunque pensi di risolvere i problemi economici di un paese solo fondandosi su indicazioni restrittive. Quanto costerà in futuro alla nazione greca ridare salute alle migliaia di persone che l'hanno persa per i tagli

operati nel sistema sanitario, senza un'analisi strategica delle conseguenze (che oggi peraltro già cominciano ad apparire)?

La salute di un popolo è costruita sull'interazione tra atti preventivi (i primi ad essere ridotti), atti di cura dell'acuzie (in difficoltà particolarmente per quanto riguarda l'impiego delle tecnologie più avanzate) e di cura prolungata delle malattie croniche (un settore che ha risentito molto delle restrizioni adottate nella *care* degli anziani). Oggi si rischia che i tre segmenti subiscano contemporaneamente drastiche riduzioni, e quindi che non siano più in grado di compensarsi reciprocamente come in parte è avvenuto nel recente passato (l'ospedale in particolare si caricava di funzioni improprie, ma anche la residenzialità eccedeva le sue funzioni quando il territorio non svolgeva il proprio ruolo).

Che fare, quindi? Come evitare che la crisi economica porti ad una crisi sociale, in buona parte figlia delle difficoltà dei sistemi sanitari e assistenziali? Nel periodo post-bellico la scelta collettiva di difendere i cittadini meno fortunati in momenti drammatici dal punto di vista economico ha portato allo sviluppo del welfare state, come diretta conseguenza del riconoscimento dei diritti della persona. Ciò ha prodotto in Europa decenni di relativa serenità collettiva. Oggi è tempo di rimettersi sulla stessa strada, sapendo bene che i bisogni degli anziani fragili sono di enorme importanza per il loro peso oggettivo, ma ancor più per l'ombra negativa che possono riflettere sulla vita collettiva, perché le paure di una vecchiaia accompagnata da malattia, dolore e abbandono appartengono ad un immaginario diffuso.

Il pessimismo non deve ledere la capacità di costruire il nuovo; a questa impresa siamo chiamati in molti, ma soprattutto i più giovani che hanno la sensibilità e la cultura per nuovi approcci tecnologici e organizzativi e quindi per costruire nuovi supporti alla vita delle persone fragili. Il ponte tra le generazioni – premessa indispensabile per questo impegno – si costruisce però solo se ai giovani viene mostrato un futuro, caratterizzato da una visione comune e condivisa (che non è diversa da quella offerta all'anziano: i due estremi della vita sono ancora una volta tra loro fortemente interconnessi).

Il pessimismo si batte prima di tutto con la ricerca di nuove modalità per offrire i servizi, basandosi sull'innovazione che si accompagna all'ICT e alle nuove conquiste della scienza medica e dell'organizzazione. Oggi i servizi alle persone fragili sono organizzati in Italia con le stesse caratteristiche di molti decenni orsono; una pseudorete, fatta della giustapposizione di prestazioni scarsamente collegate. Sono mancati in questi anni i finanziamenti per l'innovazione, ma soprattutto non vi è stato alcuno stimolo strategico in questo senso. Si pensi, per fare alcuni esempi, come sopra accennato, a quanto lavoro di studio e ricerca è ancora necessario per ottimizzare i risultati nell'area dei servizi post-acuzie, perché possano realmente permettere il ritorno a casa di molti anziani; si consideri l'alternativa – per molti versi sconosciuta (al di là delle parole) – offerta dagli ospedali di co-

