



La sostenibilità di un modello universale di copertura contro il rischio di non autosufficienza

STUDI E APPROFONDIMENTI



RICONOSCIMENTI

Il lavoro è stato coordinato da Sabrina Iommi e Nicola Sciclone, nell'ambito dell'Area tematica Lavoro, Istruzione e Welfare. La premessa e il capitolo 1 sono frutto di un gruppo di lavoro cui hanno partecipato, per IRPET Elena Cappellini, Tommaso Ferraresi, Sabrina Iommi, Letizia Ravagli e Nicola Sciclone e, per ARS Toscana Paolo Francesconi e Matilde Razzanelli. Il capitolo 2 è stato curato da Cristiano Gori e Giselda Rusmini. Il capitolo 3 è stato curato da Natalia Faraoni. Chiara Coccheri ha curato l'allestimento del testo.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano per il prezioso contributo informativo fornito Barbara Trambusti, Sara Madrigali e Claudia Magherini del Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria della Regione Toscana; Antonio Aggio della Direzione regionale Attuazione Programmazione Sanitaria della Regione Veneto; Raffaele Fabrizio, Mauro Mirri e Simonetta Puglioli del Servizio integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza della Regione Emilia-Romagna

Lo studio presentato fa parte di una collana a diffusione digitale e può essere scaricato dal sito Internet:
<http://www.irpet.it>

© IRPET Maggio 2014 - ISBN 978-88-6517-058-8

Indice

| | |
|--|----|
| Prefazione | 5 |
| Premessa | 7 |
| 1. Una proposta per il sistema di <i>Long Term Care</i> in Toscana | 17 |
| 2. Le politiche per la non autosufficienza della Regione Toscana in prospettiva comparata | 29 |
| 3. I sistemi di <i>Long Term Care</i> in un confronto internazionale | 87 |

PREFAZIONE

Il tema dei servizi di cura per gli anziani non autosufficienti è emblematico delle difficoltà che il nostro tradizionale modello di welfare deve oggi affrontare per conciliare una domanda crescente di prestazioni, a fronte di una minore disponibilità di risorse pubbliche.

Si tratta inoltre di un tema, che apre la discussione su una pluralità di questioni, di natura non esclusivamente organizzativa.

La costruzione di un sistema di finanziamento per la non autosufficienza, che sia sostenibile da un punto di vista economico e sociale, richiede, ad esempio, di stabilire criteri condivisi per l'individuazione dei beneficiari, la misurazione dei loro fabbisogni, la quantificazione e l'organizzazione delle modalità di erogazione degli interventi e la scelta del conseguente modello di finanziamento.

Molti dei passaggi elencati presuppongono in realtà una riflessione su quello che debba essere il compito dello Stato e su ciò che debba invece rimanere a carico degli individui, ovvero su come possa essere ripensato il patto di solidarietà tra classi sociali e generazioni. La revisione dei confini del welfare deve tener conto, tuttavia, che il rischio di non autosufficienza è prevalentemente connesso al processo d'invecchiamento della popolazione e merita l'attenzione della collettività perché riguarda potenzialmente tutti e perché comporta costi troppo elevati per il singolo che ne viene colpito.

Il sistema di risposta oggi vigente è in gran parte il frutto della sovrapposizione di strumenti più o meno recenti, dalle indennità di accompagnamento ai fondi per la non autosufficienza, e di aggiustamenti spontanei, basti pensare al fenomeno delle badanti. Per come si è evoluto, il sistema presenta ampi margini di riorganizzazione e di recupero di efficienza. La riorganizzazione del modello di governance e la definizione di criteri condivisi di valutazione del fabbisogno e di livelli minimi di assistenza sono senza dubbio strumenti prioritari per migliorare l'uso delle risorse esistenti e accrescere l'equità tra i cittadini.

La dinamica demografica sfavorevole, tuttavia, può rendere insufficiente la riorganizzazione dell'esistente (che comunque implica la redistribuzione delle risorse tra i beneficiari) e richiedere il reperimento di risorse finanziarie aggiuntive. Anche in questo caso le opzioni attivabili possono essere diverse: una già ampiamente utilizzata e che potrebbe essere ulteriormente allargata è quella della compartecipazione al costo da parte degli utenti, da estendersi anche alla ricchezza patrimoniale; altro tema frequente nel dibattito è quello delle

assicurazioni integrative private, ad oggi poco sviluppate, mentre un'ulteriore soluzione è quella che prevede la socializzazione del rischio, tramite l'introduzione di contributi sociali obbligatori. È evidente che ogni operazione di reperimento di risorse aggiuntive si scontra con il problema della pressione fiscale già elevata che caratterizza il nostro paese, di contro, però, le soluzioni "collettive" sono quelle che garantiscono maggiormente l'individuo in caso di bisogno.

Infine, le soluzioni adottate nel campo della cura per i non autosufficienti interagiscono anche con il funzionamento del mercato del lavoro. I diversi modelli organizzativi implicano, infatti, un contributo diverso di assistenza familiare e professionale, una diversa composizione tra lavoro regolare e irregolare, ma anche opportunità occupazionali che differiscono per ammontare, per livello di qualificazione e per condizioni di lavoro.

Il materiale raccolto in questo volume vuole fornire dati e argomentazioni a un dibattito necessariamente ancora aperto, approfondendo il modello toscano vigente e le sue possibili alternative, ma anche fornendo spunti derivanti dal confronto regionale e internazionale.

Stefano Casini Benvenuti
Direttore IRPET

PREMESSA

Le questioni aperte nel dibattito sulla revisione del *welfare*

I materiali inseriti nel presente lavoro, nonché le informazioni quantitative raccolte, le ipotesi formulate sui modelli organizzativi e le stime fatte sui fabbisogni finanziari e i relativi sistemi di finanziamento hanno l'obiettivo di stimolare una riflessione informata sul problema della riorganizzazione del *welfare*. Essi servono, quindi, a ragionare su vantaggi e svantaggi di soluzioni alternative, più che a proporre una definitiva.

Il lavoro è articolato come segue: nella premessa si ripercorrono gli argomenti principali sui quali è articolato l'attuale dibattito scientifico e politico sulla revisione del sistema di protezione sociale; nel capitolo 1, facendo riferimento al caso toscano, si stima il fabbisogno di assistenza introducendo un sistema di valutazione omogeneo, si propone un modello di riorganizzazione del servizio di cura e si quantifica il fabbisogno finanziario del sistema, elaborando anche una proposta per il reperimento delle risorse necessarie, per arrivare infine alla stima dell'impatto in termini di occupazione aggiuntiva; nel capitolo 2 si mettono a confronto i sistemi di *Long Term Care* di 4 regioni del Centro Nord Italia (Toscana, Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia), grazie all'accurata ricostruzione sia delle procedure amministrative di accesso ai servizi, sia delle informazioni quantitative relative al numero di persone assistite, all'intensità delle cure fornite, ai modelli organizzativi e ai livelli di spesa sostenuti dal settore pubblico; nel capitolo 3, infine, viene presentata una breve rassegna ragionata dei sistemi di *Long Term Care* presenti nei principali paesi europei, mettendo in evidenza i diversi impatti che si ottengono sia in termini di risposta al bisogno di assistenza, sia in termini di contributo alla creazione di nuova occupazione.

La cura degli anziani non autosufficienti come emblema della sfida del ripensamento del welfare

La domanda di cura proveniente dagli anziani non autosufficienti ha il pregio di evidenziare in maniera chiara i limiti strutturali del nostro sistema di *welfare*. Consolidatosi soprattutto nel secondo dopoguerra, il *welfare state* tradizionale era inserito in un contesto socio-economico con caratteristiche opposte a quelle attuali: un rapporto favorevole tra popolazione attiva e inattiva, un sistema economico in crescita, un mercato del lavoro in espansione, confini certi sia per il sistema economico, che produceva le risorse, sia per la popolazione di riferimento, che esprimeva i bisogni. È evidente che fenomeni quali l'invecchiamento della popolazione, la riduzione dei ritmi di crescita, la competizione internazionale, lo sviluppo dei fenomeni migratori hanno fatto venir meno le condizioni strutturali che consentivano al precedente modello di mantenere in equilibrio risorse e bisogni.

Come è noto, anche nella sua massima espansione il modello di *welfare state* italiano non era immune da difetti. Cresciuto in modo incrementale in assenza di un disegno complessivo, ha mantenuto i limiti di un approccio prevalentemente categoriale, centrato sulla partecipazione al mercato del lavoro piuttosto che sull'intensità del bisogno e basato prevalentemente sull'erogazione di prestazioni monetarie dal centro invece che sulla costruzione di un solido sistema di servizi territoriali. Tale evoluzione spiega quelle che sono le criticità oggi più comunemente riconosciute al sistema: un *welfare* insostenibile dal punto di vista economico perché eccessivamente costoso rispetto alle risorse provenienti dal mercato del lavoro, ma insostenibile anche dal punto di vista sociale perché troppo generoso con alcune categorie e troppo poco con altre, dove lo spartiacque tra *insider* e *outsider* è in gran parte generazionale,

essendo molto più costoso in termini di consenso ridisegnare i cosiddetti “diritti acquisiti” piuttosto che scaricare i costi sulle generazioni successive. La crisi del modello di *welfare* tradizionale, dunque, non è solo di natura finanziaria, ma deriva anche da un *deficit* crescente di legittimazione politica e culturale (Saraceno, 2012). Detto in altri termini, oggi ci troviamo nella necessità di ripensare profondamente il *welfare* non solo perché abbiamo meno risorse, ma anche perché si tratta di un *welfare* poco equo, per cui se da un lato c’è l’esigenza di tenere sotto controllo la spesa pubblica e, possibilmente di ridurla, dall’altro c’è la necessità di distribuirla in modo diverso tra settori di intervento e categorie sociali.

Perché allora la questione dell’assistenza agli anziani non autosufficienti è emblematica della più generale crisi del *welfare*? In primo luogo perché riproduce, con numeri di tutto rilievo, lo scarto tra dinamica della domanda di cura e disponibilità di risorse pubbliche, in secondo luogo perché non può prescindere del tutto da una risposta pubblica se non con costi sociali estremamente elevati, in terzo e ultimo luogo perché la risposta al bisogno richiede innovazioni delle modalità organizzative e di finanziamento, che implicano il ripensamento del sistema dei diritti e delle responsabilità, del più generale patto di solidarietà tra generazioni, tra categorie di lavoratori e tra ceti sociali.

Il presente contributo vuole dunque essere un primo tassello di una riflessione che è potenzialmente estendibile ad altri comparti del *welfare*.

Meno Stato, meno mercato, più società?

Il ripensamento del sistema socio-assistenziale dura in Italia almeno da due decenni e ha condotto a numerosi aggiustamenti, ma a nessuna riforma organica, per cui sono validi ancora oggi i limiti evidenziati dai lavori della Commissione Onofri nel 1997: basso livello di esigibilità dei diritti, forti disparità categoriali e territoriali, scarsità - ma soprattutto cattivo utilizzo- delle risorse impegnate (IRS, 2013).

Le riforme, in parte tentate e in parte attuate, possono essere ricondotte a due fasi distinte: negli anni ‘90 si è promossa soprattutto la strada della separazione di responsabilità organizzativa e produzione dei servizi, attraverso l’esternalizzazione della seconda a favore dei soggetti del mercato e del Terzo Settore. Il *contracting out* e la costruzione del cosiddetto *welfare mix* ha consentito la sopravvivenza del modello tradizionale di protezione sociale tramite il contenimento dei costi, ottenuto sia attraverso il superamento di alcune rigidità tipiche del settore pubblico, sia soprattutto grazie al progressivo abbassamento del costo del lavoro.

Tale soluzione è stata ampiamente utilizzata soprattutto in due settori la cui domanda ha sperimentato una forte impennata, quello dell’assistenza agli anziani e quello dei servizi educativi per la prima infanzia, e ha avuto come conseguenza positiva la crescita di un’offerta privata di servizi, di tipo prevalentemente *non profit*. Pur con alcune situazioni di eccellenza, tuttavia, è in genere prevalsa una visione residuale del Terzo Settore, che ha assunto il ruolo di produttore di servizi a basso costo per conto dello Stato, piuttosto che di attivatore di risorse sociali aggiuntive (Longo e Tanzi, 2010). Si tratta di una soluzione che nel lungo periodo viene considerata insostenibile, perché le risorse reperite con la sola tassazione saranno comunque insufficienti, data la dinamica demografica sfavorevole.

Più recentemente, dunque, l’attenzione si è concentrata sugli strumenti in grado di attivare, in modo organizzato, le risorse private e della società civile. A seconda dell’approccio ideologico prevalente, tali risorse possono essere lette come sostitutive o integrative dell’intervento pubblico, soprattutto in ambiti nei quali la domanda sociale è in crescita e l’intervento tradizionale poco sviluppato, quali assistenza per la non autosufficienza, sanità integrativa, servizi per la prima infanzia, interventi di contrasto alla povertà. Se da un lato vi

sono autori che sottolineano i rischi di forte differenziazione, tra soggetti e tra territori, insiti nel far affidamento su tali risorse, che ricordano, con pregi e difetti, le esperienze mutualistiche antecedenti la costruzione del *welfare state* (Ascoli *et al.*, 2012; Gori, 2012), dall'altro vi sono studiosi che ne colgono le potenzialità. I concetti di *welfare* di comunità (Ferrera e Maino, 2012), *welfare* societario (Donati, 2011), *welfare* civile (Zamagni, 2011) o *welfare* generativo (Magatti, 2012), pur con importanti differenze, hanno infatti in comune l'idea di superare il conflitto tra bisogni e risorse andando oltre la tradizionale dicotomia tra Stato e mercato, tramite l'attivazione della società civile e la costruzione di un *welfare* di tipo compiutamente sussidiario.

Tale obiettivo si realizza, da un lato portando a compimento il modello del "quasi-mercato", riconoscendo il più possibile agli utenti il diritto di scegliere il soggetto presso cui acquistare i servizi e agli operatori l'opportunità di arricchire e migliorare l'offerta aggiuntiva rispetto allo schema pubblico (si tratta del binomio: assegnazione di *voucher* e accreditamento dei produttori); dall'altro cercando di incentivare e incanalare le risorse private, in primo luogo la spesa *out of pocket* delle famiglie per l'acquisto di servizi o le scelte di risparmio verso forme più convenienti di assicurazione sociale.

Secondo Magatti e Lodigiani (2013) si tratta di costruire un *welfare* a tre pilastri (pubblico, privato e civile) che abbia come obiettivo quello di attivare e portare a sinergia tutte le risorse esistenti, finanziarie e non. In questo modello allo Stato compete un ruolo duplice quale quello di assicurare i livelli essenziali di assistenza e di farsi promotore di un sistema di *governance* che coordini risorse pubbliche e private per l'offerta di servizi integrativi. Uno Stato pertanto allo stesso tempo "garante" del livello minimo dei diritti sociali e "capacitatore", in grado cioè di attivare risorse aggiuntive latenti. Dal lato della domanda ciò significa promuovere politiche in grado di attivare risorse private in modo aggregato (fondi integrativi, forme associative di tipo mutualistico, ancorate ai territori e alle comunità più che ai posti di lavoro); dal lato dell'offerta ciò implica conferire più ampie possibilità di azione ai *providers* e favorirne l'aggregazione. Secondo Zamagni (2011) lo sviluppo dell'offerta passa anche dalla progettazione di nuovi strumenti di finanziamento che consentano agli operatori del Terzo Settore più ampie opportunità di accesso al capitale, come la possibilità di emettere "obbligazioni di solidarietà" e in quella di accedere ad un "mercato sociale dei capitali". Se lette in quest'ottica, le forme di finanziamento privato del *welfare* non implicano necessariamente individualizzazione e mercatizzazione, ma promuovono socializzazione dei rischi e sostenibilità sociale delle risposte, insieme alla costruzione di una nuova visione delle responsabilità collettive rispetto alla produzione del benessere. In questo senso le forme organizzate di finanziamento privato rivelano un potenziale innovativo da valorizzare, che va oltre il necessario contenimento dei costi per ridare senso al patto di solidarietà tra i diversi soggetti sociali. La condizione per cui si attivino gli effetti positivi, tuttavia, è che esse vengano considerate integrative e non sostitutive dell'intervento pubblico (Gori, 2012).

Ambito di spesa pubblica o bacino occupazionale?

Pur in tempi di austerità e di necessità di controllo della spesa pubblica, si va rafforzando un filone di studi che vede nel vasto settore dei servizi alla persona, che comprende quelli a contenuto prevalentemente assistenziale (LTC per non autosufficienti), ma anche quelli educativi (servizi per la prima infanzia) e quelli di supporto in generale alle famiglie (pulizie e aiuti domestici, assistenza per i compiti, piccole riparazioni, attività di giardinaggio, ecc.), un ambito con un alto potenziale di attivazione di nuova occupazione.

L'idea non è nuova ed era già stata sostenuta con forza nel Libro Bianco di Delors del 1993, intitolato "Crescita, competitività, occupazione" e centrato sulle misure di lotta alla disoccupazione nei paesi membri della Comunità Europea. Più recentemente essa è stata ripresa in una consultazione pubblica promossa dalla Commissione Europea -DG Occupazione, affari sociali e inclusione- in cui si indica il settore dei cosiddetti "white jobs", vale a dire dell'assistenza sanitaria e sociale e quello degli altri servizi alla persona come uno degli ambiti più promettenti per la creazione di nuove opportunità di lavoro (Commissione Europea, 2012). Al potenziamento del settore vengono associati una serie di effetti positivi, di tipo diretto e indiretto che giustificano il supporto pubblico, anche nella forma di sostegno alla solvibilità della domanda, e ne riducono il costo a carico della collettività.

È opinione molto diffusa che laddove il lavoro di cura è lasciato alla risposta informale all'interno della famiglia, ciò incide negativamente sulla partecipazione al mercato del lavoro delle donne e sulla diffusione di lavoro irregolare, privo di tutele e spesso associato con la produzione di servizi di scarsa qualità. Di conseguenza, il sostegno allo sviluppo del settore avrebbe tra le conseguenze desiderabili, quella di rispondere ad un bisogno di assistenza che è destinato a crescere a causa della dinamica demografica sfavorevole e dell'evoluzione delle strutture familiari, di facilitare la conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro, di accrescere la partecipazione al mercato del lavoro della manodopera femminile e a bassa qualificazione, di far emergere una parte di economia al momento sommersa, di migliorare le condizioni di lavoro e la qualità dell'assistenza. Anche in caso di supporto pubblico, il settore dei servizi alla persona ha inoltre il vantaggio di avere un basso contenuto di importazione e di produrre pertanto effetti significativi sull'economia locale.

L'argomento con cui gli Stati dell'Unione Europea sono soliti giustificare il sostegno pubblico ai servizi socio-assistenziali è quello dell'inclusione sociale e della partecipazione femminile al mercato del lavoro (quindi, un obiettivo di coesione sociale uno di efficienza economica), ma per le caratteristiche fin qui elencate, tali servizi potrebbero essere oggetto di politiche pubbliche per il potenziale di attivazione di occupazione aggiuntiva che possiedono (Commissione Europea, 2012). Del resto, i paesi che hanno puntato sullo sviluppo del settore, come è il caso della Francia con politiche di sostegno della solvibilità della domanda (CESU *voucher* e Piano Borloo) e della Germania con l'unione di sgravi fiscali e contratti di lavoro semplificati (*minijob*) hanno ottenuto risultati notevoli in termini di crescita numerica degli impieghi, anche se controverso resta l'effetto sulla qualità del lavoro creato (Ciarini *et al.*, 2013).

Se le condizioni economiche generali suggeriscono dunque cautela nel prevedere aumenti di spesa pubblica, è vero che occorre valutare il costo netto del sostegno pubblico, calcolato cioè come differenza tra risorse inizialmente richieste ed effetti espansivi sull'occupazione e sul reddito. Con quest'ottica, si potrebbe giustificare anche un innalzamento degli investimenti finanziari nelle politiche sociali, per esempio tramite l'utilizzo dei fondi strutturali europei, che potrebbe costituire una leva strategica per la creazione di nuovo lavoro che vada oltre le tradizionali politiche offertiste, tese unicamente ad accrescere l'occupabilità dei soggetti.

I limiti dell'attuale modello di Long Term Care

Torniamo, però, all'argomento centrale di questo lavoro. Al contrario di quanto avvenuto in alcuni paesi europei, dove a partire dagli anni '90 si sono implementate vere e proprie riforme strutturali per rispondere ai bisogni di cura di lungo periodo per la popolazione anziana (i casi più noti sono quelli di Germania e Francia), in Italia, a fronte di numerose proposte presentate, nessuna riforma organica è stata ad oggi avviata (Barbieri, 2013; Caruso *et al.*, 2013). Ad oggi, il sistema fornisce prestazioni complessivamente insufficienti, integrate in misura sostanziale

dalla spesa *out of pocket* delle famiglie, distribuite in maniera non sempre commisurata ai bisogni e frammentate, per quanto attiene alla filiera pubblica, tra competenze dello Stato, delle Regioni, delle ASL e dei Comuni.

Il perno del sistema a livello nazionale è rappresentato dall'indennità di accompagnamento, erogata in somma fissa (492 euro mensili per il 2012) alle persone non autosufficienti, indipendentemente dalla gravità dello stato di salute e dal livello del reddito. La prestazione monetaria è erogata direttamente ai beneficiari senza vincolo di destinazione, per cui manca qualsiasi finalizzazione dell'intervento alla regolarizzazione dei rapporti di cura informali (tramite *care giver* familiare o tramite "badante") o allo sviluppo di un mercato regolare e qualificato dell'assistenza. Nel 2012 le risorse erogate in questo modo per i beneficiari con più di 65 anni ammontano a circa 9,5 miliardi di euro. È opinione diffusa tra gli esperti del tema che l'utilizzo di tali risorse ad oggi sia molto al di sotto delle potenzialità, di assistenza per gli utenti e di occupazione per gli operatori che potrebbe dispiegare (IRS, 2013; Ciarini *et al.*, 2013).

Altro strumento di livello centrale è il Fondo Nazionale per la non autosufficienza, finanziato per la prima volta nel 2007 con una dotazione di 100 milioni, poi portata a 400 milioni negli anni di massima contribuzione, ma azzerato nel 2011, per poi essere rifinanziato nel 2013. È evidente che i suoi limiti possono essere facilmente individuati nella scarsità e variabilità delle risorse disponibili¹, oltre che nel complesso meccanismo di *governance*. Il Fondo Nazionale, infatti, al pari di altri (ci si riferisce in particolare al Fondo Sanitario Nazionale e al Fondo Nazionale per le Politiche Sociali) viene erogato alle Regioni, le quali possono integrarlo con risorse proprie e a loro volta lo trasferiscono alle ASL e ai Comuni. In questa complessa catena delle responsabilità, in genere le Regioni governano i meccanismi di accesso alle prestazioni, le ASL valutano lo stato di bisogno degli utenti ed erogano parte dei servizi (di solito quelli a contenuto più sanitario), i Comuni organizzano in maniera più o meno intensa l'offerta dei rimanenti servizi.

Altro difetto evidente del livello nazionale, che si traduce in un'elevata variabilità territoriale della risposta al bisogno di cura, è la mancanza di una definizione giuridica univoca della condizione di non autosufficienza, graduata possibilmente per livelli di gravità, cui fa da complemento la mancata fissazione normativa dei livelli minimi di assistenza da garantire su tutto il territorio nazionale (i LEP, Livelli Essenziali delle Prestazioni indicati dall'art. 117 della Costituzione), che avrebbero il pregio di definire chiaramente ciò che il cittadino ha il diritto di chiedere al settore pubblico (i cosiddetti diritti esigibili di cittadinanza).

Passando al livello regionale, l'evidenza empirica mostra che si stanno determinando divari crescenti in termini di risposte al bisogno di cura, mentre si vanno delineando modelli molto diversi di governo dei settori socio-sanitari. Sul primo aspetto, è in crescita il tradizionale dualismo tra il Sud e il Centro-Nord, essendo il primo caratterizzato con poche eccezioni (ad esempio la Puglia) da un equilibrio più conservativo, fatto di bassa dotazione di fondi propri e debole offerta di servizi territoriali. In merito al secondo, i casi di Lombardia e Emilia-Romagna sono indicati dalla letteratura come due modelli agli antipodi in grado di assicurare elevati livelli di risposta². La prima ha infatti puntato decisamente sullo sviluppo della logica dei quasi-mercati, riconoscendo agli utenti dei *voucher* di cura da spendere presso alcuni produttori accreditati, *profit* e *non profit*, messi pertanto in concorrenza tra loro. La seconda, invece, ha

¹ Si noti che su una spesa socio-assistenziale tradizionalmente povera per l'Italia a confronto con quanto avviene in altri paesi europei, dal 2008 si sono innestati tagli robusti: i fondi finalizzati (principalmente Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, Fondo per la Non Autosufficienza, Piano Nidi, Fondo Famiglia) sono passati da 2.520 milioni di euro a 271 e i trasferimenti indistinti dallo Stato agli Enti Locali hanno subito la stessa sorte (Gori, 2012).

² Fra le regioni a statuto speciale, di solito considerate come gruppo a parte per le disponibilità finanziarie che le contraddistinguono, spiccano i casi di Trento e Bolzano.

spinto decisamente sul potenziamento dei servizi territoriali e sulla valorizzazione del ruolo degli enti locali. In termini di meccanismi di finanziamento, di solito si distingue tra regioni che hanno o non hanno attivato un fondo regionale specifico per la non autosufficienza. Fanno parte del primo gruppo le regioni di solito considerate più attive sul tema, tra cui la Toscana, anche se l'istituzione del fondo di solito non serve a trovare risorse aggiuntive, quanto piuttosto a raccogliere e finalizzare in modo più visibile risorse già esistenti, provenienti o da trasferimenti statali o da altri capitoli di bilancio. L'Emilia-Romagna rappresenta l'unico caso in cui è stata prevista l'introduzione di una tassa di scopo volta a raccogliere risorse aggiuntive, mentre in generale l'attuale congiuntura economica è considerata sfavorevole all'introduzione di nuovi tributi (Beltrametti, 2008). Si noti, però, che alcune regioni hanno comunque messo in campo risorse e sistemi di risposta per la non autosufficienza, pur non creando un fondo dedicato, come è il caso della Lombardia.

Come è ricavabile da quanto sopra, il ruolo degli enti locali è quello più variabile sul territorio nazionale, essendo condizionato, da un lato dalla disponibilità di risorse e dalla presenza o meno di una tradizione di *welfare* locale, dall'altro dalle scelte organizzative fatte dai governi regionali. Ugualmente variabile è il ruolo affidato ai produttori privati dei servizi di cura, siano essi *profit* o più frequentemente *non profit*. In genere, tuttavia, questi agiscono in una condizione di subordinazione rispetto al committente pubblico, da cui dipendono dal punto di vista finanziario. Infine, l'ultimo attore rilevante del sistema è rappresentato dalle famiglie, che contribuiscono con risorse proprie di tutto rilievo nella modalità *in kind* (lavoro di cura informale) e *in cash* (pagamento di una parte delle rette delle strutture di ricovero e dell'aiuto fornito dalle "badanti"). Anche in questo caso, il coinvolgimento richiesto alla famiglia dipende dall'equilibrio individuale tra situazione di bisogno e livello di risposta della filiera pubblica.

Le linee guida per una riforma

Le proposte di riforma tendono ovviamente a ripercorrere i punti critici evidenziati per il sistema vigente. Pur nella varietà delle soluzioni ipotizzate, vi è un generale consenso su alcuni aspetti di fondo (Caruso *et al.*, 2013). È opinione condivisa, ad esempio, che occorra mantenere un'impostazione generale di tipo universalistico nel determinare il diritto all'assistenza, cui associare però una selettività sulla condizione economica, misurata con il modello ISEE, per stabilire il grado di compartecipazione dell'utente e/o della sua famiglia alla spesa. Di fatto si tratta di un modello ad universalismo selettivo, giustificabile anche con il fatto che l'assistenza non è un bene pubblico in senso stretto, al pari di quanto avviene con gli interventi in campo sanitario e previdenziale (Bosi *et al.*, 2005). Tale approccio presuppone tuttavia l'adozione, a livello di governo centrale, sia di un criterio uniforme per la valutazione delle condizioni di salute che per la quantificazione dei livelli di assistenza minima di competenza del settore pubblico, come pure dei criteri di compartecipazione degli utenti. Si tratta, dunque, di fissare in maniera chiara e uniforme per il territorio nazionale i confini dello Stato.

Altra caratteristica comune alle proposte di riforma è l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e lo sviluppo di un'adeguata offerta territoriale di servizi, che favorisca la cura presso la casa di residenza della persona bisognosa di assistenza. Un'opzione quest'ultima che viene giudicata positivamente sotto due diversi punti di vista, quello del benessere dell'utente, ma anche quello del minor aggravio del bilancio pubblico.

Per quanto riguarda le modalità di finanziamento, una delle proposte più recenti (IRS, 2013) suggerisce di assumere come vincolo l'attuale livello di spesa pubblica, data la difficoltà a reperire risorse aggiuntive nell'attuale momento storico, e di procedere ad una sua redistribuzione fra beneficiari e tipologie di intervento. L'idea centrale è quella di trasformare

L'attuale indennità di accompagnamento in una prestazione universalistica destinata a tutti i non autosufficienti, chiamata "dote di cura" il cui importo sia graduato, però, in base sia alla gravità della condizione di salute, sia alla disponibilità economica. La proposta prevede di lasciare all'utente la possibilità di scelta tra ricevere un trasferimento monetario o un *voucher* spendibile per l'acquisto di servizi prodotti dal settore pubblico, da privati accreditati (comprese le assistenti familiari) o da *care giver* familiari, premiando però la seconda scelta con un valore più alto della prestazione, sulla falsariga del modello tedesco. La seconda opzione ha infatti il vantaggio di sviluppare l'offerta dei servizi sul territorio e l'occupazione. Il modello proposto ragiona sulle risorse pubbliche attuali, assumendo che esse debbano continuare ad essere reperite tramite prelievo fiscale generale e non tramite il versamento di contributi o premi appunto perché l'obiettivo è quello di finanziare un livello minimo di assistenza da considerare corrispondente ai diritti di cittadinanza. Esso presuppone il consolidamento del Fondo Nazionale per la non autosufficienza in cui far confluire le risorse attualmente utilizzate per le indennità di accompagnamento, per l'invalidità civile in età anziana e per i servizi socio-sanitari per i non autosufficienti. Al contempo prevede di valorizzare il ruolo delle regioni per l'implementazione dei processi di presa in carico e di costruzione del sistema dei servizi territoriali su bacini sovracomunali.

La proposta non si pone, invece, il problema di trovare risorse aggiuntive, che la dinamica demografica sfavorevole potrebbe invece rendere necessarie. In genere, coloro che si sono posti il problema del reperimento di risorse aggiuntive hanno escluso la possibilità di ricorrere ad un aumento della pressione fiscale (tramite aumento delle addizionali o introduzione di un'imposta di scopo), per cui le scelte possibili sono di solito individuate: nello spostamento di risorse dalla spesa previdenziale (in particolare nella parte di prestazione che eccede i contributi versati e supera un livello di reddito considerato vitale) e/o dalla spesa sanitaria (l'idea centrale è di erogare l'assistenza continuativa in età anziana più propriamente attraverso il canale residenziale o con strutture assistite piuttosto che tramite gli ospedali), come pure nella valorizzazione del patrimonio immobiliare dei beneficiari delle prestazioni (sul modello del *reverse mortgage* statunitense) o nel ricorso alle cosiddette "risorse private organizzate", ovvero quelle provenienti dalla contrattazione di primo livello, dal *welfare* aziendale, dalle assicurazioni private, dalle fondazioni bancarie e dalle organizzazioni mutualistiche.

Ciascuna delle strategie proposte presenta vantaggi e svantaggi.

Lo spostamento di risorse da altri capitoli di spesa pubblica presenta di solito forti resistenze e ha il difetto di richiedere un ridisegno complessivo e ragionevole del sistema di protezione sociale e, soprattutto, una forte autorevolezza del *policy maker* che per la prima volta dal dopoguerra deve declinare il criterio dell'equità sociale con quello del livellamento dei trattamenti verso il basso piuttosto che verso l'alto (Onida, 2013).

La strada della mobilitazione della ricchezza patrimoniale degli utenti, tramite il meccanismo del *reverse mortgage* (o prestito vitalizio ipotecario) offre il vantaggio di fornire una modalità di finanziamento dei servizi utilizzati, che non preclude al beneficiario il diritto di abitare a vita nella casa di proprietà e agli eredi la possibilità di riscattare l'immobile. Ciò risponde anche ad un criterio di equità distributiva, evitando che gli eredi godano del doppio beneficio di ottenere un supporto pubblico gratuito per il loro familiare e poi, attraverso l'eredità senza alcun onere (il prelievo sull'eredità in Italia è poco più che simbolico) ottenere un patrimonio che non è frutto del proprio lavoro (Bosi e Guerra, 2008). Ad oggi, tuttavia, tale strumento esistente dal 2005 anche in Italia ha avuto poca diffusione, vuoi per motivi culturali (il valore anche identitario attribuito alla casa, il desiderio di lasciare un'eredità ai figli), vuoi per i costi di transazione legati alla stipula dei contratti e alle asimmetrie informative tipiche del

mercato immobiliare. La messa a punto di meccanismi standardizzati di mobilitazione della ricchezza potrebbe consentire tuttavia di superare almeno il secondo tipo di difficoltà.

Le soluzioni che passano attraverso le assicurazioni private, la contrattazione di primo livello e il *welfare* aziendale, le organizzazioni mutualistiche hanno infine il limite di movimentare una massa molto ridotta di risorse e di creare un sistema di protezione sociale molto differenziato in base alle opportunità economiche e occupazionali dei soggetti e al livello di sviluppo delle aree geografiche (Ascoli *et al.*, 2012; Gori, 2012). La proposta di legare questo tipo di contribuzione all'appartenenza territoriale, come suggerito dalla teoria del *welfare* di comunità, rischia solo di spostare il problema, a meno di considerare tutte queste modalità un modo per finanziare interventi aggiuntivi a quelli essenziali garantiti dal servizio pubblico.

La previsione di un sistema di assicurazione pubblica, basata su versamenti obbligatori di contributi ha da questo punto di vista il vantaggio di socializzare il rischio e omogeneizzare il livello di tutela ottenibile. Il limite maggiore di questo canale di finanziamento è lo stesso che riguarda la soluzione dell'aumento del prelievo fiscale, perché, a meno di individuare una diversa platea di contribuenti, finisce per gravare ancora una volta sulla popolazione attiva. Tale sistema si scontra poi con il problema dell'equità generazionale, specialmente se organizzato sul modello a ripartizione, che prevede che le generazioni attive finanzino il bisogno degli inattivi. Di contro, però, un sistema a capitalizzazione pura rischia di lasciare scoperto il bisogno di persone che oggi si trovano già nella fase finale della vita lavorativa. Se la centralità degli schemi pubblici universali non può essere negata, occorre tuttavia attivare meccanismi che permettano ai sistemi a ripartizione di garantire un livello accettabile di equità tra generazioni sia pure in presenza di dinamiche demografiche ed economiche sfavorevoli: il modello di Bolzano, ad esempio, prevede l'accantonamento di risorse per garantire la continuità temporale della risposta ai bisogni, il modello tedesco prevede invece un contributo obbligatorio a carico di tutti i percettori di reddito e crescente con l'età e dunque con il rischio di aver bisogno di servizi di cura.

Riferimenti bibliografici

- Ascoli U., Mirabile M.L. e Pavolini E. (2012), "Dal welfare di cittadinanza al welfare nel lavoro? Contrattazione collettiva e iniziativa di impresa in Italia", *La rivista delle politiche sociali*, n. 3, pp. 53-76
- Barbieri T. (2013), "La riforma del settore dell'assistenza continuativa", in Pizzuti F.R. (a cura di), *Rapporto sullo Stato sociale 2013. Crisi, istituzioni, beni comuni e welfare state*, Simone, Napoli
- Beltrametti L. (2008), "Le strategie di finanziamento", in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Carocci, Roma
- Bosi P. e Guerra M.C. (2008), "Imposta personale, dote per i figli e strumenti di *means testing*", *Tributi - Supplemento n. 1, Libro Bianco. L'imposta sul reddito delle persone fisiche e il sostegno alle famiglie*, <http://www.ssef.it>
- Bosi P., Guerra M.C. e Silvestri P. (2005), *Il finanziamento dei servizi per la non autosufficienza nel quadro della riforma del Titolo V*, <https://www.capp.unimore.it>
- Caruso E., Gori C., Pelliccia L. e Pesaresi F. (2013), "Le politiche nazionali per gli anziani non autosufficienti", in N.N.A. (a cura di), *L'assistenza ai non autosufficienti in Italia. Tra crisi e ripartenza. IV Rapporto*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna
- Ciarini A., Fantozzi R., Lucciarini S., Pavolini E., Picchi S., Raitano M. e Simonazzi A.M. (2013), *Il welfare è un costo? Il contributo delle politiche sociali alla creazione di nuova occupazione in Europa e in Italia*, www.cresceilwelfare.it

- Donati P. (2011), “Distinguere fra bene comune, beni pubblici e beni relazionali: per rifondare le relazioni tra Stato e società civile”, in Donati P. e Solci R. (a cura di), *I beni relazionali. Cosa sono e quali effetti producono*, Bollati Boringhieri, Torino
- European Commission (2012), *Commission Staff Working Document on Exploiting the Employment Potential of the Personal and Household Services*, <http://ec.europa.eu>
- Ferrera M. e Maino F. (2012), “Quali prospettive per il secondo welfare?”, in Brey M. e Granata M. (a cura di), *L'economia sociale: una risposta alla crisi*, Solaris, Roma
- Gori C. (a cura di) (2012), *L'alternativa al pubblico? Le forme organizzate di finanziamento privato nel welfare sociale*, Franco Angeli, Milano
- IRS (a cura di) (2013), “Nella crisi, oltre la crisi. Costruiamo il welfare di domani”, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 8-10 agosto-ottobre
- Longo F. e Tanzi E. (2010), *I costi della vecchiaia. Il settore del long term care di fronte alle sfide del futuro*, Egea, Milano
- Magatti M. (2012), *La grande contrazione. I fallimenti della libertà e le vie del suo riscatto*, Feltrinelli, Milano
- Magatti M. e Lodigiani R. (a cura di) (2013), *Welfare 2020. Il futuro dei sistemi di protezione sociale nel nostro Paese*, Fondazione Roma, Università Cattolica, <http://www.fondazioneroma.it/>
- Onida V. (2013), *Diritti costituzionali e diritti acquisiti*, intervento al convegno “Costruiamo il welfare di domani”, Milano, 26 settembre
- Saraceno C. (2012), *Il Welfare. Modelli e dilemmi della cittadinanza sociale*, Il Mulino, Bologna
- Zamagni S. (2011), *Slegare il Terzo Settore*, Il Mulino, Bologna

1. UNA PROPOSTA PER IL SISTEMA DI *LONG TERM CARE* IN TOSCANA

1.1 Introduzione

L'obiettivo di questo lavoro è quello di esporre, nelle sue linee generali, un modello di finanziamento per la non autosufficienza, sostenibile sia da un punto di vista economico che sociale.

È un tema, questo, di particolare rilievo perché emblematico delle difficoltà che il nostro tradizionale modello di *welfare* deve oggi affrontare per conciliare una domanda crescente di prestazioni a fronte di una minore disponibilità di risorse pubbliche. Per superare questa contraddizione è possibile muovere in più direzioni: i) ridistribuendo le risorse esistenti tra beneficiari e tipologie di intervento, ii) aumentando la copertura attraverso la fiscalità generale e/o la compartecipazione degli utenti, iii) attivando e organizzando nuove risorse private, integrative o sostitutive di quelle pubbliche; iv) innovando le modalità organizzative e, più in generale, il patto di solidarietà tra generazioni, categorie di lavoratori e ceti sociali; v) riducendo i servizi pubblici e lasciando libero di operare il mercato.

Escludendo l'ultima opzione, le altre sono tutte coerenti - se opportunamente declinate- con l'obiettivo di soddisfare in modo universale il fabbisogno di cura ed assistenza dei non autosufficienti. La proposta qui illustrata si muove in questa direzione, con l'obiettivo di offrire una soluzione strutturale al problema della non autosufficienza, attraverso un modello incentrato sulla socializzazione del rischio ed in grado di attivare nuova occupazione.

L'approccio seguito, diversamente da altri lavori (IRS, 2013), è di tipo *bottom up*. Ciò significa che il dato di partenza, assunto come vincolo, non è l'ammontare di risorse pubbliche esistenti, da redistribuire in funzione del numero e della gravità dei non autosufficienti, bensì il fabbisogno effettivo di assistenza. È questo ultimo a determinare quindi il fabbisogno finanziario necessario per assicurare a tutti gli anziani non autosufficienti le prestazioni di cui hanno bisogno. Un tale schema non è a costo zero, perché richiede un aumento della pressione fiscale e/o contributiva sui cittadini. Tuttavia presenta due vantaggi. Il primo risiede negli effetti redistributivi connessi al meccanismo solidaristico, che consiste nel pagare un poco tutti per risolvere un problema che coinvolge una minoranza della popolazione, ma che è foriero di grandi iniquità economiche e sociali. Ad oggi, infatti, il sistema fornisce prestazioni complessivamente insufficienti, integrate in misura sostanziale dalla spesa *out of pocket* delle famiglie, distribuite in maniera non sempre commisurata ai bisogni e frammentate, per quanto attiene alla filiera pubblica, tra competenze dello Stato, delle Regioni, delle ASL e dei Comuni.

Il secondo vantaggio del modello proposto consiste nella creazione di occupazione aggiuntiva, coerentemente con le strategie dell'Europa che individua nel settore dei servizi sociali uno dei potenziali bacini su cui puntare per creare lavoro (European Commission, 2012).

Il presente contributo è così articolato. Il paragrafo due espone l'attuale sistema di offerta e finanziamento degli interventi per la non autosufficienza degli ultra 65 anni. Quello successivo descrive, nei singoli aspetti, il modello di cura e finanziamento proposto e l'ultimo ne fornisce una quantificazione del possibile impatto occupazionale. Le stime, per motivi legati alla disponibilità dei dati, si riferiscono alla Toscana, ma lo schema di lavoro qui esposto può naturalmente essere esteso a tutte le Regioni.

