

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

L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA

5° Rapporto

Un futuro da ricostruire

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


**MAGGIOLI
EDITORE**

**© Copyright 2015 by Maggioli S.p.A.
Maggioli Editore è un marchio di Maggioli S.p.A.
Azienda con sistema qualità certificato ISO 9001:2008**

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

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

Finito di stampare nel mese di novembre 2015
nello stabilimento Maggioli S.p.A.
Santarcangelo di Romagna

Indice

<i>Prefazione</i>	Pag.	5
<i>Gianni Genga, Fabrizia Lattanzio</i>		
<i>Introduzione</i>	»	9
<i>Anna Banchemo, Enrico Brizioli, Cristiano Gori, Antonio Guaita, Franco Pesaresi, Marco Trabucchi</i>		
PARTE PRIMA		
La fotografia dell'Italia		
1. La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati	»	15
<i>Francesco Barbabella, Carlos Chiatti, Mirko Di Rosa</i>		
2. L'altra bussola: le strategie di sostegno familiare e privato	»	35
<i>Mirko Di Rosa, Francesco Barbabella, Arianna Poli, Francesco Balducci</i>		
PARTE SECONDA		
L'eredità della crisi		
3. La rete dei servizi sotto pressione	»	57
<i>Cristiano Gori, Giselda Rusmini</i>		
4. Non autosufficienza e impoverimento	»	87
<i>Matteo Luppi</i>		
PARTE TERZA		
Il monitoraggio degli interventi		
5. Lo Stato: le politiche nazionali	»	107
<i>Cristiano Gori, Antonio Guaita, Franco Pesaresi, Marco Trabucchi</i>		
6. Le Regioni: le tendenze in atto	»	123
<i>Ludovico Carrino</i>		

7. Politiche regionali: tendenze in atto al Centro-nord.....	Pag. 147
<i>Cristiano Gori, Giselda Rusmini</i>	
8. I Comuni: interventi e nuove forme istituzionali	» 185
<i>Anna Banchemo</i>	
9. Focus: i centri diurni	» 197
<i>Franco Pesaresi</i>	
<i>Gli Autori</i>	» 223

Prefazione

Gianni Genga, *Direttore generale – INRCA, Ancona*

Fabrizia Lattanzio, *Direttore scientifico - INRCA, Ancona*

L'assistenza sanitaria e socio-assistenziale agli anziani non autosufficienti rappresenta una delle grandi sfide che la società italiana si trova ad affrontare. In un Paese come il nostro, in cui ben 2,5 milioni di anziani hanno limitazioni funzionali di qualche tipo (mobilità, autonomia, comunicazione, ecc.) e sono parzialmente o totalmente non autosufficienti, la questione di come lo Stato possa garantire un'appropriata assistenza continuativa (*Long-term Care*, LTC) deve rappresentare una priorità dell'agenda politica.

Implicitamente, il sistema di LTC si è retto finora per buona parte sul contributo delle famiglie dei non autosufficienti, sia come assistenza diretta in termini di cure personali prestate all'anziano che come esposizione finanziaria verso l'acquisto di beni e servizi sanitari e socio-sanitari (inclusi l'assunzione di assistenti familiari e il pagamento delle rette di strutture residenziali). Tuttavia, la disponibilità di caregiver familiari non riuscirà a sopperire alle carenze strutturali dei servizi formali di assistenza, sia per l'aumento previsto – in termini assoluti e percentuali – del segmento di popolazione ultrasessantacinquenne bisognosa di cura, sia per la progressiva diminuzione del numero di caregiver familiari, anche in seguito ai mutamenti sociali nella struttura delle famiglie e della società.

L'Italia appare ancora in ritardo nel riformare il proprio sistema di servizi pubblici rivolti agli anziani non autosufficienti. Altri Paesi, europei e non, sono stati più lungimiranti e già da alcuni anni hanno compiuto vere riforme per definire una visione del problema e garantirgli una sostenibilità: si pensi alle riforme della LTC in Germania (nel 1995, con l'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza, e gli ultimi provvedimenti sulle prestazioni monetarie nel 2013 e 2015), Francia (nel 2002, con il sussidio personalizzato per l'autonomia) e Spagna (nel 2006, sulla promozione dell'autonomia personale), o comunque alle riforme del settore sanitario, incluse parti importanti di LTC, come nel Regno Unito (il Care Act del 2014).

Tra i grandi Paesi europei, il nostro è quindi l'unico a non aver riorganizzato in maniera organica e con una "vision" unica e condivisa il suo sistema di continuità assistenziale negli ultimi trent'anni (al 1988 risale l'estensione dell'indennità di accompagnamento agli ultrasessantacinquenni) ⁽¹⁾. Negli ultimi anni abbiamo assistito piuttosto a tentativi più o meno ponderati di riformare alcune singole componenti del sistema alla luce delle difficoltà macroeconomiche emerse con la crisi finanziaria del 2008. Dal lato delle *policy* in materia di sanità, il processo di riorganizzazione delle reti ospedaliere avviato dal c.d. decreto Balduzzi ⁽²⁾ è stato uno dei principali esiti, il quale tuttavia investe solo parzialmente il settore della continuità assistenziale e di cui è ancora prematuro giudicare gli effetti. Oltre a questo, non si riscontrano altri interventi significativi nella sanità al di fuori dei tagli alla spesa contenuti nelle ultime leggi di stabilità.

Riguardo alle politiche sociali, è sicuramente positivo che il Fondo nazionale per le non autosufficienze sia tornato ad avere una dotazione di 400 milioni di euro nel 2015 ⁽³⁾, dopo aver subito tagli pesantissimi nel biennio 2011-2012, durante i quali è stato quasi azzerato. Si tratta, infatti, della principale risorsa per enti locali a cui attingere per finanziare interventi sociali e socio-sanitari nella comunità, compresi servizi di assistenza domiciliare (SAD), assegni di cura, servizi di prossimità e teleassistenza, solo per citarne alcuni.

A livello finanziario, la definitiva revisione dei parametri dell'ISEE nel novembre 2014 ⁽⁴⁾ ha portato diverse novità, tra cui nuovi livelli di detrazioni

⁽¹⁾ Decreto legislativo del 23 novembre 1988, n. 509, "Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, della legge 26 luglio 1988, n. 291".

⁽²⁾ Legge 7 agosto 2012, n. 135, "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario", testo coordinato del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95.

⁽³⁾ Decreto 14 maggio 2015 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, "Ripartizione delle risorse finanziarie affluenti al Fondo per le non autosufficienze, per l'anno 2015".

⁽⁴⁾ La revisione è il risultato del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2013, n. 159 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)) e del decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 7 novembre 2014 (Approvazione del modello tipo della Dichiarazione sostitutiva unica a fini ISEE, dell'at-

fiscali per le persone non autosufficienti e l'equiparazione di alcune prestazioni assistenziali (quali ad esempio la pensione di invalidità civile e l'indennità di accompagnamento) a veri e propri redditi che contribuiscono ad alzare l'indicatore. La conseguenza indiretta di tale provvedimento è quella di obbligare gli utenti a pagare quote più elevate di compartecipazione alle spese per sanità e servizi sociali locali.

A dispetto di una certa inerzia e frammentazione nelle policy nazionali, esistono numerosi esempi di realtà regionali in movimento. Ad esempio, la Regione Marche è di recente intervenuta attivamente sul sistema dei servizi di sostegno ai non autosufficienti. Nel 2013, con la d.G.R. n. 735, è intervenuta per ridisegnare il complesso della rete dei posti letto, sia acuti che della post acuzie, rimodellando nel contempo i presidi territoriali ed il sistema delle cure intermedie e territoriali, assegnando all'IRCCS-INRCA un ruolo strategico nel riordino che ne conseguirà. Con la successiva d.G.R. n. 791/2014 sono state poi approvate linee guida sull'organizzazione del settore, volte al superamento della autoreferenzialità delle singole realtà locali, anche attraverso la previsione di strumenti di valutazione unici sul territorio regionale. Inoltre, nello stesso anno, la d.G.R. n. 1331 ha definito nuovi standard assistenziali per il personale delle strutture residenziali per non autosufficienti, aspetto cruciale questo per la qualità dell'assistenza erogata, rivedendo conseguentemente tariffe e quote di compartecipazione a carico degli utenti.

Più radicale appare la recente approvazione in Lombardia di una nuova riforma sanitaria dell'agosto 2015⁽⁵⁾, la quale va a modificare profondamente il sistema delle cure territoriali. Tra le novità, le aziende sanitarie locali (ASL) si trasformeranno in agenzie di tutela della salute (ATS) con esclusivi compiti programmatici e di controllo, mentre i servizi nella comunità saranno affidati agli ospedali, riconvertiti in aziende socio-sanitarie territoriali (ASST), ampliando il loro ruolo al fine di connettere servizi ospedalieri, ambulatoriali e domiciliari in un'unica rete, in collaborazione con i medici di medicina generale. Questo modello potrebbe – almeno in linea di principio – favorire sia la deospedalizzazione tanto auspicata da professionisti e decisori pubblici, sia la continuità assistenziale dei pazienti attraverso i vari servizi.

testazione, nonché delle relative istruzioni per la compilazione ai sensi dell'articolo 10, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159).

(5) Si veda, ad esempio, la notizia dell'ANSA: http://www.ansa.it/lombardia/notizie/2015/08/05/lombardia-riforma-sanita-e-legge_c52e1173-5fec-41a2-a92f-c9460357897c.html.

È chiaro che, in un Paese dove il settore della LTC è scarsamente formalizzato e definito, non solo la sua gestione e implementazione, ma persino il suo studio risultano complessi. La mancanza di fonti informative ufficiali sul tema della non autosufficienza costringe da anni ricercatori e professionisti all'impresa di documentare autonomamente lo stato aggiornato e le tendenze del sistema italiano. Con questa quinta edizione del Rapporto su *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, curato dal Network non autosufficienza (NNA), si è voluto tentare di colmare, ancora una volta, quel gap di dati quantitativi e qualitativi sulla LTC e metterli a disposizione di operatori, studiosi e decisori pubblici. La speranza è che possa favorire una riflessione profonda del settore della non autosufficienza da parte di tutti gli attori in gioco e che si arrivi a prendere decisioni di *policy* basate sull'evidenza dei dati.

Il Rapporto è promosso anche quest'anno dall'INRCA di Ancona, unico Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) in Italia dedicato ad attività di ricerca gerontologica e geriatrica in un'ottica interdisciplinare che abbraccia aspetti clinici, biomedici, socio-economici e di *policy*. La realizzazione dei singoli capitoli del Rapporto è stata condotta da ricercatori dell'IRCCS-INRCA, professionisti del NNA e altri esperti nel settore, con le stesse motivazioni nel presentare un quadro aggiornato della situazione dell'offerta pubblica di servizi alla non autosufficienza sia in chiave nazionale che a livello regionale. Crediamo fermamente che la divulgazione di questo lavoro e dei dati elaborati sia un elemento fondamentale per costruire un insieme organico di politiche per la LTC nel prossimo futuro.

Introduzione

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

Il “Quinto Rapporto sull’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia” intende – coerentemente con le finalità del nostro Network ⁽¹⁾ – proporre una visione di sistema dei principali cambiamenti in atto e dei nodi più rilevanti, nella fase attuale, nelle politiche pubbliche di Long-term Care. Lo sfondo dal quale aveva preso le mosse il precedente Rapporto era segnato dalla distanza sempre maggiore tra i bisogni in aumento e le risorse pubbliche disponibili. Oggi lo scenario se da un lato si rivela sempre più critico sul lato del finanziamento – si continua ad attendere una necessaria, e robusta, inversione di tendenza – dall’altro non esclude l’affacciarsi di visioni positive e di approcci costruttivi. Le prossime pagine mostrano che la sfida consiste nell’individuare le traiettorie da seguire domani nella consapevolezza che numerose ipotesi avanzate in passato dovranno essere ripensate ma che ciò non significa affatto essere rinunciatari, bensì disegnare il futuro alla luce del nuovo presente. *Un futuro da ricostruire*, dunque, ci è parso il titolo più opportuno per questo lavoro.

Il Rapporto del Network non autosufficienza (NNA) esce a due anni di distanza dal precedente, secondo la cadenza biennale divenuta ormai consuetudinaria. A questa consolidata attività di monitoraggio dell’assistenza pubblica si è affiancata una nuova linea editoriale, gli Approfondimenti, con la funzione di scandagliare in profondità specifici temi, servizi o problemi che paiono di particolare rilievo. Lo scorso anno è uscito il primo volume di questa serie, curato da due di noi, sul cittadino non autosufficiente e l’ospedale ⁽²⁾, e altri ne seguiranno.