munità oppure attorno all'integrazione strutturale e operativa tra servizi residenziali e quelli per il domicilio, oppure ancora per l'organizzazione nel territorio di risposte mirate per le persone affette da demenza (in particolare attraverso sistemi di gestione appropriata dei disturbi del comportamento, la causa più frequente di ricovero in residenza). Sullo sfondo resta la problematica dei servizi low cost e sul come garantire che non si trasformino in servizi low care (purtroppo la storia recente ci ha insegnato che in alcune regioni si sono nascoste drastiche scelte di risparmio dietro motivazioni apparentemente "nobili", come quella di ripristinare la centralità della famiglia, quando di fatto quest'ultima non è in grado di assumere ulteriori oneri, pesantissimi già quando viene adeguatamente assistita da servizi). Dietro a tutte queste situazioni vi è il nodo della valutazione, cioè come rilevare il bisogno complessivo della persona per costruire una risposta adeguata, i cui risultati poi vanno analiticamente rilevati, sia per un criterio di giustizia, sia per esigenze di bilancio. Se – ad esempio – si sostiene che una degenza ospedaliera che costa circa 600 euro (o più) può essere sostituita da quella in un ospedale di comunità a 125 euro al giorno, è necessario con onestà affrontare l'alternativa: prima si era in presenza di sprechi senza giustificazione oppure il progetto fornisce servizi inadeguati. Sarebbe invece corretto ammettere che si tratta di due analisi separate del fabbisogno e che, se si registra un surplus di letti per l'acuzie, con i risparmi ottenuti si possono finanziare servizi residenziali per la post-acuzie. Ma si tratta di due comparti che rispondono a bisogni tra loro profondamente diversi!

Adesso il sistema è in difficoltà, perché sono arrivate al pettine molte situazioni di inadeguatezza rimaste in equilibrio nel periodo delle disponibilità che ogni anno aumentavano. Ma dove si trovano oggi i finanziamenti per i progetti innovativi? È infatti comprensibile la difficoltà a finanziare la ricerca – sempre a rischio di insuccesso – quando mancano i soldi anche per le attività normali...

Il pessimismo si batte anche con la formazione, perché fornisce agli operatori il senso del lavoro da compiere, in particolare nelle aree marginali della medicina delle cronicità. La formazione in questo campo si è tradizionalmente fermata ad aspetti psico-organizzativi; nel frattempo i fruitori dei servizi sono cambiati radicalmente (più vecchi, più malati, meno autonomi) e quindi sono cambiati sia le metodologie cliniche ed assistenziali sia gli obiettivi delle cure. Se gli operatori non ricevono una preparazione adeguata, non colgono nemmeno gli obiettivi del proprio lavoro e quindi diminuisce la spinta ad affrontare le difficoltà con l'obiettivo di un risultato da ottenere, per il quale vi sia anche consenso sociale. Per un reale miglioramento del processo formativo si deve riconoscere che il modello tradizionale di insegnamento affidato a chi proviene dall'accademia non tiene più, e che è invece necessario pensare a forme di integrazione didattica più efficiente con il mondo dell'ospedale e del territorio, sia per ragioni quantitative che di contenuti dell'insegnamento stesso. Gli operatori del futuro vanno formati su un modello di libertà creativa, lontano dalla logica opprimente dei mansio-

nari; infatti la rigidità negli atti di cura è scarsamente efficace e costosa in termini economici (invece purtroppo è più facile trasmettere contenuti sempre uguali, che poi non si adattano alle diverse realtà).

A questi compiti, che portano ad una ricostruzione della speranza anche all'interno dei singoli servizi, deve guardare oggi il decisore politico, conscio che i suoi atti possono avere ricadute di grande rilevanza per la coesione della collettività. Gli operatori stanno facendo il loro dovere in questa direzione e non cambieranno certo atteggiamento, anche se angosciati e preoccupati per la possibilità di esprimere al meglio la vocazione al servizio (e talvolta anche per la difesa del posto di lavoro). Se la politica non capisce il valore di tale disponibilità e continua con il fare negativo di chi vuole imporre l'ordine senza essere in grado di mostrare a cosa servirà una volta imposto, i servizi alle persone fragili sono destinati a peggiorare. Ed allora saranno chiare le responsabilità!

Ma chi lavora nel campo è anche convinto che il progresso degli ultimi due decenni non può essere fermato solo per un momento – per quanto prolungato – di disorientamento o rinuncia ai doveri; troppi passi avanti sono stati compiuti da professionalità come – ad esempio – quelle infermieristiche o di servizio sociale perché accettino senza reagire fallimenti che inducono dolore e sofferenza nelle persone assistite.