1.2

L'offerta dei servizi e le risorse pubbliche attuali per la non autosufficienza

L'attuale modello di offerta e finanziamento dei servizi per la non autosufficienza vede coinvolti diversi attori istituzionali e risorse di fonte sanitaria e sociale. La maggior parte delle risorse provengono dall'INPS (46 per cento), che finanzia l'indennità di accompagnamento, e dal Fondo Sanitario Nazionale (45 per cento), che tramite la Regione viene distribuito alle ASL. Le prestazioni sanitarie sono erogate prevalentemente all'interno delle residenze sanitarie assistenziali (RSA), ma anche a livello ambulatoriale o attraverso l'assistenza domiciliare integrata. Nel finanziamento della non autosufficienza sono coinvolti, sebbene in misura inferiore (9 per cento), anche gli enti locali (Comuni o, come in Toscana, le Società della Salute³), che realizzano interventi di assistenza domiciliare (talvolta integrata con i servizi sanitari), contribuiscono alla copertura dei costi delle RSA (per la cd. quota sociale) ed erogano assegni di cura per assistenza formale ed informale.

Tabella 1.1
LE RISORSE PUBBLICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA IN TOSCANA. 2010

| Strumento | Val. ass. (mln euro) | Val. % |
|---|----------------------|--------|
| Indennità accompagnamento | 546 | 46 |
| Fondo Sanitario Nazionale | 531 | 45 |
| <i>di cui ambulatoriale + domiciliare</i> | 146 | 12 |
| <i>di cui semi-residenziale</i> | 52 | 4 |
| <i>di cui residenziale</i> | 250 | 21 |
| <i>di cui altro</i> | 84 | 7 |
| Spesa enti locali | 101 | 9 |
| <i>di cui assistenza domiciliare</i> | 40 | 3 |
| <i>di cui trasferimenti in denaro</i> | 32 | 3 |
| <i>di cui strutture</i> | 28 | 2 |
| TOTALE | 1.179 | 100 |

Fonte: nostre elaborazioni su dati ISTAT e RGS

Questo sistema ha evidenti limiti sia sotto il profilo dell'efficienza, a causa dell'assenza di coordinamento tra i vari interventi, sia sotto il profilo dell'equità, per l'eterogeneità dei servizi erogati sul territorio. Ad esempio, l'indennità di accompagnamento erogata dall'INPS è a somma fissa e non tiene sufficientemente conto né dell'eterogeneità dei livelli di gravità né della condizione economica dei beneficiari. Quanto all'intervento comunale, poi, è molto differenziato sul territorio tanto nelle prestazioni offerte quanto nel grado di compartecipazione al finanziamento dei servizi residenziali. Ma soprattutto l'offerta di prestazioni che il sistema vigente garantisce non riesce quasi mai a soddisfare completamente il fabbisogno di assistenza da parte dei cittadini. Basti pensare alle liste di attesa per entrare in RSA e, soprattutto, alle varie forme di assistenza domiciliare, che sia in termini di quota di soggetti presi in carico che di intensità del servizio offerto restano al di sotto dei livelli medi europei (Caruso *et al.*, 2013).

³ Le Società della Salute sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa zona-distretto e dell'ASL territorialmente competente, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate.

1.3

Un nuovo modello di intervento per la non autosufficienza

Il superamento dei limiti appena descritti richiede un nuovo modello di offerta che risponda a due principi: da un lato, l'estensione della copertura dei bisogni di assistenza a tutti gli anziani non autosufficienti; dall'altro, l'incremento del livello delle prestazioni in termini di ore di assistenza di base e cura tutelare. Nella proposta tale duplice obiettivo è conseguito nel seguente modo:

- i) mantenimento della cd. quota sanitaria, tanto nella residenzialità quanto nella domiciliarità, nella copertura del Fondo Sanitario Nazionale;
- ii) invarianza della attuale quota di non autosufficienti trattati nelle residenze sanitarie assistite pubbliche (RSA) o convenzionate;
- iii) erogazione delle prestazioni domiciliari in funzione dei fabbisogni stimati attraverso il sistema RUG⁴, integrato per l'assistenza tutelare;
- iv) erogazione delle prestazioni domiciliari mediante una figura professionale che sia contrattualmente equiparabile alla cd. badante;
- v) individuazione di un opportuno meccanismo di finanziamento dei cd. costi sociali delle prestazioni domiciliari e di quelli residenziali al netto dei costi alberghieri;
- vi) partecipazione degli utenti al costo delle prestazioni, a causa della natura di bene non pubblico puro dei servizi offerti.

In questo schema, basato sulla socializzazione del rischio di non autosufficienza, ogni contribuente pagherebbe un ammontare annuo di risorse (da calcolarsi sull'imponibile fiscale o contributivo), mentre tutti i non autosufficienti riceverebbero un trasferimento che consentirebbe loro di coprire le spese necessarie per l'assistenza, con un consistente alleggerimento dei costi individuali rispetto al sistema vigente.

Un tale modello richiede per la sua implementazione i seguenti passaggi: la quantificazione del numero di non autosufficienti; la stima del carico di cura corrispondente ai bisogni effettivi; la traduzione della dote necessaria di servizi in un valore monetario; la costruzione di un consolidato delle risorse pubbliche già disponibili; il calcolo, infine, del residuo di risorse da reperire con un opportuno meccanismo di finanziamento. Di seguito sono descritte le suddette fasi.

1.3.1 *Il numero di non autosufficienti*

Per la quantificazione dei non autosufficienti è stato fatto riferimento alla definizione adottata da ARS (2009) nello studio di popolazione BiSS, basata su un incrocio di 27 diversi profili di bisogno legati alla dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana e alle problematiche di natura cognitiva e di comportamento. Partendo da questa classificazione i soggetti non autosufficienti sono stati collocati in 5 livelli di isogravità, attraverso uno studio Delphi che ha visto la partecipazione di esperti nella valutazione dello stato di salute degli anziani.

⁴ Brizioli E, Bemabei R, Grechi F. *et al.* (2003); Fries B.E., Schneider D.P., Foley W.J., Gavazzi M., Burke R., Cornelius E. (1994); Fries B.E., Cooney L.M. Jr. (1985).

Tabella 1.2
CRITERI DI CLASSIFICAZIONE DEL LIVELLO DI ISOGRIVITÀ DEL BISOGNO SULLA BASE DEI PROFILI FUNZIONALI - COGNITIVO -
COMPORTAMENTALI

| Compromissione cognitiva | Dipendenza BADL Lieve | | | Dipendenza BADL Moderata | | | Dipendenza BADL Grave | | |
|-----------------------------|---|----------|-------|-----------------------------|----------|-------|--------------------------|----------|-------|
| | Disturbi del comportamento e dell'umore | | | | | | | | |
| | Assente-Lieve | Moderata | Grave | Assente-Lieve | Moderati | Grave | Assente-Lieve | Moderata | Grave |
| Assente-Lieve | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| Moderata | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| Grave | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 |

Fonte: ARS

La tabella sottostante riporta una descrizione della tipologia di pazienti identificata da ciascuno dei 5 livelli di isogrività.

Tabella 1.3
DESCRIZIONE DELLE TIPOLOGIA DI PAZIENTE PER LIVELLO DI ISOGRIVITÀ

| | |
|-----------|--|
| Livello 1 | Persone pienamente collaboranti, senza problemi di memoria né disturbi del comportamento, che necessitano di un aiuto fisico leggero non continuo per compiere le attività di base della vita quotidiana; |
| Livello 2 | Persone che, oltre ad avere bisogno di un aiuto fisico leggero non continuo per compiere le attività di base della vita quotidiana, presentano un leggero decadimento cognitivo e/o moderati disturbi del comportamento che riduce la loro collaboratività nell'assistenza; oppure persone pienamente collaboranti che però necessitano di moderato aiuto per compiere le attività di base della vita quotidiana; |
| Livello 3 | Persone che oltre ad avere bisogno di un aiuto lieve e non continuo per compiere le attività di base della vita quotidiana, presentano un grave decadimento della funzione cognitiva o gravi disturbi del comportamento che rendono l'assistenza più difficile; oppure persone che necessitano di un aiuto fisico di livello intermedio per compiere le attività di base della vita quotidiana, poco collaboranti a causa di un decadimento della funzione cognitiva moderato o grave o che presentano un livello moderato nei disturbi del comportamento; |
| Livello 4 | Persone che necessitano di un aiuto fisico pesante per compiere le attività di base della vita quotidiana, poco collaboranti a causa di un grave o moderato decadimento della funzione cognitiva e che presentano disturbi del comportamento di livello moderato; oppure persone che necessitano di assistenza pesante o totale nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana, come nel caso di uno stato vegetativo persistente; |
| Livello 5 | Persone che necessitano di un aiuto fisico pesante per compiere le attività di base della vita quotidiana, per niente collaboranti a causa di un decadimento della funzione cognitiva moderato o grave, ma soprattutto di gravi disturbi del comportamento che richiedono peraltro sorveglianza continua. |

Fonte: ARS

Dalle nostre elaborazioni risultano in Toscana presenti oltre 86mila anziani non autosufficienti nel 2014, di cui circa 10mila ricoverati in RSA convenzionate, e gli altri distribuiti nei 5 livelli di isogrività (Tab. 1.4). Proiettando su questa base l'evoluzione demografica della struttura della popolazione toscana e assumendo che ogni anno guadagnato in termini di speranza di vita sia speso, mediamente, per metà in buona salute, è previsto al 2030 un aumento di circa il 21 per cento della platea di ultra 65enni non autosufficienti.

Tabella 1.4
IL NUMERO DI NON AUTOSUFFICIENTI PER LIVELLO DI ISOGRAVITÀ: STIMA E PROIEZIONI

| | Scenario centrale | | | |
|-------------------|-------------------|--------|--------|---------|
| | 2014 | 2020 | 2025 | 2030 |
| RSA convenzionati | 10.049 | 10.896 | 11.478 | 12.177 |
| 1 | 13.872 | 14.651 | 15.472 | 16.298 |
| 2 | 8.568 | 9.241 | 9.787 | 10.388 |
| 3 | 17.928 | 19.529 | 20.564 | 21.771 |
| 4 | 27.918 | 30.365 | 31.982 | 34.056 |
| 5 | 8.412 | 9.373 | 9.801 | 10.424 |
| TOTALE | 86.749 | 94.054 | 99.083 | 105.114 |

Fonte: nostre elaborazioni su dati ARS e ISTAT

1.3.2 *Il fabbisogno di assistenza, le modalità organizzative e i costi*

Le fasi successive alla quantificazione del numero di non autosufficienti attengono alla scelta del mix tra prestazioni residenziali e domiciliari, alla determinazione dei livelli di assistenza, all'individuazione delle modalità organizzative e dei relativi costi.

- *Il fabbisogno ed i costi dei servizi residenziali*

Il modello proposto ipotizza di lasciare invariata l'attuale quota di non autosufficienti in residenza. Pertanto per ricostruire le risorse assorbite dalla residenzialità è necessario conoscere il numero di soggetti non autosufficienti accolti in strutture e il relativo costo per utente. Nel 2014 si stimano circa 10 mila i non autosufficienti presenti nelle strutture residenziali toscane. I costi dei servizi delle strutture residenziali sono distinti in due quote: sanitaria e sociale. In base ai dati in possesso degli uffici regionali, confermati da interviste svolte con alcuni rappresentanti delle cooperative sociali operanti in Toscana, il costo per utente della quota sanitaria, a carico del SSN, è mediamente attorno ai 1.600 euro al mese. La quota sociale, anch'essa quantificabile attorno ai 1.600 euro, è invece distribuita tra il paziente e il Comune, secondo un sistema di compartecipazione diverso da territorio a territorio. Della quota sociale fa parte anche il costo del servizio alberghiero erogato dalla struttura, che è quantificabile nell'ordine di 450 euro al mese per utente. La spesa complessivamente sostenuta dalle strutture pubbliche e dalle famiglie per i servizi residenziali corrisponde quindi a circa 386 milioni di euro (Tab. 1.5).

Tabella 1.5
COSTO E UTENTI DEI SERVIZI RESIDENZIALI

| | Costo per utente (euro/mese) | N. utenti | Costo complessivo (mln euro) |
|---------------------------|---------------------------------|-----------|---------------------------------|
| Quota sanitaria | 1.600 | 10.049 | 193 |
| Quota sociale | 1.600 | 10.049 | 193 |
| <i>di cui alberghiera</i> | 450 | 10.049 | 54 |

Fonte: nostre elaborazioni su dati ARS e RT

- *Il fabbisogno ed i costi dei servizi domiciliari*

Tutti i non autosufficienti che non entrano nelle strutture residenziali hanno diritto, nel nostro schema, all'assistenza domiciliare. Per quantificare il fabbisogno complessivo di servizi

domiciliari occorre quindi associare a ciascun livello di isogravità una stima del tempo medio di assistenza per tipo di prestazione. Distinguiamo dunque l'assistenza di base, necessaria per svolgere le attività fondamentali della vita quotidiana, come lavarsi, *mangiare*, alzarsi, coricarsi, dall'assistenza tutelare, che serve a garantire la sorveglianza nei casi più gravi di deficit cognitivo e disturbi del comportamento.

Il fabbisogno della assistenza di base è stato stimato applicando il sistema RUG⁵ che, grazie alla collaborazione di una Unità di Valutazione Multidimensionale del territorio, ha permesso di ricostruire l'indice di *case mix* medio dei 27 profili funzionali -cognitivi - comportamentali. La media di tali indici e dei rispettivi minuti di assistenza attesi, pesata per prevalenza di popolazione di ciascun profilo all'interno dei livelli di isogravità, costituisce la stima del tempo medio di assistenza di base attesa nei 5 livelli di isogravità.

Poiché il tempo atteso per la sorveglianza attiva è compreso di default nell'assistenza residenziale, quindi non rilevato direttamente dai RUG, per l'assistenza tutelare è stato stabilito *a priori* un quantitativo medio di ore di sorveglianza nei diversi profili funzionali - cognitivi - comportamentali, e cioè:

- 0 ore di assistenza tutelare ai soggetti con non autosufficienza solo funzionale, preservando le ore di assistenza di base calcolata col precedente sistema;
- 12 ore per persone con deficit cognitivo moderato/grave e disturbi del comportamento moderati;
- 24 ore per persone con deficit cognitivo moderato/grave e disturbi del comportamento gravi.

Come per l'assistenza di base, il tempo medio di sorveglianza attiva è stato stimato come la media dei tempi attesi pesata per prevalenza di popolazione in ciascun profilo all'interno dei livelli di isogravità. I risultati della stima del fabbisogno di attività di base e assistenza tutelare sono riportati in tabella 1.6.

Tabella 1.6
STIMA DEL FABBISOGNO DI ASSISTENZA PER I SERVIZI DOMICILIARI PER LIVELLO DI ISOGRAVITÀ (H/DAY)

| Livello isogravità | Assistenza tutelare | Attività di base |
|--------------------|---------------------|------------------|
| 1 | 0h | 1h 20' |
| 2 | 8h | 1h 50' |
| 3 | 12h | 2h 5' |
| 4 | 12h | 2h 10' |
| 5 | 18h | 2h 30' |

Fonte: nostre elaborazioni sui dati ARS

Individuato il fabbisogno di assistenza, il passo successivo riguarda la determinazione del costo orario delle prestazioni offerte.

Le attività di assistenza sociale domiciliare, sia di base sia tutelari, nella pratica possono essere svolte da una varietà di figure, con livelli di qualifica più o meno elevati. Ovviamente, ai vari profili corrispondono costi orari sostanzialmente diversi. Il costo orario di un operatore socio-sanitario (qualifiche OSA e OSS) si aggira attorno a 18 euro lordi all'ora⁶, quello degli operatori domestici (badanti) varia tra circa 9 euro lordi l'ora per un tempo pieno diurno e 6

⁵ il RUG (Resource Utilization Groups - RUGs) è uno strumento che consente di classificare, in base ad alcuni parametri estratti dal protocollo di valutazione multidimensionale VAOR (Valutazione dell'anziano Ospite di Residenza), gli ospiti delle residenze sanitarie assistite in 44 gruppi omogenei (RUGs) per tipologia del bisogno assistenziale ed assorbimento di risorse sia in termini di peso assistenziale che di minuti giornalieri di assistenza attesi (assistenza di base, infermieristica, riabilitativa).

⁶ Il dato si riferisce al costo di tali figure operanti nelle cooperative sociali presenti sul territorio.

euro lordi l'ora per un collaboratore convivente⁷. In questo lavoro sono state effettuate varie ipotesi sulle modalità di erogazione delle prestazioni sociali e dei relativi costi. La prima modalità prevede che per il primo livello di isogravità le ore di assistenza di base siano effettuate dall'operatore socio-sanitario, mentre per i livelli successivi tutta l'assistenza, di base e tutelare, sia svolta dalle badanti. La seconda modalità, invece, suppone che le attività di assistenza di base siano svolte da operatori socio-sanitari e l'assistenza tutelare dalla badante. La terza modalità prevede, infine, che il modello di finanziamento copra solo le attività di assistenza di base, attraverso l'operatore socio-sanitario, mentre la sorveglianza rimanga a carico della famiglia. Di seguito ci riferiremo alla prima modalità, che tiene insieme l'obiettivo della copertura universale dei bisogni e della sostenibilità economica. I relativi costi sono riportati in tabella 1.7.

Tabella 1.7
COSTO E UTENTI DEI SERVIZI DOMICILIARI SOCIALI PER LIVELLO DI ISOGRAVITÀ

| Livello isogravità | Costo per utente (euro/mese) | N. utenti | Costo complessivo (mln euro) |
|--------------------|---------------------------------|-----------|---------------------------------|
| 1 | 624 | 13.872 | 95 |
| 2 | 1.399 | 8.568 | 144 |
| 3 | 1.399 | 17.928 | 301 |
| 4 | 1.399 | 27.918 | 469 |
| 5 | 2.396 | 8.412 | 242 |
| TOTALE | | 76.700 | 1.251 |

Fonte: nostre elaborazioni su dati ARS e RT

• *Il fabbisogno finanziario complessivo e le modalità di finanziamento*

Il modello descritto in Toscana costerebbe circa 1,7 mld. di euro. Al netto della quota sanitaria, che rimarrebbe a carico della fiscalità generale, e delle risorse pubbliche attualmente stanziata (indennità di accompagnamento⁸ e spesa sociale comunale), il valore da finanziare ammonterebbe a circa 880 milioni di euro (Tab. 1.8). Poiché i benefici delle prestazioni sono individuali, inoltre, una quota di risorse a discrezione del decisore pubblico spetterebbe direttamente all'utenza sotto forma di una compartecipazione da realizzarsi sulla base dell'ISEE⁹.

Tabella 1.8
COSTO COMPLESSIVO, RISORSE ATTUALI E FINANZIAMENTO INTEGRATIVO (MLN EURO). 2014

| | |
|---|-------|
| COSTO COMPLESSIVO (A + B + C + D) | 1.737 |
| Quota sanitaria servizi residenziali (A) | 193 |
| Quota sociale servizi residenziali (B) | 139 |
| Quota sanitaria servizi domiciliari (C) | 155 |
| Quota sociale servizi domiciliari (D) | 1.251 |
| COSTO COMPLESSIVO SOCIALE (B + D) | 1.389 |
| RISORSE PUBBLICHE ATTUALI (E + F) | 509 |
| Indennità di accompagnamento (E) | 406 |
| Spesa comunale sociale (F) | 103 |
| FINANZIAMENTO INTEGRATIVO (B + D - E - F) | 880 |

Fonte: nostre elaborazioni sui dati ARS e RT

⁷ Dati stimati attraverso il CCNL badanti.

⁸ Per l'indennità di accompagnamento è stata stimata la quota destinata alla popolazione di non autosufficienti attraverso l'indagine BISS.

⁹ Ulteriori schemi potrebbero essere introdotti attraverso la mobilitazione della ricchezza patrimoniale degli utenti.

Le rimanenti risorse potrebbero essere reperite mediante una tassa di scopo sul reddito imponibile ai fini Irpef, eventualmente differenziata per classi di reddito e d'età, oppure con una sorta di premio assicurativo, sul modello tedesco, gravante sul reddito da lavoro e da pensione¹⁰. La tabella 1.9 descrive per la Toscana l'esazione media dei due meccanismi di finanziamento, ipotizzando un'aliquota (anche in questo caso discrezionale) dello 0,7%.

Tabella 1.9
FINANZIAMENTO INTEGRATIVO (EURO). 2014

| | Imposta di scopo | Premio contributivo |
|--|------------------|---------------------|
| CONTRIBUTO MEDIO ANNUO | 140 | 139 |
| Fino a 25.000 euro | 84 | 84 |
| Tra 25.000 e 35.000 euro | 204 | 204 |
| Tra 35.000 e 55.000 euro | 297 | 296 |
| Tra 55.000 e 75.000 euro | 445 | 445 |
| Tra 75.000 e 100.000 euro | 598 | 599 |
| Oltre 100.000 euro | 1.196 | 1.185 |
| Residuo medio annuo a carico del non autosufficiente | 5.796 | 5.662 |
| % copertura del settore pubblico | 64 | 65 |
| Numero di soggetti paganti | | |

Fonte: nostre elaborazioni sui dati ARS e RT

Tradotto in termini monetari il beneficio lordo per i non autosufficienti in residenza sarebbe in questo schema pari a 2.334 euro al mese, mentre per quelli a domicilio ammonterebbe a 416 euro per il primo livello di isogravità, 1.036 per il secondo, 1.061 per il terzo, 1.110 per il quarto e 1.761 euro per l'ultimo (Tab. 1.10). Il valore della prestazione include sia la parte sanitaria sia quella sociale. Per la parte sociale, è possibile prevedere diverse modalità di fruizione: ad esempio l'intero valore se l'utente sceglie un *voucher*, da spendere in servizi pubblici o regolati dall'operatore pubblico, o di una sua parte, se invece sceglie il trasferimento monetario.

Tabella 1.10
VALORE DELLE PRESTAZIONI EROGATE CON IL NUOVO MODELLO DI FINANZIAMENTO (EURO). 2014

| | Valore prestazione | di cui sociale |
|----------------------|--------------------|----------------|
| SERVIZI RESIDENZIALI | 2.334 | 734 |
| SERVIZI DOMICILIARI | | |
| Livello isogravità 1 | 446 | 398 |
| Livello isogravità 2 | 1.036 | 893 |
| Livello isogravità 3 | 1.061 | 893 |
| Livello isogravità 4 | 1.110 | 893 |
| Livello isogravità 5 | 1.761 | 1.529 |

Fonte: nostre elaborazioni sui dati ARS e RT

Il modello proposto garantisce una copertura universale del bisogno di assistenza, basata sulla socializzazione del rischio di non autosufficienza, con rilevanti effetti distributivi. La differenza, in termini di costi (quanto si paga) e benefici (quanto si riceve) fra il sistema vigente e quello

¹⁰ Le due opzioni non sono simmetriche. La prima graverebbe su tutti i cespiti (da lavoro e capitale) soggetti all'imposta personale sul reddito delle persone fisiche; la seconda invece solo sul reddito lordo da lavoro e/o da pensione (e non anche sui redditi da fabbricati e/o rendite finanziarie). Inoltre nel primo schema l'intera esazione è a carico dei soggetti passivi di Irpef, mentre nel secondo sono possibili forme di suddivisione del carico contributivo fra datore e lavoratore.

ipotetico a regime¹¹ è tale da configurare un significativo vantaggio netto per i non autosufficienti (che ricevrebbero molto più di quanto pagherebbero: non solo in termini assoluti, ma anche rispetto al sistema attuale) ed uno svantaggio contenuto per l'intera platea dei contribuenti chiamati a contribuire al finanziamento delle prestazioni di *Long Term Care* (Tab. 1.11).

Tabella 1.11
COSTI MEDI ANNUI A CARICO DEL CONTRIBUENTE/UTENTE SISTEMA VIGENTE E RIFORMATO (EURO). 2014

| | Popolazione | Costo medio annuo nel sistema vigente | Costo medio annuo nel sistema riformato | Differenza (minori costi) |
|--------------------------|-------------|--|--|------------------------------|
| Utente residenziale | 10.049 | 13.229 | 11.342 | 1.888 |
| Utente domiciliare | 36.474 | 13.551 | 5.942 | 7.609 |
| Nuovo utente domiciliare | 40.225 | 7.089* | 5.942 | 1.148 |
| Non utente | 2.575.473 | 0 | 140 | -140 |

* Costo opportunità del familiare che rinuncia a lavorare per assistere il non autosufficiente, stimato tenendo conto del tasso di partecipazione femminile al mercato del lavoro, del salario medio femminile e del tempo medio di assistenza necessario.

Fonte: nostre elaborazioni sui dati ARS e RT

1.4 L'impatto occupazionale

Un nuovo modello di finanziamento dei servizi per la non autosufficienza come quello proposto è realizzabile, purché esista una strategia condivisa tra il settore pubblico, che riorganizza le risorse, e i contribuenti, che finanziano quelle aggiuntive. In un periodo di crisi economica e di vincoli stringenti dei bilanci pubblici, la strategia è più facilmente condivisibile se il nuovo modello di finanziamento si rivela un investimento capace di generare rendimenti futuri: maggiori livelli di assistenza, assicurazione contro il rischio, opportunità occupazionali.

Il modello di finanziamento proposto assegna un ruolo centrale al mercato dei servizi di cura, anche privati, che potrebbe generare ricadute rilevanti in termini di occupazione. Non a caso, le professioni sanitarie e di assistenza alla famiglia (i c.d. *"white jobs"*) costituiscono uno dei tre assi della strategia europea per l'occupazione (European Commission, 2012). E in Toscana non manca la domanda di lavoro, nemmeno in tempi di crisi (Cappellini e Sciclone, 2013): tra il 1° Luglio 2008 e il 30 Giugno 2013 sono state aperte 33.600 nuove posizioni di lavoro strutturate nelle professioni sanitarie e di assistenza sociale e alle famiglie (-59 mila il saldo dell'intera economia), per un totale di 163 mila assunzioni (il 5% degli avviamenti totali). L'area sanitaria e assistenziale si presenta, dunque, come un bacino occupazionale in forte espansione, nonostante la diffusa irregolarità che tradizionalmente lo distingue.

Per avere una prima idea delle ricadute in termini occupazionali del nuovo modello di finanziamento proposto abbiamo provato a calcolare il numero potenziale di lavoratori attivabili. Ipotizzando di coprire l'intero fabbisogno di assistenza sociale domiciliare (non si considerano né le ore di assistenza sanitaria perché già a carico del SSN né i servizi residenziali, la cui quota è lasciata invariata rispetto al passato) risulterebbero circa 183 mln le ore attivabili nel nuovo sistema. Per poter ragionare in termini di "teste" abbiamo diviso queste ore per l'orario standard di una badante (54 ore settimanali), ottenendo circa 71 mila lavoratori

¹¹ Nell'ipotesi di imposta di scopo, ma i risultati non cambiano significativamente nell'ipotesi di alternativa di una aliquota contributiva.

equivalenti. Alcuni di questi sono tuttavia già attualmente impiegati, più o meno regolarmente, attraverso la spesa privata delle famiglie (e l'assistenza sociale offerta dal pubblico): utilizzando l'indagine Biss se ne stimano circa 32 mila, per 82 milioni di ore lavorate. I lavoratori attivabili, al netto di quelli già attivati, risulterebbe quindi pari a circa 39 mila, se tutti i non autosufficienti accettassero di contribuire con la quota a loro carico. Se invece facessimo l'ipotesi opposta, cioè che nessun non autosufficiente accettasse di contribuire con risorse a proprio carico, il modello potrebbe attivare circa 25 mila lavoratori aggiuntivi (Tab. 1.12). Anche nell'ipotesi minima, dunque, il contributo occupazionale sarebbe di tutto rilievo.

Tabella 1.12
STIMA POTENZIALE OCCUPAZIONE ATTIVABILE. 2014

| | |
|--|----------------------------------|
| Lavoratore standard | 54 ore settimanali x 11 mesi (a) |
| Monte ore complessivo annuo attivabili per copertura dei servizi domiciliari | 183 mln (b) |
| Lavoratori equivalenti | 71 mila (c=b/a) |
| Monte ore annuo attualmente attivato da spesa privata | 82 mln (d) |
| Lavoratori equivalenti | 32 mila (e=d/a) |
| Lavoratori equivalenti additivi (max) - Se tutti i non aut. accettassero di contribuire con la quota a loro carico | 39 mila (c-e) |
| Lavoratori equivalenti additivi (min) - Se tutti i non aut. rifiutassero di contribuire con la quota a loro carico | 25 mila |

Fonte: nostre elaborazioni sui dati ARS e RT

1.5 Conclusioni

Il livello di socializzazione del rischio di non autosufficienza è nel nostro paese molto basso. E l'onere della cura è prevalentemente a carico delle famiglie, che lo assolvono ricorrendo in parte ai servizi ed in parte, la quota maggiore, alle loro risorse finanziarie e al tempo disponibile sottratto al lavoro (effettivo e/o potenziale) (Baldi, Lemmi, Sciclone 2005 Caruso *et al.*, 2013). Il modello proposto mira a superare questi limiti tenendo insieme tre obiettivi: aumentare la platea dei beneficiari, incrementare il volume di assistenza erogata, creare occupazione.

Esso offre pertanto una copertura universale delle prestazioni, basata sulla condivisione del rischio, e quindi dei costi, attraverso un contenuto aumento della pressione fiscale e/o di quella contributiva. Un tale modello, infine, accresce le occasioni di impiego, contribuendo all'emersione del lavoro nero.

Le varianti, opportunamente calibrate, allo schema proposto possono essere molteplici e riguardano: l'uso, su base volontaria, di assegni di cura informali in sostituzione o integrazione della erogazione di servizi in kind; oppure, l'articolazione delle aliquote fiscali o contributive in funzione dell'età dei contribuenti, come degli obiettivi finanziari e di quelli assistenziali; quindi, l'impiego del patrimonio (ovvero un suo smobilizzo) nel meccanismo di compartecipazione dei non autosufficienti al costo delle prestazioni; infine, la costituzione di un albo accreditato delle figure professionali, opportunamente formate, da utilizzare nell'assistenza domiciliare.

Indipendentemente dalle varianti operative che potrebbero essere introdotte, il modello è inoltre sostenibile nel lungo periodo: la crescita attesa dei non autosufficienti (21 per cento al 2030) è inferiore a quella del Pil (pari al 25 per cento in termini reali¹²). L'analisi svolta merita

¹² Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario -Rapporto n.14- Nota di aggiornamento, MEF 2013.

ulteriori approfondimenti. Ma crediamo possa fornire un utile contributo per superare i limiti dell'attuale sistema di cura ed assistenza ai non autosufficienti in età anziana (ultra 65enni).

La sfida è complessa e difficile da affrontare, soprattutto in una fase storica come quella attuale. Che impone di scegliere fra le seguenti opzioni, non necessariamente alternative: ridurre il perimetro di intervento del settore pubblico, abbassando il livello di tutela dei diritti; lasciare invariato o, come in questo caso, aumentare il livello delle prestazioni, elevando la quota di finanziamento a carico dei cittadini e/o degli utenti; introdurre nuovi modelli organizzativi a maggiore tutela degli utenti e minore beneficio retributivo dei lavoratori. La riforma qui illustrata è un esempio, non necessariamente il migliore, di come sia possibile declinare tale scelta e di come ciò, indipendentemente dalla soluzione adottata, conduca -in un mondo che non cresce e in cui le risorse sono quindi scarse- ad un equilibrio diverso dall'ottimo paretiano. Questa è la sfida dei prossimi anni: superare l'equilibrio esistente, ormai non più in grado di garantire la difesa dei livelli di benessere del passato, anche a costo di penalizzare qualcuno. Vale in tutti i campi. A maggior ragione nel *welfare*, per la prevalenza di categorie deboli che richiedono politiche inclusive e redistributive.

Riferimenti bibliografici

- Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (2009), *Il Bisogno Socio-Sanitario degli Anziani in Toscana: I Risultati dello Studio Epidemiologico di Popolazione BiSS*
- Baldi P., Lemmi A. e Sciclone N. (2005), *Ricchezza e povertà. Condizioni di vita e politiche pubbliche in Toscana*, Franco Angeli, Milano
- Barbieri T. (2013), "La riforma del settore dell'assistenza continuativa", in Pizzuti F.R. (a cura di), *Rapporto sullo Stato sociale 2013. Crisi, istituzioni, beni comuni e welfare state*, Simone, Napoli
- Brizioli E., Bemabei R., Grechi F. et al. (2003), *Nursing home case-mix instruments: validation of the RUGIII system in Italy*, *Aging Clin Exp Res*, n. 15, pp. 243-53
- Cappellini E. e Sciclone N. (2014), *Rapporto sul mercato del lavoro in Toscana 2013*, in corso di pubblicazione, IRPET, Firenze
- Caruso E., Gori C., Pelliccia L. e Pesaresi F. (2013), "Le politiche nazionali per gli anziani non autosufficienti", in N.N.A. (a cura di), *L'assistenza ai non autosufficienti in Italia. Tra crisi e ripartenza. IV Rapporto*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna
- European Commission (2011), *The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Methodologies*, European Economy, n. 4
- European Commission (2012), *Toward a job-rich recovery*
- Fries B.E. e Cooney L.M. Jr. (1985), *Resource utilization groups. A patient classification system for long-term care*, *Med Care*, n. 23, pp. 110-22
- Fries B.E., Schneider D.P., Foley W.J., Gavazzi M., Burke R. E Cornelius E. (1994), *Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III)*
- IRS (a cura di) (2013), "Nella crisi, oltre la crisi. Costruiamo il welfare di domani", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 8-10 agosto-ottobre
- OECD (2011) *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing

2.

LE POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA DELLA REGIONE TOSCANA IN PROSPETTIVA COMPARATA

Introduzione

Il capitolo mette a confronto l'evoluzione delle politiche regionali per la non autosufficienza in Toscana e in altre Regioni comparabili (Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto)¹³. L'obiettivo principale consiste nel cogliere le similitudini e le differenze che si sono manifestate, nel tempo, tra le Regioni studiate. L'obiettivo secondario è discutere -nella misura in cui l'evidenza empirica lo rende possibile- le similitudini così come le differenze riscontrate.

L'analisi si focalizza sugli interventi e i servizi rivolti alle persone anziane (≥ 65 anni), dal 2005 al 2013. Le dimensioni analitiche sono rappresentate dalle principali tendenze comuni alle diverse riforme regionali¹⁴: lo sviluppo dell'offerta di interventi sul territorio (§ 2.1), l'ampliamento della residenzialità (§ 2.2), il rafforzamento di percorsi unitari nella rete dei servizi (§ 2.3), il perseguimento di una maggiore equità territoriale (§ 2.4) e la crescita dei finanziamenti (§ 2.5).

Le fonti utilizzate sono la normativa regionale e i relativi documenti attuativi, dati quantitativi provenienti da fonti istituzionali prevalentemente regionali¹⁵, altri dati e informazioni contenuti in varie ricerche prodotte in questi anni, oltre a materiale grigio di analisi e rendicontazione di quanto avvenuto.

Il lavoro è stato condizionato dalla difficoltà di ottenere dati omogenei, e come tali comparabili, legato alla diversa offerta di dati pubblici da parte delle quattro regioni considerate e al differente livello di strutturazione e di organizzazione dei sistemi informativi regionali. Lo studio, tuttavia, si giova della collaborazione fattiva di referenti regionali che hanno cercato di colmare le lacune rendendo disponibili dati *ad hoc* e fornendo preziosi chiarimenti. Ringraziamo vivamente, per il loro contributo, il dott. Antonio Aggio della Direzione regionale Attuazione Programmazione Sanitaria della Regione Veneto; il dott. Raffaele Fabrizio, responsabile del Servizio integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza della Regione Emilia-Romagna, oltre al dott. Mauro Mirri e alla dott.ssa Simonetta Puglioli del medesimo Servizio; la dott.ssa Sara Madrigali e la dott.ssa Claudia Magherini della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana. La responsabilità di quanto riportato è esclusivamente nostra.

¹³ Per approfondimenti sui trend condivisi -seppure con diverse modalità e con differente intensità- dalla maggior parte delle Regioni italiane si possono vedere i Rapporti su "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia" del Network Non Autosufficienza (NNA), scaricabili da www.maggioli.it/rna.

¹⁴ Oltre a focalizzarsi sulle linee di tendenza comuni alle diverse realtà, l'approfondimento proposto di seguito è rivolto principalmente agli interventi sui quali le politiche regionali hanno maggiore spazio di influenza. Questo spiega perché, ad esempio, non si considera l'assistenza domiciliare sociale di titolarità comunale.

¹⁵ L'analisi ha privilegiato i dati e le informazioni di natura istituzionale rilevati dalle amministrazioni regionali, o da altri Enti a esse riconducibili. Ove questi non fossero disponibili, o non comparabili, si è fatto ricorso a dati di fonte nazionale.

2.1

Lo sviluppo degli interventi nel territorio

Uno degli obiettivi ricorrenti delle riforme regionali è l'incremento degli interventi erogati dai Comuni e dalle Asl. Gli investimenti regionali in ambito socio-sanitario hanno sostenuto lo sviluppo dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI), mentre sul versante sociale si sono concentrati sull'Assegno di cura, che ha visto in assoluto lo sviluppo maggiore, e in parte minoritaria su interventi di regolazione del *care* privato (rapporto tra famiglie con anziani non autosufficienti e assistenti familiari, o badanti).

2.1.1 *L'Assistenza domiciliare integrata*

La quasi totalità delle regioni, durante gli anni Duemila, si è posta l'obiettivo di incrementare il numero di anziani fruitori dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)¹⁶. Si è così realizzato un aumento che nel complesso ha portato gli ultra 65enni utilizzatori del servizio dall'1,9% del 2001 al 4,3% del 2012 (ISTAT, Ministero della Salute).

A questo aumento è corrisposto però un calo di intensità dell'assistenza, già di per sé limitata, passata dalle 27 ore medie annue per utente del 2001 alle 22 del 2010¹⁷ (Gori e Pelliccia, 2013). Nell'ambito di questa tendenza complessiva è rimasto invariato il quadro che vede caratterizzarsi le regioni del Nord Italia per un tasso di utenza mediamente piuttosto elevato e per un'intensità assistenziale contenuta, mentre nel Mezzogiorno il servizio offerto tende ad avere una durata maggiore, ma con una copertura minore degli anziani beneficiari¹⁸.

Da Nord a Sud, gli obiettivi delle amministrazioni regionali riferiti all'ADI si sono concentrati sull'aumento dell'utenza, mentre il tema della qualità del servizio è rimasto finora sullo sfondo delle riforme. Ad oggi, infatti, l'obiettivo di garantire e migliorare la qualità dell'offerta è stato declinato su altri servizi sanitari o sociosanitari attraverso l'identificazione dei requisiti per l'accreditamento. Solo poche regioni hanno posto in essere ragionamenti di questo tipo sui servizi domiciliari.

L'interrogativo che si pone, rispetto al futuro dell'ADI, è se le amministrazioni regionali inizieranno in maniera più ampia ad occuparsi della sua qualità. L'esperienza di altri paesi europei ha mostrato che la riflessione sulla qualità dei servizi domiciliari, in atto da poco tempo, è la tappa finale di un percorso che dovunque è stato contrassegnato da un iniziale interesse per i servizi resi in struttura e dalla successiva regolazione dei servizi semiresidenziali, mentre all'ambito della domiciliarità è stata dedicata attenzione solo alla fine (Gori, Pelliccia e Tidoli, 2010) (Schema 2.1).

¹⁶ Si intendono le cure domiciliari di responsabilità dell'Asl.

¹⁷ Il dato è riferito alla totalità dell'utenza. Le ore di servizio per gli utenti anziani sono disponibili solo a partire dal 2007; nel 2010 ogni persona anziana ha ricevuto mediamente 20 ore di assistenza.

¹⁸ Lo sviluppo dell'utenza nelle regioni meridionali è stato sostenuto dalla politica italiana di sviluppo prevista dal "Quadro Strategico Nazionale" (QSN) 2007-2013. Essa stabilisce l'assegnazione di premi alle regioni del Mezzogiorno che riescono a raggiungere specifici obiettivi finalizzati a migliorare servizi essenziali per lo sviluppo, fra cui quelli di cura per l'infanzia e per gli anziani. Su quest'ultimo fronte, il target assegnato prevede di raggiungere il 3,5% degli anziani beneficiari dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI) entro il 2013, soglia temporale in seguito spostata al 2015.

Schema 2.1
LE RIFORME REGIONALI PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI: L'ADI

L'obiettivo

Ampliare l'utenza raggiunta

Le principali strade per raggiungerlo

Quasi tutte le Regioni hanno utilizzato congiuntamente due leve:

- Maggiore investimento economico
- Diminuzione delle ore mediamente usufruite da ciascun utente in un anno

Il punto

L'utenza è effettivamente cresciuta in misura notevole. A questo risultato è corrisposta una riduzione dell'intensità del servizio, già limitata.

L'analisi comparativa a livello regionale dell'Assistenza domiciliare integrata presenta alcuni aspetti di criticità legati alla mancanza di dati di fonte regionale omogenei e alla disponibilità di dati di fonte nazionale che lasciano qualche dubbio in merito alla loro confrontabilità (cfr. Barsanti e Giovanelli, 2013). Pur tenendo presente questi limiti, si cercherà di delineare le linee di tendenza in atto nelle quattro regioni analizzate utilizzando i dati sull'utenza e l'intensità del servizio tratti dalla rendicontazione fornita dalle Regioni al Ministero della Salute.

• *Sintesi comparativa*

Le quattro regioni analizzate presentano una significativa eterogeneità rispetto alla copertura del servizio ADI sulla popolazione anziana ultra sessantacinquenne e alle ore di assistenza mediamente erogate a ciascun utente in un anno.