Il volume è suddiviso in tre parti. La prima offre una “fotografia” dell’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia mettendo a sistema i dati più aggiornati di varie fonti. Il primo capitolo è la tradizionale “Bussola”, che propone una visione d’insieme dei dati chiave sugli interventi pubblici per gli anziani non

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

⁽²⁾ BRIZIOLI E., TRABUCCHI M. (a cura di), 2014, *Il cittadino non autosufficiente e l’ospedale*, Collana “Gli approfondimenti di NNA”, Rimini, Maggioli.

autosufficienti offerti dai sistemi informativi esistenti. Segue “L'altra Bussola”, complementare alla prima, che fa il punto sull'assistenza informale assicurata dalla famiglia e su quella acquistata nel mercato privato.

La seconda parte del volume si focalizza sugli effetti della ristrettezza di risorse economiche in relazione ai bisogni di assistenza delle persone non autosufficienti, tanto dal punto di vista dei servizi quanto da quello delle famiglie. Il terzo capitolo riprende gli effetti della crisi discussi nel Quarto Rapporto e, utilizzando dati di fonte quantitativa e soprattutto qualitativa, ne verifica l'attualità mettendo in luce nuovi effetti emergenti, anche di segno positivo. Il quarto capitolo offre un approfondimento su un aspetto che, alla luce del mutamento di quadro dell'ultimo decennio, sta assumendo particolare rilevanza: il legame tra insorgere della non autosufficienza e impoverimento della popolazione anziana e delle famiglie coinvolte. Un fenomeno oggi cruciale, che merita di essere evidenziato.

La terza parte si concentra sulle politiche, sui servizi e sugli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti di responsabilità dei vari livelli istituzionali. Il quinto capitolo, che assume come orizzonte le iniziative statali, offre una riflessione su tre principali strumenti: il Fondo per le non autosufficienze, il Piano nazionale demenze e i nuovi Lea (ancora attesi). Il sesto capitolo si focalizza sui principali interventi forniti con una prospettiva inter-regionale (differenze esistenti tra le regioni italiane) e intra-regionale (variabilità tra le province o i distretti ASL), attraverso uno sguardo sull'evoluzione avvenuta a partire dai primi anni Duemila. Il contributo successivo propone un approfondimento sulle tendenze in atto nelle politiche per gli anziani non autosufficienti in cinque regioni del Centro-nord, assumendo come orizzonte temporale l'ultimo decennio e cercando di discutere similitudini e differenze nelle linee d'azione. Ai comuni, i loro interventi e il mutare delle loro funzioni è dedicato l'ottavo capitolo. Il Rapporto si chiude dedicando un intero capitolo ad una tipologia di intervento meno sviluppata rispetto alle altre e poco trattata dalla ricerca: i Centri diurni per anziani non autosufficienti. L'analisi sulla loro diffusione, organizzazione e costo costituisce la prima ricognizione nazionale su questo servizio.

Il volume, come le passate edizioni, è disponibile nella versione cartacea ed è anche scaricabile gratuitamente da internet (www.maggioli.it/rna), allo stesso modo del testo sugli ospedali, al fine di promuoverne la diffusione.

Come da abitudine, anche in questa occasione il Network non autosufficienza si è proposto quale moltiplicatore di relazioni e di idee, aperto a molteplici collaborazioni stimolanti. Dopo aver progettato il Rapporto abbiamo coinvolto nella sua preparazione vari esperti, che vogliamo ringraziare: Francesco Balducci, Francesco Barbabella, Ludovico Carrino, Carlos Chiatti, Mirko Di Rosa, Mat-

teo Luppi, Arianna Poli e Giselda Rusmini. A quest'ultima desideriamo rivolgere un ulteriore ringraziamento, perché oltre ad aver scritto varie parti del libro ne ha curato il coordinamento organizzativo. In ogni attività svolta, Giselda ha mostrato un rigore operativo e una profondità analitica fuori dal comune.

Infine, vogliamo ringraziare sentitamente l'Istituto Nazionale di Riposo e Cura degli Anziani (INRCA) – il Direttore generale Gianni Genga, il Direttore scientifico Fabrizia Lattanzio e i loro collaboratori – che anche quest'anno ha promosso il Rapporto. Il contributo dell'INRCA si è articolato su diversi livelli: finanziario, così da rendere possibile il volume, progettuale, partecipando alla definizione dei suoi contenuti, e scientifico, nella elaborazione diretta di alcuni capitoli.

PARTE PRIMA
La fotografia dell'Italia

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

Francesco Barbabella, Carlos Chiatti, Mirko Di Rosa

1. Introduzione

L'invecchiamento della popolazione italiana è uno dei più grandi fenomeni socio-demografici dei nostri tempi, con importanti implicazioni in ambito sociale, culturale ed economico. Ad oggi, oltre il 21% della popolazione italiana ha 65 anni o più, ben 13,2 milioni di anziani in termini assoluti, di cui la metà (6,6 milioni) con più di 75 anni (ISTAT 2015a). Come è stato già evidenziato (Barbabella *et al.*, 2013), il progressivo invecchiamento della società non può dirsi in alcun modo concluso e si stima che la componente di ultrasettantacinquenni raggiungerà il suo picco (intorno al 20-26% sulla popolazione totale nelle singole regioni italiane) non prima della decade 2050-2060.

Una conseguenza diretta di questo scenario è certamente l'aumento (almeno in termini assoluti) di quel segmento di anziani con bisogni sanitari e socio-assistenziali che necessitano assistenza di tipo continuativa (Long-term Care, LTC). Un recente lavoro dell'ISTAT (2014a) ha prodotto stime aggiornate del numero di anziani con limitazioni funzionali ⁽¹⁾ che necessitano di cure e assistenza (Tab. 1.1). Nel 2013, si stima che circa 2,5 milioni di anziani avessero limitazioni funzionali, con picchi significativi al Sud (Campania, Puglia, Sardegna, Sicilia) e tassi più bassi nel Nord Italia. In particolare, le limita-

⁽¹⁾ L'ISTAT si riferisce a persone con limitazioni funzionali e non più a persone con disabilità, allineandosi con l'approccio dell'Organizzazione mondiale della sanità (World Health Organization, WHO) e la sua International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) che concepiscono la disabilità come il risultato dell'interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali personali e ambientali. Nello specifico, l'ISTAT definisce le persone con limitazioni funzionali coloro che hanno difficoltà in alcune specifiche dimensioni: costrizione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, incluse le attività di vita quotidiana (Activities of Daily Living, ADL); problemi nel camminare, usare le scale e raccogliere oggetti da terra (limitazioni nel movimento); difficoltà della comunicazione (limitazioni di vista, udito e parola).

zioni più frequenti ovunque erano quelle delle attività della vita quotidiana (Activities of Daily Living, ADL) (1,6 milioni di anziani, tasso nazionale del 12,8%), con a seguire quelle relative a movimento (1,3 milioni, 10,2%) e confinamento (1,2 milioni, 9,4%).

La sfida sul tavolo dei *policy maker* è quella di riuscire a soddisfare la crescente complessità dei bisogni degli anziani non autosufficienti con adeguati interventi da parte del sistema sanitario e di protezione sociale, facendo quadrare allo stesso tempo i conti pubblici investiti da crisi economica, recessione e tagli. In questo senso, in Italia il sistema di LTC ha tradizionalmente, seppure implicitamente, fatto affidamento sul ruolo della famiglia, sia in termini di cure informali prestate da caregiver familiari alla persona non autosufficiente, sia in termini di spesa privata che per l'assistenza diretta (temi affrontati nel dettaglio nel capitolo 2 del Rapporto). Tuttavia, le evidenze ci dicono che anche questa parte di welfare coperta finora dalle famiglie e dai caregiver familiari andrà diminuendo inevitabilmente e significativamente. Il rapporto tra persone adulte (45-64 anni) e anziani (75+ anni) si dimezzerà per il 2050 (Cangiano, 2014), con minori possibilità per i figli di fornire cure intergenerazionali. Inoltre, se dovessimo mantenere l'attuale rapporto di caregiver familiari per persona bisognosa di LTC, il numero di caregiver dovrebbe crescere in Italia del 50% (Colombo *et al.*, 2011), impossibile anche considerando il ruolo attivo nelle cure del partner dell'anziano non autosufficiente. Per queste ragioni, il sistema formale pubblico di LTC in Italia è oggi di fronte alla necessità di riformarsi in modo equo, appropriato e sostenibile sul lungo termine, dati i fattori demografici, sociali ed economici che fungono da contesto.

Il ruolo della Bussola di NNA è, anche in questa quarta edizione, quello di ricostruire un quadro informativo aggiornato dell'offerta pubblica ⁽²⁾ di interventi di LTC per anziani non autosufficienti in Italia, sulla base delle fonti istituzionali esistenti, al fine di fornire a studiosi, operatori e amministratori pubblici le evidenze di come il sistema di LTC stia evolvendo. Gli obiettivi specifici del lavoro sono: (1) l'analisi dell'offerta degli interventi per anziani non autosufficienti in Italia nel breve e medio periodo da una prospettiva

⁽²⁾ In questa sede, in linea con le precedenti edizioni della Bussola (Chiatti *et al.*, 2010, 2011; Barbabella *et al.*, 2013), si fa riferimento esclusivamente a quegli interventi a titolarità pubblica rivolti ad anziani non autosufficienti, anche a gestione privata ma finanziati, anche parzialmente, dall'ente pubblico (cfr. Gori e Lamura, 2009).

regionale; (2) il monitoraggio indiretto dello sviluppo dei diversi sistemi informativi e fonti nel settore.

Tabella 1.1 - Persone di 65 anni e più con limitazioni funzionali per tipo di limitazione ⁽³⁾ (anno 2013)

Tipo di limitazioni funzionali					
Regioni	Confinamento	Limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana	Limitazioni nel movimento	Limitazioni vista, udito e parola	Totale
Piemonte	6,3	9,0	8,8	3,7	14,7
Valle d'Aosta	7,2	9,1	9,1	3,3	14,4
Liguria	7,4	9,9	8,4	2,9	15,0
Lombardia	7,9	9,5	7,7	3,5	15,7
Trentino-Alto Adige	4,1	10,4	7,3	4,8	15,3
<i>P.A. Bolzano</i>	3,3	9,4	6,2	4,0	14,9
<i>P.A. Trento</i>	5,0	11,4	8,3	5,5	15,8
Veneto	7,6	12,4	9,3	4,6	18,7
Friuli-Venezia Giulia	9,7	11,2	9,0	4,6	17,4
Emilia-Romagna	7,2	12,3	9,2	4,7	17,9
Toscana	8,5	9,8	10,5	4,6	17,6
Umbria	8,3	15,3	11,8	6,2	21,3
Marche	10,0	13,7	9,0	5,2	19,2
Lazio	9,5	12,2	9,6	5,7	19,4
Abruzzo	8,8	13,1	7,6	6,2	19,2
Molise	9,4	12,2	11,9	4,9	20,6
Campania	12,9	16,2	12,2	7,4	25,2
Puglia	14,3	18,7	13,4	6,6	26,9
Basilicata	9,3	11,2	8,4	7,6	19,7
Calabria	10,9	15,3	11,5	7,1	22,8
Sicilia	12,8	16,8	13,8	6,3	25,5
Sardegna	10,6	17,0	13,8	5,8	25,4
ITALIA	9,4	12,8	10,2	5,2	19,8

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2014).

⁽³⁾ Nella tabella i valori percentuali totali non corrispondono alla somma dei tipi di limitazione funzionale perché un anziano può avere più di una limitazione. Nell'indagine ISTAT i valori sono standardizzati per età.

A questo proposito, alcuni passi in avanti sono stati compiuti da alcuni attori istituzionali per aggiornare, integrare ed offrire in maniera più accessibile i propri database. Sia il Ministero della salute (tramite le sezioni Pubblicazioni e Dati del suo sito web) e l'ISTAT (tramite alcuni datawarehouse specifici) ⁽⁴⁾ si sono progressivamente aperti negli ultimi anni al pubblico, rendendo accessibili non solo i consueti rapporti e le serie di tavole di dati in formato elettronico, ma anche interi database da scaricare o consultare *on-line* in modo interattivo. Tuttavia, si registrano ancora ritardi del Sistema informativo per la non autosufficienza (SINA), strumento informatico che dovrebbe integrare i dati disponibili da varie fonti e costituire una banca dati generale, collegando i dati sui bisogni dei singoli utenti con i servizi di cui essi beneficiano a vario livello (INPS, ASL, comune, ecc.). La progressiva implementazione del SINA su tutto il territorio nazionale sta facendo progressi, ma l'integrazione tra i vari attori (INPS, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ministero della salute, regioni, comuni) non è ancora del tutto compiuta ⁽⁵⁾.