A breve si vedrà delineato il futuro; per quanto difficile, sarà costruito sulla base delle capacità di chi lavora al servizio delle fragilità, e quindi certamente non sarà nel segno della perdita. Andiamo incontro ad un periodo di chiarimenti e di distruzione delle “maschere” che hanno accompagnato per anni molte realtà clinico-assistenziali: la crisi avrà prodotto almeno questo progresso!

Bibliografia

- BELLELLI G., TRABUCCHI M. (2012), *Il miglioramento dell'assistenza nelle residenze per anziani*, Pavia, Edizioni Medico Scientifiche.
- BRIZIOLI E., MASERA F. (2011), *I sistemi di tariffazione*, in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 3° Rapporto N.N.A.*, Rimini, Maggioli, pp. 126-136.
- CERGAS BOCCONI (2012), *Il Sistema Sanitario in Controluce – Rapporto 2012*.
- MEF-RGS (2012), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario*, Aggiornamento 2012.
- GENSINI G.F., NICELLI A.L., TRABUCCHI M., VANARA F. (2013), *Sistema sanitario e sviluppo del paese: alcune specificità in tempo di crisi*, Rapporto Sanità, Bologna, Il Mulino.
- MERIDIANO DELLA SANITÀ (2012), *The European House Ambrosetti*, Rapporto finale.
- MORANDI I., TAVINI G., DI DOMENICO S. (2011), *Assistenza agli anziani in regime residenziale extraospedaliero nelle regioni: variabilità dei costi e dei livelli di copertura della popolazione*, Agenas.
- PASDERA A. (2012), *Costi standard e ricoveri 2010*, presentazione al II Workshop Nazionale sui Costi Standard, San Giovanni Rotondo, 18 ottobre.

Gli autori

Anna Bancho, laureata in filosofia e sociologia. Direttore del Settore Politiche Sociosanitarie e Sociali Regione Liguria fino al 2008, oggi opera presso l'Agenda Sanitaria della Liguria. È Docente al Corso di Laurea Specialistica in Servizio Sociale presso l'Università di Genova. Dal 2000 è stata Esperto in Commissioni del Ministero della salute e del welfare, per la programmazione sociosanitaria, non autosufficienza e disabilità. Dal 2010 responsabile Coordinamento tecnico sociale delle regioni. Opera anche come Esperto presso il Ministero della salute per il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria. È componente di N.N.A.

Francesco Barbabella è ricercatore a contratto presso il Centro Studi e Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento dell'IRCCS-INRCA di Ancona. Nel 2011 ha lavorato presso lo European Centre for Social Welfare Policy and Research di Vienna, centro di ricerca affiliato alle Nazioni Unite. I suoi principali interessi di ricerca riguardano le politiche sociali negli attuali sistemi di welfare, il ruolo delle tecnologie a supporto degli anziani non autosufficienti e il fenomeno delle badanti.

Enrico Brizioli, Amministratore Delegato dell'Istituto S.Stefano (gruppo KOS), è laureato in Medicina e Chirurgia e Specialista in Neurologia ed in Igiene ed Organizzazione Ospedaliera. È dottore di ricerca in Neuroscienze.

Da sempre coniuga la attività manageriale con la ricerca nel campo della programmazione sanitaria.

Ha coordinato il Mattone n. 12 del Progetto Mattoni del Ministero della salute ed è stato membro dal 2003 al 2007 della Commissione ministeriale sui Livelli Essenziali di Assistenza. È autore di numerose pubblicazioni scientifiche e componente di N.N.A.

Enza Caruso è ricercatrice di Scienza delle Finanze all'Università degli Studi di Perugia e membro del CAPP dell'Università di Modena e Bologna. Presso il MEF ha fatto parte della Commissione Tecnica per la Finanza Pubblica; dell'Alta Commissione per l'attuazione dei meccanismi strutturali del federalismo fiscale; della Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica. È stata la Consulente di Gabinetto dell'Assessore alla Sanità della Regione autonoma della Sardegna e ricercatrice all'ISTAT.