L'Emilia-Romagna spicca per l'ampliamento dei beneficiari compiuto fra il 2005 e il 2012. L'utenza anziana raggiunta dal servizio in questo arco temporale è aumentata di ben 6,5 punti percentuali, arrivando a sfiorare il 12% nel 2012. A fronte di una simile diffusione, le ore di servizio mediamente godute da ciascun utente ultra sessantacinquenne nel corso dell'anno sono leggermente diminuite (-1 ora)¹⁹, ma rimangono comunque ad un livello elevato rispetto alle regioni considerate (Tab. 2.2).

Tabella 2.2
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI): ANZIANI TRATTATI OGNI 100 PERSONE ≥ 65 ANNI E ORE DI SERVIZIO EROGATE PER UTENTE ANZIANO

| Regione | 2005 | | 2012 | | Variazione | |
|----------------|--------|------|--------|------|------------|-----|
| | Utenza | Ore* | Utenza | Ore* | Utenza | Ore |
| Lombardia | 3,2 | 16 | 4,0 | 17 | +0,8 | +1 |
| Veneto | 5,0 | 9 | 5,5 | 10 | +0,5 | +1 |
| Emilia-Romagna | 5,4 | 21 | 11,9 | 20 | +6,5 | -1 |
| Toscana | 2,1 | 22 | 2,0 | 22 | -0,1 | 0 |

* Le ore di servizio per utente anziano sono disponibili solo a partire dal 2007 e l'ultimo dato pubblicato dal Ministero della Salute fa riferimento all'anno 2010, pertanto queste sono le annualità utilizzate in corrispondenza delle colonne 2005 e 2012.

Fonte: elaborazione su dati ISTAT, Ministero della Salute

¹⁹ In Emilia-Romagna sono aumentate le prese in carico collegate alle dimissioni protette, che di norma coprono il periodo di criticità legato al periodo successivo al rientro al domicilio. La Regione dispone di un sistema informativo su base individuale molto accurato, che per motivi di comparabilità non è stato possibile utilizzare, i cui dati non collimano con quelli nazionali presentati in questa analisi.

Il Veneto presenta anch'esso una tendenza alla crescita dell'utenza, sebbene in maniera più contenuta. Gli anziani assistiti fra il 2005 e il 2012 sono cresciuti di 0,5 punti percentuali, raggiungendo una copertura del 5,5%. Fra le quattro regioni considerate, il Veneto è una delle poche a presentare un aumento delle ore di servizio mediamente godute da ciascun utente (+1), che permangono tuttavia nettamente inferiori alle altre tre regioni (circa la metà).

La Toscana si caratterizza per essere l'unica fra le regioni considerate a non aver aumentato la quota di anziani assistiti (il 2% nel 2012), peraltro la più contenuta, e ad aver mantenuto costante il numero di ore di servizio mediamente godute da ciascun utente (22), che si presenta come il più elevato fra le quattro regioni analizzate²⁰.

La Lombardia appare in una posizione intermedia rispetto a Veneto e Toscana per quanto concerne la copertura del servizio (4% degli anziani ≥65 anni nel 2012), migliorata di quasi un punto percentuale dal 2005 e accompagnata da un leggero aumento delle ore mediamente godute da ciascun utente nel corso dell'anno (+1 ora).

La capacità di integrare l'ADI (cure sanitarie) con l'assistenza domiciliare offerta dai Comuni (prestazioni socio-assistenziali) appare piuttosto variabile. La Lombardia presenta la quota minore di anziani che usufruiscono contemporaneamente di entrambi i servizi (0,2%), sensibilmente calata fra il 2005 al 2010. Il Veneto, al contrario, è la regione con la quota più elevata di anziani beneficiari (4,1%), cresciuta in maniera sorprendente nel corso del quinquennio (+2,9 punti percentuali). Emilia-Romagna e Toscana offrono il servizio rispettivamente allo 0,6 e 0,7% di anziani residenti, ma rispetto al 2005 fanno registrare una tendenza opposta, di pari intensità: 0,2 punti percentuali in meno per l'Emilia-Romagna²¹ e altrettanti in più per la Toscana (Tab. 2.3).

Tabella 2.3
L'ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE INTEGRATA CON SERVIZI SANITARI: ANZIANI TRATTATI OGNI 100 PERSONE ≥ 65 ANNI

| Regione | 2005 | 2010 | Variazione |
|----------------|------|------|------------|
| Lombardia | 1,8 | 0,2 | -1,6 |
| Veneto | 1,2 | 4,1 | +2,9 |
| Emilia-Romagna | 0,8 | 0,6 | -0,2 |
| Toscana | 0,5 | 0,7 | +0,2 |

Fonte: elaborazione su dati ISTAT, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni

In estrema sintesi, tutte le regioni considerate hanno investito sull'ADI aumentando la copertura del servizio rispetto alle persone ultra sessantacinquenni residenti, tranne la Toscana che sostanzialmente mantiene il passo con l'aumento della popolazione anziana; per raggiungere questo risultato l'Emilia-Romagna ha seguito anche la strada di ridurre leggermente le ore di servizio mediamente godute da ciascun utente anziano. In quest'ultima regione, e soprattutto in Lombardia, appare inoltre diminuita la capacità di offrire un servizio integrato con

²⁰ La Regione Toscana sta avviando, in relazione alla ridefinizione dei percorsi assistenziali in applicazione della Dgr 1235/2012, una revisione delle procedure e dei flussi inerenti l'assistenza domiciliare. In particolare è obiettivo della Regione tracciare tutte le attività di assistenza domiciliare attraverso l'introduzione di uno strumento valutativo unico, da applicare a tutta la casistica cui non si ha accesso attraverso l'UVM, anche nell'ottica di quanto previsto dal DM 17/12/2008 e sue modifiche. A far data dal primo gennaio 2014 la Regione ha richiesto alle zone distretto di provvedere a registrare nei flussi informativi regionali ogni attivazione, rinnovo, revisione di assistenza domiciliare anche monoprofessionale o sociosanitaria (non UVM in base alla L.R. 66/2008).

²¹ Il dato di fonte nazionale è di segno opposto a quello di fonte regionale, che per motivi di comparabilità non è stato possibile utilizzare.

l'assistenza domiciliare comunale, mentre la Toscana e il Veneto (quest'ultimo in misura molto più accentuata) hanno ampliato l'utenza beneficiaria di entrambi i servizi (Tab. 2.4).

Tabella 2.4
VARIAZIONE TRA 2005 E 2012 DI ALCUNI PARAMETRI RIFERITI ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

| Regione | Utenza (% su anziani ≥65 anni) | Ore di servizio per utente anziano | Utenza SAD-ADI (% su anziani ≥65 anni)* |
|----------------|--------------------------------|------------------------------------|---|
| Lombardia | + | + | - |
| Veneto | + | + | + |
| Emilia-Romagna | + | - | - |
| Toscana | = | = | + |

* Il riferimento è al periodo 2005-2010.

2.1.2 Gli Assegni di cura

Le riforme regionali degli anni recenti condividono l'obiettivo del potenziamento degli assegni di cura (Gori e Pasquinelli, 2008). I contributi economici rivolti a persone anziane non autosufficienti e ai loro familiari, finalizzati a sostenere l'onere dell'assistenza fra le mura domestiche, sono così stati oggetto di investimento da parte di numerose amministrazioni e si è assistito ad una loro notevole espansione. Ciò è avvenuto soprattutto al Centro-Nord, ma alcune regioni meridionali, come la Puglia, vi hanno investito molto (Gori *et al.*, 2010). Come nel caso dell'ADI, alla crescita complessiva dell'utenza si è accompagnata una progressiva riduzione del beneficio, in questo caso l'importo medio mensile dell'assegno (Gori e Pasquinelli, 2008). Alla base di questa tendenza vi è l'aumento della domanda da parte della cittadinanza a fronte di finanziamenti pubblici che crescono in misura inferiore: per dare risposta ad un maggior numero di richieste viene quindi diminuita l'intensità media del servizio o l'ammontare dell'erogazione monetaria. Questa scelta appare politicamente preferibile alla riduzione dell'utenza necessaria a mantenere costante l'entità del beneficio in quanto, permettendo di accontentare una platea più ampia, risulta essere meno impopolare.

L'assegno di cura si presenta come uno strumento estremamente duttile dal punto di vista organizzativo ed amministrativo, essendo privo dei vincoli di struttura e di personale che caratterizzano invece i servizi alla persona (ad es. le RSA, i centri diurni, ecc.). Il suo incremento, quindi, è di facile attuazione e la sua diffusione riscuote facilmente consenso a livello politico. L'utilizzo massiccio degli assegni di cura è legato alla preponderanza dei benefici *cash* tipica del nostro paese (vedi l'indennità di accompagnamento); i limiti dello strumento risiedono, però, nel suo utilizzo improprio, per finalità diverse dal *care* o, comunque, in modo non appropriato rispetto ai bisogni dell'anziano. Uno strumento, inoltre, che lascia la famiglia senza le informazioni, i suggerimenti e il sostegno del quale avrebbe bisogno. La strada per evitarlo consiste nell'affiancare all'erogazione dell'assegno l'accompagnamento da parte dei servizi e l'inserimento del contributo all'interno di una specifica progettualità individuale. Anche se tutto ciò rappresenta, di fatto, un obiettivo dichiarato da tutte le Regioni, il risultato appare piuttosto variabile (Da Roit, 2009) (Schema 2.5).

Schema 2.5
LE RIFORME REGIONALI PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI: L'ASSEGNO DI CURA

| |
|---|
| L'obiettivo |
| Ampliare l'utenza raggiunta |
| Le principali strade per raggiungerlo |
| Quasi tutte le Regioni hanno utilizzato congiuntamente due leve: - Maggiore investimento economico - Diminuzione spesa media per utente |
| Il punto |
| Il numero di beneficiari è aumentato notevolmente. Sono emersi, altresì, forti dubbi sulle criticità dello strumento. |

• *La Regione Lombardia*

L'assegno di cura (Buono sociale) -introdotto in Lombardia alla fine del 2001 a seguito dell'attribuzione di un vincolo di destinazione di una parte del Fondo Nazionale Politiche Sociali gestito dagli ambiti-presenta due articolazioni in riferimento all'utenza anziana: il Buono sociale "ordinario" e il cosiddetto "Buono badanti", specificamente finalizzato alla regolazione del *care* privato.

L'analisi dell'utenza anziana mostra che nel 2006 beneficiava del Buono sociale l'1,2% degli anziani ultra settantacinquenni, mentre nel 2009 (ultimo dato disponibile) ne beneficiava l'1% (Tab. 2.6).

Tabella 2.6
ANZIANI FRUITORI DEL BUONO SOCIALE IN LOMBARDIA
Valore assoluto e % su popolazione ≥75 anni

| Anno | v.a. | % su over 75 |
|-------|--------|--------------|
| 2006 | 10.124 | 1,2 |
| 2009 | 9.155 | 1,0 |
| 2009* | 15.165 | 1,7 |

* Considerando oltre al FNPS che alimenta il Buono sociale,
anche il Fondo per la non autosufficienza e il Fondo Intese Famiglia.
Fonte: elaborazioni su dati del Bilancio sociale 2009 della Regione Lombardia

Il calo, cui fa da contraltare un aumento dei fruitori complessivi del Buono sociale²², secondo quanto riportato nel Bilancio sociale 2009 della Regione Lombardia, è da ricondurre alla scelta degli ambiti di privilegiare altre aree di utenza e di destinare agli anziani altri Buoni sociali, finanziati con il Fondo per le non autosufficienze (FNA) e il Fondo Intese Famiglia, disponibili in quell'anno. Considerando anche questi fruitori, l'utenza sale così all'1,7% degli ultra settantacinquenni residenti.

In assenza di dati disponibili sugli utenti del Buono sociale per anziani negli anni successivi al 2009, possiamo solo rilevare che in alcuni ambiti territoriali della Lombardia la contrazione dei fondi trasferiti dal livello centrale ha gravato proprio sull'area degli anziani, con la riduzione progressiva dell'assegno di cura (Ghetti, 2014b).

²² Il Buono sociale in Lombardia si rivolge alle categorie anziani, disabili, minori e famiglie, salute mentale, emarginazione sociale, immigrazione, dipendenze.

- *La Regione Veneto*

L'Assegno di cura della Regione Veneto, avviato nel 2007, ricomprende al suo interno le tre tipologie di contributo introdotte in tempi diversi negli anni precedenti: il sostegno economico per le persone non autosufficienti accudite a domicilio, quello specificamente rivolto alle persone affette da disturbi del comportamento (contributo Alzheimer) e quello per l'assunzione di assistenti familiari (contributo badanti). Nel 2013, con l'introduzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare, tali interventi sono stati fatti rientrare in un unico paniere di servizi che include tutti gli interventi integrativi alle Cure Domiciliari.

Nel complesso, le persone anziane e disabili che hanno beneficiato dell'Assegno di cura sono cresciute in maniera molto significativa fra il 2005 e il 2012 (+31,3%), così come la spesa totale annua (+36,4%). L'indice di copertura sulla popolazione ultra settantacinquenne, in questo lasso temporale, fa registrare un aumento dal 3,7 al 4,2% (Tab. 2.7). Nell'ambito di questo trend crescente, tuttavia, si registra un leggero calo di utenza a partire dal 2010 (Regione Veneto, 2013).

Tabella 2.7
ASSEGNO DI CURA PER NON AUTOSUFFICIENTI DELLA REGIONE VENETO: UTENZA E SPESA

| Anno | Utenti | | Spesa annua | |
|------|-------------------------------|---------------------|------------------------------|------------------------------------|
| | v.a. (anziani + disabili)* | % (su over 75)** | v.a. (anziani + disabili) | per utente (anziani + disabili) |
| 2005 | 20.084 | 3,7 | 38.500.000 | 1.917 |
| 2012 | 26.367 | 4,2 | 52.520.430 | 1.992 |

* Gli over 65 rappresentano circa il 76% dei beneficiari dell'Assegno di cura e il 91% dei beneficiari del contributo Alzheimer.

** Calcolato sui soli utenti anziani stimati.

Fonte: elaborazione su dati regionali

La scelta attuata dalla Regione Veneto, quindi, è stata quella di ampliare l'utenza mantenendo stabile la spesa media per utente. Ciò ha comportato un notevole incremento delle risorse dedicate.

- *La Regione Emilia-Romagna*

Gli anziani non autosufficienti residenti in Emilia-Romagna, accuditi a domicilio, dispongono dai primi anni Duemila di un assegno di cura e, dal 2007, di un supplemento "badanti"²³.

L'utenza delle due misure dal 2005 al 2012 è diminuita in maniera piuttosto consistente (-19,5%): l'indice di copertura della popolazione ultra settantacinquenne, in questo periodo, è sceso dal 3,9 al 2,8%. In particolare, si registra un trend decrescente dal 2010 al 2012: in soli due anni la spesa annua diminuisce in valore assoluto di quasi 18 milioni di euro e l'utenza cala di quasi 7.000 unità, a fronte di una spesa media per beneficiario rimasta pressoché immutata (Tab. 2.8).

²³ Sono inoltre disponibili specifici contributi a sostegno delle persone con disabilità.

Tabella 2.8
ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E SUPPLEMENTO "BADANTI" DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA:
UTENZA E SPESA

| Anno | Utenti anziani | | Spesa annua | |
|------|----------------|--------------|-------------|------------|
| | v.a. | % su over 75 | v.a. | per utente |
| 2005 | 18.040 | 3,9 | 31.370.084 | 1.739 |
| 2010 | 21.412 | 4,2 | 53.263.881 | 2.488 |
| 2012 | 14.527 | 2,8 | 35.313.163 | 2.431 |

Fonte: elaborazione su dati regionali

La diminuzione di utenza e spesa degli ultimi due anni è un riflesso del più ampio calo di spesa, copertura e capacità di presa in carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza verificatosi per la prima volta dalla costituzione del Fondo stesso nel 2004, strettamente legata alla drastica riduzione di risorse derivanti dal Fondo nazionale per le non Autosufficienze (fonte: relazioni Frna 2011-2012 e 2012-2013).

Se fino al 2010 la scelta della Regione era stata quella di ampliare l'utenza e la spesa media per utente, aumentando in maniera significativa le risorse dedicate all'assegno di cura per gli anziani, dal 2010, a fronte di risorse complessivamente calanti, la linea seguita è stata quella di mantenere stabile il livello di spesa per utente, riducendo la platea dei beneficiari.

• *La Regione Toscana*

La L.R. 66/2008 prevede, tra le prestazioni previste dal Piano di Assistenza Personalizzato finanziate attraverso il Fondo per la non Autosufficienza gli interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali²⁴. La Dgr 370/2010 declina meglio tale tipologia di prestazione stabilendo che gli interventi previsti per l'area della domiciliarità sono tra gli altri:

- *Gli interventi di sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia* che si assume in proprio il carico assistenziale verso persone non autosufficienti con gravi forme di demenza senile.
- *I buoni servizio o titoli per l'acquisto di servizio*. Già con atto del 2004²⁵, la Regione Toscana individuava nei buoni servizio uno degli strumenti per organizzare ed erogare l'assistenza domiciliare alle persone anziane in condizioni di non autosufficienza, in forma indiretta e integrativa di altri servizi, garantendo comunque la valutazione multidimensionale del bisogno, la predisposizione del progetto personalizzato di assistenza e la sua verifica. Il PISR 2007-2010 prevede la possibilità di individuare l'utilizzo di buoni servizio quale strumento di accesso al sistema dei servizi e delle strutture accreditate²⁶.
- *Il sostegno alla persona e alla famiglia e la qualificazione del lavoro dell'assistente familiare*. L'azione si inserisce nell'ambito delle prospettive di sviluppo dei servizi in favore delle persone non autosufficienti, con l'utilizzo degli strumenti e dei modelli organizzativi previsti dalla L.R. 40/2005 e dalla L.R. 41/2005.

L'Assistenza domiciliare indiretta riguarda oggi lo 0,5% degli anziani ultra settantacinquenni toscani, in leggera diminuzione rispetto al 2005. Nell'arco temporale di un quinquennio,

²⁴ Art. 7 comma 2 lett. B.

²⁵ Dgr 402/2004 "Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P.R.R. 2002/2004 di cui alla DCRT 60/2002 e rideterminazione della quota capitaria sanitaria nelle R.S.A.".

²⁶ Ai sensi dell'articolo 12, quarto comma, della L.R. 82/2009 sull'accREDITAMENTO, "i destinatari delle prestazioni possono esercitare il diritto di scelta...anche tramite titoli di acquisto".

tuttavia, è sensibilmente aumentata la spesa annua per utente, passata da poco meno di 1.300 euro nel 2005 a quasi 2.400 euro nel 2010, con un aumento di 1.086 euro per utente (Tab. 2.9).

Tabella 2.9
ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA DELLA REGIONE TOSCANA

| Anno | Utenti anziani | | Spesa annua | |
|------|----------------|--------------|-------------|------------|
| | v.a. | % su over 75 | v.a. | per utente |
| 2005 | 2.772 | 0,7 | 3.589.454 | 1.295 |
| 2010 | 2.271 | 0,5 | 5.407.032 | 2.381 |
| 2012 | 2.167 | 0,5 | n.d. | n.d. |

Fonte: dati regionali e ISTAT, Indagine sui servizi sociali dei Comuni

• Sintesi comparativa

Le regioni analizzate presentano un investimento molto differenziato nei confronti dell'Assegno di cura rivolto agli anziani non autosufficienti. All'inizio del periodo esaminato la copertura della popolazione ultra settantacinquenne appare decisamente più contenuta in Lombardia (1,2%), mentre è molto simile in Veneto ed in Emilia-Romagna (rispettivamente 3,7 e 3,9%). Queste ultime due regioni -le uniche comparabili per disponibilità e natura dei dati- sono accomunate da un notevole aumento di risorse dedicate che portano ad ampliare l'utenza e la spesa media per utente (quest'ultima soprattutto in Emilia-Romagna). Dal 2010, però, si avverte in entrambi i casi la difficoltà di mantenere il livello di spesa e di utenza raggiunto. Il calo è particolarmente accentuato in Emilia-Romagna, dove la drastica riduzione di risorse disponibili porta a privilegiare il mantenimento della spesa media per utente, riducendo la platea dei beneficiari (Tab. 2.10).

Tabella 2.10
VARIANZA TRA 2005 E 2012 DI ALCUNI PARAMETRI RIFERITI ALL'ASSEGNO DI CURA PER I NON AUTOSUFFICIENTI*

| Regione | Andamento utenza | | Andamento spesa | |
|----------------|------------------|-----------------------|-----------------|------------|
| | v.a. | % su anziani ≥75 anni | v.a. | per utente |
| Lombardia | + | + | n.d. | n.d. |
| Veneto | + | + | + | + |
| Emilia-Romagna | - | - | + | + |
| Toscana | - | - | + | + |

* Per la Lombardia il riferimento è al periodo 2005-2009; per la Toscana l'andamento della spesa si limita al periodo 2005-2010.

2.1.3 La regolazione del care privato a pagamento

Le politiche regionali per la non autosufficienza, negli anni recenti, sono state contrassegnate anche dal crescente interesse verso la regolazione del mercato privato della cura. Famiglie e assistenti familiari sono così state oggetto di interventi volti a superare, almeno in parte, i limiti del loro rapporto, favorendo l'emersione del lavoro sommerso, la qualificazione dell'attività svolta dalle assistenti e più in generale un "avvicinamento" al mondo dei servizi²⁷.

²⁷ Per approfondimenti sulle numerose esperienze in atto, a livello regionale e locale, si rimanda a www.qualificare.info.

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, anche sulla base delle numerose ed eterogenee esperienze formative di livello locale, sono andati moltiplicandosi percorsi formativi standard e sono state avviate pratiche per la certificazione delle competenze²⁸.

I più recenti interventi regionali volti a sostenere il rapporto famiglia-badante, sebbene ancora poco diffusi, sembrano oggi convergere verso un modello articolato in cui gli attori pubblici e privati che a vario titolo operano in tale ambito -ad esempio centri per l'impiego, enti gestori dei servizi socio assistenziali, enti di formazione, agenzie per il lavoro autorizzate, patronati, cooperative, associazioni- agiscono in maniera coordinata, offrendo a famiglie e assistenti un insieme di servizi all'interno di un percorso strutturato di "presa in carico" (Tab. 2.11)²⁹. Oltre all'orientamento, al sostegno economico alle famiglie e all'incontro domanda/offerta di lavoro privato di cura sulla base di registri o elenchi di assistenti selezionate, l'offerta può includere l'affiancamento da parte dei servizi di assistenza domiciliare in fase di avvio del rapporto di lavoro, il supporto alla relazione in caso di problemi, servizi di sostituzione dell'assistente in caso di sua assenza, prezzi calmierati presso enti convenzionati per la gestione amministrativa del contratto.

Tabella 2.11
CARATTERISTICHE DEI SISTEMI REGIONALI PUBBLICO/PRIVATI DI REGOLAZIONE DEL CARE PRIVATO

-
- Una pluralità di soggetti, pubblici e privati, partecipano al sistema regionale di sportelli dedicati a famiglie ed assistenti familiari, con un ruolo primario attribuito ai Centri per l'impiego.
 - Sportelli dedicati all'incontro domanda/offerta come servizio che va ad aggiungersi ed integrarsi agli interventi di qualificazione delle assistenti familiari e di sostegno economico alle famiglie (assegni di cura finalizzati).
 - Presenza di un registro/elenco di assistenti familiari selezionate, che alimenta il sistema di incontro domanda/offerta di lavoro di cura qualificato.
 - Offerta di un set strutturato di servizi, che possono includere il tutoraggio in fase di avvio del rapporto di lavoro, sostituzioni in caso di assenze dell'assistente, svolgimento delle pratiche burocratiche connesse alla contrattualizzazione, ecc..
-

Fonte: Pasquinelli e Rusmini, 2013

La sfida che si pone per questo tipo di interventi, diffusi in maniera ancora limitata e perlopiù attuati in modo parziale a livello sperimentale, è quella di uscire dalla nicchia e di assumere un connotato di stabilità (Pasquinelli e Rusmini, 2013). Al momento, uno degli strumenti più diffusi di regolazione del mercato privato della cura, l'assegno vincolato alla regolare assunzione della lavoratrice, mostra di risentire del calo di risorse nazionali dedicate alla non autosufficienza; si rilevano una diminuzione degli importi e la riduzione della platea dei beneficiari potenziali, in alcune regioni già molto contenuta da criteri stringenti di accesso alla misura.

²⁸ Il riconoscimento delle competenze acquisite "sul campo", che rappresenta una modalità per garantire la qualità delle prestazioni professionali, è particolarmente importante nel campo dell'assistenza domiciliare in quanto sono numerose le lavoratrici che hanno maturato una significativa esperienza ma non possiedono una specifica formazione.

²⁹ Questo tipo di intervento è previsto, ad esempio, in Piemonte, Toscana e Puglia.

Schema 2.12
LE RIFORME REGIONALI PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI: IL CARE PRIVATO A PAGAMENTO

| |
|---|
| L'obiettivo |
| Favorire il lavoro privato a pagamento regolare, di qualità e collegato alla rete dei servizi socio-sanitari. |
| Le principali strade per raggiungerlo |
| Convergenza, negli auspici e in alcuni (pochi) interventi locali verso un modello articolato, in cui gli attori pubblici e privati che a vario titolo operano in tale ambito agiscono in maniera coordinata, offrendo l'insieme di servizi indicati nella tabella 2.11. |
| Il punto |
| Sinora gli interventi così realizzati sono stati ridotti, circoscritti a sperimentazioni o a poche realtà locali |

- *La Regione Lombardia*

Sostenere i costi connessi alla scelta della permanenza a domicilio di soggetti “fragili” (anziani e disabili) e consentire un’assistenza sicura da parte delle assistenti familiari (badanti) è uno degli obiettivi alla base dell’introduzione del Buono sociale per l’assistenza familiare in Lombardia, nel 2007, cui si sono affiancate altre tipologie di azioni volte alla regolazione del *care* privato.

La Regione, attivatasi su questo fronte con un ritardo di alcuni anni rispetto ad altre, prevede un Buono sociale mirato che lascia larga autonomia agli ambiti in merito alla definizione dei criteri di accesso e all’entità del contributo, variabile da 250 a circa 400 euro mensili (Tidoli, 2011)³⁰. Ampia libertà è lasciata anche nelle altre aree di intervento individuate dalla Regione, quali azioni di “tutoring domiciliare” tramite gli operatori del Servizio di assistenza domiciliare comunale (SAD), azioni informative rivolte a famiglie ed assistenti in sinergia con gli sportelli pubblici o privati di orientamento e di incontro domanda/offerta già presenti sul territorio e azioni di sostegno alla formazione e all’aggiornamento del personale addetto all’assistenza familiare. Queste attività di regolazione del *care* privato hanno subito negli anni recenti un rallentamento a causa della contrazione dei Fondi trasferiti dallo Stato, che in alcuni territori ha portato alla sospensione dell’assegno per la regolarizzazione delle badanti e all’interruzione delle attività di sportello (Ghetti, 2014b).

Sul versante della qualificazione dell’assistenza, la Regione ha definito nel 2008 lo standard professionale degli assistenti familiari e il relativo percorso formativo, articolato in un corso base di 160 ore e un corso di secondo livello per l’assistenza a domicilio di persone affette da malattie neurologiche avanzate inguaribili della durata di 100 ore³¹. A sostegno della frequenza ai corsi, la Regione ha promosso nel 2012 un bando per l’accesso alla Dote assistenti familiari (con un valore massimo di 2.500 euro), da spendere in appositi percorsi formativi. L’offerta ha permesso a circa 850 assistenti familiari di usufruire della Dote, a fronte di un numero di richieste più di tre volte superiore. Sebbene si sia trattato di un intervento limitato, rappresenta una iniziativa lodevole considerando che la Regione, in precedenza, aveva ampiamente delegato l’intervento in questo settore agli ambiti distrettuali (Pasquinelli, 2012).

³⁰ Circolare 41/2007 “Prime indicazioni per l’attuazione di interventi mirati al sostegno del lavoro di cura prestato da assistenti familiari”.

³¹ Dduo 15243 del 17 dicembre 2008 “Indicazioni regionali per i percorsi formativi di assistente familiare”.

Tabella 2.13
SINTESI DELL'INTERVENTO DI REGOLAZIONE DEL CARE PRIVATO DELLA REGIONE LOMBARDIA

| Presenza di un sostegno economico per le famiglie | Definizione di un profilo formativo per le assistenti familiari e attività formative realizzate | Presenza di un registro regionale delle assistenti e requisiti d'accesso | Presenza di un sistema strutturato di incontro d/o |
|---|--|--|---|
| Si Da €250 a €400 euro ca. (entità stabilita a livello di ambito) | Si 160 ore corso base 100 ore corso 2° livello Nel 2012 la Regione ha promosso la formazione attraverso un apposito bando | No | No La Regione ha dato indicazioni agli ambiti per l'attuazione di attività informative e consulenziali |

Fonte: Rusmini, 2013 (su normativa regionale)

- *La Regione Veneto*

Una delle prime Regioni ad aver introdotto un contributo economico per sostenere le famiglie che ricorrono all'assistente privata per curare persone non autosufficienti è il Veneto. Nel 2002 ha fatto la sua comparsa il "contributo badanti"³², che nel 2007 ha trovato una riformulazione nell'Assegno di cura³³. Con il nuovo sistema dell'Impegnativa di Cura Domiciliare dal 2013 la Regione ha voluto invece determinare l'entità del contributo in funzione del bisogno assistenziale (basso, medio o alto) e non del ricorso alla badante³⁴. La Regione, inoltre, da circa un decennio finanzia in maniera estemporanea la realizzazione di corsi di formazione per le assistenti e ha promosso, negli anni recenti, la realizzazione di un sistema di sportelli per offrire informazione, consulenza e supporto a famiglie e lavoratrici.

Le persone non autosufficienti che hanno beneficiato dell'assegno "badanti" sono significativamente cresciute fra il 2006 e il 2011 (+56,7%), ma rappresentano una parte limitata degli utenti che complessivamente hanno percepito l'assegno di cura per le persone non autosufficienti (il 15,7% nel 2011).

Tabella 2.14
UTENTI DELL'ASSEGNO DI CURA "BADANTI" IN VENETO

| Anno | v.a. | % su pop. ≥75 anni | % sul totale degli utenti dell'assegno di cura |
|------|-------|--------------------|--|
| 2006 | 2.702 | 0,6 | 11,9 |
| 2010 | 6.089 | 1,3 | 22,3 |
| 2011 | 4.233 | 0,9 | 15,7 |

Fonte: elaborazioni su dati regionali; Regione Veneto e Arss Veneto, 2011; Regione Veneto, 2013; ISTAT, Popolazione residente

Sul versante della qualificazione del lavoro privato di cura la Regione, che non ha definito un percorso formativo standard, finanzia dal 2004 la realizzazione di corsi brevi da parte di una Ulss (Dolo Mirano), che hanno coinvolto complessivamente 5.000 persone³⁵. Ha però dato

³² Dgr 2907/2002 "Contributi alle famiglie che assistono congiunti non autosufficienti con l'aiuto di assistenti familiari".

³³ Dgr 4135/2006 "Assegno di cura per persone non autosufficienti. Procedure per l'anno 2007".

³⁴ L'assegno di cura "badante" è perciò convertito nell'Impegnativa di cura domiciliare per il basso bisogno assistenziale (ICDb), ha attualmente un importo mensile di 120 euro (eventualmente rivalutabile nel caso l'assistito sia affetto da demenza) e presenta regole d'accesso definite a livello regionale.

³⁵ Il conteggio include anche coloro che hanno frequentato i corsi di primo soccorso organizzati dalla medesima Ulss.

indicazioni per l'istituzione del Registro pubblico regionale degli assistenti familiari e della Rete degli sportelli di assistenza familiare³⁶, che vede coinvolti soggetti pubblici e privati, nell'intento di realizzare un modello di servizio in grado di offrire gratuitamente la selezione del personale, promuovendo la crescita professionale delle assistenti familiari e la corretta gestione dei rapporti di lavoro.

Tabella 2.15
SINTESI DELL'INTERVENTO DI REGOLAZIONE DEL CARE PRIVATO DELLA REGIONE VENETO

| Presenza di un sostegno economico per le famiglie | Definizione di un profilo formativo per le assistenti familiari e attività formative realizzate | Presenza di un registro regionale delle assistenti e requisiti d'accesso | Presenza di un sistema strutturato di incontro d/o |
|--|---|--|---|
| Attivo dal 2002, l'Assegno di cura "badante" nel 2013 è stato convertito nell'Impegnativa di cura domiciliare, assegnata in funzione del bisogno assistenziale | No Dal 2004 la Regione finanzia corsi brevi tenuti da una Ulss | Si Requisiti: - maggiore età; - non aver riportato condanne; - titolo di soggiorno; - adeguata conoscenza della lingua italiana; - sana e robusta costituzione; - aver svolto un'attività formativa documentata attinente (di qualsiasi durata), oppure - avere un'esperienza lavorativa di almeno 12 mesi, documentata, nel campo dell'assistenza familiare | Si Il sistema è strutturato in tre livelli di attività (informazione; consulenza e supporto; mediazione per l'incontro tra domanda e offerta), ad opera di soggetti pubblici e privati: - Veneto Lavoro, gestore del Registro pubblico regionale. - Soggetti accreditati ai servizi per il lavoro, - Soggetti che erogano servizi o svolgono attività associative a favore di famiglie e lavoratori |

Fonte: Rusmini, 2013 (su normativa regionale)

- *La Regione Emilia-Romagna*

Per favorire la regolarizzazione contrattuale nell'ambito del lavoro privato di cura e sostenere le famiglie che vi fanno ricorso, la Regione Emilia-Romagna ha introdotto nel 2007 un contributo "badanti" rivolto agli anziani non autosufficienti già beneficiari dell'assegno di cura. Attraverso il Fondo regionale per la non autosufficienza, inoltre, sostiene la realizzazione di interventi di qualificazione delle assistenti familiari, oggetto di uno specifico programma avviato anch'esso nel 2007³⁷.

Il supplemento "badanti" all'assegno di cura è un contributo di importo fisso, pari a 160 euro mensili, riservato a persone anziane non autosufficienti con un reddito fino a 15.000 euro, che già percepiscono l'assegno di cura (di qualsiasi importo). L'utenza fa registrare un significativo ampliamento fino al 2011 -legato anche all'innalzamento da 10.000 a 15.000 euro della soglia di reddito per l'accesso al beneficio- e successivamente un calo, legato alla riduzione delle risorse disponibili. I beneficiari del supplemento "badante" sono una parte piuttosto ampia di tutti coloro che accedono all'assegno per gli anziani non autosufficienti, pari oggi a circa il 30% (Tab. 2.16).

³⁶ Dgr 3905/2009 "Linee di indirizzo per l'istituzione del Registro pubblico regionale degli assistenti familiari e della Rete degli sportelli di assistenza familiare".

³⁷ Dgr 1206/2007 "Fondo regionale per la non autosufficienza - indirizzi attuativi della delibera n. 509/2007".

Tabella 2.16
 UTENTI DELL'ASSEGNO DI CURA "BADANTI" IN EMILIA-ROMAGNA

| Anno | v.a. | % su pop. ≥75 anni | % sul totale degli utenti dell'assegno di cura |
|------|-------|--------------------|--|
| 2008 | 2.632 | 0,5 | 11,5 |
| 2011 | 6.817 | 1,3 | 38,4 |
| 2012 | 4.184 | 0,8 | 28,8 |

Fonte: elaborazione su dati regionali e ISTAT, Popolazione residente

La Regione, nell'ambito della disciplina del Fondo regionale per la non autosufficienza, ha inserito fra gli elementi essenziali minimi della rete distrettuale dei servizi un Programma di emersione, regolarizzazione e qualificazione del lavoro delle assistenti famigliari (funzioni di ascolto e sostegno; informazione e consulenza; formazione, aggiornamento e *tutoring* alle assistenti familiari)³⁸. I servizi di assistenza domiciliare accreditati sono tenuti ad assicurare l'erogazione di diverse tipologie di prestazioni, fornite in modo integrato tra professionisti e discipline differenti ed assicurando comunque il coordinamento e l'integrazione organizzativa tra Comuni ed Ausl; in particolare, è prevista la supervisione, consulenza e affiancamento quando le persone non autosufficienti sono assistite a domicilio direttamente da familiari e con l'aiuto di assistenti familiari, assicurando anche la funzione di *tutoring*³⁹.

Sul fronte della qualificazione del lavoro di cura -inizialmente regolata attraverso la definizione di un percorso formativo standard di 120 ore- la scelta della Regione, negli ultimi anni, è stata quella di promuovere attività modulari e maggiormente centrate sui singoli casi (anche con l'ausilio di strumenti di auto-apprendimento come i dvd) definite a livello distrettuale. Per quanto riguarda le funzioni di informazione, orientamento e consulenza rivolte a famiglie e assistenti, la Regione ha suggerito ai distretti la definizione di percorsi semplificati, da realizzarsi in collaborazione con i Centri per l'impiego e con attori diversi interessati, operanti nei territori di riferimento⁴⁰. Sono quindi in corso, in maniera ampiamente variabile, azioni definite a livello distrettuale.

³⁸ Dgr 509/2007 "Fondo regionale per la non autosufficienza - Programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009" e Dgr 1206/07 "Fondo regionale non autosufficienza. Indirizzi attuativi della Dgr 509/2007" (Allegato 3).

³⁹ Dgr 514/2009, sia allegato B valido nel regime di accreditamento transitorio, che i requisiti specifici per l'Assistenza domiciliare nell'accREDITAMENTO definitivo all. D.2.1.

⁴⁰ La Dgr 2375 del 28/12/2009: "Linee guida per l'innovazione e lo sviluppo di attività di contatto ed aggiornamento per le assistenti famigliari".

Tabella 2.17
SINTESI DELL'INTERVENTO DI REGOLAZIONE DEL CARE PRIVATO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

| Presenza di un sostegno economico per le famiglie | Definizione di un profilo formativo per le assistenti familiari e attività formative realizzate | Presenza di un registro regionale delle assistenti e requisiti d'accesso | Presenza di un sistema strutturato di incontro d/o |
|---|---|--|---|
| <p>Si</p> <p>€ 160 mensili (in aggiunta all'assegno di cura)</p> <p>Requisiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non autosufficienza certificata - Isee dell'anziano non superiore a € 15.000 annui - Regolare assunzione dell'assistente | <p>Si (dal 2003)</p> <p>120 ore</p> <p>La Regione ha dato indicazioni ai Distretti per la realizzazione di attività formative "aperte" e flessibili</p> | No | <p>No</p> <p>Indicazioni e risorse ai distretti per la definizione condivisa di percorsi semplificati per l'incontro domanda/offerta, con il coinvolgimento di soggetti pubblici e privati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sportelli sociali - Servizi assistenza anziani - Centri per l'Impiego - Altri attori sociali |

Fonte: Rusmini, 2013 (su normativa regionale)

• *La Regione Toscana*

L'intervento di regolazione del mercato privato della cura attuato dalla Regione Toscana - inserito all'interno della più vasta azione di sistema riguardante la non autosufficienza che ha fra i suoi punti più significativi l'istituzione del Fondo regionale dedicato - include il sostegno economico alle famiglie, la formazione delle assistenti e l'offerta di servizi fra cui l'incontro domanda/offerta di lavoro.

Il "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" prevede un sostegno economico per le famiglie con anziani non autosufficienti accuditi con l'aiuto di assistenti familiari, di importo variabile in base alla gravità e alla condizione economica dell'anziano⁴¹.

Nel 2010, la Regione ha delineato un sistema organico di interventi per l'emersione dal lavoro irregolare e la qualificazione dell'assistenza⁴², che prevede la realizzazione di "Snodi territoriali" per offrire informazione e consulenza a famiglie ed assistenti familiari, agevolare l'incontro domanda offerta di lavoro, sostenere (anche economicamente) le famiglie nella sostituzione dell'assistente temporaneamente assente, realizzare percorsi formativi rivolti alle lavoratrici⁴³. Punto centrale del progetto è lo sviluppo degli "Snodi territoriali" su tutto il territorio regionale, con funzioni di coordinamento delle attività progettuali sul territorio di competenza e sviluppo di una rete di raccordo pubblico-privato che coinvolge le Società della Salute (attraverso un Punto Insieme per ogni zona sociosanitaria), i Servizi per l'impiego, i Comuni, le associazioni che operano sul territorio, i sindacati e i patronati e le imprese.

⁴¹ Dgr 370/2010.

⁴² Dgr 466/2010 "Realizzazione di azioni per la creazione di un sistema integrato di servizi sull'intero territorio regionale attraverso il Progetto regionale denominato "Sistema integrato di servizi per le famiglie e gli assistenti familiari".

⁴³ La Regione Toscana è stata una delle prime a definire il profilo formativo dell'assistente familiare (nel 2002), poi riformulato nel 2006 (Decreto n. 6219/2006 "Formazione obbligatoria per operare nell'ambito dell'assistenza familiare").

Tabella 2.18
SINTESI DELL'INTERVENTO DI REGOLAZIONE DEL CARE PRIVATO DELLA REGIONE TOSCANA

| Presenza di un sostegno economico per le famiglie | Definizione di un profilo formativo per le assistenti familiari e attività formative realizzate | Presenza di un registro regionale delle assistenti e requisiti d'accesso | Presenza di un sistema strutturato di incontro d/o |
|--|--|--|--|
| <p>Si</p> <p>Entità variabile in base a gravità e condizione economica dell'anziano.</p> <p>Requisiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Età pari o superiore a 65 anni - Non autosufficienza certificata - Possesso di un Progetto assistenziale individualizzato che prevede l'assistente familiare - Regolare assunzione dell'assistente | <p>Si (dal 2002, rivisto nel 2006).</p> <p>220 ore</p> <p>La Regione ha recentemente finanziato la realizzazione di corsi su tutto il territorio regionale</p> | <p>In via di istituzione</p> <p>È prevista la realizzazione di un'indagine per vedere in quali province sono stati istituiti i registri e i criteri di costruzione, per definire un percorso di assistenza alla loro istituzione ove ancora assenti.</p> | <p>Si</p> <p>Costituzione di un sistema di "Snodi territoriali" decentrati, per l'agevolazione dell'incontro d/o e per l'erogazione di servizi alle famiglie ed alle assistenti familiari.</p> <p>Soggetti pubblici e privati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Società della Salute (sportelli "Punti Insieme") - Servizi per l'impiego - Comuni - Associazioni - Sindacati e patronati - Imprese |

Fonte: Rusmini, 2013 (su normativa regionale)

• *Sintesi comparativa*

Le quattro regioni analizzate, negli anni recenti, si sono attivate nella direzione di regolare il mercato privato della cura con modalità differenti puntando tutte, in primo luogo, sull'assegno di cura mirato.