Il ruolo della Bussola risulta dunque prezioso non solo per superare le frammentazioni dei dati già menzionate, ma anche nel suo fornire una visione d'insieme chiara e concisa delle cifre essenziali sul fenomeno della non autosufficienza in età anziana. Le fonti utilizzate in questo lavoro sono, di fatto, le stesse della precedente edizione. Le riportiamo per convenienza nel Box 1.1, divise nelle tre categorie 'classiche' e specificando i principali interventi considerati:

1. servizi di assistenza domiciliare: questi includono sia l'Assistenza domiciliare integrata (ADI), di natura sanitaria, sia il Servizio di assistenza domiciliare (SAD), di natura socio-assistenziale;

⁽⁴⁾ Alcuni datawarehouse utili ad analizzare il settore della non autosufficienza sono: <http://dati.istat.it/> (database generale); <http://seriestoriche.istat.it/> (database delle serie storiche, tra cui Sanità e Salute, Assistenza e Previdenza Sociale); <http://demo.istat.it/> (censimenti e previsioni demografiche); <http://dati.coesione-sociale.it/> (database sul tema della coesione sociale); www.istat.it/it/archivio/14562 (database su Sanità e Salute da scaricare); <http://dati.disabilitaincifre.it/> (database sul tema disabilità).

⁽⁵⁾ Il decreto del 14 maggio 2015 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, è stato emanato per fornire i criteri sulla ripartizione delle risorse 2015 del Fondo per le non autosufficienze. All'art. 5, comma 3, è previsto che regioni e province autonome diano compiuta definizione al SINA negli ambiti di loro competenza "al fine di migliorare la programmazione, il monitoraggio e la rendicontazione degli interventi".

2. servizi di assistenza residenziale: questi includono i presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali per anziani non autosufficienti, nonché i reparti di degenza per non acuti in *setting* ospedaliero ⁽⁶⁾;
3. trasferimenti monetari di natura assistenziale: si include l'indennità di accompagnamento per invalidità civile.

Nei prossimi paragrafi si analizzano nel dettaglio i dati più recenti disponibili per ciascuno dei servizi e benefici considerati. L'ultima sezione fornisce infine alcuni spunti di riflessione riguardo alla spesa pubblica per LTC e al suo andamento nel corso del tempo, distinguendo tra le varie componenti.

Box 1.1 - Gli interventi di assistenza continuativa a titolarità pubblica per anziani non autosufficienti analizzati e le fonti utilizzate dalla Bussola di NNA 2015

Area d'intervento	Intervento	Fonte istituzionale disponibile	Ultimo anno disponibile
Servizi domiciliari	Assistenza domiciliare integrata (ADI)	Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN (Ministero della salute)	2012
		Indicatori territoriali per le politiche di sviluppo (ISTAT)	2012
	Servizio di assistenza domiciliare (SAD)	Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati (ISTAT)	2012
Servizi residenziali	Presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali	I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (ISTAT)	2012
	Assistenza ospedaliera in post-acuzie	Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Ministero della salute)	2013
		Assistenza ospedaliera: posti letto acuti, riabilitazione e lungodegenza (Ministero della salute)	2012
Trasferimenti monetari	Indennità di accompagnamento	Beneficiari delle prestazioni pensionistiche: statistiche della previdenza e dell'assistenza (ISTAT)	2013
		Rendiconti generali (INPS)	2013
		Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario (Ragioneria generale dello Stato)	2013

⁽⁶⁾ Benché in quest'ultimo caso non si possa parlare di servizio residenziale in senso stretto, è vero tuttavia che la post-acuzie è un'area dell'assistenza ospedaliera connessa in modo cruciale e interdipendente con gli altri servizi di LTC. Infatti, le politiche e le prassi delle dimissioni ospedaliere dei lungodegenti possono variare molto da regione a regione, riflettendo percorsi diversi di continuità assistenziale (cfr. Barbabella *et al.*, 2014).

2. I servizi domiciliari

Il primo degli interventi considerati è l'Assistenza domiciliare integrata (ADI), fornita dalle Aziende sanitarie locali (ASL) e avente l'obiettivo di assicurare un insieme integrato di trattamenti sanitari e socio-sanitari, erogati a casa della persona non autosufficiente. La copertura del servizio, benché teoricamente assicurata su tutto il territorio nazionale, risente ancora di una forte frammentazione territoriale, non solo ascrivibile a dimensioni geografiche, quanto piuttosto a politiche regionali e locali. Nel 2012, il 4,3% degli italiani over 65 anni ha avuto accesso all'ADI, con diverse regioni al Nord, Centro e Sud che si mantengono in linea con questa media (Tab. 1.2). Tuttavia, esistono regioni con tassi molto più bassi e inferiori al 3% (Campania, Piemonte, Puglia, Toscana, Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta), così come più alti (Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Umbria), fino al caso dell'Emilia-Romagna, da considerarsi la regione più generosa (11,9%).

Nel medio termine, quasi tutte le regioni italiane hanno visto crescere la copertura tra il 2005 e il 2012, ad eccezione di Friuli-Venezia Giulia e Molise (per via dei livelli probabilmente già alti raggiunti in precedenza), nonché di Marche e Toscana, dove invece la copertura è diminuita. Confrontando le politiche di breve periodo (confronto 2011-2012), tuttavia, si deve evidenziare come quasi tutte le regioni registrino tassi stabili o in contrazione, mentre solo in casi isolati si assiste ad un consistente aumento (Emilia-Romagna, Sardegna, Sicilia, Umbria).

Per quanto riguarda l'intensità di ADI (Ministero della salute, 2015), esiste molta variabilità rispetto al numero medio di ore del servizio fornite durante l'anno per ciascun utente anziano. Se la media italiana si attesta a 21 ore (in linea con gli anni precedenti), ci sono regioni del Nord che si attestano a livelli molto più bassi (Friuli-Venezia Giulia, Liguria, P.A. Trento), mentre altre nel Mezzogiorno che riportano un numero di ore largamente superiore (Basilicata, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia).

Tabella 1.2 - Copertura dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) per utenti anziani (65+ anni) (% su popolazione 65+) (anni 2005-2012) e intensità per utente anziano (media ore annuali per utente 65+)

Regioni	2005	2008	2011	2012	Δ 2005-2012	Δ 2011-2012	Ore ADI annuali per utente 65+ (2012)
Piemonte	1,8	1,9	2,0	2,1	0,3	0,1	15
Valle d'Aosta	0,1	0,4	0,4	0,4	0,3	=	37
Liguria	3,2	3,3	3,8	3,5	0,3	-0,3	28
Lombardia	3,3	4,0	4,1	3,9	0,6	-0,2	18
Trentino-Alto Adige	0,6	0,5	2,1	2,0	1,4	-0,1	n.d.
P.A. Bolzano	0,3	n.d.	0,4	0,4	0,1	=	n.d.
P.A. Trento	0,8	1,0	3,6	3,5	2,7	-0,1	13
Veneto	5,0	6,0	5,4	5,5	0,5	0,1	10
Friuli-Venezia Giulia	8,0	7,4	6,0	6,2	-1,8	0,2	6
Emilia-Romagna	5,4	6,1	10,6	11,8	6,4	1,2	18
Toscana	2,1	2,0	2,4	2,0	-0,1	-0,4	22
Umbria	4,2	5,1	7,3	7,9	3,7	0,6	22
Marche	3,4	4,1	3,4	3,0	-0,4	-0,4	25
Lazio	3,3	3,6	4,9	4,1	0,8	-0,8	21
Abruzzo	1,8	4,3	4,7	4,9	3,1	0,2	34
Molise	6,1	2,2	3,5	3,9	-2,2	0,4	81
Campania	1,4	1,8	2,4	2,8	1,4	0,4	29
Puglia	2,0	1,9	2,0	2,2	0,2	0,2	37
Basilicata	3,9	4,0	5,9	5,4	1,5	-0,5	43
Calabria	1,6	2,6	2,9	3,1	1,5	0,2	20
Sicilia	0,8	1,0	2,1	3,6	2,8	1,5	30
Sardegna	1,1	2,0	3,8	4,6	3,5	0,8	36
ITALIA	2,9	3,4	4,1	4,3	1,4	0,2	21

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2015b) e Ministero della salute (2015).

Il secondo intervento incluso in questa sezione è il Servizio di assistenza domiciliare (SAD), etichetta che va ad indicare quel complesso di servizi socio-assistenziali erogati dai comuni ai residenti nel proprio territorio. Gli ultimi dati dell'ISTAT (2015d) mostrano che solo l'1,3% della popolazione anziana ha avuto accesso al SAD nel 2012 (Tab. 1.3). A parte alcune eccezioni che presentano valori evidentemente sopra la media nazionale (Friuli-Venezia

Giulia, Sardegna, Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta), nove regioni registrano tassi tra l'1 e il 2%, mentre al Centro la copertura è ovunque inferiore all'1%. Il trend negativo è confermato per quasi tutte le regioni (ad eccezione di Calabria, Sardegna, Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta), risultato dell'impatto dei pesanti tagli governativi ai fondi per la spesa sociale e per la non autosufficienza nel periodo 2011-2012. In alcuni casi, l'arretramento della copertura nel periodo 2005-2012 è addirittura pari o superiore all'1% (Abruzzo, Molise, Sicilia).

L'intensità del SAD per il 2012, sempre fornito dall'ISTAT (2014b), presenta ancora una volta una eterogeneità che non è spiegata da un semplice gap tra Settentrione e Meridione: contro una spesa media nazionale per utente di 2.090 euro, sono poche le regioni che si dimostrano più generose con spese superiori ai 3.000 euro (Lazio, Sardegna, Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta), mentre quattro regioni rimangono al di sotto dei 1.300 euro per utente (Calabria, Molise, Piemonte, Veneto).

Tabella 1.3 - Copertura dei servizi di assistenza domiciliare (SAD) per utenti anziani (65+ anni) (% su popolazione 65+) (anni 2005-2012) e intensità per utente anziano (spesa media per utente 65+) (anno 2012)

Regioni	2005	2008	2012	Δ 2005-2012	Spesa media per utente 65+ (2012)
Piemonte	1,4	1,3	0,8	-0,6	1.281
Valle d'Aosta	2,4	4,4	5,3	2,9	4.626
Liguria	1,2	1,1	1,1	-0,1	1.880
Lombardia	1,7	1,7	1,4	-0,3	1.919
Trentino-Alto Adige	3,5	4,0	4,3	0,8	3.170
<i>P.A. Bolzano</i>	3,9	4,4	4,8	0,9	3.013
<i>P.A. Trento</i>	3,2	3,7	3,9	0,7	3.340
Veneto	1,7	1,6	1,4	-0,3	1.184
Friuli-Venezia Giulia	2,6	2,4	2,3	-0,3	2.096
Emilia-Romagna	1,9	1,5	1,4	-0,5	1.868
Toscana	1,2	1,1	0,7	-0,5	2.704
Umbria	0,6	0,5	0,3	-0,3	2.112
Marche	0,9	0,9	0,7	-0,2	2.701
Lazio	1,2	1,0	0,9	-0,3	3.140
Abruzzo	2,6	2,3	1,3	-1,3	1.796
Molise	3,9	3,0	2,0	-1,9	1.119
Campania	1,6	1,8	1,1	-0,5	1.928
Puglia	0,8	1,0	0,7	-0,1	2.583
Basilicata	1,5	1,7	1,3	-0,2	2.177
Calabria	1,0	1,7	1,0	=	1.153
Sicilia	2,7	2,3	1,7	-1,0	1.701
Sardegna	2,5	2,6	2,5	=	3.342
ITALIA	1,6	1,6	1,3	-0,3	2.090

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2015c, 2015d).

3. I servizi residenziali

L'indagine dell'ISTAT su *Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari* rappresenta la fonte principale ⁽⁷⁾ per andare ad analizzare i servizi residenziali forniti ad anziani non autosufficienti in strutture quali, ad esempio, le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e le residenze protette (RP) ⁽⁸⁾. Confrontando l'offerta di posti letto tra il 2010 e il 2012 (Tab. 1.4), si può vedere come praticamente tutte le regioni italiane siano state attraversate da un trend negativo, frutto probabilmente di politiche (nazionali e locali) tese a favorire la permanenza a casa dell'anziano piuttosto che la sua istituzionalizzazione. In generale, il numero medio di posti letto ogni 100 anziani è di 2,3, in calo dello 0,2 rispetto al 2010. Sebbene il Nord Italia mantenga una media di posti letto superiore al Centro-Sud (2,9-4,5% contro 0,6-1,7%, ad eccezione delle Marche), ovunque si registrano cali significativi in soli due anni, dal -0,1% di Liguria e Puglia al -0,6% della Lombardia e al -2,8% della Valle d'Aosta. Solo Piemonte, Umbria e P.A. Bolzano mantengono gli stessi livelli, mentre l'Emilia-Romagna è l'unica ad aumentare marginalmente (+0,1%).