Carlos Chiatti, economista sanitario, dal 2008 collabora con l'INRCA di Ancona dove è attualmente impegnato nel coordinamento di diversi progetti di ricerca sperimentale su modelli assistenziali innovativi per l'anziano. È inoltre docente a contratto di Management Sanitario presso l'Università Politecnica delle Marche e *visiting fellow* presso l'Università di Lund in Svezia. Dal 2013 è *Editor* della rivista scientifica *BMC Health Services Research*.

Mirko Di Rosa è dottore di ricerca in Economia Politica e dal 2009 collabora con l'INRCA di Ancona occupandosi di ricerca sulla cura degli anziani non autosufficienti, assistenti familiari straniere, invecchiamento e lavoro, prevenzione degli abusi e ruolo della tecnologia per migliorare la qualità della vita. Gli altri suoi interessi di ricerca sono l'uso di metodi di ricerca quantitativi, la valutazione delle politiche pubbliche e la qualità dei servizi pubblici.

Cristiano Gori insegna politica sociale all'Università Cattolica ed è consulente scientifico dell'Istituto per la Ricerca Sociale, a Milano, ed è *visiting senior fellow* presso la *London School of Economics*, a Londra. Dirige la rivista "Welfare Oggi", il sito *Lombardiasociale.it* ed è *co-chair* dell'*International Long-Term Care Policy Network (ILPN)*. È editorialista de "Il-Sole24Ore". È componente di NNA.

Filippo Masera, Dirigente Sociologo presso il laboratorio di ricerca Modelli Assistenziali della Direzione Scientifica dell'IRCCS – INRCA di Ancona, si occupa principalmente di elaborare analisi di scenario basate su confronti di modelli in sviluppo e già implementati in realtà nazionali e internazionali.

Sergio Pasquinelli è direttore di ricerca all'Istituto per la Ricerca Sociale di Milano. Ha fondato e dirige il sito *Qualificare.info* dedicato al lavoro privato di cura ed è vicedirettore della rivista "Prospettive Sociali e Sanitarie". Ha recentemente curato con Giselda Rusmini *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche* (Ediesse, 2013). È direttore scientifico del progetto "Agenzia di cura" finanziato dalla Fondazione Cariplo per il biennio 2013-14.

Laura Pelliccia, laureata in economia, attualmente è un'impiegata della Regione Lombardia. Ha partecipato a diversi progetti di ricerca di rilievo nazionale e regionale in ambito di economia sanitaria, finanza pubblica locale e politiche sociali (ad esempio *Lombardiasociale.it*). Tra i suoi interessi principali c'è quello dell'assistenza agli anziani. È assegnataria della borsa di studio 2012 del Gruppo Kos con il progetto "L'assistenza agli anziani non autosufficienti nelle regioni Italiane".

Franco Pesaresi è direttore dell'Azienda Servizi alla Persona "Ambito 9" di Jesi (AN) e presidente dell'Associazione nazionale operatori sociali e sociosanitari (ANOSS). È stato direttore della Zona territoriale di Senigallia dell'ASUR Marche e Direttore dell'area Servizi alla persona del comune di Ancona. È autore di oltre 180 pubblicazioni scientifiche sull'organizzazione sociale, sociosanitaria e sanitaria. È componente di N.N.A. Blog: <http://franco-pesaresi.blogspot.it/>.

Giselda Rusmini, sociologa, dal 2005 è ricercatrice presso l'Istituto per la Ricerca Sociale di Milano, dove svolge attività di consulenza e analisi nell'area delle politiche e dei servizi sociali e sanitari. In tema di lavoro privato di cura coordina la redazione del sito *Qualificare.info* ed è co-curatrice del volume *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche* (Ediesse, 2013).

Marco Trabucchi è professore ordinario nella Facoltà di Medicina dell'Università di Roma – Tor Vergata, Direttore Scientifico del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia e Presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrica. È stato presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. È autore di oltre 500 pubblicazioni scientifiche su riviste indicizzate, prevalentemente in ambito geriatrico e gerontologico. È componente di N.N.A.