La Regione Lombardia, attivatasi con ritardo rispetto alle altre, presenta una tipologia di intervento che potremmo definire "deregolamentata". Essa, infatti lascia un ampio margine decisionale agli ambiti territoriali tanto nella definizione dell'assegno, che nella realizzazione di attività di informazione, orientamento e consulenza. Ha però definito un modello regionale di percorso formativo e ha recentemente finanziato attività formative ad hoc.

Veneto, Emilia-Romagna e Toscana si differenziano dalla Lombardia per la gestione unitaria del contributo economico, avendo definito in maniera univoca la sua entità, i requisiti e la modalità di accesso. L'assegno di cura -nelle due regioni per cui il dato è disponibile, ossia Veneto ed Emilia-Romagna- è stato oggetto di un significativo investimento regionale: in entrambi i casi fra il 2005 e il 2012 l'utenza è cresciuta, raggiungendo quasi l'1% degli ultra settantacinquenni residenti⁴⁴.

La Regione Emilia-Romagna ha attribuito ai distretti un ampio margine di movimento nella realizzazione delle attività di qualificazione dell'assistenza e di sostegno a famiglie e assistenti (per certi versi simile a quello di cui godono gli ambiti lombardi), nell'ambito di un quadro di riferimento delineato dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza che prevede la garanzia di un programma articolato di ambito distrettuale che deve contenere interventi a sostegno delle famiglie e delle assistenti famigliari indicati nelle linee di indirizzo regionali.

Il Veneto e Toscana presentano una definizione puntuale del sistema di Sportelli per l'informazione, la consulenza e l'incontro domanda/offerta di lavoro privato di cura che intendono realizzare sui propri territori. In particolare la Toscana è la Regione che sembra aver

⁴⁴Per il Veneto l'ultimo dato disponibile si riferisce al 2011. Nel 2013 l'Assegno di cura "badante" è stato convertito nell'Impegnativa di cura domiciliare, assegnata in funzione del bisogno assistenziale.

delineato un sistema maggiormente integrato, avendo anche avviato su tutto il territorio delle attività formative sulla base di un modello standard.

Tabella 2.19
INTERVENTI REGIONALI DI REGOLAZIONE DEL CARE PRIVATO

| Regione | Assegno dedicato | Profilo formativo a.f. | Registro regionale | Sistema strutturato di incontro d/o | Tendenza complessiva 2005-2012 |
|----------------|------------------|------------------------|--------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Lombardia | • | • | | ◦ | + |
| Veneto | • | | • | • | + |
| Emilia-Romagna | • | ◦ (abbandonato) | | • | + |
| Toscana | • | • | • | • | + |

Nel complesso, quindi, le quattro regioni fra il 2005 e il 2012 hanno riflettuto, legiferato e dedicato risorse a svariati aspetti regolativi del *care* privato, tanto da poter affermare che per ciascuna di esse l'attenzione al tema è cresciuta. Rileviamo, tuttavia, che la riduzione delle risorse complessivamente disponibili per il comparto della non autosufficienza ha gravato sulle attività in essere, tanto che gli utenti dell'assegno di cura "badanti" hanno subito un calo fra il 2010/2011 sia in Veneto che in Emilia-Romagna, mentre in alcuni ambiti della Lombardia questo tipo di contributo è stato addirittura sospeso.

2.2

L'ampliamento della residenzialità

Le riforme regionali hanno promosso pure il rafforzamento dell'assistenza residenziale, nella quantità e nella qualità dell'offerta. La crescita nel numero di utenti è stata, comunque, minore rispetto a quella registrata nella domiciliarità. Le Regioni italiane hanno così sperimentato il medesimo fenomeno riscontrato a livello internazionale nello stesso periodo: il numero di beneficiari è cresciuto più nella domiciliarità che nella residenzialità, mentre in materia di spesa l'incremento è risultato superiore per quest'ultima (Oecd, 2011).

In Italia il tasso di anziani ultrasessantacinquenni ospiti in strutture è aumentato, seppure in misura contenuta, passando dal 2,2% del 2000 al 2,4 % del 2010⁴⁵. Le abituali differenze territoriali sono risultate, in questo settore, ancora più marcate a sfavore del Sud. Infatti, anche se nelle Regioni meridionali l'offerta è storicamente più bassa alcune tra queste negli ultimi anni l'hanno vista ridursi ulteriormente.

Il moderato aumento dei posti letto è stato contrassegnato da un progressivo spostamento verso l'assistenza di tipo sanitario. Lo si vede disaggregando i valori complessivi di 2,2% (anno 2000) e 2,4% (2010) indicati sopra. L'accesso ai presidi residenziali da parte di anziani non autosufficienti ha fatto registrare un aumento (da un tasso stabile dell'1,4% tra il 2000 e il 2006 all'1,8% del 2010), mentre quello degli anziani autosufficienti ha visto una lieve diminuzione (dallo 0,8% del 2000 allo 0,6% del 2010) (Barbabella *et. al.*, 2013). Le strutture, infatti, si trasformano sempre più in realtà sociosanitarie per non autosufficienti, in grado di accogliere anziani che richiedono livelli assistenziali ben più elevati che nel passato; ciò accade attraverso

⁴⁵ Il ricorso ai dati per confronti nel tempo è particolarmente complicato nella residenzialità, per questioni metodologiche (Barbabella *et. al.*, 2013). Qui ci si riferisce ai dati di fonte Istat contenuti in Barbabella *et al.*, 2013.

sia l'apertura di nuove RSA sia la riqualificazione e l'adeguamento di strutture già esistenti. Parallelamente, aumenta costantemente il carico assistenziale richiesto per far fronte ad un mix di ospiti divenuti in maniera progressiva più gravemente non autosufficienti (Guaita e Cherubini, 2011).

Le tendenze descritte si intrecciano con il più generale sforzo per incrementare la qualità verificatosi nel periodo in esame. Ciò ha portato la maggior parte delle regioni a completare le norme sui requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture residenziali⁴⁶, e a mettere in campo un'altra varietà d'interventi a tal fine (Gori *et al.*, 2010) (Schema 2.20).

Schema 2.20
LE RIFORME REGIONALI PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI: I SERVIZI RESIDENZIALI

| |
|---|
| L'obiettivo |
| Aumento dell'offerta in termini quantitativi e qualitativi |
| Le principali strade per raggiungerlo |
| Le Regioni hanno puntato su tre direttrici principali: |
| - Aumento del numero dei posti |
| - Incremento del profilo sanitario dell'assistenza offerta |
| - Interventi per elevare la qualità (a partire da norme sui requisiti di autorizzazione e accreditamento) |
| Il punto |
| L'incremento dell'utenza è stato ridotto (minore di domiciliarità). Le Regioni hanno avuto vicende molto eterogenee, il Sud è risultato in particolare difficoltà |

Accanto alla riflessione sulla qualità, si è sviluppata quella sulla sostenibilità del costo del servizio da parte dell'utenza. Al diffuso trend d'incremento delle rette in atto da tempo - generato in parte dalla stabilità della quota sanitaria e dal conseguente incremento della quota sociale- si contrappone una maggiore consapevolezza, in tante amministrazioni regionali, circa la necessità di contenerne il più possibile l'importo, a fronte delle difficoltà economiche delle famiglie. Per un numero crescente di nuclei il costo dell'assistenza residenziale rappresenta infatti una spesa non sostenibile, con il conseguente ricorso a soluzioni informali (assistenza da parte di membri della famiglia o di badanti a basso costo), di cui è in parte testimonianza la riduzione delle liste d'attesa per l'accesso ai servizi residenziali. In alcuni casi è stato compiuto uno sforzo per mantenere stabile l'importo delle rette, in altri si è addirittura cercato di ridurle, come ad esempio in Emilia-Romagna (Pesaresi, 2013).

L'analisi presentata nelle prossime pagine cerca di fare il punto sullo sviluppo dei servizi residenziali e semiresidenziali nelle quattro regioni considerate, pur nella difficoltà dovuta alle diverse modalità di classificazione delle strutture e di rendicontazione in termini di posti letto e di spesa (cfr. Chiatti *et al.*, 2013). Si è pertanto cercato di procedere alla comparazione ricostruendo lo scenario complessivo delle singole realtà riferito alle unità d'offerta a regime, al fine di indentificarne le linee di tendenza. L'analisi esclude pertanto i servizi di tipo sperimentale e non incorpora i dati sui nuclei eventualmente presenti all'interno delle unità stesse (es. Alzheimer, stati vegetativi o di altro tipo).

⁴⁶ I requisiti per l'autorizzazione al funzionamento sono volti a garantire il possesso di requisiti minimi (strutturali, organizzativi, ecc.) dei centri di erogazione di un servizio, indispensabili affinché essi possano operare sul territorio regionale. Con la definizione dei requisiti per l'accreditamento, la regione stabilisce ulteriori caratteristiche degli erogatori volte ad assicurare un ancor più elevato livello di qualità, necessario per offrire servizi/prestazioni per conto e a carico dell'ente pubblico. L'istituto dell'accreditamento prevede, inoltre, che la regione definisca delle tariffe da corrispondere agli erogatori per i servizi resi in accordo con essa.

2.2.1 L'assistenza residenziale

- *La Regione Lombardia*

In Lombardia l'accoglienza residenziale, stabile o temporanea, di persone anziane che non possono essere assistite in famiglia avviene nell'ambito delle *Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)*.

Le RSA lombarde accolgono anziani non autosufficienti con elevate esigenze di cura, che non presentano patologie acute o necessità riabilitative tali da richiedere il ricovero in ospedale. Una parte dei posti letto, in queste strutture, è riservata alle persone affette dal morbo di Alzheimer.

L'offerta di posti letto nelle RSA lombarde pubbliche e private accreditate è consistente: nel 2012 si contano 5,9 posti letto ogni 100 anziani ultra settantacinquenni residenti⁴⁷. Dal 2005 ad oggi, sebbene complessivamente cresciuta in valore assoluto (+5.162 p.l.), la disponibilità di posti letto è leggermente diminuita in rapporto agli anziani ultra settantacinquenni residenti (-0,7 punti percentuali). Se dunque la dotazione di posti letto nelle RSA lombarde non ha tenuto perfettamente il passo con l'aumento degli ultrasettantacinquenni, si è comunque mantenuta ad un livello nettamente superiore a quello medio nazionale.

Tabella 2.21
POSTI LETTO PER ANZIANI NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA) IN LOMBARDIA
Valore assoluto, posti ogni 100 persone di 75 anni e più, variazione %

| Tipologia di p.l. | 2005 | | 2012 | | Var. % posti letto 2005-2012 |
|--|--------|------------------------------|--------|------------------------------|---------------------------------|
| | v.a. | Ogni 100 anziani ≥75 anni | v.a. | Ogni 100 anziani ≥75 anni | |
| Posti letto per anziani (pubblici e privati accreditati) | 52.446 | 6,6 | 57.608 | 5,9 | + 9,8 |

Fonte: elaborazione su dati Bilancio sociale 2008; Daverio, 2013; ISTAT, Popolazione residente

L'espansione ha riguardato le strutture private accreditate -coerentemente con l'orientamento generale della Regione che punta molto sullo sviluppo dell'offerta privata, la concorrenza fra gli erogatori e la libertà di scelta dei cittadini- mentre i posti letto nelle strutture pubbliche hanno subito una riduzione⁴⁸. Questo protagonismo del privato, soprattutto for profit, è stato favorito dalla separazione tra autorizzazione al funzionamento e accreditamento, che ha permesso lo sviluppo di un'offerta autorizzata in misura superiore al fabbisogno stimato (Ranci Ortigosa e Ghetti, 2011; Guerrini, 2011)⁴⁹.

- *La Regione Veneto*

L'assistenza residenziale per le persone non autosufficienti che non possono essere assistite a domicilio, in Veneto, avviene presso i *Centri di servizio*, articolati in due livelli di assistenza.

I Centri di servizio di I livello si rivolgono a persone anziane non autosufficienti con ridotto-minimo bisogno assistenziale, mentre quelli di II livello sono dedicati a chi ha bisogno di media

⁴⁷ A questa offerta si affianca anche quella delle strutture private autorizzate, qui non contemplata per mancanza del dato.

⁴⁸ Fra il 2005 e il 2008 il calo di posti letto nelle strutture pubbliche è stato del -2,3%, contestualmente ad un aumento del 7% in quelle private accreditate (fonte: Bilancio sociale 2008).

⁴⁹ Qualunque soggetto ha la facoltà di realizzare strutture residenziali e di ottenere l'autorizzazione al funzionamento, nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa, indipendentemente dall'effettivo bisogno di posti letto. La Regione Lombardia procede all'accREDITAMENTO di nuovi posti letto, in rapporto agli indici di fabbisogno su base Asl e alle risorse economiche disponibili (Guerrini, 2011).

intensità assistenziale. In quest'ultimo tipo di struttura possono essere presenti le Sezioni Alta Protezione Alzheimer (SAPA), che accolgono persone affette da demenza di grado moderato-severo e le Sezioni Stati Vegetativi Permanenti (SVP), che accolgono persone in condizione di "stato vegetativo" a seguito di gravi lesioni cerebrali.

Nel complesso i posti letto autorizzati/accreditati nei Centri servizio di cui dispongono gli anziani ultra settantacinquenni residenti in Veneto sono 5,6 ogni 100. Fra il 2005 e il 2012 i posti letto sono aumentati di 647 unità (+2,5%), ma in relazione alla popolazione ultra settantacinquenne residente sono calati (-0,7 punti percentuali) (Tab. 2.22). Si tratta di un livello di copertura fra i più elevati d'Italia.

Tabella 2.22
POSTI LETTO PER ANZIANI NEI CENTRI DI SERVIZIO DEL VENETO
Valore assoluto, posti ogni 100 persone di 75 anni e più, variazione %

| Tipologia di p.l. | 2005 | | 2012 | | Var. % posti letto 2005-2012 |
|---|---------------|------------------------------|---------------|------------------------------|---------------------------------|
| | v.a. | Ogni 100 anziani ≥75 anni | v.a. | Ogni 100 anziani ≥75 anni | |
| Posti letto per anziani a titolarità pubblica | 23.248 | 5,6 | 24.250 | 5,0 | +4,3 |
| Posti letto per anziani a titolarità privata | 3.141 | 0,8 | 2.786 | 0,6 | -11,3 |
| TOTALE POSTI LETTO PER ANZIANI | 26.389 | 6,3 | 27.036 | 5,6 | +2,5 |

Legenda: i posti letto a titolarità pubblica indicano il numero di impegnative/quote previste dalla programmazione regionale; i posti letto totali indicano il numero di posti autorizzati/accreditati; i posti letto a titolarità privata indicano il valore di differenza tra i posti letto totali e le impegnative/quote.

Fonte: elaborazione su dati regionali e ISTAT, Popolazione residente

L'offerta a titolarità pubblica, in termini di numero di impegnative/quote⁵⁰ previste annualmente dalla programmazione regionale, copre ampiamente la disponibilità complessiva di posti, ma non la esaurisce (Tab. 2.22). Per garantire la libera scelta da parte dell'utente o della sua famiglia, infatti, la Regione nel 2006 ha deciso che il numero dei posti letto autorizzati dovesse essere superiore al numero delle impegnative emesse⁵¹.

- *La Regione Emilia-Romagna*

In Emilia-Romagna le strutture deputate all'assistenza residenziale, temporanea o permanente, degli anziani non autosufficienti di grado medio o elevato sono le *Case residenza per anziani non autosufficienti* (ex Residenze sanitarie assistenziali e Case protette).

Le Case residenza offrono assistenza continuativa allo scopo di prevenire ulteriori perdite di autonomia e mantenere le capacità fisiche, mentali, affettive e relazionali della persona ospitata. Al loro interno possono essere attivati i Nuclei dedicati a persone anziane con demenza e gravi disturbi del comportamento.

I posti letto a titolarità pubblica nelle Case residenza per anziani non autosufficienti sono 4,1 ogni 100 persone ultra settantacinquenni. Fra il 2005 e il 2012 l'offerta si è ampliata di circa 1.600 p.l. (+8,2%), ma ha fatto registrare una sostanziale stabilità in rapporto alla popolazione anziana residente. In questo arco temporale è cresciuta l'offerta di posti a titolarità pubblica (+12,9%), mentre sono diminuiti quelli a titolarità privata, in cui non vi è alcuna contribuzione al servizio da parte della regione (-5,9%) (Tab. 2.23).

⁵⁰ L'impegnativa di residenzialità rappresenta il titolo rilasciato al cittadino per l'accesso alle prestazioni rese nei servizi residenziali e semiresidenziali a carico del Fondo sanitario regionale (quota di rilievo sanitario della retta).

⁵¹ Dgr 84/2007 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" e Dgr 464/2006 "L'assistenza alle persone non autosufficienti art. 34, comma 1, L.R. 1 del 30 gennaio 2004".

Tabella 2.23
POSTI LETTO PER ANZIANI NELLE CASE RESIDENZA IN EMILIA-ROMAGNA
Valore assoluto, posti ogni 100 persone di 75 anni e più, variazione %

| Tipologia di p.l. | 2005 | | 2012 | | Var. % posti letto 2005-2012 |
|---|---------------|------------------------------|---------------|------------------------------|---------------------------------|
| | v.a. | Ogni 100 anziani ≥75 anni | v.a. | Ogni 100 anziani ≥75 anni | |
| Posti letto per anziani a titolarità pubblica | 14.518 | 3,1 | 16.395 | 3,2 | +12,9 |
| Posti letto per anziani a titolarità privata | 4.896 | 1,1 | 4.609 | 0,9 | -5,9 |
| TOTALE POSTI LETTO PER ANZIANI | 19.414 | 4,2 | 21.004 | 4,1 | +8,2 |

Legenda: i posti letto a titolarità pubblica fanno riferimento a posti in strutture pubbliche (anche a gestione esternalizzata) e quelli convenzionati presso strutture private; i posti a titolarità privata sono quelli in cui non vi è alcuna contribuzione al servizio da parte della regione.

Fonte: elaborazione su dati regionali e ISTAT, Popolazione residente

L'aumento dei posti letto nelle Case residenza è stato sostenuto dall'obiettivo, stabilito dalla Regione, di assicurare in ciascun distretto la presenza di almeno 3 posti letto ogni 100 anziani ultra settantacinquenni residenti (Dgr 509/2007).

- *La Regione Toscana*

Agli anziani non autosufficienti residenti in Toscana, impossibilitati a rimanere presso il proprio domicilio, è offerta assistenza residenziale temporanea o permanente presso le *Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)*.

Le RSA toscane offrono diversi livelli di intensità assistenziale: oltre al "modulo base" rivolto a persone con un grado di non autosufficienza stabilizzata, vi sono tre moduli specialistici dedicati alla disabilità di prevalente natura motoria (es. esiti di ictus e malattia di Parkinson), a quella cognitivo-comportamentale (es. persone con demenza), agli stati vegetativi permanenti e ai pazienti terminali.

L'offerta di posti letto nelle strutture residenziali toscane⁵² fa registrare un incremento tra il 2004 e il 2012. Si è avuto, infatti, un aumento complessivo di 2.234 posti letto, con un leggero ampliamento rispetto alla popolazione ultra settantacinquenne residente: da 2,5 p.l. ogni 100 anziani del 2004 a 2,7 del 2012. Tale espansione fa riferimento soprattutto ai posti letto convenzionati con il SSR, cresciuti di circa il 28% rispetto al 2004, mentre quelli non convenzionati hanno subito un incremento più contenuto (Tab. 2.24).

Tabella 2.24
POSTI LETTO PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI IN TOSCANA
(Residenza Sociale Assistita, Residenza Sanitaria Assistenziale, Comunità alloggio protetta, Centro residenziale)
Valore assoluto, posti ogni 100 persone di 75 anni e più, variazione %

| Tipologia di p.l. | 2004 | | 2012 | | Var. % posti letto 2004-2012 |
|--|--------------|------------------------------|---------------|------------------------------|---------------------------------|
| | v.a. | Ogni 100 anziani ≥75 anni | v.a. | Ogni 100 anziani ≥75 anni | |
| Posti letto per anziani convenzionati con il SSR | 7.916 | 2,0 | 10.100 | 2,2 | +27,6 |
| Posti per anziani non convenzionati con il SSR | 2.030 | 0,5 | 2.180 | 0,5 | +7,4 |
| TOTALE POSTI PER ANZIANI | 9.946 | 2,5 | 12.280 | 2,7 | +23,5 |

Fonte: elaborazione su dati regionali (RT censimento strutture) e ISTAT, Popolazione residente

⁵² Il riferimento è a Residenze Sociali Assistite, Residenze Sanitarie Assistenziali, Comunità alloggio protette, Centri residenziali. Il posti letto nelle RSA rappresentano circa l'84% del totale.

L'obiettivo di assicurare servizi qualitativamente omogenei sul territorio -che insieme all'intento di garantire il diritto di libera dei cittadini è alla base della legge regionale che regola l'accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona⁵³- è stato accompagnato negli anni recenti da svariate iniziative, promosse dall'Agenzia Regionale di Sanità, volte alla condivisione di strumenti e metodi per migliorare la qualità dell'assistenza nelle RSA toscane⁵⁴.

2.2.2 I servizi semiresidenziali

• La Regione Lombardia

La rete dei servizi diurni rivolti alle persone anziane, in Lombardia, si articola nei *Centri diurni* rivolti a persone autonome o con iniziali limitazioni dell'autonomia, e nei *Centri Diurni Integrati* per le persone non autosufficienti⁵⁵.

I *Centri Diurni Integrati (CDI)*, a prevalente contenuto socio-sanitario, si rivolgono ad anziani non autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autonomia, portatori di bisogni non facilmente gestibili a domicilio (anche per assenza diurna dell'accudente), ma non ancora di entità tale da richiedere il ricovero. Offrono in regime diurno prestazioni socio-assistenziali e sanitarie normalmente erogate nelle RSA (assistenza nelle attività di base della vita quotidiana, prestazioni infermieristiche, riabilitative e mediche; attività occupazionali, ecc.).

Nel corso degli ultimi anni la Regione Lombardia ha proseguito il percorso di potenziamento dei Centri diurni integrati già in atto. Fra il 2005 e il 2012 l'incremento di posti ammonta a 1.741 unità, con una crescita del 41,3% (Tab. 2.25). L'offerta, tuttavia, è molto lontana dall'incisività del sistema delle RSA o dell'ADI (Giunco *et al.*, 2011).

Tabella 2.25
POSTI PER ANZIANI NEI CENTRI DIURNI INTEGRATI (CDI) IN LOMBARDIA
Valore assoluto, posti ogni 100 persone di 75 anni e più, variazione %

| Tipologia di p.l. | 2005 | | 2012 | | Var. % posti 2005-2012 |
|---|-------|------------------------------|-------|------------------------------|---------------------------|
| | v.a. | Ogni 100 anziani ≥75 anni | v.a. | Ogni 100 anziani ≥75 anni | |
| Posti totali per anziani (pubblici e privati accreditati) | 4.220 | 0,5 | 5.961 | 0,6 | +41,3 |

Fonte: elaborazioni su dati in Giunco *et al.*, 2011; Dgr 740/2013; ISTAT, Popolazione residente.

Dal 2003 la Regione integra la tariffa a carico degli utenti o dei Comuni di residenza con un contributo a carico del Fondo sanitario regionale, allo scopo di incentivare l'utilizzo dei CDI da parte degli anziani con maggiore autonomia residua, anche per ridurre l'utilizzo potenzialmente improprio delle RSA (Giunco *et al.*, 2011).

• La Regione Veneto

L'assistenza semiresidenziale in Veneto avviene presso i *Centri diurni*, rivolti ad anziani non autosufficienti, finalizzati a ritardare l'istituzionalizzazione e rispondere ai bisogni di cura delle persone anziane dimesse dall'ospedale. Svolgono attività sanitarie (prevenzione, terapia e

⁵³ L.R. 82/2009 "Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato".

⁵⁴ Per approfondimenti <http://www.ars.toscana.it/it/aree-d'intervento/cure-e-assistenza/assistenza-in-rsa.html>

⁵⁵ Si tratta di 73 strutture, per un totale di 4.526 posti nel 2012 (fonte: Dgr 740/2013). Ad essi si affiancano innumerevoli centri sociali per anziani, spesso autogestiti da Associazioni di persone anziane stesse, e non soggetti ad autorizzazione.

riabilitazione), assistenziali (cura della persona, autonomia personale) e sociali (animazione, terapia occupazionale, socializzazione)⁵⁶.

L'offerta di posti nei Centri diurni veneti, riconducibile al pubblico nella misura dell'80%, è andata aumentando dal 2005 in avanti, facendo registrare un incremento di 457 posti (+ 45%) (Tab. 2.26).

Tabella 2.26
POSTI PER ANZIANI* NEI CENTRI DIURNI IN VENETO
Valore assoluto, posti ogni 100 persone di 75 anni e più, variazione %

| Tipologia di p.l. | 2005 | | 2012 | | Var. % posti 2005-2012 |
|---|--------------|------------------------------|--------------|--------------------------------|---------------------------|
| | v.a. | Ogni 100 anziani ≥75 anni | v.a. | Ogni 100 anziani i ≥75 anni | |
| Posti per anziani a titolarità pubblica | 845 | 0,2 | 1.211 | 0,2 | +43,3 |
| Posti per anziani a titolarità privata | 160 | 0,0 | 261 | 0,1 | +63,1 |
| TOTALE POSTI PER ANZIANI | 1.015 | 0,2 | 1.472 | 0,3 | +45,0 |

* Posti per anziani fa riferimento al numero di utenti equivalenti, ottenuto riportando a un anno gli utenti che hanno utilizzato il servizio per meno di 12 mesi.

Fonte: elaborazione su dati regionali e ISTAT, Popolazione residente.

- *La Regione Emilia-Romagna*

I Centri diurni assistenziali per anziani in Emilia-Romagna sono servizi socio-sanitari volti a favorirne il mantenimento a domicilio, che raccolgono durante la giornata persone con diverso grado di non autosufficienza offrendo loro assistenza alla persona e attività di animazione e di socializzazione. Alcuni centri sono dedicati all'accoglienza di persone con demenza nella fase con elevati disturbi comportamentali e cognitivi

Fra il 2005 e il 2012 i Centri diurni emiliano-romagnoli mostrano un trend di crescita, facendo registrare un aumento di circa 700 posti (+19,8%), ma mantenendosi stabili rispetto al numero di persone ultrasettantacinquenni residenti. L'offerta di posti a titolarità pubblica mostra un sostanziale incremento (+44,9%), mentre quella a carattere strettamente privato subisce nel medesimo arco temporale una contrazione (-34,8%) (Tab. 2.27).

Tabella 2.27
POSTI PER ANZIANI NEI CENTRI DIURNI IN EMILIA-ROMAGNA
Valore assoluto, posti ogni 100 persone di 75 anni e più, variazione %

| Tipologia di p.l. | 2005 | | 2012 | | Var. % posti 2005-2012 |
|---|--------------|------------------------------|--------------|------------------------------|---------------------------|
| | v.a. | Ogni 100 anziani ≥75 anni | v.a. | Ogni 100 anziani ≥75 anni | |
| Posti per anziani a titolarità pubblica | 2.459 | 0,5 | 3.562 | 0,7 | +44,9 |
| Posti per anziani a titolarità privata | 1.127 | 0,2 | 735 | 0,1 | -34,8 |
| TOTALE POSTI PER ANZIANI | 3.586 | 0,8 | 4.297 | 0,8 | +19,8 |

Legenda: i posti letto a titolarità pubblica fanno riferimento a posti in strutture pubbliche (anche a gestione esternalizzata) e quelli convenzionati presso strutture private; i posti a titolarità privata sono quelli in cui non vi è alcuna contribuzione al servizio da parte della Regione.

Fonte: elaborazione su dati regionali e ISTAT, Popolazione residente

⁵⁶ Vi sono anche i Centri sollievo, rivolti ad anziani affetti da Alzheimer nella fase media della malattia, ma si tratta di una tipologia d'offerta ancora poco diffusa.

- *La Regione Toscana*

In Toscana la *Struttura semiresidenziale per persone anziane*(Centro diurno) accoglie autosufficienti in situazione di disagio sociale e/o a rischio di isolamento e di perdita dell'autonomia e persone non autosufficienti. Offre attività assistenziali per più ore al giorno e per più giorni la settimana e garantisce l'integrazione tra assistenza sanitaria ed assistenza sociale.

È inoltre presente un'altra tipologia di risposta assistenziale di tipo semiresidenziale dedicata alle persone anziane con disturbi del comportamento ovvero il *Centro Diurno Alzheimer* che, sebbene non prevista nella L.R. 41/2005, nel Regolamento per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi sociosanitari e nel ventaglio delle risposte assistenziali definite nell'articolo 7 della L.R. 66/2008, è diffusa a livello regionale sulla base delle indicazioni contenute nella DgrT 402/2004. Il Centro Diurno Alzheimer è rivolto prevalentemente a persone anziane affette da sindromi demenziali con elevato decadimento, accompagnato anche da disturbi comportamentali, per le quali sia possibile definire e attivare un programma di "cura" con l'obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita dell'assistito e dei suoi familiari.

Nel periodo 2005-2012 i posti per anziani nei Centri diurni in Toscana fanno registrare nel complesso un calo di 189 unità (-13,5%), ma si mantengono sostanzialmente stabili rispetto alla popolazione ultra settantacinquenne residente (0,3%). I posti nei Centri Diurni Alzheimer rappresentano oggi 1/4 dei posti totali (Tab. 2.28).

Tabella 2.28
POSTI PER ANZIANI NEI CENTRI DIURNI IN TOSCANA
Valore assoluto, posti ogni 100 persone di 75 anni e più, variazione %

| Tipologia di p.l. | 2005 | | 2012 | | Var. % posti 2005-2012 |
|--|-------|------------------------------|-------|------------------------------|---------------------------|
| | v.a. | Ogni 100 anziani ≥75 anni | v.a. | Ogni 100 anziani ≥75 anni | |
| Posti per anziani autosufficienti | 417 | 0,1 | 401 | 0,1 | -3,8 |
| Posti per anziani non autosufficienti | 982 | 0,2 | 893 | 0,2 | -9,1 |
| <i>di cui posti per anziani modulo Alzheimer</i> | | | 317 | 0,1 | |
| TOTALE POSTI PER ANZIANI | 1.399 | 0,3 | 1.210 | 0,3 | -13,5 |

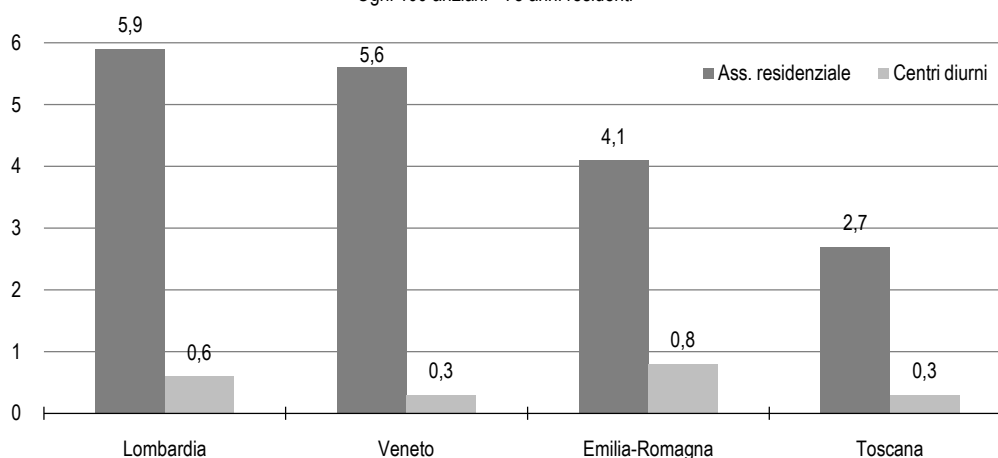
Fonte: elaborazione su dati regionali e ISTAT, Popolazione residente

2.2.3 Sintesi comparativa

Le quattro regioni analizzate si pongono all'interno di una tendenza generale che ha visto un incremento dei posti letto nelle strutture residenziali per le persone anziane non autosufficienti. Si differenziano, tuttavia, nell'investimento effettuato in relazione al proprio punto di partenza nel 2005 e nelle scelte di *policy* che vi sottostanno.

La Lombardia e il Veneto sono le regioni, fra quelle considerate, che presentano la più elevata dotazione di posti letto in rapporto alla popolazione anziana residente, in entrambi i casi superiore a 5 p.l. ogni 100 ultra settantacinquenni (Graf. 2.29). Sono loro a mostrare, più di altre, la difficoltà a mantenere il passo con l'aumento degli anziani: in entrambi i casi, infatti, hanno fatto registrare un calo di 0,7 punti percentuali nei posti letto ogni 100 anziani over 75 residenti, fra il 2005 e il 2012. Entrambe hanno investito nell'aumento dei posti nei centri diurni, che ha portato ad un lieve incremento rispetto alla popolazione anziana residente di circa 0,1 punti percentuali nel periodo considerato (Tab. 2.30).

Grafico 2.29
POSTI LETTO A TITOLARITÀ PUBBLICA E PRIVATA PER L'ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE. 2012
Ogni 100 anziani ≥75 anni residenti*



* Le specifiche sui dati sono riportate nelle tabelle da 2.21 a 2.28.

Tabella 2.30
VARIATIONE TRA 2005 E 2012 DI ALCUNI PARAMETRI RIFERITI ALL'ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER LE PERSONE ANZIANE

| Regione | Posti letto ass. residenziale | | Posti ass. semiresidenziale | |
|----------------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| | v.a. | Ogni 100 anziani ≥75 anni | v.a. | Ogni 100 anziani ≥75 anni |
| Lombardia | + | - | + | + |
| Veneto | + | - | + | + |
| Emilia-Romagna | + | = | + | = |
| Toscana | + | + | - | = |

L'Emilia-Romagna, che presenta un livello di copertura intermedio (4,1 p.l. per anziani nei presidi residenziali ogni 100 anziani ultra settantacinquenni), a differenza delle altre regioni ha mantenuto stabile nel tempo il numero di posti letto in rapporto alla popolazione anziana residente, analogamente a quanto avvenuto per i Centri diurni, che presentano il livello di copertura più elevato (0,8 posti ogni 100 persone di 75 anni e più).

La Toscana è l'unica fra le regioni analizzate che presenta una crescita dei posti letto per anziani tanto in termini assoluti che in relazione alla popolazione ultra settantacinquenne residente (Tab. 2.30). Va però precisato che il suo indice di copertura è inferiore alle altre tre regioni (2,7 p.l. ogni 100 over 75). I posti per anziani nei Centri diurni mostrano invece un leggero calo, che non incide in maniera sostanziale sul livello di copertura rispetto alla popolazione anziana ultra settantacinquenne residente.

2.3

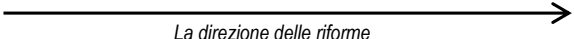
Il rafforzamento del percorso unitario nella rete dei servizi

Le riforme hanno assegnato particolare rilievo alla necessità di accompagnare l'anziano e la famiglia nelle diverse fasi del loro percorso nella rete dei servizi e degli interventi. Si è progressivamente registrata la convergenza di tutte le Regioni verso un medesimo orientamento, cioè quello di collocare tra i propri obiettivi l'accompagnamento di tale percorso e di procedere progressivamente -con varie velocità e partendo da situazioni ben diverse- alla costruzione di un sistema capace di presidiare ognuna delle sue fasi fondamentali: l'accesso (attraverso il punto unico d'accesso, Pua), la valutazione iniziale e la progettazione personalizzata (Uvg/Uvm), la responsabilità nel tempo (Case manager). Non si era mai avuta, in passato, una siffatta concordanza di vedute tra le Regioni (Gori, Pelliccia e Tidoli, 2010).

La tabella 2.31 sintetizza gli obiettivi delle Regioni, traendoli dalla relativa normativa, e individua quattro posizioni. Ai due estremi abbiamo il caso in cui nessuna fase del percorso sia presidiata ("percorso deregolato") e il suo opposto ("percorso regolato"), nel mezzo due posizioni intermedie (regolazione "bassa" e "significativa"). L'opzione deregolata è stata a lungo sostenuta dalla sola Lombardia, che ha proposto un modello teso a evitare la funzione pubblica di presidio del percorso assistenziale per lasciare il cittadino gestire in piena autonomia il rapporto con gli enti erogatori. A partire dal 2008, però, anche la Lombardia ha abbandonato questo obiettivo, togliendolo dal novero di quelle proposte nel nostro paese⁵⁷.

Tabella 2.31
LE REGIONI E IL PERCORSO NEI SERVIZI: OBIETTIVI DICHIARATI

| Fasi del percorso: presidio pubblico | Tipologia di percorso | | | |
|--|-----------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|
| | Percorso de-regolato | Regolazione bassa | Regolazione significativa | Percorso regolato |
| Accesso: Pua | | | • | • |
| Valutazione e progettazione: UVG | | • | • | • |
| Responsabilità nel tempo: Case manager | | | | • |



La direzione delle riforme

Rimangono, dunque, le altre tre possibilità, a partire da quella di "bassa regolazione". Il periodo considerato ha visto le Regioni -con tempi e modalità differenti- in cammino verso il "percorso regolato", sempre seguendo la medesima scansione temporale (prima l'introduzione dell'Uvg, poi la porta unica e infine il case manager). Nella maggior parte dei casi, la misura in cui le Regioni si sono avvicinate al "percorso regolato" è direttamente proporzionale al complessivo sviluppo del loro sistema di welfare.

La consapevolezza dell'importanza di accompagnare il percorso assistenziale si è diffusa per due motivi principali. Primo, tanto l'esperienza quanto numerosi studi mostrano la necessità di anziani e famiglie di ricevere le informazioni necessarie ad affrontare i bisogni insorti, e di ricomporre i vari servizi e prestazioni erogati nei frammentati sistemi di welfare locale ad unitarietà. Secondo, c'è il punto degli incrementi attesi in termini di qualità ed appropriatezza degli interventi. Anche qui la letteratura mostra che soggetti quali Uvg e case manager producono miglioramenti in questa direzione. Chi sostiene tale orientamento si divide, invece,

⁵⁷ Sull'evoluzione del welfare lombardo si vedano Gori, a cura di, 2011 e www.lombardiasociale.it

sulle diverse strategie da perseguire, cioè quale posizione specifica prediligere e come declinarla operativamente (ad esempio il concreto profilo del Pua e dell'Uvg, che si differenzia sensibilmente tra le diverse Regioni).

I critici, invece, paventano il rischio che queste modalità di governo del percorso assistenziale risultino nulla più che degli ostacoli burocratici alla fruizione dei servizi. In suddetta prospettiva tali interventi costituiscono un costo ulteriore per il bilancio pubblico che produce esiti opposti alle attese. Infine, si ritiene che anche qualora le indicazioni per sostenere il percorso assistenziale fossero condivisibili nella pratica non sia possibile realizzarle perché manca il personale da dedicarvi e perché questo obiettivo è troppo complesso sul piano attuativo.

Quest'ultimo è, oggi, il nocciolo della questione. Infatti, se la totalità delle regioni è in cammino sulla strada che conduce alla regolazione del percorso assistenziale, la distanza tra gli obiettivi dichiarati e quanto effettivamente realizzato è ancora ampia in numerose realtà. Eccone, in sintesi, le ragioni fondamentali: a) l'investimento di risorse, personale, strumenti di affiancamento con cui le amministrazioni regionali accompagnano questi obiettivi è risultato assai variabile e a volte non adeguato, b) le specificità di ogni territorio sono decisive poiché tanto meno il welfare è sviluppato e i diversi attori coinvolti non sono abituati a lavorare insieme, tanto più è complicato accompagnare efficacemente il percorso di anziani e famiglie, c) esistono difficoltà riguardanti la specifica progettazione dei presidi qui considerati⁵⁸ (Schema 2.32).

Schema 2.32
LE RIFORME REGIONALI PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI: IL PERCORSO NELLA RETE DEI SERVIZI

| |
|---|
| L'obiettivo |
| Sostenere il percorso di anziani e famiglie nella rete dei servizi e degli interventi |
| Le principali strade per raggiungerlo |
| La via è una sola, si tratta di costruire un sistema in grado di presidiare ognuna delle fasi fondamentali del percorso: |
| - l'accesso, attraverso un Punto unico di accesso (Pua) |
| - la valutazione iniziale, la presa in carico e la progettazione personalizzata, tramite l'Unità di valutazione geriatrica o multidimensionale (Uvg/Uvm) |
| - la responsabilità del caso nel tempo, con la figura del <i>case manager</i> |
| Il punto |
| Tutte le Regioni, con tempi e modalità diverse, sono giunte a fare proprio questo obiettivo. Si riscontrano problemi attuativi, dato che la distanza fra le indicazioni regionali e quanto viene effettivamente realizzato è sovente notevole |

Dunque, la tabella 2.31 va considerata con cautela e valorizzata per ciò che può trasmettere: esclusivamente un inquadramento degli orientamenti regionali e dei loro recenti sviluppi. I problemi di attuazione che si sono riscontrati spingono, per il prossimo futuro, ad approfondire la discussione sulla varietà di configurazioni specifiche che ogni strumento di presidio pubblico (Pua, Uvg/Uvm, case manager) può assumere al fine di comprendere la configurazione più adatta e gli strumenti che le amministrazioni regionali possono mettere in campo per favorirne l'effettivo funzionamento nel loro territorio. Bisogna lavorare maggiormente sulla capacità di tradurre in pratica le indicazioni in merito al percorso assistenziale, a partire dall'insieme di risorse e strumenti di accompagnamento del territorio che una Regione può mettere in campo a tal fine.

2.3.1 La Regione Lombardia

L'interesse verso la regolazione delle funzioni di accesso, valutazione e accompagnamento dell'utenza, da parte della Regione Lombardia, sta emergendo solo di recente (Gori e Ghetti,

⁵⁸ Negli ultimi particolarmente vivace è stato il dibattito sui Punti unici di accesso, in merito si veda Devastato, 2012.