Per quanto riguarda gli anziani non autosufficienti ospiti delle strutture residenziali, il tasso nazionale relativo al 2012 è dell'1,7% (-0,1% rispetto al 2010), ancora una volta con differenze significative tra Settentrione (tutte le regioni sopra il 2%) e Meridione (tutte inferiori all'1%). Discrepanze in parte simili si rilevano anche nel computo del livello di assistenza sanitaria fornita all'anziano istituzionalizzato. Mentre in alcune regioni del Centro-nord (Liguria, Lombardia, Piemonte, Toscana, Trentino-Alto Adige, Umbria) oltre il 90% degli utenti anziani necessita di cure di livello medio e alto, in tutte le

⁽⁷⁾ Oltre all'ISTAT, anche il Ministero della salute presenta dati sull'accesso ai servizi residenziali per quanto riguarda la componente sanitaria nell'Annuario statistico del Sistema Sanitario Nazionale. Tuttavia, i dati del Ministero sembrano meno completi di quelli rilevati dall'ISTAT (che cerca di analizzare tutte le strutture, non solo a carattere prettamente sanitario): per questo motivo è stata preferita l'indagine ISTAT a quella ministeriale. Va comunque segnalato che anche la ricerca dell'ISTAT risente di alcune debolezze metodologiche, quali ad esempio il tasso di non risposta delle strutture al questionario (attorno al 20%).

⁽⁸⁾ Non bisogna dimenticare, tuttavia, che le regioni italiane hanno sviluppato terminologie proprie per definire i tipi di strutture e le loro caratteristiche: come si è fatto notare in altra sede, in un'analisi delle normative in materia residenziale di 10 regioni (Chiat ti *et al.*, 2013), "spesso in regioni diverse a termini diversi possono corrispondere strutture con le medesime caratteristiche".

regioni del Sud la somma di questi due livelli si ferma all'80-90%, spesso con una porzione rilevante (18-33%) anche di assistenza sanitaria di basso livello (come in Basilicata, Campania, Molise, Sardegna). Anomali sono i valori delle Marche, in cui oltre l'86% degli anziani necessita di cure di livello basso o addirittura nessuna cura, e solo un 13% circa di utenti di cure di alto livello.

Tabella 1.4 - Dotazione di posti letto per utenti anziani (65+ anni) in presidi residenziali (% su popolazione 65+) (anni 2010-2012), utenti anziani non autosufficienti (% su popolazione 65+) e livello di assistenza sanitaria erogata agli stessi (% su utenti 65+) (anno 2012)

Regioni	P.I. presidi residenziali (% su pop. 65+)			Utenti 65+ non autosufficienti (% su pop. 65+) (2012)
	2010	2012	Δ 2010-2012	
Piemonte	4,0	4,0	=	2,3
Valle d'Aosta	6,7	3,9	-2,8	3,3
Liguria	3,0	2,9	-0,1	2,1
Lombardia	3,7	3,1	-0,6	2,9
Trentino-Alto Adige	n.d.	4,5	n.d.	4,3
<i>P.A. Bolzano</i>	4,4	4,4	=	4,2
<i>P.A. Trento</i>	4,9	4,5	-0,4	4,3
Veneto	3,6	3,2	-0,4	2,7
Friuli-Venezia Giulia	3,9	3,6	-0,3	2,8
Emilia-Romagna	3,3	3,4	0,1	2,7
Toscana	2,0	1,7	-0,3	1,2
Umbria	1,3	1,3	=	0,9
Marche	2,4	2,2	-0,2	1,5
Lazio	1,4	1,2	-0,2	0,5
Abruzzo	1,8	1,5	-0,3	1,0
Molise	2,3	1,9	-0,4	1,0
Campania	1,0	0,6	-0,4	0,2
Puglia	1,1	1,0	-0,1	0,6
Basilicata	1,1	1,3	0,2	0,7
Calabria	1,0	0,8	-0,2	0,4
Sicilia	1,6	1,1	-0,5	0,5
Sardegna	1,5	1,3	-0,2	0,8
ITALIA	2,5	2,3	-0,2	1,7

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2015a, 2015c).

L'area post-acuzie dell'assistenza ospedaliera rappresenta uno dei nodi cruciali della rete di assistenza continuativa, pur non essendone tecnicamente parte. L'area è stata interessata da nuovi standard programmatici fissati nel 2012 in merito alla dotazione di posti letto per acuti (massimo 3 per mille abitanti) e non acuti (massimo 0,7) ⁽⁹⁾. Sulla base dei dati messi a disposizione dal Ministero della salute (2013), tuttavia, si può notare come nel periodo 2010-2012 il numero di posti letto per pazienti non acuti ogni mille abitanti sia rimasto invariato (Tab. 1.5), sia a livello nazionale (allo 0,6‰) che, di fatto, a quello regionale, con le eccezioni di Valle d'Aosta (-0,6‰), Lazio e P.A. Trento (-0,3‰). Sono comunque diverse le regioni che nel 2012 registravano tassi superiori a quelli disposti nella nuova normativa (Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Molise, Piemonte, P.A. Trento) e dunque chiamate negli anni successivi a ridurre i posti letto per non acuti in eccesso.

È interessante andare ad osservare anche i tassi di ospedalizzazione, tra la popolazione ultrasettantacinquenne, nei reparti di riabilitazione e lungodegenza, forniti sempre dal Ministero della salute (2014). Nel 2013, su mille persone over 75 anni circa 20 sono state ricoverate in riabilitazione in regime ordinario e 12 in lungodegenza. In generale, al Nord si registrano tendenzialmente tassi più elevati in entrambe le discipline (insieme ad Abruzzo e Lazio). Tuttavia, l'assunto di base per cui i ricoveri in riabilitazione sarebbero molto più numerosi di quelli in lungodegenza vale per molte regioni, ma non per Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Marche e Sardegna, le quali presentano al contrario tassi di lungodegenti anziani di molto superiori (anche doppi e oltre) ai pazienti in riabilitazione. Riguardo alle differenze di genere, spiccano tassi di ospedalizzazione femminile marcatamente più elevati in riabilitazione (Basilicata, Lazio, Molise, P.A. Bolzano) e lungodegenza (Emilia-Romagna, P.A. Trento), mentre nelle Marche gli uomini in lungodegenza sono numericamente superiori alle donne (+0,5%).

⁽⁹⁾ Legge 7 agosto 2012, n. 135, "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario", testo coordinato del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95.

Tabella 1.5 - Dotazione di posti letto per pazienti non acuti ⁽¹⁰⁾ (% su popolazione totale) (anni 2010-2012) e ospedalizzazione per discipline di riabilitazione (in regime ordinario) e lungodegenza (% su popolazione 75+ anni) (anno 2013).

Regioni	P.I. per non acuti (% su pop. totale)			Riabilitazione (% su pop. 75+) (2013)		Lungodegenza (% su pop. 75+) (2013)	
	2010	2012	Δ 2010-2012	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	1,0	1,1	0,1	23,8	25,7	15,4	15,2
Valle d'Aosta	0,6	0,0	-0,6	25,2	27,7	8,8	6,2
Liguria	0,5	0,5	=	28,2	29,7	9,4	8,1
Lombardia	0,8	0,8	=	37,5	36,6	3,6	5,9
<i>P.A. Bolzano</i>	<i>0,6</i>	<i>0,6</i>	<i>=</i>	<i>33,4</i>	<i>51,1</i>	<i>21,4</i>	<i>22,3</i>
<i>P.A. Trento</i>	<i>1,3</i>	<i>1,0</i>	<i>-0,3</i>	<i>35,3</i>	<i>32,2</i>	<i>21,5</i>	<i>27,2</i>
Veneto	0,6	0,6	=	16,4	18,0	15,4	16,1
Friuli-Venezia Giulia	0,3	0,3	=	7,0	8,2	17,6	14,8
Emilia-Romagna	0,9	0,9	=	10,6	10,6	43,1	48,7
Toscana	0,3	0,3	=	10,0	9,6	5,0	5,4
Umbria	0,3	0,4	0,1	11,1	11,1	2,2	1,6
Marche	0,6	0,5	-0,1	8,6	9,7	29,8	24,9
Lazio	1,1	0,8	-0,3	23,2	29,6	8,4	9,5
Abruzzo	0,6	0,6	=	20,1	20,9	9,9	10,1
Molise	1,0	0,9	-0,1	14,7	18,0	10,0	10,5
Campania	0,4	0,3	-0,1	11,7	12,9	4,2	4,4
Puglia	0,4	0,4	=	18,0	18,4	4,7	5,0
Basilicata	0,5	0,6	0,1	13,3	18,7	14,8	16,1
Calabria	0,5	0,5	=	13,3	15,9	8,1	8,8
Sicilia	0,3	0,4	0,1	9,8	12,2	4,5	4,8
Sardegna	0,2	0,2	=	4,9	6,4	7,2	7,3
ITALIA	0,6	0,6	=	19,0	20,6	11,7	12,5

Fonte: ns. elaborazioni su dati Ministero della salute (2013, 2014).

4. I trasferimenti monetari

Il ruolo dell'indennità di accompagnamento all'interno del sistema di LTC italiano è ben noto, essendo divenuta negli anni la principale misura di supporto dello Stato ai cittadini non autosufficienti, a fronte di bassi livelli di copertura degli altri servizi formali di assistenza (ADI, SAD, presidi residenziali, ecc.).

⁽¹⁰⁾ I posti letto per pazienti non acuti includono quelli delle seguenti discipline: 22 – Residuale manicomiale; 28 – Unità spinale; 56 – Recupero e riabilitazione funzionale; 60 – Lungodegenza; 75 – Neuro-riabilitazione; 99 – Cure palliative/hospice.

L'indennità di accompagnamento è un assegno mensile garantito a chi presenti una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e si trovi nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e/o nell'impossibilità di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita.

Nella scorsa edizione della Bussola (Barbabella *et al.*, 2013) era stato presentato il fatto, di per sé rivoluzionario, che la spesa pubblica per indennità di accompagnamento si era fermata tra il 2010 e il 2011; questo per via non solo delle nuove modalità di accesso al beneficio (tra cui la centralizzazione delle commissioni di valutazione all'INPS), ma anche e soprattutto per effetto delle centinaia di migliaia di accertamenti ordinari e straordinari programmati negli scorsi anni. Secondo gli ultimi dati disponibili (Tab. 1.6), tuttavia, la spesa nominale per indennità per anziani ha ripreso a crescere nel biennio 2012-2013, registrando aumenti su base annua del 2,4% nel 2012 e del 2,7% nel 2013 e superando i 10 miliardi di euro. Tuttavia, quasi la metà di questi aumenti sono dovuti agli adeguamenti inflazionari dell'indennità (rispettivamente +1,1% e +1,3% su base annua), che hanno alzato l'assegno fino a 499,27 euro nel 2013.

Tabella 1.6 - Spesa nominale per indennità di accompagnamento per beneficiari totali (tutte le età) e anziani (65+ anni) (2008-2013)

Anni	Spesa per indennità di accompagnamento per beneficiari totali (milioni euro)	Incremento della spesa totale per indennità (% su anno precedente)	Spesa per indennità di accompagnamento per beneficiari 65+ (milioni euro)	Incremento della spesa per beneficiari 65+ per indennità (% su anno precedente)
2008	11.492	-	8.820	-
2009	12.383	7,8%	9.420	6,8%
2010	12.762	3,1%	9.620	2,1%
2011	12.734	-0,2%	9.640	0,2%
2012	13.046	2,5%	9.870	2,4%
2013	13.372	2,5%	10.140	2,7%

Fonte: ns. elaborazioni su dati Ragioneria generale dello Stato (vari anni), INPS (vari anni) e ISTAT (2015c).

L'altro fatto importante è che, nonostante la spesa pubblica aumenti marginalmente, il numero di beneficiari dell'indennità sia in calo. Confrontando i dati ISTAT al riguardo (Tab. 1.7), in tutte le regioni italiane (tranne Calabria e Valle d'Aosta) si è registrata una contrazione della percentuale di anziani beneficiari nel periodo 2010-2013, con un -0,7% a livello nazionale. Anche in termini assoluti, l'indennità di accompagnamento in Italia nel 2013 raggiungeva circa 1.512.000 utenti anziani, con una perdita di ben 19.000 beneficiari dal 2010. Le

diminuzioni sono state particolarmente significative in Umbria (-2,8%) e Campania (-1,6%), mentre quasi la metà delle regioni ha contrazioni inferiori all'1% (Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Veneto).

Tabella 1.7 - Beneficiari anziani (65+ anni) di indennità di accompagnamento (% su popolazione 65+ (anni 2010-2013) ⁽¹⁾)

Regioni	2010	2013	Δ 2010-2013
Piemonte	9,4	8,9	-0,5
Valle d'Aosta	9,8	10,0	0,2
Liguria	10,8	9,8	-1,0
Lombardia	10,0	9,7	-0,3
Trentino-Alto Adige	8,4	7,2	-1,2
Veneto	10,8	10,4	-0,4
Friuli-Venezia Giulia	11,5	10,4	-1,1
Emilia-Romagna	10,9	9,9	-1,0
Toscana	11,3	10,3	-1,0
Umbria	19,6	16,8	-2,8
Marche	14,0	13,3	-0,7
Lazio	14,0	13,4	-0,6
Abruzzo	14,9	13,8	-1,1
Molise	12,5	11,8	-0,7
Campania	17,4	15,8	-1,6
Puglia	15,4	15,0	-0,4
Basilicata	13,7	12,5	-1,2
Calabria	17,9	17,9	=
Sicilia	14,5	14,3	-0,2
Sardegna	16,1	15,4	-0,7
ITALIA	12,7	12,0	-0,7

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2015a, 2015c).