Opere pubblicate nella stessa collana

- **Giovani, legalità e riqualificazione degli spazi**
Liliana Leone
- **Turismo sociale**
Giuseppe Magistrali (a cura di)
- **Complessità, organizzazione, sistema**
Silvio Coraglia, Giovanni Garena
- **Alzheimer e ambiente**
Marta Roncaglia, Damiano Mantovani, Letizia Espanoli
- **L'infermiere e la legge**
Marco Cazzola, Giovanni Chilin
- **Alzheimer in movimento**
Gianbattista Guerrini, Giuseppina Giorgi Troletti
- **I servizi dell'infanzia**
Mara Mattesini
- **Assistenza, etica ed economia**
Maila Mislej
- **Distretto e nursing in rete: dall'utopia alle pratiche**
Ofelia Altomare, Barbara Ianderca, Loreta Lattanzio, Cristina Stanic
- **Salute mentale e organizzazione che cura**
Livia Bicego, Cristina Brandolin, Annamaria Cociani, Adriana Fascì, Nicoletta Semeria
- **Il lavoro minorile**
Paula Benevene
- **Capire la psichiatria**
Maria Isabella Greco
- **Le informazioni e gli operatori sanitari**
Andrea Maccari, Gaetano Romigi
- **Le adolescenze**
Giovanni Amodio (a cura di)
- **Manuale di fund raising e comunicazione sociale**
Federico Spazzoli, Matteo Matteini, Marco Mauriello, Roberta Maggioli
- **La comunicazione che cura**
Giuseppe Magistrali (a cura di)
- **Il disabile adulto**
Alain Goussot (a cura di)
- **La dirigenza dei servizi infermieristici**
Patrizia Nappini, Mauro Petrangeli, Maria Serina
- **Piccoli e grandi: la comunità protegge i suoi bambini**
Saveria Addotta, Maria Teresa De Camillis
- **Sistema di gestione per la qualità delle residenze per anziani non autosufficienti**
Adriano Guala, Bettina Gallia, Laura Cazzolino, Paola Garbella
- **Misurare la complessità assistenziale**
Bruno Cavaliere
- **Alla scoperta del lavoro e dell'organizzazione**
Claudio Ruggiero
- **Nel nuovo welfare**
Giovanni Devastato
- **Accreditamento volontario di eccellenza**
Pierluigi Morosini e Paolo Piergentili (a cura di)
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia Rapporto 2009**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza (a cura di)
- **L'ansia: conoscerla e superarla**
Erica Elisei
- **Comprendere la povertà**
Francesco Marsico e Antonello Scialdone (a cura di)
- **Adatti e quasi adatti a scuola**
Antonio Iannaccone e Giuseppina Marsico
- **Assistenza in psicosi**
Fabrizio Asioli e Marco Trabucchi (a cura di)
- **La progettazione terapeutica nelle strutture socio-sanitarie**
Monica Zanolta
- **Integrazione socio-sanitaria**
Luca Degani, Raffaele Mozzanica
- **Servizio sociale professionale e medicina legale**
Laura Brizzi, Claudia Cannoni