2014). La riforma degli interventi per le persone non autosufficienti si è focalizzata sulla riorganizzazione dell'offerta, sostenuta dall'obiettivo strategico di favorire la libera scelta del cittadino introducendo un "quasi mercato" in cui diversi gestori accreditati competono per attrarre l'utente. Solo di recente sono state avviate delle sperimentazioni che vanno nella direzione di una maggiore regolazione del percorso di accesso ai servizi.

L'accesso

L'interesse verso la gestione integrata dell'accesso alle prestazioni domiciliari per le persone anziane e disabili si è manifestato nel 2009 con la costituzione dei Centri per l'assistenza domiciliare (CeAD)⁵⁹. La norma attribuisce loro la funzione di accoglienza delle domande, valutazione del caso, definizione di pacchetti di prestazioni domiciliari attraverso il Piano di assistenza individuale, orientamento alla libera scelta dell'erogatore. Dato il budget separato per gli interventi sociali e sanitari, presso ciascun centro è richiesta la presenza di un responsabile dell'Asl e di uno del Distretto sociale (Comuni associati). L'effettiva attuazione di questi centri -demandata all'Asl, in intesa con il Comune capofila dell'ambito- ha mostrato delle difficoltà: attivazione parziale ed elevata eterogeneità in quanto a struttura organizzativa, interventi garantiti e figure professionali coinvolte sono le principali criticità rilevate (Osservatorio FNP Cisl Lombardia). Le cause sono da ricercare soprattutto nel mancato stanziamento di risorse aggiuntive dedicate alla concreta realizzazione di tali centri (Tidoli, 2012).

A fine del 2013 si è avuto un nuovo impulso verso la gestione integrata degli interventi. La "delibera delle regole"⁶⁰ -che disegna un percorso di innovazione sostanzialmente organico, ponendosi in forte discontinuità con gli indirizzi precedenti enfatizzando l'integrazione socio-sanitaria eri-assegnando un ruolo di governo degli accessi alle ASL- individua nello Sportello Unico del Welfare il luogo deputato all'informazione, orientamento, accompagnamento, valutazione e accesso ai servizi. Il nuovo sportello, che rappresenta anche un'evoluzione dei Centri per l'Assistenza Domiciliare, si configura come un momento d'integrazione al tempo stesso istituzionale e degli operatori dei diversi comparti, in un'ottica multidisciplinare e multidimensionale (Guerrini, 2014).

La valutazione

Nel sistema sanitario lombardo, caratterizzato dalla separazione tra soggetti acquirenti (Asl) e soggetti erogatori dei servizi e delle prestazioni (Aziende ospedaliere e soggetti privati accreditati), volto a realizzare la libertà di scelta del cittadino e a favorire la competizione tra i produttori, si è realizzata da parte delle Asl la dismissione delle funzioni legate alla gestione diretta di determinati compiti: l'esperienza delle Unità di valutazione geriatrica, a partire dalla fine degli anni '90, è quindi cessata nella maggior parte dei territori (Avanzini e De Ambrogio, 2011).

Di recente, tuttavia, la Regione Lombardia ha espresso⁶¹ come indirizzo prioritario delle politiche di welfare quello di sostenere la presa in carico integrata della persona, ponendo attenzione all'importanza della valutazione multidimensionale del bisogno, anche come elemento di costruzione dell'integrazione a livello professionale e istituzionale. A partire dal 2014, secondo il dettato normativo, il sistema VAOR⁶², viene assunto quale strumento regionale

⁵⁹ Dgr 10759/2009 "Determinazione in ordine alla realizzazione del 'Centro per l'assistenza domiciliare' nelle Aziende Sanitarie Locali".

⁶⁰ Dgr X/1185/2013 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014".

⁶¹ Il riferimento è alla già citata "delibera delle regole".

⁶² Strumento di valutazione multidimensionale, sviluppato a livello internazionale, che si articola nelle versioni HC (Home Care) che LTCF (Long Term Care Facility).

per la valutazione multidimensionale da applicarsi in primo luogo per l'accesso all'Assistenza Domiciliare Integrata⁶³, per poi essere esteso alle RSA (Guerrini, 2014).

La responsabilità del caso nel tempo

Fino ad oggi nel sistema lombardo la funzione di *case manager*, di fatto, è ricaduta sulla famiglia. La separazione esistente fra sociale e sanitario, la frammentazione dei servizi e la presenza di un Piano di assistenza individuale diverso per ciascun servizio hanno richiesto alla famiglia la capacità di attivare e presidiare il proprio percorso di cura, assumendo decisioni importanti e delicate al mutare delle condizioni di bisogno, nelle fasi di passaggio da un servizio ad un altro (Avanzini e De Ambrogio, 2011). Rimane da capire se il nuovo interesse regionale verso la gestione integrata dei servizi avrà una ricaduta anche su questo aspetto.

2.3.2 *La Regione Veneto*

Negli anni recenti il Veneto ha compiuto uno sforzo per attuare un modello organizzativo dei servizi e degli interventi in favore delle persone fragili, in particolare delle cure domiciliari, teso a favorire l'integrazione sociosanitaria. È stato delineato un percorso che prevede la porta unica di accesso, la presa in carico integrata, la valutazione multidimensionale del bisogno, il controllo e la verifica dei casi nel corso del tempo.

L'accesso

Per richiedere informazioni e accedere alle prestazioni a sostegno della domiciliarità⁶⁴, i cittadini residenti in Veneto sono tenuti a rivolgersi allo Sportello integrato, punto di accesso unitario che, come disciplinato dalla norma⁶⁵, deve essere presente in ogni distretto socio-sanitario.

Esso, oltre alla funzione informativa, raccoglie le domande di accesso a prestazioni e servizi inoltrandole ove necessario ai servizi competenti; effettua una prima lettura dei bisogni, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili; nei casi complessi effettua l'invio ai servizi preposti. Il servizio è organizzato nell'ambito del Piano Locale per la Domiciliarità, all'interno del Piano di Zona⁶⁶.

La valutazione

Secondo quanto disposto dalla normativa regionale⁶⁷, nelle situazioni complesse che richiedono la presa in carico integrata e l'attivazione di risorse sia sociali che sanitarie è necessario effettuare una Valutazione multidimensionale e multiprofessionale. Nei casi meno complessi, per semplificare le procedure e garantire la tempestività nelle risposte, è prevista la Valutazione multidimensionale multidisciplinare semplificata oppure la Valutazione multidimensionale monoprofessionale.

⁶³ Già sperimentata nel corso del 2012.

⁶⁴ Gli interventi disponibili sono quelli erogati a domicilio a supporto della famiglia (assistenza domiciliare sociale, sanitaria e integrata sociosanitaria (ADI), telesoccorso e telecontrollo, interventi delle reti solidaristiche della comunità locale), gli interventi di sostegno economico (assegno di cura e contributi economici alle persone e alle famiglie) e interventi di sollievo alla famiglia (centri diurni, ricoveri temporanei, soggiorni climatici).

⁶⁵ Dgr 39/2006 "Il sistema della domiciliarità. Disposizioni applicative".

⁶⁶ Tra le funzioni del Piano Locale per la Domiciliarità (PLD) vi è la definizione del sistema delle responsabilità locali nell'attuazione delle politiche sociali e sanitarie per la domiciliarità e l'individuazione dei processi unitari per la valutazione, la presa in carico, il sostegno e l'accompagnamento della persona fragile e della sua famiglia (Dgr 39/2006).

⁶⁷ Dgr 39/2006 "Il sistema della domiciliarità. Disposizioni applicative" e Dgr 4588/2007 "Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (U.V.M.D.) di cui alla Dgr 3242/01 -Approvazione linee di indirizzo alle A.Ulss".

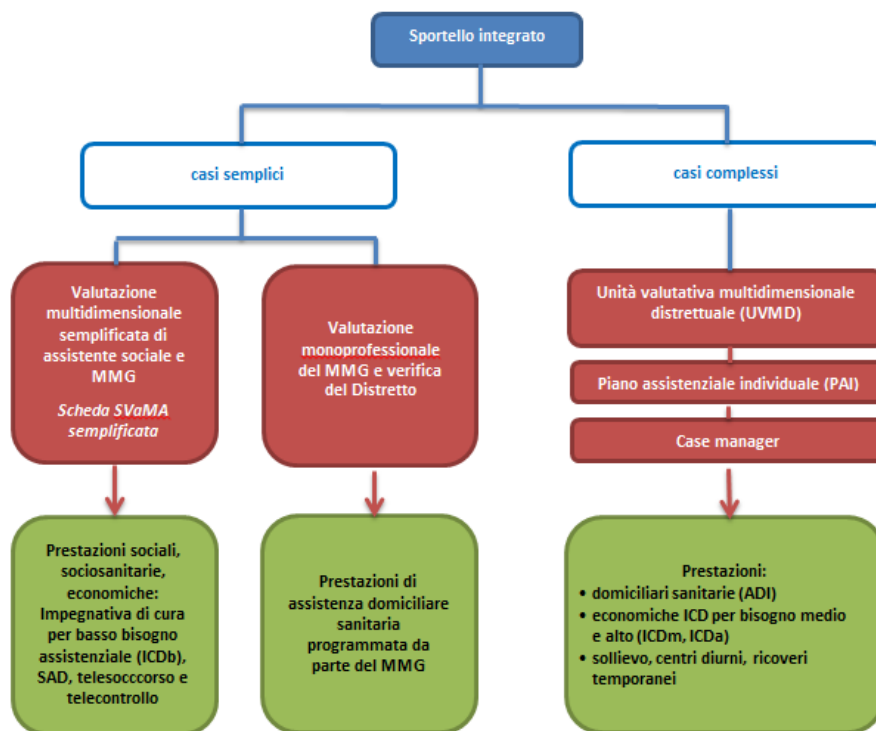
L'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD)effettua la lettura correlata delle esigenze della persona (sanitarie, sociali, relazionali, ambientali) per identificare le risposte più appropriate. Tale valutazione è supportata da strumenti uniformi sul territorio regionale quali la Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane (SVaMA) e la Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Disabili(SVaMDi) e, in caso di assenza di questi, da strumenti definiti a livello locale. Successivamente, approva ed autorizza la realizzazione del Piano assistenziale individuale (PAI)individuando il *case manager*, cioè l'operatore di riferimento per la persona e la sua famiglia. L'equipe si compone di un minimo di tre professionisti: il medico di medicina generale, l'assistente sociale competente per la presa in carico sociale in rappresentanza dell'Ente Locale, il responsabile o altro professionista del Distretto. In base alle specificità del caso⁶⁸, possono partecipare altri operatori.

La responsabilità del caso nel tempo

La figura del responsabile di progetto o *case manager* -introdotta dalla Dgr 39/2006 e recentemente ripresa con l'istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare (Dgr 1338/2013)- ha il compito di verificare in itinere il progetto concordato, controlla l'attuazione del programma personalizzato di assistenza e verifica l'espletamento degli impegni assunti dalla famiglia con i tempi e le modalità previste dal programma assistenziale e riferisce al servizio competente. Il responsabile del caso è previsto per gli utenti con grave disabilità psichica/intellettiva e fisico/motoria. Per gli altri utenti è prevista una check list di controllo sulla qualità degli esiti assistenziali ottenuti con l'Impegnativa. La check list viene compilata dagli operatori domiciliari e, qualora vengano riscontrate carenze, il progetto assistenziale viene ridefinito in UVMD.

⁶⁸ Il servizio opera in favore di persone afferenti alle aree di intervento anziani, disabili, salute mentale, dipendenze e minori.

Figura 2.33
PERCORSO UNITARIO DI ACCESSO AI SERVIZI DOMICILIARI PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN VENETO



Fonte: elaborazione da Aggio, 2013 e normativa regionale

2.3.3 La Regione Emilia-Romagna

L'intento di costruire un sistema integrato di interventi e servizi sociali, sanitari e socio-sanitari si rileva in diversi atti normativi e programmatori della Regione Emilia-Romagna, che nel corso degli anni Duemila ha delineato un sistema caratterizzato dalla presenza di varie tipologie di punti di primo contatto e un percorso regolato di accesso, valutazione e accompagnamento per la fruizione dei servizi socio-sanitari domiciliari e residenziali.

L'accesso

Gli *Sportelli sociali*, attivati dai Comuni singoli o associati, in accordo con le Aziende unità sanitarie locali, forniscono informazioni ed orientamento ai cittadini sui diritti ed i servizi e gli interventi del sistema locale. Nel caso di persone con bisogni complessi sono tenuti, secondo la normativa⁶⁹, ad attivare gli strumenti tecnici per la valutazione multidimensionale, la predisposizione del programma assistenziale individualizzato e l'individuazione di un responsabile del caso. Gli sportelli sociali e gli sportelli unici distrettuali⁷⁰ sono tenuti a concordare dei livelli minimi di informazione comune da offrire agli utenti, pur mantenendo

⁶⁹ Legge regionale 2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", art. 7 "Accesso al sistema locale dei servizi sociali a rete. Istituzione degli sportelli sociali".

⁷⁰ Gli Sportelli unici distrettuali (Dgr 309/2000) sono sportelli polifunzionali attraverso cui le Aziende USL assicurano le procedure amministrative sanitarie (iscrizione al SSN, scelta del MMG, esenzioni, ecc.).

competenze proprie specifiche⁷¹. La rilevazione regionale effettuata a fine 2009 ha evidenziato una estrema diversificazione degli Sportelli sociali e una evidente difficoltà di connessione fra le due organizzazioni (Regione Emilia-Romagna, 2010).

L'accesso alle cure domiciliari sanitarie (assistenza domiciliare integrata), rivolte prioritariamente alle persone non autosufficienti, avviene attraverso un *Punto Unico di Accesso* (Pua), presente in ogni Distretto con funzioni di orientamento, raccolta della domanda di assistenza e attivazione dei percorsi di presa in carico⁷². Il sistema di erogazione prevede la valutazione multidimensionale, la predisposizione di un piano personalizzato di assistenza, la presenza di un responsabile del caso che coordina gli interventi e ne verifica la coerenza rispetto a quanto pianificato. All'interno del Pua opera una équipe infermieristica, una assistente sociale e un addetto alla segreteria, figure stabili cui si aggiungono, all'occorrenza, altri professionisti come il medico di famiglia o i medici specialisti.

In questo modello, il coordinamento e l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie a favore delle persone anziane è demandato al *Servizio di Assistenza Anziani* (SAA) operativo presso il Distretto, strumento dei Comuni e delle Aziende USL⁷³, che nelle intenzioni della Regione rappresenta il "punto unico di riferimento per gli anziani in stato di bisogno" e "lo strumento di governo unificato dell'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari integrati per la popolazione anziana"⁷⁴. Tra le sue principali funzioni vi è quella di garantire l'utilizzo coordinato della rete complessiva dei servizi socio-sanitari tramite la verifica costante delle disponibilità esistenti sul territorio e assicurare, in collaborazione con i servizi del distretto, la valutazione della situazione dell'anziano e l'accesso alla rete dei servizi, attivando per bisogni complessi lo strumento tecnico per la valutazione multidimensionale. Nell'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari il SAA assicura la prima valutazione, la presa in carico complessiva, il controllo e la valutazione degli interventi attraverso gli strumenti tecnici per la valutazione (ad esempio l'Unità di valutazione geriatrica territoriale, composta di norma da un medico geriatra, un infermiere e un assistente sociale) e i responsabili del caso, e in accordo con le scelte delle persone e dei familiari elabora la proposta di *Progetto individualizzato di vita e di cure* (PIVEC) quale strumento di organizzazione unitaria del percorso di presa in carico e cura che ricomprende gli interventi e i servizi necessari per la persona (e il suo caregiver se presente) tra quelli previsti dall'Fondo Regionale Non Autosufficienza per il sostegno a domicilio⁷⁵.

La valutazione

La popolazione anziana non autosufficiente, o a rischio di non autosufficienza, accede alla rete dei servizi territoriali in Emilia-Romagna previa valutazione del bisogno da parte dall'Unità di valutazione geriatrica territoriale (UVGT), composta da un medico geriatra, un infermiere e un assistente sociale, che redige il Piano personalizzato di assistenza. Il coordinamento organizzativo e di supporto è effettuato da un componente dell'équipe, il responsabile del caso. La valutazione viene realizzata su proposta del medico di famiglia, del Servizio assistenza

⁷¹ Dgr 432/2008 "Approvazione programma per la promozione e sviluppo degli Sportelli sociali".

⁷² La Dgr 124/1999 "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari".

⁷³ L'articolo 14 della legge regionale 5/1994 "Tutela e valorizzazione delle persone anziane - Interventi a favore di anziani non autosufficienti" (e successive modifiche) prevede che "I Sindaci dei Comuni sede di distretto di Unità sanitaria locale, al fine di ottenere la massima integrazione tra i servizi sociali e sanitari a favore delle persone anziane, promuovono la conclusione di accordi di programma tra i soggetti interessati (...) per l'attivazione, di norma nell'ambito territoriale di ciascun distretto, di un servizio unico per il coordinamento e l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie a favore delle persone anziane (Servizio assistenza anziani) e degli strumenti tecnici per la valutazione multidimensionale".

⁷⁴ Dgr 1378/1999 "Direttiva per l'integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti nei servizi integrati socio-sanitari di cui all'art. 20 della legge regionale n. 5/1994".

⁷⁵ Dgr 1206/2007 "Fondo regionale per la non autosufficienza - indirizzi attuativi della delibera n. 509/2007".

anziani (SAA), dell'assistente sociale o su richiesta diretta della persona anziana e della sua famiglia. Non viene utilizzata una modalità di valutazione omogenea, nonostante vi siano state sperimentazioni in tal senso⁷⁶.

La responsabilità del caso nel tempo

La L.R. 5/1994 prevede la funzione di Responsabile del caso, che è chiamato ad accompagnare l'anziano e la famiglia lungo l'intero percorso assistenziale. Questa figura, di norma rappresentata da un assistente sociale, è attiva nella valutazione di primo livello (congiuntamente al medico di medicina generale), nella predisposizione del programma di assistenza, nell'accesso ai servizi quando i bisogni sono "semplici", nell'attivazione degli organismi di valutazione di livello più complesso, nella verifica dell'attuazione degli interventi previsti dal piano di assistenza individuale.

2.3.4 *La Regione Toscana*

In un unico atto, la legge istitutiva del Fondo regionale per la non autosufficienza⁷⁷, la Regione Toscana delinea i soggetti e i ruoli titolari delle fasi di accesso, valutazione e accompagnamento dell'utente nel corso del tempo.

L'accesso

Il percorso di accesso ai servizi per le persone non autosufficienti prevede la segnalazione del bisogno ai *Punti insieme*, presidi dell'accesso al sistema integrato territoriale, che forniscono informazioni, orientamento e accompagnamento ai cittadini. La presa in carico avviene tramite il *Punto Unico di Accesso* distrettuale, che effettua una prima lettura del bisogno, tale da distinguere tra bisogno semplice o complesso. Nel primo caso viene pianificata direttamente una risposta, mentre nel secondo caso viene attivata l'Unità di valutazione multidimensionale.

I Punti Insieme hanno raggiunto un significativo livello di diffusione nelle diverse Zone-distretto, tanto che la Regione ha espresso la necessità di riorganizzarli, allo scopo di ridurne i costi⁷⁸. Una analisi condotta in 10 delle 34 zone-distretto ha evidenziato, a fine 2012, una organizzazione dei Punti Insieme eterogenea per scelte logistiche e organizzative (FNP CISL Toscana e Fondazione Emanuela Zancan, 2013). Attualmente gli sportelli "Punto Insieme" risultano essere 272, tutti operativi nelle 34 Zone-distretto della Toscana.

La valutazione

Nei casi complessi la valutazione avviene ad opera dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), costituita presso ogni zona-distretto, che definisce il Piano di assistenza personalizzato (PAP) in accordo con la persona assistita e i suoi familiari e verifica periodicamente l'andamento del caso⁷⁹. Essa è composta da un medico di distretto, un assistente sociale e un infermiere professionale e può essere integrata dal medico di medicina generale e da altre professionalità specialistiche, sociali e sanitarie. Per le persone anziane non autosufficienti, la valutazione si basa sull'utilizzo di schede afferenti all'area clinico funzionale, cognitivo-comportamentale e socio-ambientale⁸⁰. Laddove l'UVM ritenga che la risposta assistenziale più

⁷⁶ Per approfondimenti si veda il Dossier 218/2012 "La valutazione multidimensionale del paziente anziano. Applicazione di strumenti nei percorsi di continuità assistenziale", Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna.

⁷⁷ L.R. 66/2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza", Dgr 370/2010 "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente".

⁷⁸ Dgr 1044/2011 "Percorso di revisione del progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente".

⁷⁹ L.R. 66/2008, articolo 11.

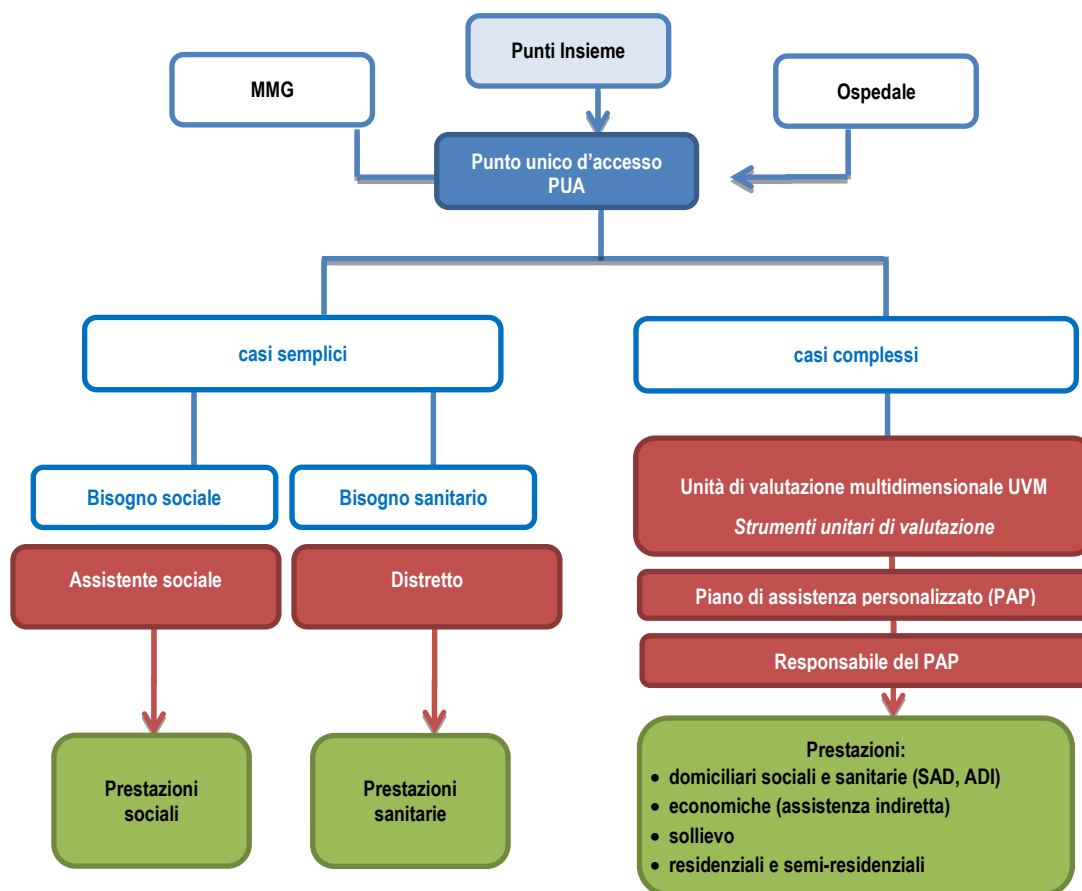
⁸⁰ Decreto Dirigenziale n. 1354/2010 e Decreto Dirigenziale n. 2295/2012. Per approfondimenti si rimanda ad ARS Toscana, 2011.

appropriata al bisogno sia di tipo domiciliare, la persona non autosufficiente, disabile o anziana, viene quindi classificata in uno dei 5 livelli omogenei per carico assistenziale (livelli di isogravità), cui corrisponde un pacchetto di prestazioni/contributi (isorisorse)⁸¹.

La responsabilità del caso nel tempo

Ad ogni Piano di assistenza personalizzato (PAP) viene associato un responsabile, individuato sulla base delle caratteristiche del bisogno prevalente. A questa figura professionale è affidato il compito di garantire modalità operative idonee ad assicurare la continuità assistenziale e l'integrazione tra gli apporti delle diverse professionalità coinvolte. È il referente organizzativo della persona interessata e dei suoi familiari⁸².

Figura 2.34
PERCORSO UNITARIO DI ACCESSO AI SERVIZI PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN TOSCANA



Fonte: elaborazione da normativa regionale

⁸¹ Per quanto concerne l'area della domiciliarietà, l'accesso al fondo regionale per la non autosufficienza è garantito a tutti coloro che si trovano su un livello di gravità uguale o superiore a 3. Per livelli di gravità inferiori, è garantita la presa in carico dell'assistito e le prestazioni sanitarie previste dai Livelli essenziali di assistenza (LEA).

⁸² L.R. 66/2008, articolo 10.

2.3.5 Sintesi comparativa

Il tema della regolazione del percorso di accesso ai servizi sconta, più di altri, la distanza tra quanto previsto dalle enunciazioni normative e quanto effettivamente accade nella realtà. Questo limite, tuttavia, non preclude di mettere a fuoco le principali analogie e differenze dei percorsi delineati dalle quattro regioni analizzate.

La Lombardia rappresenta un caso unico di scarso governo del percorso di cura. Alla base dei suoi obiettivi di policy ci sono la libera scelta del cittadino, lo sviluppo di un quasi mercato, la competizione tra gli erogatori, la declinazione del ruolo delle Asl nella funzione di programmazione, acquisto e controllo. Tutto ciò ha consolidato un sistema fondato sulla deregolazione della presa in carico. Solo di recente questa Regione sta esprimendo un interesse per la regolamentazione e la gestione integrata dei servizi (Gori e Ghetti, 2014). Veneto, Emilia-Romagna e Toscana, invece, hanno manifestato una significativa volontà di offrire servizi integrati ai propri cittadini fragili, disciplinando a tal fine un percorso regolato organizzato su base distrettuale, che include presenza di un luogo unico di accesso, di una Unità di valutazione multidimensionale/geriatrica e di una figura responsabile del caso.

La prima, fondamentale, distinzione fra i percorsi delineati nelle ultime tre regioni va ricercata nella natura del servizio coinvolto: in Veneto la regolazione puntuale del sistema di accesso, valutazione e accompagnamento dell'utente nel tempo riguarda i servizi socio-sanitari e sanitari domiciliari e i servizi residenziali, in Emilia-Romagna quelli domiciliari sanitari e residenziali, mentre in Toscana il percorso delineato riguarda tutte le tipologie di servizio rivolte alle persone non autosufficienti (domiciliari e residenziali, sociali e sanitarie).

Con riferimento alla funzione di accesso, il disegno elaborato dalla Regione Emilia-Romagna si contraddistingue per la presenza di svariati luoghi di primo contatto (sportelli sociali, sportelli unici distrettuali) che non effettuano la presa in carico ma rinviando ai servizi deputati, ossia il Servizio assistenza anziani (che svolge anche una funzione di primo contatto) e il Punto unico di accesso. Nei percorsi delineati da Veneto e in Toscana, invece, la funzione di primo contatto e di accesso ai servizi si presenta maggiormente integrata. In particolare, la Toscana ha mostrato uno sforzo per dare visibilità e unitarietà (anche d'immagine) agli sportelli di primo accesso, i Punti Insieme, dai quali prende avvio il percorso per la fruizione dei servizi e degli interventi per le persone non autosufficienti (Tab. 2.35).

In tutti e tre i casi il bisogno è valutato da una apposita équipe, l'Unità di valutazione geriatrica/multidimensionale, che in Veneto e in Toscana, contrariamente a quanto accade in Emilia-Romagna, opera sulla base di strumenti valutativi unificati a livello regionale.

Infine, una significativa differenza fra queste tre regioni risiede nel possibile esito della valutazione, che in Veneto e in Toscana porta la persona fragile ad essere classificata in categorie di bisogno, cui corrispondono specifici "pacchetti" di prestazioni monetarie e/o assistenziali.

Tabella 2.35
PERCORSO REGOLATO DI ACCESSO AI SERVIZI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN VENETO, EMILIA-ROMAGNA E TOSCANA:
PRINCIPALI CARATTERISTICHE

| Regione | Funzione di primo contatto | Funzione di accesso | Valutazione | Strumento valutativo unificato | Classificazione bisogno e risposta | Presenza respons del caso | Prestazioni |
|----------------|--|------------------------|---|--------------------------------|--|---------------------------|---|
| Veneto | Sportello integrato | Sportello integrato | Unità valutativa multidimensionale distrettuale | Si | 5 tipi di Impegnativa di Cura Domiciliare per il bisogno socio-sanitario | Si | - Domiciliari sociali e sanitarie - Economiche - Sollievo |
| Emilia-Romagna | - Sportelli unici distrettuali - Sportelli sociali - Servizio assistenza anziani | Punto unico di accesso | Unità di valutazione geriatrica territoriale | No | - | Si | - Domiciliari sanitarie - Cure palliative - Residenziali e semi-residenziali |
| Toscana | Punti Insieme | Punto unico di accesso | Unità di valutazione multidimensionale | Si | Sintesi risultati delle scale del processo valutativo. 5 livelli di isogravità e di isorisorse nel caso di PAP domiciliare. | Si | - Domiciliari sociali e sanitarie - Economiche - Sollievo - Residenziali e semi-residenziali |

2.4 L'equità territoriale

La capacità dell'ente pubblico di tutelare allo stesso modo persone/famiglie nelle medesime condizioni che si trovano in luoghi diversi è tema di sempre maggiore rilievo. Evidentemente ogni volta che un'amministrazione introduce, in qualsiasi ambito dell'assistenza agli anziani -ad esempio la qualità, la compartecipazione alla spesa o altro- regole valide per l'intera regione incrementa l'equità territoriale. Esistono, nondimeno, azioni che hanno l'obiettivo primario di assicurare nel territorio una distribuzione degli interventi che sia conforme ai bisogni, azioni, cioè, il cui scopo principale consiste nell'incrementare l'equità territoriale del sistema regionale di welfare. Da alcuni anni la maggior parte delle Regioni sta lavorando per questo obiettivo, che ha progressivamente ricevuto sempre maggiore attenzione: i diversi percorsi seguiti si possono ricondurre a tre tipologie (Gori, Pelliccia e Tidoli, 2010).

Omogeneizzare la disponibilità di servizi e interventi nei vari territori. La strategia è attuabile attraverso una riforma dei criteri di assegnazione delle risorse finanziarie regionali ai territori oppure con la definizione di standard quantitativi di offerta cui devono attenersi le diverse aree della regione. Nel primo caso s'introducono criteri di riparto dei fondi tra le varie realtà locali proporzionali alla presenza dei bisogni; in tale operazione è fondamentale l'individuazione di parametri capaci di rappresentare il diverso fabbisogno di assistenza all'interno della regione. Nel secondo caso, spesso abbinato al precedente, sono individuati degli standard circa la popolazione da raggiungere (attraverso la definizione di soglie minime), oppure l'offerta di un determinato servizio, come ad esempio il numero di posti letto per abitanti, o la presenza di un determinato numero di punti unici di accesso.

Assicurare una risposta certa a chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno. Si prevede per ogni persona che superi una certa soglia di bisogno la possibilità di accedere agli interventi pubblici, in qualunque area della regione si trovi. La soglia è calcolata utilizzando una stessa scheda di valutazione multidimensionale nell'intero territorio regionale, così da fornire

una definizione chiara ed esplicita di chi può accedere alla rete dei servizi e da tradurla in un indice misurabile⁸³. Strumento di valutazione multidimensionale e soglia precisa per l'accesso alla rete pubblica sono i tratti comuni a tutte le versioni di questa ipotesi, che poi si differenziano. La più nota prevede che sopra la soglia d'accesso l'utenza venga suddivisa in diversi gruppi secondo l'intensità dell'assistenza necessaria e che, per ognuno di questi gruppi, siano possibili diverse risposte (varie tipologie di servizi, servizi o prestazioni monetarie).

Incrementare l'equità nella distribuzione delle risorse senza modificare l'impianto esistente. Questa strada consiste nella riduzione delle differenze territoriali utilizzando i margini di movimento che il vigente sistema di distribuzione dei finanziamenti e dell'offerta di servizi consente. Non sono quindi apportate modifiche sostanziali alla distribuzione infraregionale delle risorse o ai meccanismi di accesso ai servizi.

Le strategie non sono mutuamente esclusive e, anzi, a volte vengono -in vario modo- sovrapposte. Abitualmente, comunque, le amministrazioni regionali si concentrano prioritariamente su una delle tre strade indicate.

Schema 2.36
LE RIFORME REGIONALI PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI: L'EQUITÀ TERRITORIALE

| |
|---|
| L'obiettivo |
| Tutelare allo stesso modo persone/famiglie nelle medesime condizioni che si trovano in luoghi diversi della regione |
| Le principali strade per raggiungerlo |
| - Omogeneizzare la disponibilità di servizi e interventi nei vari territori |
| - Assicurare una risposta certa a chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno |
| - Incrementare l'equità nella distribuzione delle risorse senza modificare l'impianto esistente |
| Il punto |
| Questo obiettivo è diventato via via sempre più importante. Non è chiaro quale delle due strade sia meglio percorrere, si possono anche sovrapporre |

2.4.1 La Regione Lombardia

La strada seguita dalla Regione Lombardia nella direzione di una maggiore equità territoriale è quella di approntare degli aggiustamenti alla distribuzione dei finanziamenti nei diversi territori senza effettuare alcuna revisione all'impianto del sistema di welfare.

Il riparto delle risorse socio-sanitarie tra le Asl, in Lombardia, non avviene secondo una formula esplicita, ma attraverso una negoziazione di tipo incrementale che si traduce in un aggiustamento dei fondi trasferiti negli esercizi precedenti. I servizi domiciliari, diurni e riabilitativi sono finanziati dalla Regione tramite assegnazioni alle Asl sulla base dei costi storici da esse sostenuti, aggiustati di anno in anno; per i servizi residenziali, invece, la Regione riconosce in toto i costi sostenuti, quindi può aumentare il consumo di residenzialità in specifiche aree del territorio regolando il numero di posti accreditati in ciascuna Asl (Pelliccia, 2011). Contrariamente a ciò che prevalentemente avviene nelle altre regioni italiane, in cui la ripartizione del Fondo sanitario regionale per l'assistenza territoriale (domiciliare, residenziale e semiresidenziale) avviene attraverso il criterio della quota capitaria (più o meno ponderata), in Lombardia buona

⁸³ Questa strategia è utilizzabile esclusivamente nei settori dove i bisogni sono manifesti e misurabili, come la non autosufficienza, la disabilità (gli esempi principali riferiti alle politiche regionali), e la povertà, non per altri come la prevenzione, l'informazione e l'orientamento. Nella non autosufficienza le schede di valutazioni in uso comprendono, abitualmente, alcune scale che permettono di esaminare le seguenti dimensioni: funzionale, sanitaria, cognitiva, sociale ed economica. Sulla base delle rilevazioni compiute con le diverse scale viene stimato un indice complessivo di bisogno assistenziale, con un relativo punteggio. La soglia per l'accesso alla rete dei servizi e i gruppi per diverso livello di bisogno assistenziale sono definiti sulla base del punteggio in questo indice.

parte dei finanziamenti è distribuita in base alla spesa storica, che non è puramente espressione delle reali necessità. La distribuzione del Fondo sanitario regionale secondo budget separati per l'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, inoltre, preclude un utilizzo delle risorse modulato sulla base dei bisogni e delle preferenze specifiche della popolazione residente nei vari territori (Pelliccia, 2011). Negli anni recenti la Regione Lombardia ha attuato alcuni aggiustamenti per favorire l'equità territoriale, attraverso il tentativo di riequilibrare la distribuzione dei posti letto nelle Rsa fra le varie Asl (Guerrini, 2011).

In ambito sociale, invece, i criteri di riparto dei fondi tra le Asl e gli ambiti distrettuali sono espliciti: il Fondo nazionale politiche sociali è assegnato con quota capitaria secca (a parte una limitata correzione dello 0,3% a favore dei Comuni montani); il Fondo nazionale per la non autosufficienza è rivolto in parte (65%) ai disabili gravi ed agli anziani, e viene ripartito per il 60% in base alla distribuzione della popolazione ultrasessantacinquenne e per il 40% con quota capitaria secca, mentre la parte riservata alle gravissime disabilità (35%) è ripartita in parte sulla base delle prese in carico di persone affette da Sla o in stato vegetativo e in parte in base alla popolazione residente (per le restanti gravissime disabilità); il Fondo Sociale Regionale viene attualmente distribuito per il 50% su base storica e per il 50% su base capitaria. Una larga parte dei finanziamenti, dunque, è distribuita in base alla spesa storica e al criterio della quota capitaria secca, che presuppone necessità identiche per ciascun cittadino e, sebbene preferibile al precedente, non rappresenta a sufficienza le differenze nei bisogni della popolazione residente nei vari ambiti. Solo il Fondo nazionale per la non autosufficienza è distribuito, in parte, cercando di rispondere al bisogno di assistenza della popolazione anziana attraverso il criterio distributivo della popolazione ultra 75enne residente. Negli anni recenti gli aggiustamenti attuati dalla Regione Lombardia per favorire l'equità territoriale, in questo ambito, sono consistiti in una graduale conversione dalla spesa storica alla quota capitaria nella ripartizione del Fondo sociale regionale (Pelliccia, 2011).

La capacità di questi metodi di riparto di assicurare un equilibrio fra i territori basato sui bisogni della popolazione appare piuttosto limitata. Sebbene vi sia stato, soprattutto dopo il 2005, un miglioramento rispetto all'equità nella distribuzione delle risorse fra le varie Asl, le differenze territoriali nella distribuzione degli stanziamenti pubblici e nell'offerta di servizi, in Lombardia, rimangono tra le più elevate del Centro-Nord (Gori, 2011).

2.4.2 *La Regione Veneto*

Assicurare risposte certe alle medesime condizioni di bisogno è la strada principale seguita dalla Regione Veneto per favorire l'equità nell'accesso ai servizi residenziali e domiciliari per le persone non autosufficienti.

In ambito residenziale è stata introdotta nel 2006 l'Impegnativa di residenzialità, che costituisce il titolo per spendere la quota di rilievo sanitario della retta applicata presso i Centri di Servizio⁸⁴ autorizzati e/o accreditati⁸⁵. L'accesso ai servizi residenziali per le persone non autosufficienti è riconosciuto in base alla gravità della situazione, accertata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, misurata attraverso una scheda introdotta nel 2008

⁸⁴ Il Centro di servizio offre assistenza residenziale socio-sanitaria a persone non autosufficienti (medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera). È articolato in due tipologie: Unità di offerta per persone anziane non autosufficienti con ridotto-minimo bisogno assistenziale e Unità di offerta per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale.

⁸⁵ Dgr 464/2006 "L'assistenza alle persone non autosufficienti - Art. 34, comma 1, L.R. 1 del 30 gennaio 2004".

per superare le difformità esistenti tra le ULSS venete nell'attribuzione dei punteggi⁸⁶. Sono previsti due profili assistenziali, primo e secondo, corrispondenti ai livelli di intensità di assistenza sanitaria minima-ridotta e media. Il cittadino titolare dell'impegnativa di residenzialità ha la facoltà di scegliere il Centro di Servizi accreditato maggiormente rispondente alle proprie esigenze e disponibilità economiche, anche superando i confini territoriali dell'Azienda ULSS di residenza. L'accesso al servizio avviene sulla base del punteggio di gravità, del profilo assistenziale individuato e dei posti disponibili a livello regionale, costantemente aggiornati grazie all'apposito Registro Unico della Residenzialità, in grado di attribuire una priorità elevata alle situazioni più gravi. Le impegnative di residenzialità, definite secondo la disponibilità di bilancio regionale, sono ripartite fra le Aziende ULSS sulla base del criterio storico, ma è previsto un allineamento (nel tempo) all'indice di fabbisogno calcolato per ciascun territorio⁸⁷. L'analisi combinata di diversi parametri (indice di fabbisogno, impegnative di residenzialità, posti disponibili, utenti, finanziamento) ha messo recentemente in luce una significativa variabilità territoriale (Regione Veneto e Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto, 2011). Alcuni territori in passato hanno registrato una maggiore disponibilità da parte di enti gestori, tutti diversi dall'ente sanitario (IPAB, entri del privato sociale, privati accreditati, comuni...) a realizzare strutture di residenzialità extraospedaliera, ereditando anche l'esistente sistema delle "case di riposo" per anziani. Questo ha inevitabilmente influito sulla distribuzione delle risorse a partire dalla riprogrammazione avviata nell'anno 2000, che sono state assegnate per "posto" e non per quota capitaria. Per questo motivo, secondo quanto riportato nel Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, la residenzialità sarà fatta oggetto di un atto di programmazione volto a rendere maggiormente equo l'accesso ai servizi su tutto il territorio regionale.

L'assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti è stata oggetto di una recente riorganizzazione che ha riguardato i servizi programmati dalla Regione in forma di contributo economico ricadenti nel Fondo regionale per la Non Autosufficienza⁸⁸. L'insieme degli interventi disponibili -assegni di cura per le famiglie che assistono persone non autosufficienti, interventi di sollievo alla famiglia, oltre ad aiuto personale, autonomia personale e vita indipendente per le persone con disabilità, contributi sanitari ai Comuni per l'assistenza tutelare alle persone (ADI-SAD- sono stati ricondotti ad una programmazione e gestione unitaria. La Regione ha introdotto una modalità standard per la misurazione del bisogno e un sistema di ripartizione dell'utenza in classi, sulla base dell'intensità e della tipologia di bisogno rilevato, cui corrispondono specifiche prestazioni (Tab. 2.37). Gli interventi sono articolati in cinque tipologie mutuamente esclusive (Impegnative di Cura Domiciliare), cui si accede se viene accertata la condizione di non autosufficienza sotto il profilo sanitario e sociale, la sufficiente adeguatezza del supporto erogato direttamente o indirettamente dalla famiglia, la condizione economica ed altri requisiti. Questi interventi si intendono comunque complementari e non sostitutivi dell'Assistenza Domiciliare Integrata, in tutte le sue declinazioni, e dei Servizi di Assistenza Domiciliare erogati dai comuni o dagli enti da essi delegati (Comunità Montane, Unioni di comuni, Aziende speciali, Aziende ULSS).