⁽¹⁾ Si noti che i dati riferiti al 2010 della tabella sono stati rielaborati rispetto alla precedente Bussola del Rapporto 2013 (Barbabella *et al.*, 2013) e i tassi riportati sono leggermente diversi (a livello nazionale, 12,5 contro 12,7%). Tali differenze sono il risultato di un ricalcolo con dati demografici delle popolazioni regionali aggiornati e più precisi messi a disposizione dall'ISTAT. Infatti, la ricostruzione intercensuaria della popolazione ha prodotto dati leggermente diversi rispetto a quelli pre-censuari (unici disponibili quando è stata pubblicata la precedente Bussola). Entrambi i tipi di dati sono disponibili nel datawarehouse ISTAT <http://demo.istat.it/>. Si è scelto di fare un ricalcolo solo per questa specifica tabella per due ragioni: in alcuni casi, le fonti ufficiali dei servizi descritti in questo capitolo riportano solo i tassi di copertura, il cui ricalcolo potrebbe portare comunque a valori imprecisi (non conoscendo le basi di dati utilizzate all'origine); su valori bassi e molto bassi come quelli di ADI, SAD, servizi residenziali e di lungodegenza ospedaliera, il cambiamento è praticamente nullo.

In termini assoluti, è la Lombardia la regione italiana con più beneficiari di indennità (oltre 200.000), con a seguire Campania e Lazio (ciascuna attorno a 154.000) (Tab. 1.8). Importante è anche leggere i dati regionali sulla base delle fasce d'età dei beneficiari al fine di scoprire eventuali divergenze locali nell'assegnazione dell'indennità. In questo senso, possiamo vedere come ovunque la componente più numerosa di utenti sia quella ultraottantacinquenne (tranne che in Campania), ma con chiare differenze tra Nord e Sud Italia. Mentre nelle regioni centro-settentrionali il tasso di anziani 85+ beneficiari supera ovunque (tranne che nel Lazio) la metà del totale (con una punta del 56,2% in Friuli-Venezia Giulia), nel Mezzogiorno il tasso oscilla tra il 39,8% della Campania e il 49,9% del Molise. Tali differenze si registrano anche nel tasso dei "giovani anziani" (65-74 anni): il tasso di utenti nel Centro-nord è tendenzialmente più basso (10-15%) di quello al Sud (13-19%).

Tabella 1.8 - Beneficiari anziani (65+ anni) di indennità di accompagnamento in Italia (n. assoluto e % su fascia d'età) (anno 2013)

Fascia d'età	N. assoluto	% su tot.
65-74 anni	225.326	14,9
75-84 anni	560.723	37,1
85+ anni	725.925	48,0
Totale 65+	1.511.974	100,0

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2015c).

5. Uno sguardo d'insieme

Il quadro complessivo che emerge da questo lavoro è dunque di un sistema di LTC in contrazione. La copertura dell'ADI è in lieve aumento, ma continua a risentire del limitato numero di ore di assistenza per utente, mentre il SAD è in declino già da diversi anni, in attesa di vedere gli effetti del ripristino del Fondo per le non autosufficienze. Anche l'assistenza in presidi residenziali è in diminuzione (sia per posti letto disponibili che per ospiti), mentre dai dati disponibili non è possibile verificare il trend post-riforma dell'assistenza ospedaliera per non acuti.

La lettura dell'andamento della spesa pubblica per LTC per anziani ultrasessantacinquenni nel periodo 2005-2014 (Tab. 1.9) aiuta a interpretare

meglio le dinamiche in corso, anche se si mantiene una discrepanza temporale tra gli ultimi dati disponibili sulla spesa e quelli sulla copertura dei servizi (che si fermano al 2012, come già visto). Prendendo in considerazione i valori assoluti di spesa nominale, la tendenza di lungo periodo (2005-2014) è quella di un aumento consistente (30% circa) della spesa totale, stimabile attorno ai 5 miliardi e 100 milioni di euro in termini assoluti. Tale trend è condiviso sul lungo periodo da tutte e tre le componenti (servizi sanitari, indennità, servizi sociali), anche se in misura diversa. Nel medio periodo (2011-2014), tuttavia, i *pattern* di spesa sono profondamente differenti. La spesa per la componente sanitaria, riferita sia all'assistenza nella comunità (ADI, ambulatori, ecc.) che nei presidi residenziali, è scesa di ben un miliardo di euro (-12%) in soli tre anni. Al contrario, la spesa sociale dei comuni ha subito un aumento di circa 400 milioni di euro negli ultimi anni, mentre l'indennità di accompagnamento è aumentata di circa 700 milioni (quasi la metà però dovuti agli adeguamenti inflazionari).

In conclusione, i dati disponibili suggeriscono l'esistenza di alcune gravi criticità nel sistema di LTC. Il punto non è solo la questione del livello complessivo di spesa pubblica o di quanto si spende per i servizi di continuità assistenziale, ma come si spende e dove. L'eterogeneità nella fornitura dei servizi nelle regioni italiane è uno degli aspetti dove si può agire per rendere i singoli sistemi locali più efficienti, risparmiando risorse da reinvestire in quantità e qualità dell'assistenza. Un piano di riforma a lungo termine per la LTC italiana sembra essere più che mai necessario, date le condizioni attuali e gli scenari futuri che si prospettano per le già citate cause demografiche e sociali.

Tabella 1.9 - Andamento della spesa pubblica per Long-term Care per anziani non autosufficienti (65+ anni) secondo le diverse componenti di spesa (% su PIL e valore nominale assoluto in milioni di euro) (anni 2005-2013) ⁽¹²⁾

		2005	2008	2011	2014	Δ 2005 – 2014	Δ 2011 – 2014
A) Componente sanitaria per LTC	% su PIL	0,46%	0,49%	0,51%	0,44%		
	mil. euro	6.600	7.700	8.100	7.100	+500	-1.000
B) Indennità di accompagnamento	% su PIL	0,49%	0,56%	0,61%	0,64%		
	mil. euro	7.000	8.800	9.600	10.300	+3.300	+700
C) Spesa sociale dei comuni	% su PIL	0,11%	0,13%	0,17%	0,19%		
	mil euro	1.600	2.100	2.700	3.100	+1.500	+400
D) Totale	% su PIL	1,07%	1,18%	1,28%	1,27%		+0,04%
	mil. euro	15.400	18.600	20.200	20.500	+5.100	+300

Fonte: ns. elaborazioni su dati Ragioneria generale dello Stato (anni vari) e ISTAT (2015c).

Bibliografia

BARBABELLA F., CHIATTI C., DI ROSA M., GORI C. (2013), *La bussola di NNA 2013: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (NNA) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto* (pp. 11-28), Santarcangelo di Romagna, Maggioli, retrieved from www.maggioli.it/rna/2012/pdf/rapporto2012-assistenza_anziani.pdf.

⁽¹²⁾ I valori assoluti della spesa per LTC sono espressi in milioni di euro con un arrotondamento al centinaio di milione: i totali possono non coincidere con la somma dei valori per effetto degli arrotondamenti. I valori percentuali fanno riferimento, nei rapporti della Ragioneria generale dello Stato relativi agli anni 2005-2011, a valori del PIL calcolati dall'ISTAT con il metodo in vigore prima dell'ottobre 2014, quando il nuovo Sistema europeo dei conti (SEC 2010) è stato adottato in Italia e nel resto dell'Unione europea (ricalcoli successivi con il nuovo SEC hanno stimato PIL nazionali più alti). I dati relativi al 2014 sono calcolati con il SEC 2010. Solo i valori assoluti dei vari anni sono comparabili tra loro, mentre i dati percentuali risentono sia di questa differenza nel calcolo del PIL, sia dell'andamento discontinuo del PIL negli ultimi anni in seguito alla crisi economica e alla recente recessione.

- BARBABELLA F., CHIATTI C., DI ROSA M., LATTANZIO F., BANCHERO A. (2014), *Il sistema ospedaliero italiano e la presa in carico degli anziani non autosufficienti*, in E. BRIZIOLI e M. TRABUCCHI (a cura di), *Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale* (pp. 45-69), Santarcangelo di Romagna, Maggioli, retrieved from www.maggioli.it/rna/brizioli-trabucchi/pdf/91607973_BRIZIOLI_TRABUCCHI.pdf.
- CANGIANO A. (2014), *Elder care and migrant labor in Europe: A demographic outlook*, in *Population and Development Review*, 40(1), 131-154, doi: 10.1111/j.1728-4457.2014.00653.x.
- CHIATTI C., BARBABELLA F., LAMURA G., GORI C. (2010), *La "Bussola" di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. 2° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 13-39, www.maggioli.it/rna/2010/pdf/rapporto2010-assistenza_anziani.pdf.
- CHIATTI C., BARBABELLA F., LAMURA G., GORI C. (2011), *La "Bussola" di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 3° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 13-33, www.maggioli.it/rna/2011/pdf/rapporto2011-assistenza_anziani.pdf.
- CHIATTI C., BARBABELLA F., MASERA F. (2013), *Gli standard ed i requisiti di qualità nei servizi di assistenza residenziale*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto* (pp. 71-91), Santarcangelo di Romagna, Maggioli, www.maggioli.it/rna/2012/pdf/rapporto2012-assistenza_anziani.pdf.
- COLOMBO F., LLENA-NOZAL A., MERCIER J., TJADENS F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*, Paris, Organization for Economic Co-operation and Development.
- GORI C., LAMURA G. (2009), *Lo scenario complessivo*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia* (pp. 17-34), Santarcangelo di Romagna, Maggioli, www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf.
- INPS (vari anni), *Rendiconti generali*, Roma, Istituto nazionale di previdenza sociale.
- ISTAT (2014), *Condizioni di salute, rischio e prevenzione. Anno 2013*, Roma, Istituto nazionale di statistica, www.istat.it/it/archivio/144093.
- ISTAT (2015a), *Demografia in cifre*, Roma, Istituto nazionale di statistica, www.demo.istat.it.
- ISTAT (2015b), *Indicatori territoriali per le politiche di sviluppo*, Roma, Istituto nazionale di statistica, www.istat.it/it/archivio/16777.
- ISTAT (2015c), *I.Stat - Database*, Roma, Istituto nazionale di statistica, <http://dati.istat.it/>.
- ISTAT (2015d), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati. Anno 2012*, Roma, Istituto nazionale di statistica.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2013), *Assistenza ospedaliera: posti letto acuti, riabilitazione e lungodegenza. Anno 2012 e trend 2010-2012*, Roma, Ministero della salute, www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=7.

MINISTERO DELLA SALUTE (2014), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2013)*, Roma, Ministero della salute, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2190_allegato.pdf.

MINISTERO DELLA SALUTE (2015), *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN. Anno 2012*, Roma, Ministero della salute, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2370_allegato.pdf.

Ragioneria generale dello Stato (vari anni), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Roma, Ragioneria generale dello Stato.

2. L'altra bussola: le strategie di sostegno familiare e privato

Mirko Di Rosa, Francesco Barbabella, Arianna Poli, Francesco Balducci

1. Introduzione

Come già dimostrato dall'analisi presentata nel capitolo 1 di questo Rapporto e da numerosi studi nel settore, il sistema di interventi pubblici di Long-term Care (LTC) è largamente insufficiente per far fronte alla domanda di assistenza sanitaria e socio-assistenziale espressa dagli anziani in situazioni di bisogno. A nessuno può sfuggire che buona parte dell'assistenza agli anziani non autosufficienti sia delegata di fatto ai pazienti stessi e alle loro famiglie attraverso il ricorso all'assistenza informale dei familiari o al pagamento di servizi privati di cura.

Da una prospettiva longitudinale, le forme di assistenza pubblica, informale e privata hanno subito una leggera evoluzione nel tempo (Tab. 2.1). Secondo le stime dell'ISTAT (2011a) relative all'anno 2009, circa il 30% delle famiglie italiane con almeno un anziano ultrasessantacinquenne ha ricevuto un aiuto assistenziale. In un terzo dei casi, si è trattato di aiuti esclusivamente informali, mentre nell'8,7% dei casi solo di aiuti privati. Il confronto tra 2003 e 2009 mette in luce come siano aumentate le famiglie che hanno ricevuto aiuto, ma anche che meno famiglie ricevono cure esclusivamente informali, mentre aumentano aiuti privati, pubblici e mix.