- **Cooperazione sociale Legacoop in Emilia-Romagna**
Alberto Alberani e Luciano Marangoni
(a cura di)
- **Il capitale umano del terzo settore**
Paula Benevene
- **Siamo tutti stakeholder**
Marisa Parmigiani
(a cura di)
- **Democrazia e nursing**
Maila Mislej
- **Riabilitazione psicosociale nell'infanzia e nell'adolescenza**
Giovanni Battista Camerini ed Enzo Sechi
(a cura di)
- **Elementi di etica per operatori socio-sanitari**
Renzo Zanon
- **Adolescenza: stili di vita e comportamenti a rischio**
Susanna Testa
(a cura di)
- **Il personale nelle RSA e nelle strutture per anziani**
Franco Iurlaro
- **Attraversare il dolore per trasformarlo**
Letizia Espanoli e Nicoletta Todesco
(a cura di)
- **Elementi di Clinical Governance in Pneumologia**
Roberto Walter Dal Negro, Davide Croce, Antonio Sebastiano
- **Viva gli Anziani!**
Comunità di Sant'Egidio
- **Errore e apprendimento nelle professioni di aiuto**
Alessandro Sicora
- **Il personale nel non profit**
Federico Spazzoli e Francesco Liuzzi
- **Innovazione gestionale in sanità Riorganizzazione dei processi tecnico-amministrativi in materia di acquisti e logistica Esperienze a confronto**
Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto
- **Accordi e contratti nel "rinnovato" sistema di remunerazione delle prestazioni e delle funzioni ospedaliere**
Francesco Ciro Rampulla,
Livio Pietro Tronconi
- **Uscire dal buio**
Tommaso Mola
- **Esperienze di welfare locale**
Daniela Gatti e Paolo Rossi
(a cura di)
- **La formazione sul campo**
Antonio Pignatto, Costantina Regazzo,
Paolo Tiberi
- **Bisogni sospetti**
Emilio Vergani
- **Il mestiere dell'educatore**
Francesca Mazzucchelli
(a cura di)
- **Oltre il motivo del profitto**
Maria Vella
- **Schiavitù di ritorno**
Francesco Carchedi
(a cura di)
- **La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze**
Stefano Bugnoli
(a cura di)
- **Nursing narrativo**
Silvia Marcadelli, Giovanna Artioli
- **Qualità e Accreditamento dei Servizi Sociali**
Giovanni Garena, Anna Maria Gerbo
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 2° Rapporto**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza
(a cura di)
- **Benchmarking e activity based costing in ambito socio-sanitario**
Antonio Sebastiano ed Emanuele Porazzi
(a cura di)
- **L'analisi di bilancio nelle Aziende pubbliche di Servizi alla Persona**
Enrico Bracci
- **Governo clinico e cure primarie**
Carmelo Scarcella e Fulvio Lonati
(a cura di)
- **Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche**
Claudia Caula e Alberto Apostoli
(a cura di)

- **Come cambia il welfare lombardo**
Cristiano Gori
(a cura di)
- **Strategie per la fragilità**
Carmelo Scarcella, Fausta Podavitte,
Marco Trabucchi
- **Cooperare per l'infanzia**
Alfredo Morabito
(a cura di)
- **Le disabilità complesse**
Alain Goussot
(a cura di)
- **Tra normalità e rischio**
Cristina Faliva
(a cura di)
- **Non autosufficienza e territorio**
Koinè
- **Riflettere e agire relazionalmente**
Giovanna Rossi e Lucia Boccacin
(a cura di)
- **Metodi e strumenti per la qualità dell'integrazione scolastica della persona disabile**
Sabrina Paola Banzato, Loretta Mattioli
- **La relazione come cura nell'assistenza geriatrica**
Giovanni Braidì, Giovanni Gelmini
- **Il problema obesità**
Paola Gremigni e Laura Letizia
(a cura di)
- **Il tempo del morire**
Marta Roncaglia, Roberto Biancat,
Luca Bidogia, Francesca Bordin,
Maurizio Martucci
- **Comunicazione profonda in Sanità**
Francesco Calamo Specchia
- **Sette paia di scarpe**
Paola Rossi
- **Manuale di empowerment con i genitori**
Anna Putton, Angela Molinari
- **Professione Counseling**
Piera Campagnoli
(a cura di)
- **Manuale di movimentazione del paziente**
Samanta Cianfrone
- **Guida al welfare italiano: dalla pianificazione sociale alla gestione dei servizi**
Raffaello Maggian
- **Contro la contenzione**
Maila Mislej, Livia Bicego
- **Assistere a casa**
Giuseppe Casale e Chiara Mastroianni
(a cura di)
- **Anziani da slegare**
Maria Luisa Vincenzoni
(a cura di)
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 3° Rapporto**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza
(a cura di)
- **Incontri di Mondi Saperi, luoghi e identità**
Giovanni Amodio e Milli Ruggiero
(a cura di)
- **1° Rapporto provinciale delle politiche sociali territoriali comasche**
- **Costellazione RSA**
Carmen Primerano e Valter Tarchini
(a cura di)
- **Agorà**
Daniela Catullo, Barbara Mazzardis
- **L'aggressività nei servizi sociali**
Renata Fenoglio, Laura Nardi,
Adriana Sumini, Aurelia Tassinari
- **L'educatore professionale**
ANEP
- **Vita da OSS**
Gianluigi Rossetti, Patrizia Beltrami
- **Metodologie e strumenti per la gestione delle cure primarie**
Carmelo Scarcella, Fulvio Lonati
(a cura di)
- **Manuale dell'Operatore Socio-Sanitario**
Luca Cecchetto e Gianluigi Romeo
- **Oltre la crisi**
Giovanni Devastato
- **La programmazione sociale**
Angelo Mari (a cura di)
- **Fatica e bellezza del prendersi cura**
Beatrice Longoni, Enrica Picchioni,
Antonio Musto
(a cura di)