⁸⁶ La Giunta regionale, con la Dgr 456/2007, ha aggiornato i criteri di accesso ai servizi residenziali per le persone anziane non autosufficienti e con la Dgr 1138/2008 ha introdotto la nuova scheda Svama e determinato il punteggio minimo (60 punti) per stabilire la priorità d'accesso delle persone non autosufficienti ai servizi residenziali.

⁸⁷ Si tratta di un indice basato su parametri demografici, modificato in base ai livelli di non autosufficienza per età e alle specificità territoriali (es. territori di montagna). Il fabbisogno delle Aziende ULSS per i Centri Diurni è determinato in misura del 10% del fabbisogno dei posti di residenzialità.

⁸⁸ Dgr 1338/2013 "Revisioni delle prestazioni costituenti LEA aggiuntivi regionali (cd. extra-LEA) in ambito socio-sanitario. Istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare (Dgr 154/CR del 24 dicembre 2012 e Dgr 37/CR del 3 maggio 2013)".

Tabella 2.37
ASSISTENZA ALLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IN VENETO: CLASSIFICAZIONE DEL BISOGNO E CORRISPONDENTI SERVIZI
DOMICILIARI IN AMBITO SOCIO-SANITARIO

| Categorie di bisogno | Servizi domiciliari in ambito socio-sanitario |
|---|--|
| Utenti con basso bisogno assistenziale | ICDb (assegno di cura, assegno di cura "badanti", contributo Adi-Sad) |
| Utenti con medio bisogno assistenziale (persone con demenze, accompagnate da gravi disturbi comportamentali) | ICDm (assegno di cura demenze con disturbo comportamentale) |
| Utenti con alto bisogno assistenziale (persone con disabilità gravissime e in condizione di dipendenza vitale) | ICDa (interventi per malati di SLA e per l'assistenza continuativa h24) |
| Utenti con grave disabilità psichica e intellettiva | ICDp (contributi per i servizi di aiuto personale e per la vita indipendente) |
| Utenti con e grave disabilità fisico-motoria | ICDf (contributi per i servizi di aiuto personale e per la vita indipendente) |

Nota: le risorse per il Sollievo possono essere usate ad integrazione delle Impegnative di cura domiciliare; le impegnative possono essere erogate in forma di contributo economico oppure di servizi.

Fonte: elaborazione da normativa regionale

Annualmente la Regione assegna alle Aziende ULSS un certo numero di impegnative di domiciliarità, di importo predefinito, calcolate per metà sulla base della spesa storica e per la parte restante in base all'indice di fabbisogno (cui si aggiunge un correttivo per incrementare le impegnative di cura domiciliare nelle Aziende con una minore dotazione di impegnative di residenzialità). Precedentemente le risorse alle ULSS si erano sostanzialmente fissate sul costo storico del primo anno (2007) con la conseguenza, in alcuni territori, di dover essere ripartite per un numero maggiore di utenti, con importi minori rispetto ad altri. Un'ulteriore difficoltà era poi rappresentata dal dover attendere la conclusione del semestre per dover effettuare la suddivisione del budget tra le domande ammissibili. Le impegnative, col nuovo sistema, vengono invece subito assegnate all'utenza su base mensile, secondo una graduatoria aziendale specifica per ciascun tipo di impegnativa, alla chiusura delle impegnative già in essere (per decesso, ingresso in servizi residenziali, trasferimento in altra ULSS/regione, conclusione del progetto senza rinnovo). Questo sistema può far sopporre il rischio che, a parità di bisogno, un utente possa accedere immediatamente al beneficio in una ULSS, mentre in un'altra debba attendere: tuttavia la programmazione consente alle Aziende ULSS di intervenire spostando le risorse assegnate tra ciascuna tipologia di ICD o integrando ulteriori risorse del Fondo regionale per la non autosufficienza. Con questo criterio l'esperienza condotta nel 2013, anno di avvio, ha dimostrato di poter ammettere a ICD tutte le domande regolarmente presentate.

2.4.3 La Regione Emilia-Romagna

La distribuzione omogenea sul territorio dei servizi dedicati alle persone non autosufficienti, o con gravi disabilità, è uno degli obiettivi del Fondo regionale per la non autosufficienza dell'Emilia-Romagna. La strada principale intrapresa per perseguirlo è stata la riforma dei criteri di assegnazione delle risorse tra i vari territori in maniera proporzionale alla presenza dei bisogni, cui è stata associata la definizione di livelli minimi di offerta per ciascuna tipologia di servizio.

Se in precedenza i servizi venivano finanziati in base alla spesa storica, molto differenziata da un territorio all'altro, con l'introduzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza⁸⁹ l'assegnazione delle risorse avviene in base al criterio della popolazione ultrasessantacinquenne residente⁹⁰. Il Fondo, in cui confluiscono risorse del Fondo sanitario regionale, del Fondo sociale regionale, risorse statali finalizzate ed ulteriori risorse regionali provenienti dalla fiscalità generale⁹¹, finanzia servizi e interventi socio sanitari e socio assistenziali fortemente strutturati (assegno di cura per anziani, disabilità gravissime e gravi, assistenza domiciliare per anziani e disabili, strutture diurne e residenziali) ma anche, in parte minore, nuove opportunità assistenziali finalizzate a supportare le famiglie nell'accudimento del non autosufficiente che vive a domicilio (ricoveri temporanei e di sollievo, iniziative di emersione e qualificazione del lavoro di cura, servizi di e-care, ecc.)⁹².

Rispetto alla disponibilità di servizi e interventi, la Regione ha definito cosa dovesse essere presente in tutti gli ambiti distrettuali indicando un livello minimo da garantire⁹³, e ciascun ambito ha potuto scegliere su quali servizi puntare maggiormente (Fabrizio, 2013), sulla base della lettura dei bisogni della comunità di riferimento rilevati nella programmazione territoriale. Alcuni distretti, ad esempio, hanno preferito potenziare il sostegno domiciliare piuttosto che l'assistenza residenziale, spendendo maggiori risorse sull'assegno di cura. Una scelta peculiare della Regione è stata quella di finalizzare l'utilizzo delle risorse non solo per i servizi storici - assistenza domiciliare, centri diurni, residenze per anziani e persone disabili - ma anche nuove opportunità assistenziali, innovative, flessibili e forme di "assistenza leggera" (es. Programma di contrasto all'isolamento e alla solitudine, Programma qualificazione ed emersione lavoro di cura assistenti familiari, contributi per l'adattamento domestico, ecc.). Attraverso l'accreditamento socio-sanitario (per le strutture socio-sanitarie e l'assistenza domiciliare), la Regione Emilia-Romagna, inoltre, si è posta l'obiettivo di realizzare una maggiore equità territoriale rispetto al contenuto e alla qualità dei servizi, oltre che alla contribuzione al costo da parte degli utenti (Fabrizio, 2011).

2.4.4 *La Regione Toscana*

La Regione Toscana, negli anni recenti, è intervenuta nel settore della cura e dell'assistenza alle persone non autosufficienti cercando di assicurare sul proprio territorio risposte omogenee alle medesime condizioni di bisogno.

Garantire il diritto alla prestazione sociosanitaria appropriata alla persona non autosufficiente è uno degli obiettivi alla base della riforma toscana⁹⁴. Attraverso il Fondo regionale per la non

⁸⁹ Il Fondo regionale per la non autosufficienza dell'Emilia-Romagna (Frna) è stato istituito con la L.R. 27/2004 (art. 51) e concretamente avviato a seguito della delibera attuativa 509/2007.

⁹⁰ La quota destinata all'assegno di cura per le gravissime disabilità acquisite viene ripartita sulla base della frequenza dei casi.

⁹¹ Per garantire una identica possibilità di accesso ai servizi, ampliando l'offerta disponibile, nel 2007-2008 la Regione ha stanziato circa 100 milioni di euro come risorse aggiuntive assicurate direttamente dai cittadini emiliano-romagnoli tramite specifica destinazione della tassazione regionale (Fabrizio, 2013).

⁹² Secondo la legge istitutiva del FRNA, il fondo distrettuale per la non autosufficienza ha contabilità separata e destinazione vincolata nell'ambito del bilancio delle Aziende Usl e, unitamente alle risorse impegnate dai Comuni, finanzia le attività previste dal Piano di zona. L'Ufficio di Piano, costituito congiuntamente dai Comuni del distretto e dell'Azienda USL, elabora annualmente il piano delle attività per la non autosufficienza.

⁹³ Nel caso degli anziani, gli elementi essenziali identificati nella delibera attuativa del FRNA (Dgr 509/2007) sono un adeguato sistema di accesso, valutazione e presa in carico e di accompagnamento; l'assegno di cura; l'assistenza domiciliare, l'attivazione di un Programma di emersione, regolarizzazione e qualificazione del lavoro delle assistenti familiari; l'offerta di opportunità residenziali per ricoveri temporanei e di sollievo; l'attivazione di Programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione per gli anziani fragili; i Centri diurni; le strutture residenziali. Rispetto a queste ultime, la delibera stabilisce per i distretti con minore dotazione di posti letto l'obiettivo del raggiungimento di un numero di posti letto pari almeno al 3% della popolazione con più di 75 anni.

⁹⁴ Dgr 370/2010 "Approvazione del "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente".

autosufficienza e il Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente è stato costruito un sistema che prevede un percorso standard per la presa in carico -segnalazione del bisogno, prima lettura, valutazione multidimensionale del bisogno complesso in base a strumenti omogenei, progettazione dell'assistenza- e l'accesso a specifici servizi sulla base del bisogno rilevato. È stata inoltre definita una tempistica standard per la risposta all'istanza e l'accesso alle prestazioni: l'Unità di valutazione multidimensionale deve fornire all'anziano e alla sua famiglia il Piano di assistenza personale entro trenta giorni dalla richiesta, ed è tenuta a garantire l'accesso alle prestazioni entro sessanta giorni. Nel caso di impossibilità di attivare le prestazioni assistenziali previste, la UVM deve assicurare entro 90 giorni l'attivazione di prestazioni di pari efficacia.

Tabella 2.38
ASSISTENZA ALLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IN TOSCANA: CLASSIFICAZIONE DEL BISOGNO E SERVIZI CORRISPONDENTI

| Livello isogravit  del bisogno | Pacchetti di servizi | Prestazioni erogabili | Prestazioni garantite dal FRNA |
|---|--|---|---|
| Elevato bisogno assistenziale "contestualizzato con assoluta inadeguatezza ambientale | Residenza Sanitaria Assistenziale | - Retta modulo base permanente/temporaneo - Retta modulo decadimento cognitivo - Retta modulo stati vegetativi | Contributo per: - retta modulo base permanente/temporaneo - retta modulo decadimento cognitivo - retta modulo stati vegetativi |
| Livello isogravit  3-5 con adeguatezza ambientale | Assistenza domiciliare diretta/indiretta | - N. Ore settimanali assistenza diretta graduate sul livello di isogravit  - Assistenza indiretta di sostegno alla famiglia graduata sul livello di isogravit  | - contributo per n. ore settimanali assistenza diretta graduato sul livello di isogravit  - contributo per assistenza indiretta di sostegno alla famiglia graduato sul livello di isogravit  |
| | Inserimento in CD o CDA | - Frequenza CD graduata sul livello di gravit  - Frequenza CDA graduata sul livello di gravit  | - contributo per retta CD graduata sul livello di gravit  - contributo per retta frequenza CDA graduata sul livello di gravit  |
| | Ricovero sollievo RSA | Retta modulo | Contributo per retta modulo |
| Livello isogravit  1-2 con adeguatezza ambientale | Assistenza domiciliare diretta/indiretta | - N. ore settimanali assistenza diretta graduate sul livello di isogravit  - Assistenza indiretta di sostegno alla famiglia graduata sul livello di isogravit  | Interventi con fondo ordinario |
| | Inserimento in CD o CDA | - Frequenza CD graduata sul livello di gravit  - Frequenza CDA graduata sul livello di gravit  | |
| | Ricovero sollievo RSA | Retta modulo | |

Fonte: Dgr 370/2010

La legge istitutiva del Fondo regionale per la non autosufficienza prevede che le risorse -provenienti dal Fondo sanitario regionale destinate al sostegno dei servizi sociosanitari rivolti alle persone non autosufficienti, dal Fondo sociale regionale, dal Fondo nazionale per l'assistenza alle persone non autosufficienti ed eventuali ulteriori risorse nazionali trasferite, coerenti con la finalit  del Fondo, cui i Comuni sono tenuti a contribuire- vengano ripartite tra le zone-distretto secondo indicatori di carattere demografico e indicatori relativi all'incidenza della popolazione disabile e non autosufficiente. L'equit  territoriale, perseguita in via prioritaria tramite la definizione di risposte certe a determinate condizioni di bisogno, include quindi anche lo sforzo di omogeneizzare la disponibilit  di servizi/interventi agendo sulla distribuzione delle risorse.

Il sistema messo in atto, nel suo complesso, non appare ancora a regime. Sono pertanto in corso attivit  volte a superare le criticit  riscontrate, quali la difficolt  del paziente ad ottenere effettivamente la prestazione cui ha diritto, a causa di risorse insufficienti, e dunque la presenza

di liste d'attesa che riguardano i servizi residenziali, quelli domiciliari (diretti e indiretti), oltre ai ricoveri temporanei⁹⁵. Dal 2013 gli uffici regionali hanno iniziato un percorso di revisione dei criteri di riparto delle risorse del Fondo per la Non Autosufficienza alle Zone distretto, di concerto con i referenti territoriali e a seguito dei necessari passaggi con la Conferenza regionale delle Società della Salute, nel pieno rispetto di quanto previsto dalla Legge Regionale sopra richiamata e nell'ottica di intercettare l'effettivo bisogno dei singoli territori e quindi implementare appropriatezza ed efficacia. Tale criterio, introdotto gradualmente al fine di rendere sostenibile l'impatto sui servizi territoriali, prevede la ripartizione di quota parte del Fondo sulla base delle prese in carico con valutazioni del bisogno effettuate dalle UVM registrate nel Flusso AD-RSA che confluisce nel Flusso Ministeriale SIAD-FAR.

2.4.5 Sintesi comparativa

Le regioni analizzate presentano differenti modalità di azione per realizzare l'obiettivo dell'equità territoriale. La Lombardia si presenta come un caso singolare, avendo attuato solo degli "aggiustamenti" nell'ambito del sistema di finanziamento esistente. Veneto, Emilia-Romagna e Toscana, invece, hanno apportato cambiamenti significativi al sistema di welfare regionale rivolto alle persone non autosufficienti, che vanno nella direzione di assicurare le medesime opportunità di accesso ai servizi su tutto il territorio regionale, seguendo però strade differenti.

La Regione Emilia-Romagna, con l'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza, ha modificato il criterio di ripartizione dei finanziamenti alle Asl, passato dalla spesa storica alla popolazione anziana residente, ed ha introdotto uno standard minimo di offerta che i distretti sono tenuti a rispettare. La strada seguita, quindi, è quella di omogeneizzare la disponibilità di servizi e interventi (Tab. 2.39).

Tabella 2.39
SINTESI DELLE PRINCIPALI STRATEGIE INTRAPRESE PER RAGGIUNGERE L'EQUITÀ TERRITORIALE

| Regione | Aggiustamenti spesa | Omogeneizzare la disponibilità di servizi | | Assicurare risposte al medesimo bisogno |
|----------------|---------------------|---|---------------------------------|---|
| | | Riforma criteri assegnazione risorse | Definizione standard di offerta | |
| Lombardia | • | | | |
| Veneto | | • | | • |
| Emilia-Romagna | | • | • | |
| Toscana | | • | | • |

Il Veneto e la Toscana, invece, hanno seguito la strada alternativa di assicurare identiche risposte al medesimo bisogno su tutto il proprio territorio. Nel perseguire questo obiettivo hanno messo a punto un sistema che prevede un percorso strutturato di accesso ai servizi, una modalità standard per la misurazione del bisogno e la suddivisione degli utenti in classi cui corrispondono specifici pacchetti di servizi. In Veneto questo sistema riguarda solo gli interventi domiciliari di ambito socio-sanitario (Impegnativa di Cura Domiciliare), tuttavia, sono stati compiuti, dei passi nella direzione di assicurare una maggiore equità territoriale nell'accesso ai servizi residenziali, quali la valutazione del caso effettuata con modalità omogenee, la definizione di una soglia comune per l'accesso al servizio e l'introduzione di un criterio di distribuzione delle risorse

⁹⁵ Dgr 1044/2011 "Percorso di revisione del progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente".

basato sul fabbisogno (che andrà progressivamente a regime). Per entrambe le regioni l'obiettivo di assicurare risposte identiche allo stesso bisogno è accompagnato da modifiche nei criteri di assegnazione delle risorse.

La Regione Toscana si distingue, nell'ambito delle realtà regionali considerate in questa analisi, per essere l'unica ad aver stabilito il diritto ad una risposta/alla preparazione del piano/all'erogazione di servizi entro un tempo prefissato da quando l'utente, o la sua famiglia, si sono rivolti ai servizi.

Anche i percorsi compiuti dallo Stato nei paesi che perseguono l'obiettivo dell'equità territoriale su scala nazionale si possono ricondurre alle strategie illustrate sopra: in Gran Bretagna, ad esempio, si tratta della ricerca di una distribuzione delle risorse tra i territori che renda omogenea la disponibilità di servizi e interventi mentre in Francia e Germania l'esistenza di una risposta certa per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno. Nel nostro paese, risposta individuale certa e distribuzione territoriale delle risorse secondo i bisogni costituiscono pure le principali strategie discusse -da tempo- nel dibattito sui livelli essenziali nel sociale e socio-sanitario, che dovrebbero incrementare l'equità territoriale dell'Italia. Il riferimento agli interventi statali non è casuale. L'impressione, infatti, è che le Regioni stiano introducendo, con riferimento al proprio territorio e senza chiamarle in questo modo, quei livelli essenziali di cui si è discusso a lungo, ma senza esiti, per le politiche nazionali.

2.5

La crescita dei finanziamenti

La tendenza ad incrementare le risorse dedicate alla non autosufficienza ha accomunato le varie riforme regionali ed è stata concretizzata attraverso modalità plurime.

Utilizzo dei trasferimenti statali. Per le Regioni la strada più semplice consiste nel ricorrere a stanziamenti statali specifici; ci si riferisce al Fondo Nazionale Politiche Sociali e, soprattutto, al Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza. Questi fondi sono stati introdotti anni fa come punto di partenza per le successive riforme nazionali che, però, non hanno mai visto la luce. Il loro ammontare è risultato nel tempo assai variabile, e la loro stessa esistenza è stata più volte messa in discussione⁹⁶. È risultato difficile, dunque, per le amministrazioni regionali fare di questi una fonte certa alla quale poter fare riferimento nella propria programmazione.

Redistribuzione delle risorse regionali disponibili. Un'altra possibilità consiste nell'ottenere maggiori fondi per la non autosufficienza grazie alla riduzione di altri capitoli del bilancio regionale. Lo sguardo si volge, innanzitutto, alla sanità, che assorbe oltre il 70% della spesa regionale⁹⁷ ma è evidentemente possibile recuperare stanziamenti anche dalle altre voci di bilancio. I sostenitori di questa opzione ritengono che la sua applicazione permetterebbe di costruire un sistema di welfare pubblico più adatto al profilo effettivo della società italiana. Quello attuale, infatti, soffre di un forte sbilanciamento: indirizza troppe risorse verso alcune tipologie di interventi (ad esempio la sanità acuta) mentre non si occupa adeguatamente di bisogni e profili di rischio molto diffusi nella società, come la non autosufficienza degli anziani. Inoltre, viene evidenziato che la strategia risulterebbe compatibile con i vincoli posti dalla

⁹⁶ Il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, ad esempio, è stato introdotto nel 2007 e finanziato fino al 2011, l'anno successivo è stato sospeso, ed è ricomparso nel 2011, estremamente ridotto, ma riservato solo ai malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica.

⁹⁷ Spostare risorse a favore dell'assistenza agli anziani significa tradurre in pratica il noto obiettivo di ri-orientare il sistema "dall'ospedale al territorio".

finanza pubblica e dall'economia, poiché non prevedrebbe un incremento della pressione fiscale o contributiva, ritenuto da molti scongiurabile dato l'elevato livello che ha ormai raggiunto. Infine, affermano sempre i suoi sostenitori, seguire questa strada comporterebbe un sacrificio limitato per i settori coinvolti. Infatti, l'assistenza agli anziani rappresenta una fetta estremamente piccola della spesa pubblica. Un significativo incremento delle risorse ad essa rivolte dunque, "costa poco" poiché è ottenibile attraverso una lieve riduzione della spesa di altri settori.

Introduzione di una tassa di scopo. Si tratta di un innalzamento del prelievo fiscale nell'ambito del territorio regionale, allo scopo di aumentare il finanziamento di una specifica voce di bilancio. Per attenuare la radicata avversione dei cittadini verso una maggiorazione delle imposte, una simile manovra presuppone un impegno pubblico da parte della Regione ad utilizzare le risorse ricavate esclusivamente per sviluppare servizi e interventi per i non autosufficienti, dando così risposta ad un bisogno sempre più sentito dalla popolazione. Nonostante diverse regioni abbiano pensato di ricorrere a questa strategia per finanziare i costituendoi Fondi regionali per la non autosufficienza (come ad esempio la Toscana e la Provincia autonoma di Bolzano), l'unica che vi ha fatto effettivamente ricorso è l'Emilia-Romagna, che ha aumentato sia l'addizionale Irpef che l'Irap, dando ampia visibilità al legame tra l'implementazione dei servizi dedicati ai non autosufficienti e l'inasprimento fiscale (Fabrizio, 2007). Alcuni ritengono che la congiunzione tra crescita della domanda di assistenza agli anziani non autosufficienti e le difficoltà nell'attuare la strategia redistributiva rendano questa l'unica strada percorribile a livello regionale. Si riconosce la necessità di incrementare le risorse economiche dedicate all'assistenza continuativa ma si ritiene che le opposizioni alla riduzione di altre voci di spesa renda irrealistica l'idea di redistribuire le risorse all'interno del bilancio regionale e, parimenti, si ritiene di non poter fare troppo affidamento sui fondi nazionali, per le ragioni menzionate sopra. Secondo i suoi sostenitori, inoltre, tale strategia sarebbe sostenibile sia politicamente sia economicamente. Dal punto di vista economico, si ritiene che il sistema produttivo ed il mercato del lavoro del nostro paese potrebbero tollerare l'incremento della pressione contributiva o fiscale, senza danni per sviluppo e competitività. Dal punto di vista politico, si giudica la popolazione disponibile ad un esborso di risorse che pure si sommerebbe alla già elevata pressione fiscale e contributiva esistente, a condizione di indicare chiaramente come saranno impiegate. Infine, la tassa di scopo fornirebbe particolari garanzie per proteggere la spesa dedicata agli anziani non autosufficienti dalle contingenze della finanza pubblica e delle scelte politiche. La strategia della redistribuzione -si ritiene- potrebbe incrementare in una certa fase le risorse per l'assistenza continuativa. Se, però, in un periodo successivo la finanza pubblica incontrerà difficoltà o nel dibattito politico si faranno strada con forza altre priorità, le risorse addizionali dedicate alla non autosufficienza potranno essere facilmente allocate ad altre voci. La tassa di scopo, invece, "prenoterebbe" alcune risorse per l'assistenza continuativa, rendendole pure visibili e trasparenti, con una propria contabilità specifica (Beltrametti, 2008).

Durante la stagione delle riforme regionali per gli anziani non autosufficienti, dunque, l'ipotesi tassa di scopo regionale è stata ampiamente discussa ma poco praticata. Nei fatti l'incremento dei finanziamenti è stato quasi ovunque alimentato con un mix di Fondi statali e redistribuzione delle risorse regionali disponibili; il peso relativo di questi due fattori è risultato molto variabile tra le diverse Regioni.

Schema 2.40
LE RIFORME REGIONALI PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI: I FINANZIAMENTI

| |
|--|
| L'obiettivo |
| Incrementare le risorse economiche dedicate alla non autosufficienza |
| Le principali strade per raggiungerlo |
| - Utilizzo dei trasferimenti statali |
| - Redistribuzione delle risorse regionali disponibili |
| - Introduzione di una tassa regionale di scopo |
| Il punto |
| La tassa di scopo è stata utilizzata solo in Emilia Romagna. Nelle altre Regioni si è ricorso ad un mix di Fondi statali e redistribuzione delle risorse disponibili |

2.5.1 La Regione Lombardia

Dal 2005 al 2008 la Regione Lombardia ha incrementato le risorse dedicate alle persone anziane non autosufficienti di circa 30 milioni di euro (+3,3%).

L'analisi della spesa finanziata attraverso il Fondo sanitario regionale mostra che in questo arco temporale è andato aumentando il peso della residenzialità: le assegnazioni in favore di questo comparto dell'assistenza (Rsa e Centri diurni integrati) sono cresciute del 17,1% e il peso di questa voce sul totale della spesa per le persone anziane è passato, durante il triennio, dal 76% all'86,2%. Il regime domiciliare (Adi e voucher) mostra un leggero incremento di spesa in termini assoluti fra il 2005 e il 2008 (+2,6%), ma la sua incidenza sul totale della spesa per gli anziani (9,5%) è rimasta invariata (Tab. 2.41).

Tabella 2.41
SPESA (CORRENTE + INVESTIMENTI) NELL'AREA ANZIANI IN LOMBARDIA, ANNI 2005 E 2008
(in milioni di euro)

| Voce di spesa | 2005 | | | | 2008 | | | | Var. % totale 05-08 |
|--------------------------|---------------------|----------------------|--------|-------|---------------------|----------------------|--------|-------|---------------------------|
| | Risorse autonome | Risorse vincolate | Totale | | Risorse autonome | Risorse vincolate | Totale | | |
| | | | v.a. | % | | | v.a. | % | |
| Residenzialità anziani* | 690,5 | n.d. | 690,5 | 76,0 | 808,7 | n.d. | 808,7 | 86,2 | +17,1 |
| Domiciliarità anziani* | 86,6 | n.d. | 86,6 | 9,5 | 88,8 | n.d. | 88,8 | 9,5 | +2,6 |
| Spesa totale per anziani | 905,1 | 3,1 | 908,2 | 100,0 | 923,6 | 14,6 | 938,1 | 100,0 | + 3,3 |

* Le voci residenzialità (Rsa e Cdi) e domiciliarità (Adi e voucher) fanno riferimento solo al Fondo sanitario regionale, per questo motivo se sommate non corrispondono al totale, che invece include tutte le fonti di finanziamento della spesa: Fondo sanitario regionale, Fondo sociale regionale e risorse vincolate (fondi assegnati a interventi specifici di derivazione statale, come il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, o provenienti dall'Unione Europea).

Fonte: elaborazione dal Bilancio sociale 2008

La promozione della permanenza a domicilio delle persone anziane, nonostante il dichiarato, non trova riscontro nell'utilizzo dei finanziamenti disponibili, dato che la spesa regionale per l'assistenza residenziale è cresciuta in maniera significativamente maggiore rispetto a quella dedicata alla domiciliarità (Pelliccia, 2011). A conferma di questa tendenza, la spesa per l'ADI sul totale della spesa sanitaria regionale fa registrare una assoluta stabilità fra il 2005 e il 2011 (Tab. 2.42).

Tabella 2.42
INCIDENZA % DEL COSTO DELL'ADI SUL TOTALE DELLA SPESA SANITARIA REGIONALE

| Regione | 2005 | 2011 | Var. |
|-----------|------|------|------|
| Lombardia | 0,8 | 0,8 | 0 |

Fonte: dati ISTAT, Ministero della Salute

Gli scarsi dati disponibili in merito al successivo andamento della spesa per gli anziani obbliga ad allargare lo sguardo alle scelte allocative della Regione Lombardia in termini più ampi. La tendenza alla crescita del budget per i servizi sociosanitari in misura più marcata rispetto alla pura sanità⁹⁸, a indicare uno spostamento risorse dalla sanità acuta ai servizi territoriali, si attenua a partire dal 2009 (Pelliccia, 2011). Le manovre regionali dell'ultima legislatura, tuttavia, hanno riportato il sociosanitario a recuperare centralità rispetto alla sanità acuta, anche sotto l'influenza dai tagli al Fondo sanitario nazionale⁹⁹. La tendenza alla riduzione degli stanziamenti sul Fondo sociale regionale, registrata sul finire della precedente legislatura in concomitanza all'espansione del sostegno statale, è proseguita con ulteriori decurtazioni (oggi il fondo sociale è inferiore del 15,2% rispetto a quello del 2010). Non si rilevano spostamenti di risorse regionali da altri settori verso il comparto sociale o sociosanitario, tranne nel 2011, quando sono stati utilizzati fondi del bilancio regionale diversi dal FSN (24,4 milioni), per integrare gli interventi sociosanitari per i non autosufficienti (Pelliccia, 2013).

2.5.2 La Regione Veneto

Fra il 2005 e il 2012 la spesa complessiva per le persone anziane non autosufficienti in Veneto è cresciuta di quasi 142 milioni di euro (+35%)¹⁰⁰.

La ripartizione fra le varie voci di costo mostra una crescita della spesa per la residenzialità (+30%), la cui incidenza sul totale, però, risulta un poco ridimensionata (dall'87,7% del 2005 all'84,4% del 2012). La spesa per il comparto della domiciliarità, rispetto al 2005, risulta significativamente aumentata (+61,4%) e il suo peso sul totale della spesa passa dal 12 al 14,4%. Consistente anche l'aumento della spesa per il servizio trasversale di sollievo, quasi quadruplicata nel corso di sette anni, con una incidenza sul totale della spesa passata dallo 0,4 all'1,3% (Tab. 2.43).

Nell'ambito della domiciliarità, l'incidenza percentuale del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria fa registrare, fra il 2005 e il 2011, un incremento dall'1 all'1,3% (Tab. 2.44).

Le risorse necessarie a sostenere l'aumento della spesa per le persone non autosufficienti sono state reperite attraverso diverse strade, quali i finanziamenti statali e il ricorso ad altre voci del bilancio regionale.

I finanziamenti derivanti dal Fondo nazionale per la non autosufficienza, nel 2007, sono stati utilizzati, come previsto dalla loro destinazione, per il potenziamento dei servizi per la domiciliarità. Fra il 2007 e il 2010 il potenziamento dei servizi residenziali è stato sostenuto attraverso la redistribuzione di risorse da voci di bilancio regionale diverse dalla sanità. Nel 2011 e nel 2012 il volume di risorse dedicato alle persone non autosufficienti, in mancanza del Fondo nazionale per la non autosufficienza, è stato mantenuto attraverso la redistribuzione di

⁹⁸ La parte del Fondo sanitario regionale dedicata al sociosanitario, fra il 2005 e il 2008 è passata dall'8,7% al 9,1%.

⁹⁹ Il taglio dell'1% al SSN rispetto all'anno 2012, in Lombardia è stato imputato alla sanità acuta.

¹⁰⁰ Le voci domiciliarità e servizi trasversali (sollievo) includono anche la spesa per le persone disabili.

risorse regionali (nel 2013, con l'introduzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare, i servizi domiciliari diventano LEA) (Tab. 2.45).

Tabella 2.43
LA SPESA PER LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IN VENETO. 2005 e 2012
Milioni di euro

| Voce di spesa | 2005 | | | | 2012 | | | | Var. % totale 05-12 |
|--|----------------------|-----------------|--------|-------|----------------------|-----------------|--------|-------|---------------------------|
| | Risorse regionali | Risorse FNA* | Totale | | Risorse regionali | Risorse FNA* | Totale | | |
| | | | v.a. | % | | | v.a. | % | |
| Residenzialità anziani | 355,0 | 0 | 355,0 | 87,7 | 461,6 | 0 | 461,6 | 84,4 | +30,0 |
| Domiciliarità anziani e disabili | 48,5 | 0 | 48,5 | 12,0 | 78,3 | 0 | 78,3 | 14,3 | +61,4 |
| Servizi trasversali anziani e disabili** | 1,5 | 0 | 1,5 | 0,4 | 7,0 | 0 | 7,0 | 1,3 | +366,7 |
| Spesa totale | 405,0 | 0 | 405,0 | 100,0 | 546,9 | 0 | 546,9 | 100,0 | +35,0 |

* Il Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, istituito con legge finanziaria per il 2007, nel 2012 non è stato finanziato.

** Sollievo

Fonte: dati regionali

Tabella 2.44
INCIDENZA PERCENTUALE DEL COSTO DELL'ADI SUL TOTALE DELLA SPESA SANITARIA REGIONALE

| Regione | 2005 | 2011 | Var. |
|---------|------|------|------|
| Veneto | 1,0 | 1,3 | +0,3 |

Fonte: dati ISTAT, Ministero della Salute

Tabella 2.45
CRESCITA DELLA SPESA PER NON AUTOSUFFICIENTI FRA 2005 E 2012 IN VENETO: REPERIMENTO DELLE RISORSE E LORO UTILIZZO

| Strada seguita | Si o no | In quale/i anno/i | Volume risorse | Cosa è stato realizzato |
|---|---------|-------------------|--|--|
| 1. Finanziamenti statali | Si | 2007 | 21/28,9 milioni di euro derivanti dal riparto del FNA | Potenziamento dei servizi per la domiciliarità |
| 2. Redistribuzione da altre voci del bilancio regionale | Si | 2010 | 15 milioni | Potenziamento servizi residenziali |
| | | dal 2007 al 2010 | Incremento percentuale (circa 2% annuo) del riparto per la residenzialità anziani | |
| | | 2011-2012 | In assenza del FNA il volume di risorse è stato mantenuto con risorse regionali (nel 2013 le ICD diventano LEA con la Dgr 1338/2013) | |
| 3. Incremento tasse regionali | No | - | - | - |

Fonte: dati regionali

La legge regionale 30/2009, nella parte in cui disciplina le fonti di finanziamento del Fondo regionale per la non autosufficienza, oltre alle risorse regionali di tipo sociale e sanitario e a quelle derivanti dallo Stato o da altri soggetti pubblici destinati alla non autosufficienza, prevede ulteriori forme di entrata fra cui l'introduzione di una quota del gettito dell'addizionale regionale all'IRPEF, rispetto alla quale non sono state però emanate specifiche disposizioni.

2.5.3 La Regione Emilia-Romagna

Fra il 2007 e il 2012 la Regione Emilia-Romagna ha accresciuto le risorse dedicate alle persone anziane non autosufficienti di circa 71 milioni di euro (+30,3%).

L'investimento ha riguardato soprattutto la domiciliarità, la cui spesa è cresciuta di quasi il 40%, mentre la residenzialità, che in valore assoluto ha assorbito la quota maggiore di spesa aggiuntiva, fa registrare un incremento del 22,6%. Il peso percentuale della spesa per la residenzialità sul totale della spesa per gli anziani, nel periodo considerato, è calato di 4,2 punti percentuali (Tab. 2.46).

Tabella 2.46
LA SPESA PER LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IN EMILIA-ROMAGNA, ANNI 2007 E 2012
(in milioni di euro)

| Voce di spesa | 2007 | | | | 2012 | | | | Var. % totale 05-12 |
|---|----------------------|-----------------|--------|-------|----------------------|-----------------|--------|-------|---------------------------|
| | Risorse regionali | Risorse FNA* | Totale | | Risorse regionali | Risorse FNA* | Totale | | |
| | | | v.a. | % | | | v.a. | % | |
| Residenzialità anziani | 169,1 | | 169,1 | 72,4 | 207,3 | 0,0 | 207,3 | 68,2 | +22,6 |
| Domiciliarità anziani** | 62,9 | | 62,9 | 26,9 | 86,2 | 1,2 | 87,4 | 28,7 | +38,9 |
| Accesso e presa in carico anziani e altri interventi | 1,5 | | 1,5 | 0,6 | 2,4 | 0,7 | 3,1 | 1,0 | +108,0 |
| Servizi trasversali*** | | | | | 5,6 | 0,8 | 6,4 | 2,1 | |
| TOTALE | 233,5 | | 233,5 | 100,0 | 301,5 | 2,7 | 304,2 | 100,0 | +30,3 |

* Il Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, istituito con legge finanziaria per il 2007, nel 2012 non è stato finanziato. Le risorse indicate fanno riferimento ad accantonamenti da precedenti annualità.

**La voce include anche i Centri diurni, che nel 2007 hanno un costo di 10,9 milioni di euro e nel 2012 di 16 milioni.

*** I servizi trasversali, in favore delle persone anziane e disabili, sono rappresentati da interventi per l'emersione e la qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari, servizi di consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico, programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione rivolte ai soggetti fragili. Per il finanziamento di queste attività sono stati utilizzati anche risorse provenienti dal Fondo nazionale per la famiglia.

Fonte: Relazione FRNA 2007 e 2012-2013; Report SSR2013

L'investimento della Regione nell'ambito dell'assistenza domiciliare è rilevabile anche attraverso l'aumento dell'incidenza percentuale del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria, passato dell'1,8% del 2005 al 2,4% del 2011 (Tab. 2.47).

Tabella 2.47
INCIDENZA % DEL COSTO DELL'ADI SUL TOTALE DELLA SPESA SANITARIA REGIONALE

| Regione | 2005 | 2011 | Var. |
|----------------|------|------|------|
| Emilia-Romagna | 1,8 | 2,4 | +0,6 |

Fonte: dati ISTAT, Ministero della Salute

Negli anni recenti, in particolare nel passaggio dal 2011 al 2012, il finanziamento degli interventi per le persone non autosufficienti ha subito un ridimensionamento. La spesa per gli anziani ha fatto registrare una diminuzione dell'1,6% (4,9 milioni di euro in meno rispetto al 2011). A fronte di un lieve aumento della spesa per i servizi residenziali, il contenimento della spesa ha riguardato l'ambito della domiciliarità e in particolare gli assegni di cura (Relazione FRNA 2012-2013).

L'aumento delle risorse dedicate alle persone anziane non autosufficienti, successivamente alla creazione del Fondo regionale per la non autosufficienza che ha unificato e coordinato

diverse voci di spesa afferenti al finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie per anziani e disabili gravi, è stato sostenuto attraverso un aumento dell'imposizione regionale di addizionali IRPEF ed IRAP che nel solo 2007 ha portato ad un aumento di 100 milioni di euro. Le risorse aggiuntive, destinate prioritariamente a sostenere lo sviluppo, l'articolazione e la qualificazione delle rete dei servizi, secondo quanto disposto dalla Regione non erano in alcun modo e non destinate a ridurre l'impegno del Fondo sanitario regionale e dei bilanci degli Enti locali per la non autosufficienza¹⁰¹.

La Regione, negli anni seguenti, ha fatto fronte al mancato finanziamento del Fondo nazionale per le non autosufficienze attraverso l'aggiunta di risorse proprie, coprendo interamente il mancato introito nel 2011 (30 milioni di euro) e per metà nel 2012 (15 milioni) (Fabrizio, 2013). Nel 2012 la regione ha complessivamente dedicato risorse proprie regionali per 135 milioni agli interventi per la non autosufficienza (aggiuntivi rispetto al finanziamento a carico del fondo sanitario nazionale), cifra leggermente ridimensionata rispetto ai 150 milioni del 2011 (Pelliccia, 2012). A fronte delle difficoltà, la Regione svolgerà una valutazione complessiva dei risultati ottenuti dal Fondo, nella prospettiva di determinare un aggiustamento delle linee fondamentali assunte nel 2007, ai fini della sostenibilità, e assumere una linea comune nel caso fosse necessario interrompere il finanziamento di alcune attività (Fabrizio, 2013).

2.5.4 La Regione Toscana

Il volume di risorse complessivamente dedicate alle persone non autosufficienti anziane e disabili, in Toscana, si aggira intorno ai 300 milioni di euro annui (Fonte Flusso Regionale L.A.). Nel periodo compreso fra il 2005 e il 2012 si registra un aumento della spesa annua di circa 112 milioni di euro (+60%).

I dati disponibili mostrano un interesse verso lo sviluppo della domiciliarità. Il peso di questa voce sul totale della spesa aumenta infatti di 10 punti percentuali nel periodo considerato, arrivando a sfiorare il 40% nel 2012. Il volume di risorse dedicate agli interventi domiciliari è più che raddoppiato, mentre la spesa per l'assistenza residenziale è cresciuta di quasi il 40% nell'arco di sette anni (Tab. 2.48).

Tabella 2.48
LA SPESA PER LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IN TOSCANA, ANNI 2005 E 2012
Milioni di euro

| Voce di spesa | 2005 | | | | 2012 | | | | Var. % totale 05-12 |
|------------------------|----------------------|-----------------|----------------|-------|----------------------|-----------------|----------------|-------|---------------------------|
| | Risorse regionali | Risorse FNA* | Totale v.a. | % | Risorse regionali | Risorse FNA* | Totale v.a. | % | |
| Residenzialità anziani | 135,3 | 0 | 135,3 | 72,4 | 187,7 | 0 | 187,7 | 62,7 | +38,7 |
| Domiciliarità anziani | 51,7 | 0 | 51,7 | 27,6 | 111,5 | 0 | 111,5 | 37,3 | +115,7 |
| SPESA TOTALE | 187,0 | 0 | 187,0 | 100,0 | 299,2 | 0 | 299,2 | 100,0 | +60,0 |

Fonte: dati regionali

L'impegno verso la massima estensione della domiciliarità, espresso attraverso il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 e il Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010, prevedeva anche il raggiungimento del 3% di copertura degli anziani ≥ 65 anni assistiti in ADI. Tuttavia, il

¹⁰¹ Dgr 509/2007 "Fondo regionale per la non autosufficienza - Programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009.

dato sull'incidenza della spesa per l'ADI rispetto al totale della spesa sanitaria, sostanzialmente stabile fra il 2005 e il 2011 (+0,2 punti percentuali), non esprime un investimento particolare per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare (Tab. 2.49), anche considerando che l'utenza non è aumentata (cfr. § 2.1.1).