Tabella 2.1 - Famiglie con almeno un anziano over 65 anni che hanno ricevuto almeno un aiuto di tipo assistenziale nelle precedenti 4 settimane, per provenienza dell'aiuto (% sul totale delle famiglie della stessa area geografica) (anni 2003-2009)

Ripartizioni geografiche	Anno	Provenienza dell'aiuto assistenziale				
		Solo aiuti informali	Solo aiuti privati	Solo aiuti dal comune e da istituzioni pubbliche	Mix di aiuti	Nessun aiuto
Nord-ovest	2003	10,2	4,5	2,2	5,4	77,8
	2009	9,1	8,1	2,6	5,7	74,5
Nord-est	2003	13,1	7,1	2,5	6,7	70,6
	2009	10,0	9,8	3,3	10,1	66,8
Centro	2003	11,8	7,1	1,6	7,3	72,2
	2009	9,0	8,2	3,6	7,3	71,9
Mezzogiorno	2003	14,3	6,0	1,6	5,9	72,3
	2009	11,5	8,9	2,7	7,6	69,2
Italia	2003	12,4	6,0	2,0	6,2	73,5
	2009	10,0	8,7	3,0	7,5	70,8

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2011a).

In questa edizione del Rapporto è stato deciso di presentare un approfondimento dedicato ai tipi di assistenza informale e privata non sostenuti direttamente da alcun intervento pubblico. Tale lavoro si è reso necessario perché non è possibile ragionare e mettere in discussione il sistema di LTC italiano senza rendersi conto delle interdipendenze e complementarità tra settori pubblico, familiare e privato che si sono sistematizzate nel tempo. Se nella Bussola (capitolo 1 del Rapporto) si è fornita una panoramica dettagliata dell'offerta di servizi pubblici per LTC, in maniera complementare si vuole, in questa sede, dimostrare l'entità del fenomeno delle cure informali e private per completare il quadro generale della situazione in Italia.

In questo capitolo distinguiamo dunque tre tipi di assistenza non fornita o finanziata direttamente dal settore pubblico. In primo luogo, consideriamo l'assistenza informale da parte di caregiver familiari, la quale costituisce uno dei pilastri più noti della LTC italiana. Per caregiver familiare si intende solitamente una persona che fornisce aiuto a un familiare (un coniuge, un genitore o suocero, un nonno, ecc.) nelle attività della vita quotidiana (*Activities of Daily Living, ADL*) o in quelle strumentali (*Instrumental Activities of Daily Living, IADL*), così come nella gestione delle cure, nell'accompagnamento e

in altre attività di supporto. In Italia, così come in altri Paesi dell'Europa meridionale, esiste una generale accettazione e preferenza culturale del fatto che la famiglia sia incaricata della cura all'anziano (Commissione europea, 2007; Da Roit, 2007).

In secondo luogo, un altro pilastro della LTC è costituito dal fenomeno delle assistenti familiari ⁽¹⁾ (c.d. badanti), che hanno raggiunto numeri impressionanti nel contesto italiano: si stima che in Italia ci siano oltre 800.000 assistenti familiari (Pasquinelli, 2013), assunte in maniera regolare o irregolare. In questo caso, le assistenti familiari sono lavoratrici private che prestano attività di tipo socio-assistenziale, nonché domestica, ad anziani con limitazioni funzionali. Il fenomeno è andato crescendo negli anni, sostenuto anche dalla disponibilità di molti anziani dell'indennità di accompagnamento: è stato infatti dimostrato che esiste una correlazione diretta tra il beneficio dell'indennità e la scelta di assumere un'assistente familiare (Barbabella *et al.*, 2015).

Infine, una terza funzione, minoritaria ma emergente, è costituita da quell'insieme di servizi di assistenza e di natura finanziaria che sono disponibili nel settore privato per complementare (o sostituire) la cura all'anziano non autosufficiente. Si tratta di servizi *out-of-pocket*, pagati esclusivamente da anziani e famiglie attraverso vari sistemi di pagamenti *una tantum* o tramite regimi assicurativi e di protezione sociale privata.

Specularmente alla classica Bussola, in questo lavoro si tenta di ricostruire un quadro informativo delle principali fonti, istituzionali e non, in merito all'assistenza familiare e privata per anziani non autosufficienti in Italia. Seppure molti tipi di assistenza descritti in questo capitolo costituiscano risorse fondamentali del sistema di LTC, è indubbio che in molti casi non esistono fonti ufficiali che ne monitorino l'andamento e le conseguenze sociali ed economiche. Per questo, accanto a indagini ISTAT o altre fonti ufficiali, sono state prese in considerazione altre *survey* e ricerche condotte nel settore, in modo da proporre stime affidabili del fenomeno, consci delle inevitabili limitazioni metodologiche. I principali interventi e fonti considerati sono stati raccolti nel Box 2.1 e includono:

1. caregiver familiari: assistenza informale prestata da persone che si prendono cura di un proprio familiare anziano a titolo gratuito;

⁽¹⁾ Sebbene esista un segmento di uomini impiegati come assistenti familiari, la maggior parte della forza lavoro è costituita da donne: per convenienza, in questo capitolo utilizziamo l'accezione femminile per indicare tutti i lavoratori.

2. assistenti familiari: assistenza prestata da lavoratori direttamente assunti dall'anziano o dalla sua famiglia;
3. altra assistenza privata *out-of-pocket* ⁽²⁾: in quest'ultima categoria si fa riferimento a servizi di natura sanitaria e socio-assistenziale prestati da organizzazioni private (non- o for-profit), nonché a servizi integrativi (fondi integrativi, ecc.) e assicurativi (sulla salute, sulla vita, ecc.) acquistati direttamente dall'anziano o dalla famiglia sul mercato.

Box 2.1 - Tipi di assistenza continuativa a carattere familiare o privato per anziani non autosufficienti analizzati e fonti utilizzate

Tipo di assistenza	Fonte istituzionale disponibile	Ultimo anno disponibile
Caregiver familiari	Rapporto annuale. La situazione del Paese nel 2010 (ISTAT)	2010
	La conciliazione tra lavoro e famiglia (ISTAT)	2010
	Aspetti della vita quotidiana (ISTAT)	2013
	Quarto rapporto sulla coesione sociale (ISTAT)	2012
Assistenti familiari	Osservatorio sul lavoro domestico (INPS)	2014
Altra assistenza privata <i>out-of-pocket</i>	La spesa per consumi delle famiglie (ISTAT)	2014
	I Fondi sanitari tra integrazione, sostituzione e complementarietà (RBM Salute)	2010
	Aspetti della vita quotidiana (ISTAT)	2013

I vari tipi di assistenza sono analizzati nel dettaglio nei successivi paragrafi. Nell'ultima sezione si forniscono alcuni elementi e spunti di riflessione, anche facendo riferimento alla complementarietà e integrazione delle componenti pubbliche, informali e private di cura.

2. Caregiver familiari

Anche a livello europeo, si stima che l'assistenza familiare fornita dai caregiver rappresenti l'80% dell'intero ammontare della LTC per anziani (Triantafyllou *et al.*, 2010). Dal momento che si tratta di una figura non formalizzata,

⁽²⁾ In senso stretto, anche le assistenti familiari costituiscono un tipo di assistenza *out-of-pocket*, dal momento che sono pagate direttamente e interamente da anziani e famiglie. Tuttavia, data la rilevanza del fenomeno nel contesto italiano, si è preferito trattare le assistenti familiari separatamente.

non esistono ‘censimenti’ di caregiver familiari, ma alcuni dati sono disponibili sotto forma di stime. L’ISTAT (2011b), nella sua indagine *La conciliazione tra lavoro e famiglia*, ha stimato che in Italia ci sono circa 3.330.000 persone tra i 15 ed i 64 anni che si prendono cura di adulti (inclusi anziani, malati e disabili), di cui due terzi nella fascia d’età 45-64 anni (Tab. 2.2). L’8,6% della popolazione italiana adulta risulta dunque impegnata in attività assistenziali gratuite, con percentuali più alte nel Centro Italia (vicine al 10%).

Tabella 2.2 - Frequenza di caregiver informali: adulti (15-64 anni) che si prendono cura di persone adulte (anziani, malati, disabili) per classe d’età e ripartizione geografica (n. assoluto e % su popolazione di riferimento) (anno 2010)

N. caregiver di adulti				
	Maschi	Femmine	Totale	% su pop. riferimento
Classe di età				
15-24	71.000	98.000	169.000	2,8
25-34	110.000	162.000	271.000	3,7
35-44	245.000	433.000	678.000	7,1
45-54	400.000	800.000	1.200.000	14,0
55-64	392.000	619.000	1.011.000	13,8
Ripartizione geografica				
Nord	557.000	943.000	1.499.000	8,6
Centro	277.000	442.000	719.000	9,6
Mezzogiorno	384.000	726.000	1.111.000	8,1
Italia	1.218.000	2.111.000	3.329.000	8,6

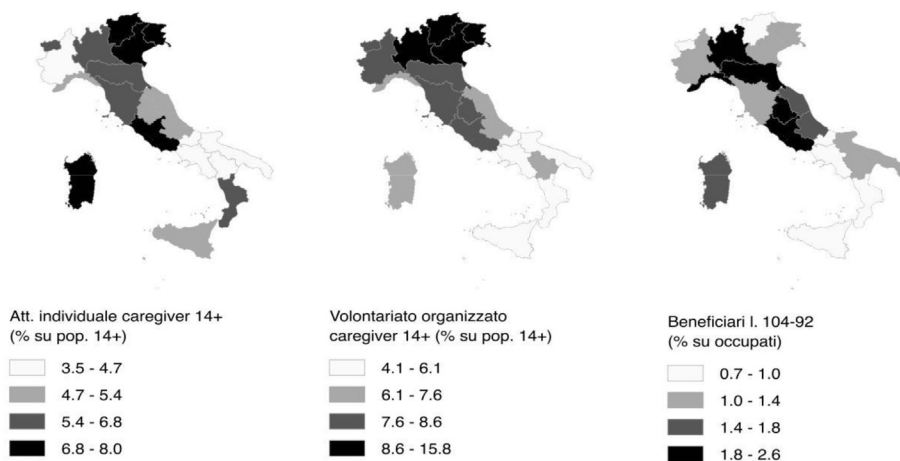
Fonte: ns. elaborazione su dati ISTAT (2011b, 2015a).

Una panoramica regionale sulle attività dei caregiver può essere ripresa dall’ultima indagine multiscopo dell’ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana relativa all’anno 2013 (Fig. 2.1). In questo caso, pur non avendo il computo di caregiver che prestano specificatamente aiuto ad anziani, è interessante osservarne il tasso, distinguendo coloro che sono impegnati in attività individuali o in volontariato organizzato. A fronte di una porzione del 5,8% della popolazione nazionale coinvolta nell’aiuto individuale di altre persone (per circa 16 ore mensili), il tasso di ‘altruismo’ è particolarmente più alto in alcune regioni del Nord (Friuli-Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige, Veneto) e del Centro-Sud (Lazio, Sardegna). Per certi versi, sorprende che molte regioni del Centro e del Mezzogiorno siano sotto la media nazionale (Basilicata, Campania, Molise, Puglia, Umbria). Stime

simili sono riportate per quanto riguarda le attività di aiuto prestato tramite volontariato organizzato, in cui si registrano ovunque tassi più alti, con una media nazionale vicina all'8%.

Un indicatore significativo che può dare un'idea dello 'sforzo' dei caregiver familiari nelle singole regioni è dato dal *Quarto rapporto sulla coesione sociale* a cura dell'ISTAT (2013), il quale rileva il numero di persone occupate che hanno beneficiato della legge n. 104/1992 ⁽³⁾ nel 2012. Seppure i dati mostrati in figura includano sia persone occupate disabili, sia occupati con familiari in situazione di disabilità, l'indicatore è comunque significativo, dal momento che il 78% dei beneficiari dei permessi lavorativi rientravano nella seconda categoria (erano, cioè, caregiver familiari). In questa prospettiva, si può vedere come il tasso di utilizzo dei permessi sia molto superiore al Centro-nord, soprattutto in Lazio e Umbria.

Figura 2.1 - Frequenza di caregiver informali: adulti (14+ anni) che hanno prestato attività gratuite individuali o tramite volontariato a beneficio di altre persone non coabitanti nelle precedenti 4 settimane (% su popolazione 14+) (anno 2013) e persone occupate che hanno beneficiato della legge 104/1992 (% su totale occupati) (anno 2012)



Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2015b, 2013).

⁽³⁾ La legge n. 104 del 5 febbraio 1992 è la "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate". Essa costituisce la legge di riferimento (con alcuni emendamenti successivi) per quanto riguarda i diritti delle persone con disabilità (minorazione fisica, psichica o sensoriale), nonché dei loro familiari in termini di permessi lavorativi e altre agevolazioni.