- **Animazione e demenze**
Walther Orsi, Clelia D'Anastasio,
Rosa Angela Ciarrocchi
(a cura di)
- **Take Care**
Giuseppe Imbalzano, Maria Grazia Silvestri
- **Alzheimer: idee per la qualità della vita**
Letizia Espanoli
- **Nuove sfide per la salute mentale**
Giuseppe Biffi, Giorgio De Isabella
- **Diritto Sanitario**
Giampiero Cilione
- **Scherzo, litigio, bullismo, reato?**
Susanna Testa
- **Il progetto girasole**
AA.VV.
- **Tra cambiamenti e continuità**
Daniela Gatti, Graziano Maino,
Anna Omodei
(a cura di)
- **Le parole dell'immigrazione**
Daniela Pompei
- **Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche**
Emidia Vagnoni, Laura Maran
- **Alzheimer: curarlo e gestirlo in RSA**
Sara Angelini
- **Autismo e competenze dei genitori**
Alain Goussot
(a cura di)
- **Servizio sociale e crisi del welfare**
Carmelo Bruni, Giovanni Devastato
Enzo Nocifora, Lluís Francesc Peris Cancio
Enrico Pugliese, Giuseppe Ricotta
Giovanna Sammarco, Elena Spinelli
- **Primary Nursing**
Giorgio Magon, Tiziana Suardi
(a cura di)
- **RSA Residenze Sanitarie Assistenziali**
Franco Pesaresi
- **Liberare la qualità**
Simone Peruzzi
- **Le demenze: mente, persona, società**
Antonio Monteleone, Antonio Filiberti
Patrizia Zeppego
(a cura di)
- **Voci dalla strada**
Francesca Zuccari, Laura Paolantoni
- **La leadership nella RSA**
Oscar Zanutto
- **Anziani. Salute e ambiente urbano**
Rita Cutini
- **Immigrazione**
Daniela Pompei
- **La metodologia pedagogia dei genitori**
Augusta Moletto
Riziero Zucchi
- **Le procedure disciplinari delle professioni sanitarie**
Mauro Di Fresco
- **Sala operatoria e terapia intensiva**
Francesca Ciruolo, Francesca Giofrè
(a cura di)
- **Pediatrati e bambini**
Giancarlo Cerasoli, Francesco Ciotti
(a cura di)
- **Fondamenti di infermieristica in salute mentale**
Vincenzo Raucci, Giovanni Spaccapeli
- **OSS operatore socio-sanitario manuale e quiz per il concorso**
Luca Cecchetto, Gianluigi Romeo
- **Nuove dimensioni del servizio sociale**
Franca Dente (a cura di)
- **I principi dell'organizzazione professionale dell'infermiere**
Paola Ripa, Piera Bergomi
Enrico Frisone, Duilio Loi
- **Principi di risk management nei servizi sanitari e socio-sanitari**
Luca Degani, Oliviero Rinaldi,
Massimo Monturano, Andrea Lopez,
Marco Ubezio
- **La rendicontazione sociale nelle RSA**
Maura Marangon
- **Dove l'acqua si ferma: la cura e il benessere degli anziani fragili con il metodo gentlecare**
Marco Fumagalli, Fabrizio Arrigoni