Tabella 2.49
INCIDENZA % DEL COSTO DELL'ADI SUL TOTALE DELLA SPESA SANITARIA REGIONALE

| Regione | 2005 | 2011 | Var. |
|---------|------|------|------|
| Toscana | 1,4 | 1,6 | +0,2 |

Fonte: dati ISTAT, Ministero della Salute

Le risorse dedicate alle persone anziane e disabili residenti in Toscana sono assicurate attraverso il Fondo regionale per la non autosufficienza, istituito nel 2008, che ha garantito -in aggiunta alla quota di Fondo sanitario relativo ai livelli essenziali per la non autosufficienza (LEA), prevista in 180 milioni di euro per ciascuno degli anni 2009 e 2010- risorse libere regionali, pari a 80 milioni di euro per gli anni 2009 e 2010¹⁰². La spesa, fra il 2008 e il 2013, è stata sostenuta anche attraverso il ricorso a finanziamenti statali, redistribuzioni dal fondo sanitario e da altre voci del bilancio regionale (Tab. 2.50).

Tabella 2.50
CRESCITA DELLA SPESA PER NON AUTOSUFFICIENTI FRA 2008 E 2013 IN TOSCANA: REPERIMENTO DELLE RISORSE E LORO UTILIZZO

| Strada seguita | Si o no | In quale/i anno/i | Volume risorse | Cosa è stato realizzato |
|---|---------|-------------------|----------------|---|
| 1. Finanziamenti statali | Si | 2008 | 11.966.700,00 | Estensione dei servizi domiciliari e quote sanitarie aggiuntive per la riduzione delle liste di attesa per gli inserimenti permanenti in RSA. Nel 2009 anche per supporto degli oneri gestionali degli "Hospice" e attivazione del servizio di vita indipendente per le persone disabili gravi. |
| | | 2009 | 43.250.879,14 | |
| | | 2010 | 5.076.736,90 | |
| | | 2011 | 19.781.943,72 | |
| | | 2013 | 13.513.500,00 | |
| 2. Redistribuzione dal Fondo sanitario | Si | 2010 | 20.000.000,00 | |
| | | 2011 | 60.981.096,99 | |
| | | 2012 | 80.000.000,00 | |
| | | 2013 | 74.315.206,89 | |
| 3. Redistribuzione da altre voci del bilancio regionale | Si | 2008 | 24.957.000,00 | |
| | | 2009 | 36.790.000,00 | |
| | | 2010 | 54.923.263,10 | |
| 4. Incremento tasse regionali | No | | | |

Fonte: dati regionali e Consiglio regionale, 2010.

2.5.5 Sintesi comparativa

Tutte le regioni considerate hanno aumentato le risorse spese in favore delle persone non autosufficienti a partire dal 2005, seppure in misura molto variabile¹⁰³.

Ad esclusione della Lombardia, tutte hanno operato un maggiore investimento verso l'assistenza domiciliare. Sebbene l'assistenza residenziale assorba la quota maggiore della spesa

¹⁰² Il Fondo è alimentato anche da trasferimenti nazionali, come il Fondo Nazionale per la Non autosufficienza e il Fondo nazionale politiche sociali, e da risorse comunali.

¹⁰³ Per la Regione Lombardia l'analisi si ferma al 2008, causa indisponibilità di dati.

in termini assoluti, l'incremento di spesa avutosi a partire dal 2005 è minore rispetto a quello del comparto domiciliare (Tab. 2.51).

Tabella 2.51
VARIANZA TRA 2005 E 2012 DI ALCUNI PARAMETRI RIFERITI ALLA SPESA PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI*

| Regione | Spesa totale | Incremento % spesa per la dom. rispetto a res. | Incid. costo ADI sul totale della spesa san. reg.le |
|----------------|--------------|--|---|
| Lombardia | + | - | = |
| Veneto | + | + | + |
| Emilia-Romagna | + | + | + |
| Toscana | + | + | + |

* le specifiche sui dati sono riportate nelle tabelle da 2.41 a 2.49.

L'interesse regionale per lo sviluppo della domiciliarità si coglie, in parte, anche attraverso il lieve incremento dell'incidenza del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria regionale registrato fra il 2005 e il 2011 in Toscana (+0,2 punti percentuali), Veneto (+0,3) e soprattutto in Emilia-Romagna (+0,6).

Nello scenario caratterizzato da bilanci regionali sottoposti a una serie di misure restrittive -i freni alla spesa sanitaria che hanno portato ad un forte rallentamento nella crescita del Fondo Sanitario Nazionale e l'obbligo di contribuire al risanamento dei conti pubblici attraverso il patto di stabilità- è stato molto molto difficoltoso per le regioni reperire risorse maggiori per la non autosufficienza. Le strategie seguite sono diverse. Il ricorso ai Fondi statali (in primis il Fondo nazionale per la non autosufficienza), rivelatisi instabili nell'entità e di incerta presenza, ha costretto diverse regioni, come il Veneto, l'Emilia-Romagna e la Toscana ad integrare il finanziamento mancante attraverso risorse proprie. Fra le strategie più utilizzate per aumentare il budget a disposizione degli interventi e dei servizi per le persone non autosufficienti vi è la redistribuzione di risorse dalla sanità, strada seguita in Toscana e soprattutto in Lombardia, e la redistribuzione da altre voci del bilancio regionale, metodo adottato in Veneto e in Toscana (Tab. 2.52).

Tabella 2.52
SINTESI DELLE PRINCIPALI STRADE INTRAPRESE PER AUMENTARE LE RISORSE DEDICATE ALLA NON AUTOSUFFICIENZA

| Regione | Utilizzo dei trasferimenti statali | Redistribuzione delle risorse regionali | | Introduzione di una tassa di scopo |
|----------------|------------------------------------|---|---------------------------|------------------------------------|
| | | Dalla sanità | Da altre voci di bilancio | |
| Lombardia | | • | | |
| Veneto | • | | • | |
| Emilia-Romagna | • | n.d. | n.d. | • |
| Toscana | • | • | • | |

L'unica regione ad aver introdotto una tassa di scopo per finanziare gli interventi in favore delle persone non autosufficienti è l'Emilia-Romagna. Va precisato che le uniche annualità durante le quali le Regioni avrebbero potuto attuare questa strategia sono il 2007 e il 2008, a causa di vincoli precedenti e successivi imposti dal livello centrale che hanno temporaneamente azzerato l'autonomia impositiva delle Regioni.

Bibliografia

- Agenzia Regionale Sanità Toscana (2010), *Qualità, equità e sicurezza in RSA*, Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, www.ars.toscana.it/it/eventi/eventi-2011/203-qualita-equita-e-sicurezza-nelle-residenze-sanitarie-per-anziani.html
- Agenzia Regionale Sanità Toscana (2011), *La fase pilota del progetto "Assistenza continua alla persona non autosufficiente in Toscana": profilo degli anziani valutati dalle Unità di valutazione multidisciplinare nel biennio 2008-2009*, Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, n. 61, www.ars.toscana.it/it/pubblicazioni/collana-documenti-ars/pubblicazioni-2011/187-la-fase-pilota-del-progetto-assistenza-continua-alla-persona-non-autosufficiente-in-toscana-profilo-degli-anziani-valutati-dalle-unita-di-valutazione-multidisciplinari-nel-biennio-2008-2009.html
- Aggio A. (2013), *L'Impegnativa di Cura Domiciliare - Illustrazione del progetto di avvio*, intervento al seminario "NetAge", Bologna, 17 dicembre
- Associazione per la Ricerca Sociale (2011), *Regione Toscana, L.R. 66/2008 L'implementazione dei Punti unici di accesso e Punti insieme. La valutazione della qualità percepita dalle famiglie e dagli operatori. Rapporto finale di ricerca*, www.irsonline.it/materiali.php?idmat=103&id=6
- Avanzini K., De Ambrogio U. (2011), "I percorsi nei servizi", in Gori C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini, pp. 131-153, www.lombardiasociale.it/come-cambia-il-welfare-lombardo/
- Barbabella F., Chiatti C., Di Rosa M., Gori C. (2013), "La bussola di N.N.A.: lo stato dell'arte basato sui dati", in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 4° Rapporto*, Maggioli, Rimini, pp. 11-28, www.maggioli.it/rna/
- Barbabella F., Chiatti C., Di Rosa M., Pelliccia L. (2013b), "Alcuni profili di assistenza nelle regioni" in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 4° Rapporto*, Rimini, Maggioli, pp. 29-43, www.maggioli.it/rna/
- Barsanti S., Giovanelli S. (2013), "L'assistenza domiciliare, questa (s)conosciuta", *Welfare Oggi*, n. 5, pp. 45-49
- Beltrametti L. (2008), "Le strategie di finanziamento", in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma, pp. 47-73
- Brambilla A. (2010), *L'assistenza domiciliare integrata: il modello dell'Emilia Romagna*, intervento al workshop "La persona fragile e il suo caregiver: cura, assistenza o presa in carico globale", Milano, Regione Lombardia, 9 ottobre, www.medicinaepersona.org/cm/evento.jhtml?param1_1=N1298974637d29186ee7
- Consiglio Regionale della Toscana - Settore Analisi della normazione Biblioteca del Consiglio regionale (2010), *Note informative sull'attuazione delle politiche regionali*, n. 18
- Fabrizio R. (2007), "Regione Emilia-Romagna. Innovazione nelle politiche di sostegno al domicilio. Il secondo atto di indirizzo del FRNA", *Servizi Sociali Oggi*, n. 6, pp. 27-30
- Fabrizio R. (2011), "Emilia-Romagna. Accreditamento dei servizi sociosanitari tra innovazione e qualità, equità e sostenibilità", *Servizi Sociali Oggi*, n. 1, pp. 35-37
- Fabrizio R. (2013), *Rete storica e innovazione: l'unicità del Fondo regionale per la non autosufficienza*, intervista in Newsletter Saluter notizie, 15 aprile, www.saluter.it/news/newsletter/2013/rete-storica-e-innovazione-lunicita-del-fondo-regionale-per-la-non-autosufficienza
- FNP CISL Toscana, Fondazione Emanuela Zancan onlus (2013), *Welfare territoriale e non autosufficienza in Toscana. Rapporto di ricerca*

- Ghetti V. (2014), *Prime indicazioni attuative su Fondo famiglia, Fondo non autosufficienza e Dgr su Autismo*, Lombardiasociale, 13 febbraio, www.lombardiasociale.it/2014/02/13/prime-indicazioni-attuative-su-fondo-famiglia-fondo-non-autosufficienza-e-dgr-sullautismo/
- Ghetti V. (2014b), *I piani di zona alla prova dell'incremento di risorse-1*, Lombardiasociale, 24 febbraio, www.lombardiasociale.it/2014/02/27/i-piani-di-zona-alla-prova-dellincremento-di-risorse/?c=nel-territorio
- Giunco F. (2011), "Il voucher socio-sanitario", in Gori C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Maggioli, Rimini, pp. 183-216, www.lombardiasociale.it/come-cambia-il-welfare-lombardo/
- Giunco F., Gori C., Guerrini G., Tidoli R. (2011), "Uno sguardo d'insieme", in Gori C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Maggioli, Rimini, pp. 245-257, www.lombardiasociale.it/come-cambia-il-welfare-lombardo/
- Gori C. (2011), "Come cambia il welfare lombardo?", in Gori C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Maggioli, Rimini, pp. 423-470, www.lombardiasociale.it/come-cambia-il-welfare-lombardo/
- Gori C., Ghetti V. (2012), "La qualità che già siamo perdendo", *Welfare oggi*, n. 5, pp. 15-19.
- Gori C., Ghetti V. (2014), *Il welfare regionale prova a cambiare: perché vi sono resistenze nei servizi?*, Lombardiasociale, 17 gennaio, www.lombardiasociale.it/2014/01/17/il-welfare-regionale-prova-a-cambiare-perche-vi-sono-resistenze-nei-servizi/
- Gori C., Pasquinelli S. (2008), "Gli assegni di cura", in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma, pp. 157-182
- Gori C., Pelliccia L. (2013), "I territori davanti alla crisi", in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Quarto Rapporto*, Maggioli, Rimini, pp. 45-70, www.maggioli.it/rna/
- Gori C., Pelliccia L., Tidoli R. (2010), "Le politiche regionali", in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo Rapporto*, Maggioli, Rimini, pp. 91-123, www.maggioli.it/rna/
- Guaia A., Cherubini A. (2011), "Epidemiologia dei residenti nelle strutture", in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Terzo Rapporto*, Maggioli, Rimini, pp. 85-102, www.maggioli.it/rna/
- Guerrini G. (2011), "I servizi residenziali", in Gori C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Maggioli, Rimini, pp. 217-244, www.lombardiasociale.it/come-cambia-il-welfare-lombardo/
- Guerrini G. (2014), *L'integrazione sociosanitaria e la valutazione multidimensionale del bisogno nelle regole 2014*, Lombardiasociale, 26 febbraio, www.lombardiasociale.it/2014/02/26/lintegrazione-sociosanitaria-e-la-valutazione-multidimensionale-del-bisogno-nelle-regole-2014/
- ISTAT (2013), *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 dicembre 2011, Testo integrale e tavole di dati*, www.istat.it/it/archivio/106719
- Masella C., Piraino N., Villa S. (2007), *L'assistenza domiciliare integrata in Lombardia: il difficile trade-off tra autonomia e equità*, Politecnico di Milano - Dipartimento di Ingegneria gestionale, paper
- Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione economica (MEF-DPS) (anni vari), *Banca dati degli obiettivi di servizio, Servizi di cura per l'infanzia e per gli anziani*, www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio/servizi_infanzia.asp
- Nuti S., Rosa A., Trambusti B., a cura di, (2013), *Il sistema delle RSA in Toscana. Risultati della mappatura - Report 2012*, Laboratorio Mes-Scuola Superiore S. Anna di Pisa, www.meslab.sssup.it/it/index.php?page=report-rsa-2012

- Oecd (2011), *Help wanted?, Providing and paying for long-term care*, Oecd, Parigi
- Pasquinelli S. (2012), “La dote formazione assistenti familiari della Regione Lombardia”, *Qualificare*, n. 33, www.qualificare.info/home.php?id=620
- Pasquinelli S. (a cura di), (2006), *Buoni e voucher sociali in Lombardia*, Franco Angeli, Milano
- Pasquinelli S., Dessi C. (2012), “I punti unici di accesso. L’esperienza toscana”, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 4, pp. 4-8
- Pasquinelli S., Rusmini G., a cura di, (2013), *Badare non basta*, Ediesse, Roma, www.qualificare.info/home.php?id=660
- Pelliccia L. (2011), *Quali risorse per le politiche sociali lombarde? Un vademecum per viaggiare tra i conti del welfare regionale*, Lombardiasociale, 16 settembre, <http://www.lombardiasociale.it/2011/09/16/quali-risorse-per-le-politiche-sociali-lombarde-un-vademecum-per-viaggiare-tra-i-conti-del-welfare-regionale/>
- Pelliccia L. (2012), *Reintegro del Fondo sociale: manovre regionali a confronto*, Lombardiasociale, 1 luglio, www.lombardiasociale.it/2012/07/01/reintegro-del-fondo-sociale-manovre-regionali-a-confronto/
- Pelliccia L. (2013), *Le risorse per il welfare sociale nei bilanci della nona legislatura*, Lombardiasociale, 29 gennaio, <http://www.lombardiasociale.it/2013/01/29/le-risorse-per-il-welfare-sociale-nei-bilanci-della-nona-legislatura/>
- Pesaresi F. (2013), *RSA Residenze sanitarie assistenziali - costi e tariffe*, Maggioli, Rimini
- Ranci Ortigosa E., Ghetti V. (2011), “Il governo e la governance regionali”, in Gori C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Maggioli, Rimini, pp. 77-104, www.lombardiasociale.it/come-cambia-il-welfare-lombardo/
- Regione Emilia-Romagna (2006), *Assegno di cura anno 2005. Relazione sull’applicazione della Deliberazione della Giunta Regionale n. 1377/1999*, <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/@@search>
- Regione Emilia-Romagna (2008), *Utilizzo del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza 2007 e programmazione 2008*, <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/fondo-regionale-per-la-non-autosufficienza>
- Regione Emilia-Romagna (2010), *Gli sportelli sociali in Emilia-Romagna: esiti del primo monitoraggio*, marzo, http://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/piano-sociale-e-sanitario/gli-sportelli-sociali-in-emilia-romagna/Report_sportelli_sociali.pdf
- Regione Emilia-Romagna (2012), *Assegno di cura anno 2011. Relazione sull’applicazione della Deliberazione della Giunta Regionale n. 1377/1999, n. 1122/2002 e n. 2068/2004*, <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/@@search>
- Regione Emilia-Romagna (2013), *Utilizzo del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza e Fondi nazionali 2012 e programmazione 2013*, <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/fondo-regionale-per-la-non-autosufficienza>
- Regione Lombardia (2009), *Bilancio sociale 2008*, http://www.famiglia.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=DG_Famiglia%2FDGLayout&cid=1213476625655&p=1213476625655&pagename=DG_FAMWrapperr#1213491184642
- Regione Lombardia (2010), *Bilancio sociale 2009*, http://www.famiglia.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=DG_Famiglia%2FDGLayout&cid=1213476625655&p=1213476625655&pagename=DG_FAMWrapperr#1213491184642
- Regione Toscana (2010), *Relazione sociale 2007-2009*, <http://servizi.regione.toscana.it/osservatoriosociale/>
- Regione Veneto (2011), “I servizi per le persone anziane non autosufficienti”, in *Rapporto statistico 2011*, http://statistica.regione.veneto.it/pubblicazioni_elenco_rapporto_statistico.jsp

- Regione Veneto (2013), *Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto - Anno 2013 (dati 2011-2012)*, www.regione.veneto.it/web/sanita/relazioni-socio-sanitarie-e-altre-pubblicazioni
- Regione Veneto e Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto (2011), *Libro bianco del servizio socio sanitario della Regione Veneto anni 2001-2009, Parte prima "I servizi per le persone non autosufficienti"*, www2.arssveneto.it/html_pages/LB_socio_sanitario.php?idm=199
- Rusmini G. (2010), "Convergenze virtuose: regioni e lavoro di cura", *Qualificare* n. 25, giugno. www.qualificare.info/home.php?id=482
- Rusmini G. (2013), "I progetti di sostegno del lavoro privato di cura: un bilancio", in Pasquinelli S., Rusmini G. (a cura di), *Badare non basta*, Ediesse, Roma, pp. 155-181, www.qualificare.info/home.php?id=660
- Sistema epidemiologico Regione del Veneto (SER) (2013), *Le cure domiciliari nella Regione del Veneto - Anno 2011*
- Tidoli R. (2012), *CeAD: tiriamo le somme*, Lombardiasociale, 27 marzo, www.lombardiasociale.it/2012/03/27/cead-tiriamo-le-somme/
- Tidoli R. (2013), *Le politiche per la domiciliarità e la riforma ADI*, Lombardiasociale, 16 settembre, www.lombardiasociale.it/2013/09/16/le-politiche-per-la-domiciliarita-e-la-riforma-adi/
- Tidoli R., Ghetti V. (2012), *Che fine hanno fatti i CeAD?*, Lombardiasociale, 21 marzo, www.lombardiasociale.it/2012/03/21/che-fine-hanno-fatto-i-cead/
- Tidoli R., Marotta R. (2011), "I titoli sociali", in Gori C., (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Maggioli, Rimini, pp. 157-182, www.lombardiasociale.it/come-cambia-il-welfare-lombardo/

Sitografia

- *Emilia-Romagna*

Principali normative regionali sulla non autosufficienza: <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/anziani/norme>

Atti deliberativi del Fondo regionale non autosufficienza: <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/anziani/norme/atti-deliberativi-fondo-regionale-non-autosufficienza>

Pubblicazioni annuali del Servizio sanitario regionale: <http://www.saluter.it/ssr/rapporti-ssr>

Relazioni annuali sull'utilizzo del Fondo Regionale per la non autosufficienza: <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/fondo-regionale-per-la-non-autosufficienza>

Relazioni annuali sugli assegni di cura per anziani: <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/@@search>

- *Lombardia*

Lombardiasociale, area Anziani: <http://www.lombardiasociale.it/tag/anziani/>

Normativa sulla nuova Assistenza domiciliare integrata: http://www.famiglia.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale_P&childpagename=DG_Famiglia%2FDetail&cid=1213541472359&packedargs=NoSlotForSitePlan%3Dtrue%26menu-to-render%3D1213488563402&pagenam=DG_FAMWrapper

Leggi regionali inerenti la famiglia (inclusi anziani non autosufficienti) e i servizi: http://www.famiglia.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=DG_Famiglia%2FDGLayout&cid=1213488564677&p=1213488564677&pagenam=DG_FAMWrapper#1213487887976

Delibere e decreti in materia di famiglia: http://www.famiglia.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale_P&childpagename=DG_Famiglia%2FDetail&cid=1213494194333&packedargs=NoSlotForSitePlan%3Dtrue%26menu-to-render%3D1213488563402&pagename=DG_FAMWrapper

Documenti attuativi della legge quadro governo della rete (LR 3/2008): http://www.famiglia.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale_P&childpagename=DG_Famiglia%2FDetail&cid=1213285434862&pagename=DG_FAMWrapper

Bilancio sociale: http://www.famiglia.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=DG_Famiglia%2FDGLayout&cid=1213476625655&p=1213476625655&pagename=DG_FAMWrapper#1213491184642

- *Toscana*

Principali normative regionali sulla non autosufficienza (pagina di ricerca): http://raccoltanormativa.consiglio.regione.toscana.it/?r=query_rcn#

Regione Toscana, Area welfare anziani: <http://www.regione.toscana.it/cittadini/welfare/anziani>

Agenzia Regionale Sanità - Pagina dedicata agli anziani: <http://www.ars.toscana.it/it/aree-dintervento/la-salute-di/anziani.html>

- *Veneto*

Principali normative regionali sulla non autosufficienza: http://www2.arssveneto.it/html_pages/LB_socio_sanitario.php?idm=199

Agenzia Regionale Socio sanitaria del Veneto: http://www2.arssveneto.it/html_pages/index.php

Osservatorio Politiche Sociali: <http://www.osservatoriopolitichesociali.veneto.it/index.php>

Relazioni Socio-sanitarie: <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/relazioni-socio-sanitarie-e-altre-pubblicazioni>

Rapporti statistici annuali: http://statistica.regione.veneto.it/pubblicazioni_elenco_rapporto_statistico.jsp

Il sistema dei servizi rivolti alle persone anziane: <http://www.regione.veneto.it/web/sociale/anziani>

3.

I SISTEMI DI *LONG TERM CARE*: UN CONFRONTO INTERNAZIONALE

3.1

Premessa

Fornire un quadro dei sistemi di *Long Term Care*¹⁰⁴ facenti capo ai diversi paesi europei è compito arduo per vari motivi. Innanzitutto perché, nonostante l'interesse crescente intorno alla questione della non autosufficienza degli anziani¹⁰⁵, definita da varie parti una delle principali sfide per gli stati sociali occidentali, si tratta di un rischio di cui le istituzioni non si sono mai direttamente fatte carico, considerando la famiglia il principale attore responsabile. Storicamente, erano i ricoveri per i poveri ad accogliere gli anziani non autosufficienti indigenti, ma certo le politiche di assistenza agli anziani non avevano gli stessi intenti riscontrabili oggi (Pavolini e Ranci 2011). Nel corso del novecento lo strumento di intervento più utilizzato è rimasto quello degli istituti residenziali per poveri o per anziani soli. Fatta eccezione per i paesi scandinavi, che nel corso degli anni settanta avevano introdotto nuovi programmi pubblici per rispondere al bisogno di cura e re-integrazione sociale degli adulti con disabilità, gli altri sistemi di welfare non riconoscevano come rischio sociale la non-autosufficienza degli anziani. Principali attori delle cure di queste persone erano piuttosto, e lo sono tutt'oggi, i familiari, le organizzazioni di volontariato, le istituzioni religiose.

In secondo luogo, seppure sia possibile rintracciare una definizione internazionale di *long-term care services*¹⁰⁶, la sua declinazione appare complessa e molto variabile, non solo a livello nazionale, ma anche a base territoriale. Sono infatti molti i soggetti coinvolti oltre alla persone non autosufficienti (familiari, coloro che forniscono le cure in una posizione più o meno formalizzata, gli enti di riferimento, siano esse sociali o sanitari, pubblici, privati o non-profit); l'istituzionalizzazione del bisogno di cura presuppone la creazione di un sistema per valutare le condizioni dei richiedenti e fissare i piani individuali di assistenza; lo stesso concetto di cura a lungo termine pone problemi non banali relativi alla definizione sia dei tempi che del tipo di servizi e del loro grado di indispensabilità.

In ultimo, il tema delle risorse da stanziare, quello che forse più preoccupa attualmente il decisore pubblico, può avere un effetto controverso sulla capacità di ripensare in modo originale l'organizzazione del welfare nazionale. Infatti, a fronte di una previsione demografica che vede l'aumento del peso degli anziani e l'allungamento della vita e quindi, presumibilmente, degli stati di non autosufficienza, il quadro della finanza pubblica spinge nella direzione opposta: diminuire la spesa.

Rispetto a tali questioni che interessano in generale tutto l'Occidente, Europa in testa, l'obiettivo di costruire un quadro comparato dello stato dell'arte dei sistemi di LTC si confronta

¹⁰⁴ D'ora in avanti LTC.

¹⁰⁵ Ci riferiamo qui esclusivamente alla non autosufficienza collegata all'avanzamento dell'età e all'allungamento della speranza di vita, lasciando da parte la questione peculiare della non autosufficienza delle persone diversamente abili, che merita una trattazione specifica, nonostante le problematiche, a un certo punto, tendano a coincidere.

¹⁰⁶ «The term 'long-term care services' refers to the organisation and delivery of a broad range of services and assistance to people who are limited in their ability to function independently on a daily basis over an extended period of time. There are two complementary components of this definition: the care continues over a long time period, and second the care is usually provided as an integrated programme across service components. The services may be provided in a variety of settings including institutional, residential or home care» (OECD, 2007, p. 1)

con una forte differenziazione determinata *in primis* dai percorsi autonomi degli stati nazionali e ciò a partire dalla diversa declinazione di tendenze generali quali quelle demografiche¹⁰⁷ e socio-economiche¹⁰⁸, per arrivare ad aspetti più specifici come il regime di welfare, la natura del rapporto tra cure sanitarie e politiche sociali e di quello fra pubblico, mercato e non-profit, l'etica della famiglia, la considerazione del ruolo dell'anziano nella società. Nonostante le difficoltà, le comparazioni internazionali possono però fornire elementi di comprensione relativi alle relazioni tra differenti situazioni demografiche, differenti tradizioni culturali, differenti contesti di policy e i loro effetti sulle condizioni di vita delle persone anziane.

Il lavoro qui presentato non affronterà però una comparazione tra paesi basata sulla descrizione accurata dei singoli casi; ne esistono già di esaudienti, sebbene scontino un invecchiamento precoce dovuto ai processi decisionali relativi alle politiche di LTC ancora *in itinere* in molti contesti.

Altra prospettiva interessante che non adatteremo in questa sede è quella della ricostruzione dei processi decisionali e dell'analisi delle politiche pubbliche messe in atto dai vari stati europei intorno alla questione della LTC. In tal caso l'interesse va ai meccanismi istituzionali che hanno guidato le trasformazioni in questo campo delle politiche e alla comparazione tra vari casi di studio¹⁰⁹.

Per l'estrema differenziazione delle pratiche e delle politiche adottate, molto difficile risulta anche un confronto puntuale tra i fabbisogni, le risorse necessarie e quelle messe in campo dai vari paesi europei, considerato anche lo scarto che spesso esiste tra le indicazioni di legge e la loro effettiva applicazione.

L'utilità di conoscere le esperienze degli altri paesi appare tuttavia urgente soprattutto per l'Italia che, quasi unica nel panorama europeo, non è ad oggi ancora dotata di una politica specifica su base nazionale, atta ad affrontare il rischio della non autosufficienza, pur avendo un tasso di invecchiamento tra i più alti d'Europa.

Con questa prospettiva cercheremo allora di riprendere alcuni punti rilevanti del dibattito internazionale, soffermandoci poi sulle caratteristiche fondanti dei diversi sistemi di LTC viste attraverso l'identificazione dei principali ideal-tipi, con l'intenzione di far emergere alcuni *nodi comuni*, utili anche per riflettere sul caso italiano.

3.2

La questione della non autosufficienza degli anziani in Europa

La questione della non autosufficienza delle persone anziane entra massicciamente nell'agenda dei paesi europei intorno agli anni novanta. Fino ad allora si può affermare che soltanto i paesi scandinavi prevedessero politiche specifiche per questo rischio, connesso con la non autosufficienza delle persone invalide di qualsiasi età.

L'urgenza del problema diventa più sentita sia per un'effettiva pressione a livello demografico, contrastata dalla tendenza a contenere se non a tagliare la spesa pubblica, sia grazie alla diffusione di studi e ricerche dei principali organismi internazionali come l'OCSE (OECD 2007, 2011, 2013) e alle raccomandazioni dell'Unione europea (European Union 2008).

¹⁰⁷ Come abbiamo già detto, allungamento della speranza di vita e della speranza di vita in salute.

¹⁰⁸ Tra cui, soprattutto la crescente partecipazione delle donne (figura tradizionalmente depositaria della cura dei cari) al mercato del lavoro; cambiamenti nell'organizzazione della famiglia, oltre che del ventaglio delle possibili definizioni di famiglia.

¹⁰⁹ Si veda il numero monografico n. 4 del 2011 della Rivista delle Politiche sociali, dedicato alle politiche per la non autosufficienza in Europa, ma anche al lavoro di Paci e Pugliese (2011), una riflessione più generale sulle nuove traiettorie del welfare in un'ottica comparata, con un'attenzione anche alla questione della non autosufficienza.

In particolare, l'Unione europea (in più di un documento) suggerisce di percorrere alcune strade maestre, per rispondere al più presto a questa nuova e pressante domanda di servizi. A premessa di tali raccomandazioni sta l'evidente gravità delle ripercussioni del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione unito all'allungamento della speranza di vita sui tassi medi di disabilità e più in generale sul bisogno di cura, rispetto all'indisponibilità per diversi paesi di un sistema di welfare in grado di fornire risposte adeguate. Tanto le difficoltà di accesso alle cure delle persone anziane non più autosufficienti quanto il carico di lavoro informale sui familiari rischiano di accrescere significativamente le disuguaglianze economiche, sociali e di genere, in un futuro non troppo lontano.

A questo proposito si possono così riassumere i percorsi generali d'azione individuati dall'Unione europea:

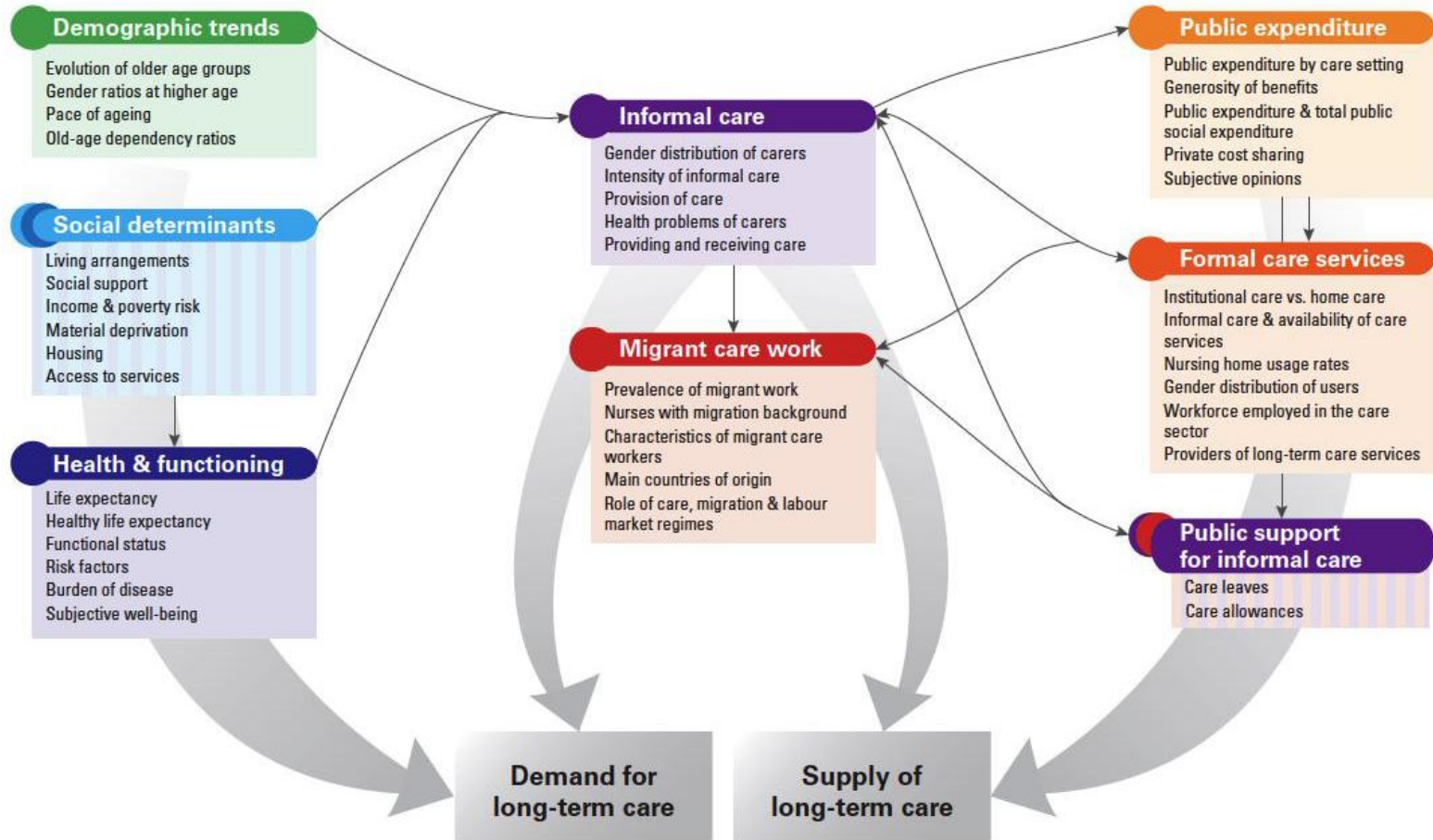
- aumentare l'efficienza degli attuali sistemi sanitari, effettuando un'accurata analisi degli stessi per eliminare sprechi e ridondanze, guidati dall'esempio di *best practices* e dall'utilizzo indicatori di qualità del sistema;
- incoraggiare l'allocazione strategica delle risorse per garantire una corrispondenza tra queste ultime e i bisogni, anche intensificando il dialogo tra decisori pubblici e cittadini;
- puntare su un mix originale di modalità efficaci per affrontare il tema dell'invecchiamento della popolazione, che metta insieme pubblico, privato e privato sociale;
- spostare l'organizzazione dei servizi e degli interventi il più possibile a livello locale, favorendo una "medicina di comunità", le cure domiciliari, la continuità assistenziale e privilegiando un invecchiamento di qualità.

3.2.1 *Il dibattito internazionale*

Alla base delle raccomandazioni espresse dall'Unione europea si trova una ormai vasta letteratura, ispirata a singole esperienze nazionali ma anche di livello comparato, che contribuisce a delineare i punti chiave di un dibattito ancora in corso.

In linea generale la questione della non-autosufficienza può essere affrontata da più punti di vista, a seconda che maggiore interesse rivestano le caratteristiche della domanda, quelle dell'offerta, il processo di policy-making, il profilo degli attori coinvolti e del loro contributo, le *best practices* e gli esperimenti innovativi.

Figura 3.1
INTERAZIONE DOMANDA E OFFERTA NEL SISTEMA DI LONG TERM CARE



Fonte: Rodrigues R., Huber M. & Lamura G. (2012), p.16

La figura precedente raccoglie in modo esauriente l'intreccio dei molteplici elementi che concorrono a identificare un quadro più preciso della Long-Term Care.

Gli andamenti della popolazione aggregati, con particolare attenzione all'evoluzione dei gruppi in età avanzata, della proporzione tra i generi, dell'andamento dei tassi di invecchiamento e degli indici di dipendenza mostrano la pervasività del fenomeno e l'accelerazione dello stesso: 174 milioni di persone in Europa e Nord America hanno più di 64 anni, ossia 20 milioni in più rispetto a 20 anni fa, e una crescita attesa fino a 93 milioni nel prossimo ventennio (Rodrigues *et al.*, 2012). Al tempo stesso, proprio il confronto tra i dati disponibili a livello nazionale rende evidente che, di fronte ad andamenti simili, molte sono le differenze ad oggi presenti, anche all'interno della vecchia Europa.

Ciò che i dati statistici denunciano riporta l'attenzione ai collegamenti con variabili socio-economiche che influenzano gli andamenti dei principali indicatori demografici: la distribuzione del reddito, le questioni abitative, gli stili di vita, l'accesso ai servizi e alle cure, aspetti che a loro volta si intrecciano con il tema più ampio della salute, delle aspettative di vita, dei fattori di rischio e della percezione del proprio benessere. Dalla parte opposta della figura troviamo gli aspetti che riguardano la politica e le politiche, cioè le modalità con le quali le istituzioni si fanno o meno carico della questione LTC. Esiste un sistema strutturato di cura del rischio connesso alla non-autosufficienza in vecchiaia? Quanto spende lo stato e che tipo di benefici assicura? Quale parte della spesa pubblica è spesa sociale e spesa sanitaria? Come sono distribuiti i costi sui privati?

All'aspetto dei finanziamenti si affiancano quelli della dotazione di servizi formali e della loro accessibilità, del tipo di interventi (domiciliari o in struttura), del profilo degli "utilizzatori", della forza-lavoro impiegata ufficialmente nei settori relativi alla cura delle persone. In mezzo, tra lo stato e il cittadino anziano bisognoso di cure, troviamo, con pesi diversi nei differenti paesi, il mondo delle "cure informali" siano esse affidate a familiari oppure al lavoro nero, in gran parte a carico di persone immigrate. Entrambi i fenomeni debbono essere analizzati e approfonditi, sia perché l'elemento delle cure informali costituisce un tassello ineludibile della LTC, sia perché l'ambito dei servizi alla persona si configura come un mercato ampio, troppo spesso lasciato dalle istituzioni nazionali e locali nella totale deregolamentazione, con effetti molteplici: sul versante del non rispetto dei diritti dei lavoratori, sull'inadeguatezza delle cure offerte agli anziani e sulle potenzialità inespresse di un bacino crescente di nuova occupazione.

La presa in considerazione solo parziale dei molteplici aspetti connessi al rischio delle non-autosufficienza può avere conseguenze rilevanti sui meccanismi di funzionamento delle società occidentali. Si pensi, a titolo esemplificativo, alle pressioni a cui sono sottoposte le famiglie che devono accudire senza sostegno un anziano gravemente non autosufficiente: pressioni di tipo economico in prima istanza, con evidenti ripercussioni sulla stabilità finanziaria delle famiglie stesse, ma anche di tipo organizzativo, con riflessi sulla possibilità di svolgere la propria professione, soprattutto nel caso delle donne, tradizionalmente delegate alla cura.

Soffermiamoci adesso brevemente su alcuni dei temi più presenti nel dibattito internazionale sulla non-autosufficienza.

- *Le tendenze demografiche*

Come già accennato, nel dibattito internazionale un posto fondamentale occupano le proposte di modelli atti a stimare le future tendenze demografiche e le probabilità di diventare non-autosufficienti.

Si possono rintracciare tre approcci teorici rivolti a identificare la relazione tra aumento del numero di anziani e incremento delle disabilità (Carrera *et al.*, 2011). Il primo viene denominato

“teoria dell’espansione delle disabilità” e ipotizza appunto, come effetto dell’allungamento della vita, un ampliamento della platea di persone anziane disabili, in ragione anche dell’aumento dei tassi di sopravvivenza di chi si ammala, con una prevalenza delle malattie legate all’invecchiamento (Gruenberg 1977). Un secondo approccio più ottimista ritiene invece che la longevità si leghi a periodi più brevi di disabilità nella fase finale della vita, grazie a un aumento della qualità della vita stessa e di una più efficace prevenzione (Fries 1980). Infine, l’ultimo approccio, detto “dell’equilibrio dinamico” sostiene un aumento delle disabilità lievi a fronte di una diminuzione di quelle più gravi, come ricaduta del miglioramento dell’assistenza sanitaria (Manton 1982). È evidente come il fenomeno del bisogno di cura delle persone anziane non-autosufficienti sia il risultato di tendenze contrastanti (longevità, gradi di disabilità, indici di dipendenza, caratteristiche dei *care-givers*), che presentano differenze tra i diversi paesi e sono al tempo stesso sottoposte a forti variazioni nel corso del tempo: contano infatti le percezioni individuali, le aspettative sociali e culturali prevalenti, le soluzioni messe in campo dagli attori pubblici.

La possibilità di prevedere con ragionevolezza la pressione di una popolazione anziana, che tende a crescere numericamente e a vivere più a lungo si sposa naturalmente con una riflessione sulla sostenibilità della spesa per i cittadini colpiti e, in termini aggregati, per le istituzioni pubbliche che se ne fanno carico. All’aumentare del grado di non-autosufficienza, infatti, il bisogno di cure mediche e assistenza sociale cresce a tal punto da non risultare sopportabile dal punto di vista finanziario nemmeno per i ceti medi, con il rischio di generare una caduta in stato di indigenza e povertà per un numero crescente di persone. L’urgenza della questione appare quindi evidente, seppure il tema del contenimento dei costi delle politiche pubbliche frena la possibilità di affiancare questo nuovo pilastro del welfare a quelli tradizionali, spingendo piuttosto verso una rivisitazione generale della spesa pubblica e la messa in campo di nuovi strumenti. Al tempo stesso, se il rischio generale dell’aumento del bacino dei non-autosufficienti è prevedibile, non lo sono facilmente il suo peso e la sua ampiezza nei diversi paesi occidentali.