Per quanto riguarda gli anziani che ricevono aiuto, ancora l'ISTAT (2011a) fornisce alcune stime (per ripartizione geografica e non per regione) sul numero di famiglie con anziani che ricevono aiuti gratuiti da altre persone (Tab. 2.3). Considerando il dato più recente riferito al 2009, si può vedere come la maggior parte degli aiuti siano concentrati nelle attività domestiche (quasi la metà delle famiglie con anziani ne beneficia), con livelli alti anche di supporto nelle pratiche burocratiche e nelle attività sociali (compagnia, accompagnamento, ospitalità). Interessante è andare a vedere come questi aiuti siano cambiati nel tempo nelle varie aree geografiche. Nel Nord-ovest, nel periodo 2003-2009 la percentuale di famiglie con anziani che beneficia di aiuti rimane stabile in alcuni casi (assistenza, attività domestiche e sociali), mentre decresce addirittura in altri (aiuti economici e prestazioni sanitarie), con un aumento solo nel supporto in ambito burocratico. Il Nord-est e il Centro si comportano invece in maniera molto simile tra loro, aumentando significativamente quasi tutti gli aiuti (in particolare, nelle pratiche burocratiche), ad eccezione dell'aiuto economico (stabile nel Nord-est, aumentato del 50% circa nel Centro tra il 2003 e il 2009). Anche il Mezzogiorno condivide un aumento dell'aiuto economico (quasi raddoppiato), dell'assistenza e delle pratiche burocratiche, mentre calano tutti gli altri tipi.

Tabella 2.3 - Famiglie con almeno un anziano (65+ anni) che hanno ricevuto un aiuto gratuito da persone non coabitanti nelle precedenti 4 settimane, per tipo di aiuto (% sul totale delle famiglie dello stesso tipo) (anni 2003-2009)

Ripartizioni geografiche	Anno	Aiuto economico	Prestazioni sanitarie	Assistenza di adulti	Attività domestiche	Compagnia, accompagnamento, ospitalità	Espletamento di pratiche burocratiche
Nord-ovest	2003	8,6	32,9	27,3	47,4	36,6	39,2
	2009	5,9	27,0	26,0	46,4	37,0	43,2
Nord-est	2003	4,6	28,0	27,8	52,8	38,4	31,1
	2009	4,5	31,9	33,5	50,6	42,5	50,5
Centro	2003	8,1	29,8	26,3	46,1	34,3	28,7
	2009	12,5	34,6	28,5	45,9	36,7	41,4
Mezzogiorno	2003	4,5	40,2	27,5	52,7	38,4	34,3
	2009	8,7	37,3	33,2	44,8	37,5	37,2
Italia	2003	6,3	33,8	27,3	50,1	37,1	33,6
	2009	7,9	33,2	30,7	46,6	38,3	40,1

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2011a).

3. Assistenti familiari

Anche per via dei bassi livelli di copertura e intensità dei servizi formali di LTC e della diffusione dell'indennità di accompagnamento (oltre il 12% degli anziani ne beneficia), la persona non autosufficiente spesso continua a vivere nella comunità, facendo affidamento sull'assistenza informale fornita dalle famiglie ed al lavoro di cura privato delle assistenti familiari, nella maggior parte dei casi, migranti (Lamura *et al.*, 2010). La stima del numero di tutte le assistenti familiari, anche irregolari, suggerisce che in Italia operino, indicativamente, 830mila assistenti familiari⁽⁴⁾, di cui circa il 90% straniere e di cui due terzi senza un contratto di lavoro, di solito senza alcuna formazione nella cura o nell'assistenza infermieristica (Pasquinelli e Rusmini, 2013). La condizione di regolarità contrattuale e residenziale in cui si trovano le donne straniere occupate come assistenti familiari incide in maniera significativa sulle loro prospettive di vita e di lavoro (Pasquinelli 2013):

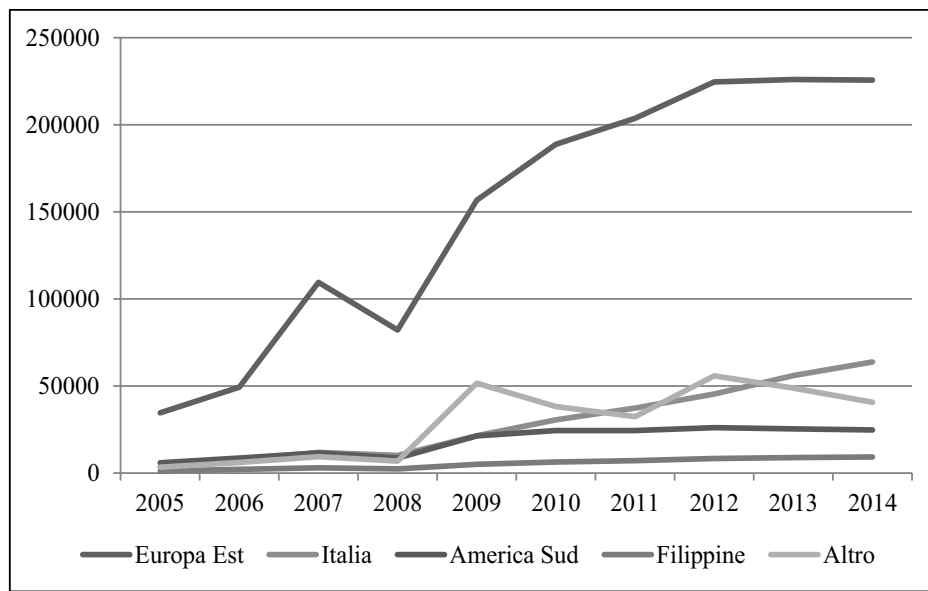
1. chi è irregolarmente residente in Italia, perché entrato clandestinamente o perché i documenti con cui è entrato sono scaduti, non ha alcuna prospettiva di formazione, sviluppo professionale, connessione con i servizi pubblici;
2. chi ha il permesso di soggiorno, ma lavora senza un regolare contratto, ha delle possibilità di integrazione sociale e lavorativa, può accedere a corsi di formazione, albi, sportelli, anche se la sua condizione lavorativa e sociale è spesso precaria;
3. chi ha il permesso di soggiorno e un regolare contratto di lavoro, seppure per meno ore di quelle effettivamente lavorate, ha più possibilità di integrarsi nel tessuto socio-lavorativo del nostro Paese;
4. solo una minoranza delle assistenti familiari si trova in una condizione di completa regolarità.

⁽⁴⁾ Tale stima si basa su una procedura, affinata negli anni, che unisce fonti ufficiali e fonti informali e consiste in un calcolo che utilizza i dati INPS relativi ai lavoratori domestici, i dati sui cittadini stranieri residenti (ISTAT) e su quelli irregolarmente soggiornanti (ISMU), nonché la testimonianza di molti interlocutori (Centri di ascolto della Caritas, sindacati, associazioni di volontariato, cooperative sociali, servizi impegnati nell'orientamento e nell'accompagnamento all'inserimento lavorativo).

L'irregolarità si alimenta di reciproche convenienze: le famiglie pagano meno e sono libere da vincoli, mentre le assistenti familiari rinunciano a un insieme di garanzie e di tutele, in cambio di una paga più vantaggiosa. Alla base di queste scelte sta anche il costo troppo elevato della regolarizzazione e la mancanza di un ritorno economico per le lavoratrici (Mesini *et al.*, 2006).

Pur consapevoli delle limitazioni derivanti dall'utilizzo di dati relativi soltanto alle assistenti familiari impiegate con regolare contratto (ricavati dall'Osservatorio INPS sul lavoro domestico), essi ci permettono comunque di far emergere le principali caratteristiche di queste lavoratrici, che, con le dovute cautele, sono generalizzabili per tutta la categoria. Dall'analisi di questi dati nel periodo 2005-2014 (Fig. 2.2) emerge che la prima area di invio è costituita storicamente dall'Est Europa, in particolare dalla Romania (che copre circa un quarto della forza lavoro migrante complessivamente impiegata nelle cure a lungo termine), mentre tutte le altre principali nazionalità sono extra-UE (comprese Filippine e America del Sud) (Fondazione Leone Moressa, 2011). Si nota anche che il numero delle lavoratrici migranti è costantemente aumentato nel periodo 2005-2012, naturalmente influenzato da vari motivi, quali ad esempio una domanda di cure a lungo termine in costante aumento e l'innalzamento del livello di partecipazione femminile al mercato del lavoro (con una conseguente inferiore disponibilità di caregiver familiari) (Lamura *et al.*, 2010). Questi fenomeni vengono ad incontrarsi nel quadro della crisi economica, che dal 2009 fa sentire i suoi effetti anche sul mercato del lavoro per la LTC: emerge infatti che il numero di assistenti familiari italiane ha iniziato ad aumentare in modo lineare proprio da quell'anno, mentre la crescita relativa alle omologhe straniere si è arrestata (dovuta a una minore propensione a spendere delle famiglie).

Figura 2.2 - Trend delle assistenti familiari registrate all'INPS in base alle aree di provenienza (dati annuali 2005-2014)



Fonte: INPS (vari anni).

Per quanto riguarda la distribuzione delle assistenti familiari nelle regioni italiane (Tab. 2.4), almeno per quanto riguarda quelle assunte con regolare contratto, Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana sembrano distanziare le altre regioni italiane. È però necessario leggere questo dato comparandolo con il numero di ultra 75enni presenti nelle regioni italiane (che sono i principali ricettori delle cure prestate dalle assistenti familiari) e disaggregandolo a seconda della provenienza delle assistenti familiari.

Il primo risultato che colpisce da questa analisi è l'alta concentrazione di assistenti familiari in Sardegna. Se mediamente in Italia si possono trovare poco più di 5 assistenti familiari per 100 cittadini con più di 75 anni regolarmente assunte, in Sardegna questo valore supera il 16%. Proprio in Sardegna la percentuale di lavoratrici italiane è molto elevata (75,4%) e supera di gran lunga quella delle assistenti dell'Europa orientale, le quali costituiscono in media il 60% nel panorama italiano. Viene così confermata la tendenza già rilevata nell'isola secondo cui le donne del posto vanno a sostituire le immigrate nel lavoro di cure a domicilio (Merlini, 2013).

Anche se in misura minore, in tutte le regioni del Sud Italia la proporzione di assistenti familiari italiane è superiore alla media del Paese, facendo

intuire che la carenza di altri lavori ha spinto le donne di queste zone ad intraprendere questa professione. Si può anche ipotizzare che questo fenomeno sia talmente elevato in Sardegna non solo per una più aspra condizione del mercato del lavoro, ma anche per la posizione geografica isolata che non ha permesso di compensare la carenza di posti di lavoro attraverso la migrazione interna ed esterna.

Tabella 2.4 - Assistenti familiari per provenienza (n. assoluti e % sul totale) e ricorso alle stesse da parte di anziani (75+ anni) (% assistenti familiari su popolazione 75+) (2014)

Regioni	N. assistenti familiari	Di cui italiane (%)	Di cui provenienti da Europa Est (%)	Ricorso ad assistenti familiari (% su pop. 75+)
Piemonte	31.997	13,9	65,5	5,9
Valle d'Aosta	1.283	14,5	65,2	9,1
Liguria	14.280	12,7	48,6	6,1
Lombardia	54.623	8,7	57,5	5,2
Trentino-Alto Adige	7.227	15,4	73,8	7,2
Veneto	31.553	10,9	79,6	6,1
Friuli-Venezia Giulia	10.143	16,5	74,1	6,8
Emilia-Romagna	42.761	8,3	78,1	7,9
Toscana	38.090	11,0	64,4	8,0
Umbria	8.352	8,9	74,8	7,3
Marche	12.236	14,1	71,4	6,2
Lazio	33.280	10,3	61,7	5,6
Abruzzo	6.680	14,6	74,3	4,3
Molise	979	20,1	73,3	2,5
Campania	15.898	23,3	57,7	3,4
Puglia	11.020	21,1	52,5	2,8
Basilicata	1.727	16,4	75,8	2,6
Calabria	5.134	33,1	47,0	2,6
Sicilia	9.401	31,0	44,2	1,9
Sardegna	27.468	75,4	20,8	16,5
ITALIA	364.132	17,5	62,0	5,4

Fonti: ns. elaborazioni su dati INPS, *Osservatorio sul lavoro domestico* (2014), e ISTAT (2015a).

Il ruolo negativo ma significativo della crisi economica è stato anche evidenziato dallo studio di Paolisso (2013), condotto su un campione di 1.500

over 75 su tutto il territorio nazionale, dal quale emerge che, per pagare l'assistente familiare, tre quarti dei soggetti intervistati riduce qualità e quantità dei cibi e quasi la metà deve chiedere aiuto ai figli. Spesso nemmeno tutti questi sacrifici sono sufficienti: infatti il 55% dei soggetti ha dovuto ridimensionare l'aiuto dell'assistente familiare ed il 25% vi ha dovuto rinunciare del tutto. Le conseguenze di questa riduzione o rinuncia dell'assistente familiare generano un rischio di peggioramento della salute e della qualità della vita e di un aumento di ricoveri, mentre tutto il peso dell'impegno assistenziale ricade sui familiari.