Nonostante ciò, in un recente documento anche l’OCSE ritiene che sia “auspicabile, sotto il profilo dell’accesso, un’evoluzione verso un sistema di sussidi universale alle cure a lungo termine. [...] In caso contrario, il costo di servizi LTC e del sostegno agli stessi può diventare rapidamente insostenibile, anche per persone relativamente benestanti. La spesa media per LTC può rappresentare fino al 60% del reddito disponibile per tutti coloro che si collocano nel 60% più basso della distribuzione del reddito” (OECD 2011).

- *Servizi sanitari e servizi sociali*

Un altro nodo tanto teorico quanto pratico che emerge nella letteratura riguarda il rapporto tra prestazioni sanitarie e prestazioni sociali. Il punto di partenza è che la questione della non-autosufficienza non possa essere affrontata esclusivamente in termini medici, ma coinvolga la qualità della vita dell’anziano colpito e dei suoi cari. In questa prospettiva il paniere di attività necessarie va dalle cure specialistiche all’assistenza relativa allo svolgimento di quelle attività giornaliere più o meno indispensabili, fornendo, da una parte, adeguati servizi e, dall’altra, sostenendo dal punto di vista finanziario le spese per l’acquisto di tali servizi sul mercato. Di più recente sviluppo appare invece il tema della prevenzione, inteso in una duplice accezione: in primo luogo la conduzione di stili di vita appropriati per favorire una vecchiaia quanto più in salute; in secondo luogo la messa in campo, fin dall’età adulta, di una rete di risorse in grado di tamponare il rischio futuro di non-autosufficienza.

Da un’altra angolazione, la combinazione di servizi sanitari e servizi sociali diventa un modo per confrontare le politiche messe in campo dai diversi paesi europei. In questo caso un ruolo cruciale rivestono i percorsi di costruzione dei welfare a livello nazionale, che influenzano le

modalità di presa in carico e il ventaglio di servizi e/o sussidi messi a disposizione dell'anziano non autosufficiente. Nei diversi modelli di welfare -che verranno meglio esplicitati nel successivo paragrafo- è possibile identificare una diversa propensione verso i trasferimenti monetari piuttosto che la fornitura di servizi sociali, oppure, rispetto a questi ultimi, una differente impostazione che privilegia o meno le strutture residenziali rispetto ai servizi domiciliari. Al tempo stesso, la compenetrazione necessaria tra sistema sanitario e politiche sociali rivela tutta la complessità insita nell'organizzazione di un sistema di cura dei bisogni legati alla LTC.

Nel corso degli anni novanta, proprio contemporaneamente alla presa di coscienza generalizzata della necessità di intervenire nel campo della LTC, ha preso piede l'approccio del *New public management*, che ha influenzato massicciamente gli interventi pubblici in direzione di due principali obiettivi tra loro collegati: il contenimento della spesa e la ricerca di efficienza di mercato. Questa visione dominante si è spesso brutalmente tradotta in una contrazione e un contenimento delle spese in campo sanitario, ma soprattutto sociale, sebbene nell'ambito di assetti istituzionali differenziati, che hanno posto più o meno vincoli ai decisori politici e disposto di risorse più o meno ampie. Si è fatta strada, però, anche una nuova concezione della cura, portata avanti soprattutto dalle associazioni di disabili e basata sul principio della libera scelta e dell'autodeterminazione delle proprie scelte di vita. Questo connubio si è tradotto in linee di principio prevalenti a livello europeo, che hanno orientato l'azione dei legislatori nazionali: la preferenza per i servizi domiciliari, il coinvolgimento delle reti familiari, la sperimentazione di progetti per una "vita indipendente".

- *Il ruolo dei familiari e le aspettative relative al modello di sostegno alla non-autosufficienza*
La definizione e la misurazione del ruolo e del peso di coloro che prestano cure ai propri cari è un terreno ancora in parte inesplorato, che non si presta facilmente a comparazioni internazionali. Infatti, essendo la principale fonte di rilevazione quella della *survey*, varia molto la percezione individuale del proprio stato di *caregiver*, poiché essa è condizionata da molteplici fattori, non ultimi quelli culturali.

Society's attitudes towards family responsibilities and the availability of services to support both carers and people with health limitations vary widely across countries, influencing the pattern and declaration of informal caring (OECD 2011b)

Nel Sud Europa, in quei welfare spesso definiti familistici (Saraceno 2013), le percentuali di popolazione che afferma di provvedere alla cura di familiari superano il 15% e sono tra le più alte registrate. Anche nei paesi in cui la copertura dei servizi di cura è ampia, però, la quota dei *caragivers* si attesta intorno al 10%, segno che il supporto delle persone care rimane un pilastro fondamentale della LTC (OECD 2011b). Sono i parenti più prossimi, soprattutto i consorti e i figli a ricoprire il ruolo di *caregiver* informale. Nel caso delle coppie, i coniugi tendono a svolgere silenziosamente tale ruolo, ritenendolo parte naturale della propria quotidianità, senza chiedere aiuto.

Prendersi cura di familiari anziani, invece, pone una serie di problemi di ordine organizzativo, finanziario e psicologico che le istituzioni non possono ignorare, anche per effetti sistemici che la dimensione crescente del fenomeno può avere sulle disuguaglianze sociali e sul mercato del lavoro. Abbiamo già accennato al rischio di scivolamento nella povertà collegato al costo delle cure e dei servizi necessari a supportare un anziano divenuto non-autosufficiente. A ciò si aggiunge il forte grado di femminilizzazione che caratterizza il profilo medio del *caregiver*, in una fascia d'età centrale, potenzialmente ancora attiva dal punto di vista

occupazionale (Carrera *et al.*, 2011). Alcuni studi comparati a livello internazionale mostrano che cure a bassa intensità prestate per poche ore al giorno hanno un impatto minimo sulla vita lavorativa e sul piano psicologico, mentre il carico diventa maggiore e via via insopportabile al crescere delle ore da dedicare alla persona non autosufficiente (OECD 2011b). Per questo, nell'ottica che pare prevalere tra i paesi che hanno adottato misure sistemiche relative alla LTC, se il ruolo delle cure familiari è considerato ineludibile, esso deve essere adeguatamente sostenuto, sia in termini di servizi di supporto psicologico e finanziario, sia favorendo la conciliazione con gli orari di lavoro e, per chi decidesse di interrompere temporaneamente la propria attività, intervenendo per facilitare il rientro successivo nel mercato del lavoro.

- *La non-autosufficienza come fonte di nuova occupazione*

Da più parti, non solo in Europa, si moltiplicano gli appelli volti a sollecitare un intervento dei governi per stimolare e regolare la crescita di occupazione nei servizi alla persona¹¹⁰. Tra questi, la domanda di cura alla persone anziane non autosufficienti appare quella il cui impatto sarà più forte nei prossimi anni.

Le statistiche internazionali riportano una crescita degli occupati nel settore LTC in linea con l'aumento della quota di popolazione di età superiore agli 80 anni. I lavoratori dei servizi di cura sembrano numericamente superiori nelle istituzioni specializzate, sebbene la domanda di cura presso l'abitazione dell'anziano non autosufficiente risulti più consistente e in crescita. Tale dato è dovuto in parte al lavoro nero, che rimane significativamente diffuso in questo settore, anche in paesi provvisti di un efficace sistema di LTC, e in parte all'impegno dei *caregivers* familiari. Per questo le attività di cura di questo tipo rappresentano un bacino occupazionale ancora attivabile.

Ma chi sono i lavoratori del settore LTC? Come nel caso dei *caregivers* informali, si tratta prevalentemente di donne, in molti casi straniere; inoltre, se i servizi offerti sono servizi domiciliari prevalgono, laddove presenti, i contratti part-time. Si ripropone quindi la cesura tra chi lavora in strutture specializzate, non solo ospedaliere, a cui è richiesta una specifica formazione e, di riflesso, le condizioni di lavoro garantiscono una retribuzione e orari dignitosi, e chi lavora invece a domicilio, che, soprattutto nel caso dei servizi sociali, vede la prevalenza di basse qualificazioni e tutele. Condizioni di lavoro poco attraenti, con bassi salari e profili di carriera inesistenti hanno conseguenze deleterie non soltanto, come è evidente, sugli stessi lavoratori, ma anche sulle persone bisognose di cure e sul sistema della LTC in generale. Una concezione del lavoro di cura come attività di basso profilo, per lo svolgimento della quale non sono richieste particolari competenze può influire negativamente sul livello di servizio fornito all'anziano non autosufficiente, avere implicazioni negative di tipo medico anche gravi o semplicemente contribuire ad appesantire una routine quotidiana già difficile. A livello aggregato, inoltre, l'elevato turn over e le difficoltà di reclutamento comportano costi significativi per le istituzioni preposte alla cura e per le famiglie che ricercano aiuto.

Nei paesi dell'OCSE i principali modelli di reclutamento nel settore della LTC, in particolare nei servizi a domicilio, sono le *job agencies* e l'autoimpiego. Nel primo caso, molto diffuso per esempio in Giappone, ci troviamo di fronte a lavori poco qualificati, il cui costo però cresce a causa delle commissioni imposte dalle agenzie. Nel secondo caso, il rapporto di lavoro si stabilisce direttamente tra "prestatore di cura" e "ricevente" attraverso canali più o meno informali: in assenza di una regolamentazione e specifici dispositivi di controllo è spesso

¹¹⁰ Per il caso italiano si vedano, per esempio, i lavori di Bettio F. e Simonazzi A.M. (2011) e Ciarini *et al.* (2013). A livello internazionale si vedano i capitoli 5 e 6 di OECD (2011a).

inevitabile lo scivolamento nel lavoro sommerso. Inoltre, seppure in forme e percentuali differenti, il problema riguarda tutti i paesi occidentali e si accompagna alle politiche dell'immigrazione e alla struttura del mercato del lavoro.

Alcuni paesi hanno affrontato più direttamente la questione del lavoro nei servizi, avviando una serie di politiche specifiche a livello nazionale. L'esempio più citato è quello della Francia (Ferrera 2008, Bettio e Simonazzi 2001, Stuppini 2011), che dai primi anni del 2000 ha portato avanti in modo centralizzato una radicale riforma del sistema dei servizi alla persona perseguendo i seguenti obiettivi: creare nuova occupazione in grado di fornire servizi professionali, *localizzata* (cioè con poche probabilità di fuggire dal territorio, come può succedere nel caso si attraggano grandi imprese multinazionali); strutturare il settore dei servizi alla persona spesso fonte di lavoro nero, basse retribuzioni e scarsa qualificazione; rispondere a una domanda crescente di servizi sociali, che si collega a una crescente (e auspicata) partecipazione delle donne nel mercato del lavoro, all'aumento degli anziani soli o non autosufficienti, ma anche alla cura delle persone fragili e più in generale alla richiesta di maggiore qualità nei servizi offerti.

Tabella 3.2
LAVORATORI STRANIERI NEI SERVIZI DI LTC

| | How many foreign-born LTC workers? | Source |
|-----------------------|---|---|
| Australia | 25% of care workers (2007) | Fujisawa and Colombo (2009) |
| | 33% in residential aged care (2007) | Martin and King (2008) |
| | 27% in home-based care (2007) | |
| | 12.5% of nurses are foreign-trained (2005) | OECD (2007b) |
| Austria | 50% of all (formal and family) care providers | Fujisawa and Colombo (2009); Di Santo and Ceruzzi (2010) |
| | 40 000 illegally operating care workers (mid-2006) | European Foundation for the improvement of living conditions (2009) |
| Belgium | 3.3% foreign nurses (2005) | OECD (2007b) |
| Canada | 23% of institutional care workers | Bourgeault <i>et al.</i> (2009) |
| | 7.7% of registered nurses foreign-trained (2005) | OECD (2007b) |
| Denmark | 6.2% of registered nurses foreign-trained (2005) | OECD (2007b) |
| | 11% of all LTC workers have a migration background* | Rostgaard <i>et al.</i> (2010) |
| France | 50/70% of those providing IADL support | Di Santo and Ceruzzi (2010) |
| | 1.6% foreign nurses (2005) | OECD (2007b) |
| Finland | 0.3% of nurses foreign-trained (2005) | OECD (2007b) |
| Germany | Circa 200 000 migrant care workers (2007) | Di Santo and Ceruzzi (2009) |
| | 3.8% of nurse s foreign trained (2005) | OECD (2007) |
| Greece | Circa 250 000 | Di Santo and Ceruzzi (2009) |
| | 70% of care workers in private households | Fujisawa and Colombo (2009) |
| Italy | Appr. 1 million, 72% of all care workers | Lamura <i>et al.</i> (2010) |
| | Circa 700 000 migrant workers in home care | Di Santo and Ceruzzi (2009) |
| Ireland | 14.3% of registered nurses | OECD (2007) |
| Israel | 55 000 migrant LTC workers, about 50% of all LTC workers | OECD (2010b) |
| Netherlands | 8% of LTC workers | Fujisawa and Colombo (2009) |
| | 1.5% of registered nurses foreign-trained (2007) | OECD (2007b) |
| New Zealand | 24.3% of nurses are foreign trained (2004) | OECD (2007b) |
| Sweden | 20% of 19 000 new employees in health and welfare | Swedish Association of Local Authorities and Regions (2006) |
| | 13% of all employees in care of the elderly and disabled (2005) | |
| | 2.7% of registered nurses foreign-trained | OECD (2007) |
| United Kingdom | Nurse auxiliaries: 17% | Cangiano <i>et al.</i> (2009a) |
| | Nurses in home care: 23% | |
| United States | Of direct care workers: 21% (2007) to 23% (2009) | PHI (2007, 2010) |
| | 33% of home personal and home-care aides | Martin <i>et al.</i> (2009) |
| | 3.5% of registered nurses foreign-trained (2004) | OECD (2007b) |

Fonte: OECD 2011a, p.174

Il nuovo sistema, che utilizza la leva delle agevolazioni fiscali, ha favorito l'incontro della domanda e dell'offerta di servizi alla persona sul territorio grazie all'istituzione di un albo e all'avvio di percorsi formativi atti a riconoscere e certificare le competenze acquisite per garantire sia il cittadino utente che il lavoratore. Più precisamente, il piano Borloo introdotto nel 2005 ha istituito l'Agenzia Nazionale dei Servizi alla Persona - un organo interministeriale che gestisce l'intero settore dei servizi alla persona - e ha razionalizzato il sistema dei "buoni servizio" pre-esistente creando lo *Cheque Emploi Services Universel* (CESU), uno strumento unico utilizzabile sull'intera gamma dei servizi, già comprensivo dei contributi da versare, con il quale si può pagare l'operatore prescelto, scegliendolo tra *providers* accreditati e godendo poi di detrazioni.

Anche la Germania, seppure in un quadro tradizionalmente meno interventista, ha introdotto negli ultimi anni sgravi e incentivi fiscali per l'acquisto di servizi a domicilio, mentre nell'ambito delle riforme del mercato del lavoro e dell'emersione del sommerso ha avviato il sistema dei *minijobs*, ossia contratti retribuiti per un massimo di 450 euro mensili, senza oneri fiscali e contributivi, utilizzati soprattutto dalle famiglie per assumere personale a domicilio.

In questo caso è più evidente un problema a cui in parte non sfugge nemmeno la soluzione francese: la persistenza nel settore dei servizi alla persona di un segmento di forza lavoro poco qualificato, mal retribuito e con bassi livelli di protezione sociale. Proprio per questo, il riconoscimento del legame tra bisogno di cura LTC e creazione di occupazione, della debolezza della famiglia come datore di lavoro e del bisogno di regolazione di questa porzione del mercato del lavoro prelude alla messa in campo di una strategia di ampio respiro, che venga incontro alle esigenze delle persone anziane non-autosufficienti così come dei lavoratori del settore.

- *Nuove combinazioni di attori e di risorse per nuovi welfare.*

Il previsto aumento della spesa nel settore LTC unito alle disposizioni restrittive in materia di bilanci pubblici, ha indotto molti paesi a riflettere sul proprio modello di welfare, guardando con interesse a forme organizzative complementari e attori del mondo del *non-profit* e del *for-profit*. La presenza di servizi privati non è in realtà una novità. Le organizzazioni di beneficenza hanno offerto servizi sociali molto prima dello stato, che poteva scegliere di finanziarle perché valutava i beni/servizi che esse producevano e offrivano come beni “meritori”, cioè utili alla coesione sociale (Colozzi 2011). Anche con l’affermazione del welfare, lo stato ha continuato a finanziare specifici progetti che dopo dovute sperimentazioni potevano entrare a far parte dei servizi pubblici¹¹¹. Più tardi il meccanismo delle esternalizzazioni dei servizi, regolate dal sistema degli appalti, ha modificato questa relazione, divenendo la forma prevalente.

In molti paesi europei i servizi di LTC si configurano come un’economia mista in cui è difficile distinguere chiari modelli di riferimento (Rodrigues *et al.*, 2012). Il Terzo settore gioca un ruolo importante in molti paesi, tra cui la Francia, la Germania e l’Italia, con relazioni più o meno strette con le autorità pubbliche. Il mercato privato della cura appare meno sviluppato, anche se più presente in paesi come la Gran Bretagna e la Spagna. Nel primo caso le società private *for-profit* si sono sviluppate dopo l’introduzione dei quasi-mercati nella LTC nei primi anni novanta; in Spagna stanno invece andando a colmare i vuoti lasciati dall’assenza di servizi pubblici in anni più recenti, dopo l’introduzione della riforma del 2006.

Ultimamente, particolare attenzione è stata rivolta anche al sistema delle assicurazioni private stipulate in previsione di un futuro bisogno di LTC (OECD 2011c). Nei paesi OCSE si tratta mediamente di un mercato ancora di piccole dimensioni e i punti di vista appaiono contrastanti, dividendosi tra coloro che ritengono le assicurazioni private una leva da sviluppare per alleggerire il peso del costo dei servizi di LTC sui bilanci pubblici e coloro che invece sottolineano un mercato poco estendibile sia per le caratteristiche del rischio da assicurare (incerto e spostato nel lungo periodo) sia per la scarsa propensione attuale delle persone a stipulare questo tipo di contratti, riconducibile alla preferenza per altre spese (casa, educazione dei figli) e alla bassa coscienza del rischio finanziario associato alla caduta in una condizione di non-autosufficienza.

Nonostante le informazioni comparabili sulla quota di popolazione coperta da questo tipo di assicurazioni siano ancora limitate, la letteratura indica Stati Uniti (5% popolazione sopra i 40 anni) e Francia (15% popolazione sopra i 40 anni) come i paesi in cui tale modalità risulta più diffusa. Il profilo dei contraenti appare abbastanza omogeneo: persone tra i 55 e i 65 anni, sposate con o senza figli, con titoli di studio medio-alti. In Germania, dove vige un sistema pubblico di protezione basato sulle assicurazioni obbligatorie¹¹², è possibile anche stipulare contratti facendo ricorso al mercato privato, che copre circa il 9% della popolazione. Le

¹¹¹ Come per esempio è accaduto per le comunità terapeutiche alla fine degli anni settanta (Colozzi 2011).

¹¹² Come vedremo meglio nel prossimo paragrafo.

assicurazioni volontarie supplementari, esterne al programma sociale pubblico, coinvolgono il 3,5% dei tedeschi con più di 40 anni¹¹³. Riguardo al tipo di coperture due sono i modelli rintracciabili: le assicurazioni basate sull'erogazione di rimborsi (prevalente negli Stati Uniti) e quelle basate sull'erogazione di indennità (prevalente in Francia e in Germania) (OECD 2011c).

Un esperimento interessante sembra anche quello di ideare prodotti finanziari che offrano la possibilità di convertire in denaro contante la proprietà della casa, notoriamente una porzione significativa del patrimonio delle persone anziane. Un sistema di ipoteche reversibili (prestito vitalizio ipotecario) permette di continuare a vivere nell'immobile. Meccanismi di questo tipo esistono in Australia, Danimarca, Irlanda, Spagna e Svezia, e per un tempo limitato sono stati adottati negli Stati Uniti e in Gran Bretagna.

La strada delle assicurazioni private relative al rischio di non-autosufficienza è considerata promettente come strumento integrativo che aiuti individui e famiglie nella gestione di eventuali cure di lungo periodo. Esso non è però ancora sviluppato a sufficienza e perfino nei paesi in cui la copertura pubblica è scarsa, i cittadini continuano a preferire pagamenti *out-of-pocket* o cercano di organizzarsi in famiglia, per minimizzare le spese. Politiche di incentivazione e iniziative pubbliche volte a sensibilizzare la popolazione e a migliorare la qualità dei prodotti assicurativi possono ampliare la platea degli interessati, anche se le ricerche mostrano come l'assicurazione LTC volontaria alle condizioni attuali rimane un mercato di nicchia, riservato a un segmento di popolazione con redditi medio-alti e un patrimonio consistente.

3.3

Tipologie di sistemi di LTC

Se le questioni precedentemente evidenziate tagliano orizzontalmente il dibattito internazionale sulla LTC, molti tentativi sono stati fatti per classificare i sistemi nazionali attualmente vigenti contro il rischio della non-autosufficienza.

Il riferimento teorico principale delle varie proposte di classificazione rimane il lavoro di Titmuss (1974), successivamente ripreso e sviluppato da Esping-Andersen (1990), che individua tre idealtipi di welfare occidentali, tenendo in considerazione il grado di copertura, i destinatari, il tipo di prestazioni, il sistema di finanziamento, il livello e il tipo di spesa. Si identificano così tre modelli. (1) Il modello "istituzionale-retributivo", finanziato attraverso la tassazione generale, riconosce la copertura dei rischi protetti a tutti i cittadini come diritto sociale e si orienta sulla fornitura di servizi; i paesi che più si avvicinano a questo modello, come è noto, sono la Svezia, la Norvegia e la Danimarca. (2) Il modello "remunerativo-occupazionale" basa invece l'erogazione dei trasferimenti/servizi sull'appartenenza a una categoria professionale e quindi sul versamento di contributi sottoforma di assicurazioni obbligatorie, gestite da enti di diritto pubblico denominati solitamente Casse; i paesi più rappresentativi di questo ideal-tipo sono la Germania e l'Austria. Infine, (3) il modello "residuale", tipico degli Stati Uniti, copre fasce limitate della popolazione, che si trovano in particolari condizioni di indigenza e non hanno coperture di alcun tipo; i richiedenti vengono ammessi a specifici programmi in seguito a una prova dei mezzi che ne verifica le caratteristiche.

Concentrandosi sulla questione degli anziani non-autosufficienti, i tre ideal-tipi velocemente richiamati aiutano a comprendere meglio i percorsi di riforma intrapresi da alcuni paesi, ma anche l'inerzia di stati che ancora non sono riusciti a mettere mano in forma organica. Il

¹¹³ Si fa qui riferimento a tre indagini svolte rispettivamente negli Stati Uniti, in Francia e in Germania, citate nel rapporto OCSE del 2001 (OECD, 2011c): America's Health Insurance Plans (2007), FFSA (2009), Arntx *et al.* (2007).

percorso storico di costruzione dei welfare nazionali influenza infatti le scelte politiche successive: le politiche di LTC, in altre parole, si configurano come un ulteriore sviluppo dei regimi di welfare tradizionali, che ne fondano le norme costitutive e l'organizzazione istituzionale. A grandi linee, quindi, è possibile individuare, facendo riferimento alla costruzione dei sistemi di welfare, l'esistenza di tre linee di sviluppo: quella "à la Beveridge", rispetto alla quale la LTC si basa su principi universali e rappresenta un pilastro del sistema esistente di servizi sanitari e sociali; quella "à la Bismark", fondata su un sistema di assicurazioni obbligatorie gestite da organi preposti; un terzo modello di tipo residuale, in cui i sistemi di assistenza ai non autosufficienti sono fondati sulla prova dei mezzi (means-tested). I primi due modelli differiscono per tipo di finanziamento, ma non per entità della copertura, pressoché universale in entrambi i casi. Il terzo modello è invece ispirato a un principio costitutivo diverso, in cui lo stato prevede un'assistenza ai bisognosi, ma non prevede un diritto universale alla copertura delle spese di assistenza continuativa.

Alcuni autori suggeriscono di utilizzare il concetto di "regime di cura" introdotto in risposta a quello più noto di "regime di welfare" (Esping-Andersen 1999), per sottolineare l'importanza di considerare, nel discorso sulla LTC, non solo i rapporti tra stato e mercato, ma anche il ruolo delle relazioni familiari e della variabile di genere. Per altri parlare di "regime di cura" aiuta a spostare l'attenzione sui diversi attori coinvolti nel sistema assistenziale, evidenziando il *trade-off* tra ruolo dello stato e ruolo della famiglia (Pavolini e Ranci 2011).

Un'altra proposta di classificazione dei sistemi di assistenza della popolazione anziana suddivide l'Europa in 15 in cinque categorie (Labate 2011): (1) sistemi universalistici: la copertura del costo delle prestazioni mediante la fiscalità generale è pressoché totale (Danimarca e paesi del Nord Europa); (2) sistemi obbligatori: assicurazione obbligatoria LTC per tutta la popolazione con prestazioni fornite sia dall'assicurazione contro le malattie sia da un apposito fondo assicurativo (Paesi Bassi); (3) sistemi con la presenza di un'assicurazione sociale obbligatoria sottoscritta dai lavoratori realizzata mediante la contribuzione a casse mutue oppure la sottoscrizione di una polizza privata (Germania, Austria, Lussemburgo); (4) sistemi di copertura nei casi di bisogno dove l'erogazione delle prestazioni è suddivisa fra il sistema sanitario nazionale e gli enti locali (Irlanda e Regno Unito); (5) sistemi misti: alle tradizionali assicurazioni sociali (casse malattia, vecchiaia) si affianca un sistema di assistenza sociale a carico della fiscalità (Belgio, Spagna, Francia).

L'OCSE (OECD 2011a)¹¹⁴ propone una tripartizione dei paesi in gruppi che riflettono i criteri di accesso utilizzati e la strutturazione delle prestazioni in uno o più programmi:

- a) un terzo dei Paesi ha una copertura universale con un unico programma di LTC, o come parte di un sistema finanziato dalla fiscalità, come avviene nei paesi nordici (con una spesa LTC compresa tra il 2 e il 3,6% del PIL), oppure attraverso apposite assicurazioni sociali, come avviene in Germania, in Giappone, in Corea, nei Paesi Bassi e in Lussemburgo (con una spesa LTC variabile dallo 0,3% del PIL in Corea al 3,5% dei Paesi Bassi), o -ancora- prevedendo la copertura LTC perlopiù all'interno del sistema sanitario (Belgio);
- b) pur non avendo uno specifico "sistema LTC", un gran numero di paesi ha prestazioni di natura universalistica per la cura della persona, in denaro (Austria, Francia, Italia) oppure in servizi (Australia, Nuova Zelanda). In questo secondo gruppo di paesi il finanziamento dell'assistenza continuativa è frammentato in diversi sistemi e tra vari meccanismi;
- c) infine, due paesi (il Regno Unito, esclusa la Scozia, e gli Stati Uniti) hanno sistemi di assistenza ai non autosufficienti fondati sulla prova dei mezzi.

¹¹⁴ Si veda anche Colombo *et al.* (2011).

Tabella 3.3
I SISTEMI DI LONG TERM CARE A CONFRONTO

| | Tipo di finanziamento | Sistema di finanziamento | Eleggibilità | Ente gestore | Livelli Istituzionali | Tipo di Prestazioni | Principi Generali | Criteri di valutazione | Spesa pubblica ltc (2010)* | Riforme nazionali | Strumento principale |
|---------------|--|---|---|--|--|---|--|---|----------------------------|--------------------|---|
| Germania | assicurazione sociale o assicurazione privata obbligatoria | aliquota 1,95% (+0,25 persone sole) equamente ripartita tra datore di lavoro e lavoratore + pensionati - sistema a ripartizione | persone non-auto di qualsiasi età con livelli di necessità 1-2-3 (perizia medica) | casce di assistenza/ compagnie di assicurazione | i Länder gestiscono le Casse di assistenza; lo Stato federale stabilisce i criteri generali e controlla | in kind; in cash; combinazioni; prestazioni ulteriori (costi adattamento; costi per modificare abitazione; corsi assistenza per familiari o volontari, stand in care) | assistenza domiciliare preferita a quella residenziale; riabilitazione preferita all'assistenza | 4 categorie di stato del bisogno articolate in 3 livelli di dipendenza → 3 profili di non-auto | 35 miliardi €; 1,4% PIL | 1994 - 2002 - 2008 | Pflegeversicherung |
| Francia | assicurazione sociale obbligatoria; fiscalità generale (contributo di solidarietà); assicurazione privata (1° mercato in Eu) | contributo di solidarietà 0,3% del salario - sistema a ripartizione; giornata solidarietà | ultra60enni con livelli di assistenza 1-2-3-4-5 e situazione economica del beneficiario | i Dipartimenti attraverso la Caisse nationale de solidarité pour l'Autonomie. NB ruolo assicurazioni private | Dipartimenti gestori; lo Stato ha funzioni di definizione degli standard di prestazione e delle linee guida per la misurazione dello stato di non autosufficienza; | in cash (GIR 1-4); servizi di cura (residenziali, semiresidenziali, domiciliari) NB politica di occupazione nei servizi alla persona (CESU) | combinazione tra classificazione dei livelli di assistenza e reddito del beneficiario (compartecipazione del cittadino fino all'85%) | scala AGGIR, articolata in 3 livelli di autonomia e 6 gruppi di isorisorse per stabilire il piano individuale di servizio → 6 profili di non-auto, 4 con diritto all'assistenza domiciliare | 42,8 miliardi €; 2,2% PIL | 1997 - 2001 - 2007 | Allocation personnalisée d'autonomie (APA) |
| Spagna | tassazione generale (livello nazionale, regionale e locale) | fiscalità generale e compartecipazione beneficiario | persone in stato di dipendenza di qualsiasi età, con compartecipazioni del beneficiario determinate in base alla sua situazione economica | Autorità locali / mercato privato. | Lo Stato centrale ha funzione di coordinamento, orientamento e monitoraggio dei territori; comunità autonome ed enti locali gestiscono | in kind (pacchetto di prestazioni che prevede telecare, AD, centri diurni, case protette); in cash in casi particolari (prestazione economica per cure familiari) | preferenza al pacchetto di prestazioni coordinate; se l'autorità non riesce a fornirle prestazione monetaria compensativa (tetto max 1.014€) | 3 gradi di non autosufficienza, fissati dallo stato centrale, a loro volta suddivisi in due sottolivelli → 3 profili di non-auto | 8,5 miliardi €; 0,8% PIL | 2006 | Sistema para la Autonomia y Atención a la Dependencia (SAAD) |
| Gran Bretagna | tassazione (governo centrale e locale): contribuzione crescente in base al reddito | fiscalità generale e compartecipazione beneficiario (tabù aumento tasse) | means test | Autorità locali / gestori privati | autorità locali (Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord); Care Quality Commission (analisi, monitoraggio e controllo); National Health System NB alta frammentazione | assistenza residenziale; assistenza domiciliare; carer's allowance (per chi presta almeno 35 ore alla settimana di assistenza a una persona con sussidio per non autosufficienza) | ripartizione dei costi tra Stato e singolo individuo; welfare residuale; "mercattizzazione" dei servizi alla persona | Primare Care Trust (PCT) valutazione effettuata dal governo locale | 33,9 miliardi €; 2% PIL | 2011 | Ancora nessuna riforma; Commission on the Funding of Care and Support |

Fonte: nostre elaborazioni su dati della Commissione europea, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/2012-ageing-report_en.htm

Nonostante le differenze strutturali, l'analisi comparata mostra un'evoluzione in direzione di tendenze comuni, che vanno verso il riconoscimento di un diritto universale alla copertura delle spese di assistenza continuativa, reso possibile mediante l'istituzione di sistemi basati sul finanziamento collettivo per la copertura dei costi di assistenza personale e infermieristica; la libertà di scelta dei consumatori e la flessibilità dei servizi/trasferimenti previsti rappresentano un altro punto cardine dei cambiamenti introdotti in varie forme dai paesi OCSE. Infine, il mantenimento dei costi entro limiti finanziari sostenibili rappresenta nel prossimo futuro un obiettivo ineludibile.

Come accennato, essendo assai numerose le classificazioni e i modelli di sistemi LTC presenti in letteratura, nella tabella proposta -senza alcuna pretesa di esaustività- sono riportate alcune caratteristiche costitutive dei sistemi di Germania, Francia, Spagna e Gran Bretagna, con particolare attenzione al tipo di finanziamento, alla copertura offerta e al tipo di prestazioni erogate, al fine di offrire un quadro comparato utile per riflettere sul caso italiano. L'introduzione di nuovi sistemi dedicati alla questione della LTC, fatta eccezione per i paesi scandinavi che prevedevano la copertura di tale rischio già negli anni settanta, si avvia nel corso degli anni novanta. La Germania affianca un nuovo programma (*Pflegeversicherung*) a quelli già esistenti, riservato alla cura delle persone non-autosufficienti di tutte le età e gestito dalle casse di assistenza. Il metodo di finanziamento rimane quello proprio del welfare tedesco, ossia fondato sull'assicurazione obbligatoria e prevede sia prestazioni *in kind* che *in cash*, che una combinazione di entrambe. Nel caso di contributi mensili il tetto massimo è di 1.550€, ma in casi particolarmente gravi esso può raggiungere i 1.198€. La Francia presenta invece un modello misto, che prevede un'assicurazione sociale obbligatoria ma anche un contributo di solidarietà e riserva il nuovo strumento introdotto, l'*Allocation personnalisée d'autonomie* (APA) -un trasferimento monetario vincolato con un tetto massimo di 1.235€ - agli ultrasessantenni non-autosufficienti, tenendo però conto della situazione economica del beneficiario. Come abbiamo visto in precedenza, a tale istituzione si accompagna una riforma di più ampio respiro volta a razionalizzare e ampliare il settore dei servizi alla persona, intervenendo anche sulla questione occupazionale. La Spagna è l'ultimo paese, tra quelli considerati, a varare una riforma strutturale (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia - SAAD), finanziata tramite fiscalità generale, rivolta alle persone in stato di dipendenza di qualsiasi età, con compartecipazioni del beneficiario determinate in base alla sua situazione economica. La prestazione dovrebbe prevedere un pacchetto di servizi sanitari e sociali offerti a livello locale, ma laddove il pubblico non riesce a fornirlo, si opta per un trasferimento monetario compensativo (con un tetto max 1.014€). La Gran Bretagna è stata protagonista di importanti cambiamenti avvenuti nell'organizzazione delle politiche sociosanitarie, guidati dall'approccio di *New public management*, volto a migliorare l'efficienza del sistema introducendo i cosiddetti "quasi-mercati", con l'obiettivo principale di non incrementare i budget pubblici, salvaguardando la libertà di scelta dell'utente. Nei fatti, però, non è stata varata alcuna riforma strutturale dedicata ai servizi LTC, che risultano fortemente frammentati, sia a livello di fornitura sia a livello di finanziamento.

Indipendentemente dagli specifici percorsi intrapresi dai paesi considerati, è interessante notare come la pressione della questione della LTC abbia spinto gran parte di quelli con sistemi residuali a prendere in considerazione l'ampliamento della copertura fornita. D'altra parte, quei paesi con una tradizione di stampo universalistico procedono in direzione di un "universalismo selettivo", che tenga conto della possibilità finanziarie della persona non-autosufficienti, rivaluti il ruolo delle cure informali e limiti i costi attribuibili allo stato ai servizi sanitari e sociali, escludendo per esempio i costi alberghieri.

3.4

Considerazioni conclusive

L'analisi della principale letteratura internazionale in tema di Long-Term Care e la descrizione delle varie classificazioni dei diversi sistemi di cura basate su criteri quali il finanziamento, l'estensione della copertura, il tipo di prestazione offerta, permettono di evidenziare alcuni nodi comuni.

- È indubbio l'andamento crescente della domanda di servizi di assistenza. Tale aspetto ha varie implicazioni. In primo luogo quella finanziaria, anche in considerazione della tendenza a contenere la spesa pubblica. In secondo luogo, quella relativa al tipo di servizi richiesti: sembra infatti prevalere una preferenza verso quelli domiciliari, accompagnata da un processo di individualizzazione delle esigenze del singolo beneficiario e dalla crescita delle aspettative dei beneficiari e delle loro famiglie.
- Ciò comporta la necessità di riflettere sull'organizzazione dei servizi, avvicinandoli al destinatario, decentralizzando sul territorio e ponendo la questione del coordinamento tra i livelli di governo. Il governo centrale rimane il responsabile ultimo nella determinazione dei livelli di prestazione e delle forme di finanziamento, mentre quello locale deve erogare effettivamente i servizi. Si rende quindi necessaria una capacità di monitoraggio delle tendenze socio-demografiche, di misurazione dei costi delle prestazioni, di indicazione di standard qualitativi e un sistema efficace ed efficiente di valutazione, anche dal punto di vista della soddisfazione degli utenti.
- L'organizzazione del sistema di cura prevede una compenetrazione tra servizi sanitari e servizi sociali, facendo entrare in gioco attori molteplici, sia per istituzione di appartenenza, che per forma giuridica, che per competenze possedute.
- Il sistema di LTC nel suo insieme non può prescindere dalla competizione tra offerta pubblica e offerta privata (si aprono a questo proposito opportunità concrete per l'occupazione nei servizi alla persona) e dalla presa in considerazione del ruolo della famiglia e delle cure informali. Anche la riflessione su nuove forme di finanziamento e di erogazione dei servizi rimane aperta.

L'OCSE stima nel 2010 la spesa media per LTC intorno all'1,6% del PIL, prevedendo un aumento della pressione di tali costi di circa il doppio entro il 2050, così come sono in crescita le figure infermieristiche e parainfermieristiche e gli operatori sociali impegnati nel settore (OECD 2013). Affrontare in modo sistemico tali sfide appare non procrastinabile per i governi e la direzione auspicabile suggerita anche dagli organismi internazionali è quella dell'istituzione di un sistema di LTC a livello nazionale che preveda un'assistenza regolata dal principio dell'universalismo selettivo, per ragioni di equità e di efficienza (OECD 2011a).

Riferimenti bibliografici

- America's Health Insurance Plans (2007), *Who Buys Long-term Care Insurance? A 15-Year Study of Buyers and Non-Buyers, 199-2005*, document prepared by LifePlans, april
- Arntz M. et al. (2007), *The German Social Long-term Care Insurance: Structure and Reform Options*, IZA Discussion Paper, n. 2625, Bonn
- Bettio F. e Simonazzi A.M. (2011), *Curiamo la disoccupazione con i lavori di cura*, <http://www.ingenero.it/articoli/curiamo-la-disoccupazione-con-i-lavori-di-cura>

- Carrera F., Pavolini E., Ranci C. e Sabbatini A. (2011), “Domanda, misure e assetti del long-term care nei paesi europei: un quadro comparativo”, *Rivista delle Politiche sociali*, n. 4, pp. 331-371
- Ciarini A., Fantozzi R., Lucciarini S., Pavolini E., Picchi S., Raitano M., Simonazzi A.M. (2013), *Il welfare è un costo? Il contributo delle politiche sociali alla creazione di nuova occupazione in Europa e in Italia*, www.cresceilwelfare.it
- Colombo F., Llena-Nozal A., Mercier J., Tjadens F. (2011), “Come cambia la realtà internazionale: l’analisi dell’OCSE”, in N.N.A. (Network Non Autosufficienza) (a cura di), *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 3° Rapporto*, pp. 61-83
- Colozzi I. (2011), “Delle virtù e dei premi, ovvero come riconoscere le organizzazioni di terzo settore di qualità, come premiarle e disseminare processi emulativi delle buone pratiche”, in Zamagni S. (a cura di), *Libro bianco sul terzo settore*, Il Mulino, Bologna
- Driest P. (2006), “Long-term care in Europe”, in Hasink J. e Dijk M. (a cura di), *Farming for Health*, Springer, New York, pp. 101-106
- Esping-Andersen G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, New York
- Esping-Andersen G. (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford
- European Union (2008), *Long-term care in the European Union*, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&>
- Ferrera M. (2008), *Il fattore D*, Modadori, Milano
- FFSA - Fédération Française des Sociétés d’Assurance (2009), *Les principales caractéristiques des contrats dépendance en 2008 - Contrats individuels*, Étude et Statistiques, dicembre, Paris
- Fries J.F. (1980), “Ageing, Natural Death, and the Compression of Morbidity”, *New England Journal of Medicine*, vol. 303, pp. 130-135
- Gruenberg E.M. (1977), *The Failures of Success*, Milbank Memorial Fund Quarterly: Health & Society, vol. 55, pp. 3-24
- Labate G. (2011), *La non autosufficienza nelle politiche europee*, http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?approfondimento_id=1004
- Leichsenring K. e Alaszewski A.M. (a cura di) (2004), *Providing integrated health and social care for older persons: a European overview of issues at stake*, Ashgate Publishing, Aldershot
- Manton K.G. (1982), *Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population*, Milbank Memorial Fund Quarterly: Health & Society, vol. 60, pp. 183-244
- OECD (2007), *Conceptual Framework And Methods For Analysis Of Data Sources For Long-term Care Expenditure*, <http://www.oecd.org/health/health-systems/long-termcare.htm>
- OECD (2011a), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing
- OECD (2011b), *The Impact of Caring on Family Carers*, in F. Colombo et al., *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing, pp. 85-120
- OECD (2011c), “Private Long-term Care Insurance: A Niche or a “Big Tent”?” in Colombo F. et al., *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing, pp. 247-261
- OECD (2013), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, <http://www.oecd.org/health/health-systems/long-termcare.htm>
- Paci M. e Pugliese E. (a cura di) (2011), *Welfare e promozione delle capacità*, Il Mulino, Bologna

- Pavolini E. e Ranci C. (2011), “Le riforme del long-term care in Europa. Ipotesi e strumenti per l’analisi comparata”, *Rivista delle Politiche sociali*, n. 4, pp. 19-46
- Rodrigues R., Huber M., Lamura G. (a cura di) (2012), *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care*, Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research
- Saraceno C. (2011), *Il Welfare. Modelli e dilemmi della cittadinanza sociale*, Il Mulino, Bologna
- Stuppini A. 2011, *La badante alla francese*, www.lavoce.info
- Titmuss R. 1974, *Social Policy*, Allen & Unwin, London