Le assistenti familiari straniere sono assunte principalmente per svolgere lavoro domestico, preparare e somministrare i pasti, per compagnia e cura personale, mentre i compiti meno frequentemente delegati riguardano la gestione delle finanze, l'organizzazione dell'assistenza ed il trasporto. La convivenza rappresenta una condizione abitativa che predispone ad un coinvolgimento più frequente dell'assistente familiare in tutte le attività, ad eccezione di quelle sulle quali la famiglia desidera continuare a mantenere il controllo (gestione delle finanze, organizzazione dell'assistenza e trasporto) (IRS, 2011).

Quando la famiglia impiega un'assistente familiare straniera convivente, la riduzione del ruolo dei servizi domiciliari appare sostanziale per la maggior parte dei compiti fino al completo spiazzamento. Le uniche due attività che continuano ad essere delegate in misura notevole ai servizi domiciliari sono la cura personale ed il trasporto, per le quali non sempre l'assistente familiare possiede i mezzi e/o le professionalità necessarie.

In ogni caso, l'opzione della convivenza sembra rappresentare la situazione che più di ogni altra può indurre una sorta di effetto "crowding-out" (o di sostituzione) dei servizi di assistenza domiciliare da parte delle assistenti familiari straniere (Di Rosa *et al.*, 2012).

A livello di *policy*, non ci sono stati interventi particolari da parte dei Governi centrali in questi ultimi anni per regolare il mercato privato delle assistenti familiari. In linea generale, sono disponibili degli incentivi fiscali per i destinatari delle cure e per le relative famiglie che impiegano lavoratori nel settore dell'assistenza domiciliare con contratti regolari (legge n. 342/2000 e legge n. 296/2006). D'altra parte, l'opzione strategica principale adottata per affrontare il caso dei cittadini extracomunitari in questione è stata la legalizzazione di quelle persone impiegate nel mercato parallelo senza un regola-

re contratto o anche un permesso di soggiorno. Alcuni decreti *ad hoc* hanno permesso sia ai migranti che ai loro datori di lavoro di regolarizzare la loro posizione senza conseguenze legali.

4. Altra assistenza privata *out-of-pocket*

In questo paragrafo si cerca di tracciare le dimensioni di due tipi di servizi che, seppur diversi tra loro, fanno riferimento alla spesa privata *out-of-pocket* di anziani non autosufficienti e famiglie per ottenere prestazioni socio-sanitarie e/o trasferimenti monetari in caso di bisogno da organizzazioni private.

Il primo tipo riguarda l'assistenza domiciliare privata, intesa come insieme di servizi sanitari e/o socio-assistenziali acquistati (*una tantum* o a 'pacchetto') per ottenere aiuto pratico nelle attività della vita quotidiana. Nonostante le diverse interpretazioni del fenomeno, è chiaro come, negli ultimi anni, il ricorso alla sanità e all'assistenza private abbia registrato un crescente e consistente aumento. Il modello di assistenza previsto, in molti casi, è principalmente domiciliare e può comprendere un piano assistenziale personalizzato, nonché altri servizi (ad esempio: veglia in ospedale; ricerca, sostituzione e formazione di assistenti familiari; fornitura di ausili). Non esistendo dati specifici su spesa e copertura di servizi privati di LTC, dobbiamo rifarci ai dati ISTAT più generali sulle informazioni disponibili sul consumo delle famiglie italiane nel settore della salute. Sono due le voci di spesa che possono interessare la nostra analisi, seppure non necessariamente legate a servizi di LTC in senso stretto: servizi sanitari e spese per la salute; altri beni e servizi, in cui l'ISTAT include spese per beni e servizi per la cura della persona, effetti personali, servizi di assistenza sociale, assicurazioni e finanziari. In particolare, considerando le spese delle sole famiglie anziane (Tab. 2.5), si nota come il 6% circa delle spese sostenute dagli anziani che vivono da soli o in coppia sia, per i servizi sanitari, un valore superiore rispetto a quello della popolazione generale (4,4%). È interessante il fatto che, in proporzione, una coppia con almeno un anziano tende a spendere la stessa quota di risorse rispetto ad un anziano solo. Riguardo all'altra voce generale di spesa per altri beni e servizi, le spese registrate per le famiglie mononucleari di anziani sono tendenzialmente più basse rispetto a quelle di coppie anziane (5,8% vs. 7,4%).

Tabella 2.5 - Spesa media mensile totale di persone e coppie anziane (65+ anni) per tutti i beni e servizi, per servizi sanitari e spese per la salute, e per altri beni e servizi (in euro) (anno 2014)

	Spesa media mensile (euro)	Servizi sanitari e spese per la salute		Altri beni e servizi	
		euro	% su totale	euro	% su totale
Anziano solo (65+ anni)	1.630	100	6,1	95	5,8
Coppia senza figli con persona di riferimento anziana (65+ anni)	2.490	149	6,0	185	7,4

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2015c).

Il secondo tipo di assistenza *out-of-pocket* che trattiamo in questo paragrafo è quello che consente all'anziano e ai suoi familiari di accedere a servizi integrativi al Servizio sanitario nazionale e/o rimborsi delle spese su salute e non autosufficienza tramite pagamento di quote mensili a fondi, casse e assicurazioni in genere.

Da un lato, i fondi sanitari integrativi e gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso sono stati disciplinati nel recente passato ⁽⁵⁾ al fine di potenziare tale settore e convogliare in modo efficiente le risorse private verso i bisogni individuali dei pazienti. Al fine di godere di alcune agevolazioni fiscali, tali fondi e società devono essere iscritti alla rispettiva Anagrafe presso il Ministero della salute e dedicare almeno il 20% delle risorse verso i servizi per la non autosufficienza. Gli iscritti a tali fondi e società, nonché i loro familiari, possono dunque godere di rimborsi sulle spese effettuate per prestazioni sanitarie e dell'accesso a strutture convenzionate dietro il pagamento di quote mensili. Tali quote possono essere obbligatorie (perché previste, ad esempio, dal contratto nazionale di lavoro, nel contratto concordato con la singola azienda o nel regolamento dell'ordine professionale di appartenenza) o volontarie (sia all'interno del proprio contratto di lavoro che accedendo a fondi "aperti") ⁽⁶⁾. Tuttavia, anche se i fondi sanitari integrativi e le società di

⁽⁵⁾ I fondi sanitari integrativi sono stati istituiti con il decreto legislativo n. 502/1992, mentre gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso aventi fini assistenziali sono stati inclusi nella normativa dell'assistenza integrativa con i decreti del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 del Ministro della salute.

⁽⁶⁾ Un esempio in questo senso è rappresentato dal Fondo gestione unitaria delle prestazioni creditizie e sociali della gestione ex INPDAP dell'INPS, al quale dipendenti

mutuo soccorso sono stati promossi come un potenziale “secondo pilastro” della sanità e del welfare in Italia, a tutt’oggi sono pochissime le persone nella fascia anziana della popolazione che risultano iscritte a fondi di questo tipo (Tab. 2.6). Da una ricerca di RBM Salute (2012) si scopre come solo il 2,1% degli iscritti sia ultrasessantacinquenne, mentre la maggioranza ricade nella fascia d’età 21-65 anni. In particolare, la quota di anziani iscritti è più alta nel caso di contratti aziendali, mentre nei contratti nazionali di lavoro la quota è risibile.

Tabella 2.6 - Assistiti per classe d’età, tipo di fondo e di gestione (% su totale dello stesso tipo di fondo o gestione) (anno 2010)

Tipo di fondo	0-20 anni	21-65 anni	65+ anni
Aziendale	25,5%	68,9%	5,6%
CCNL	1,7%	97,5%	0,8%
Totale fondi	8,2%	89,7%	2,1%

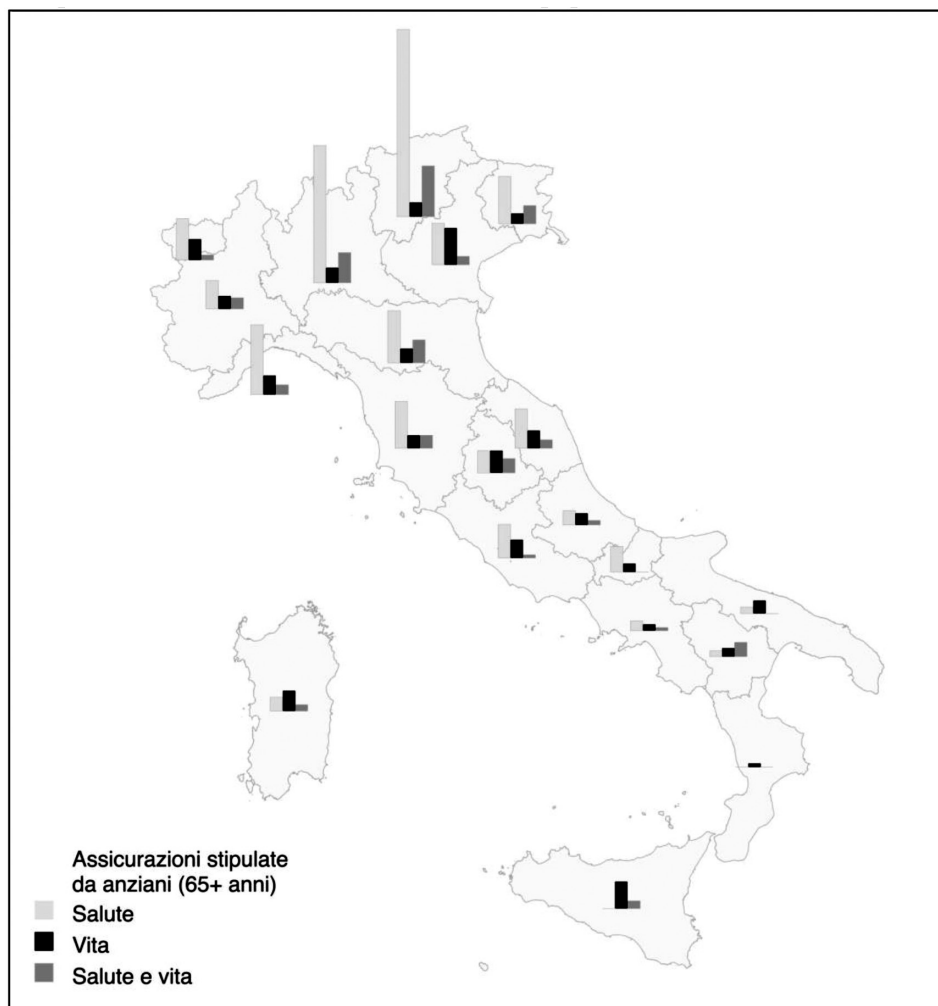
Fonte: elaborazioni Censis su dati Previmedical (RBM Salute, 2012).

Dall’altro lato, il fenomeno di polizze di LTC offerte da compagnie assicurative in Italia sta crescendo. A differenza delle comuni assicurazioni sulla salute (stipulate per garantirsi dei benefici in caso di malattie o infortuni) e di quelle sulla vita (legate spesso al rischio di morte), le polizze di LTC promettono dei rimborsi che possono configurarsi come un contributo *una tantum* fisso o fino a un massimale mensile/annuale (con la possibilità di beneficiare di sconti sulle strutture sanitarie convenzionate) nel caso in cui il cliente incorra in una situazione di non autosufficienza (temporanea o permanente). Anche in questo caso, tuttavia, il mercato non sembra ancora maturo: dati ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana (ISTAT, 2015d) mostrano come il 90% degli anziani in Italia non possieda alcun tipo di assicurazione, meno del 6% abbia una polizza sulla salute, il 2,5% sulla vita e solo l’1,6% entrambe (Fig. 2.3). La regione che registra la maggior frequenza di polizze assicurative sulla salute è il Trentino-Alto Adige, seguita dalla Lombardia e

e pensionati pubblici possono aderire e contribuire per accedere alle prestazioni dell’area credito e attività sociali sostenute dall’ente. Nello specifico della disabilità e non autosufficienza, l’ente attiva annualmente (tramite bandi locali) il progetto Home Care Premium (HCP) finalizzato alla cura a domicilio delle persone non autosufficienti iscritte al Fondo (o dei parenti di primo grado degli iscritti). Le prestazioni erogate sono contributi economici volti a sostenere servizi socio-assistenziali per il non autosufficiente, definiti tramite uno specifico piano assistenziale.

dalle altre regioni del Nord. Nel caso delle assicurazioni sulla vita il Veneto ed il Friuli-Venezia Giulia guidano la classifica, seguite a sorpresa dalla Sicilia, mentre Trentino-Alto Adige ed Emilia-Romagna sono le regioni in cui più frequentemente si stipulano entrambi i tipi di assicurazione.

Figura 2.3 - Assicurazioni sulla salute (inclusi infortuni) e/o sulla vita (incluse pensioni integrative) stipulate da anziani (65+ anni) per combinazione di assicurazioni (% su pop. 65+) (anno 2013)



Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2015d).

5. Uno sguardo d'insieme

Nei paragrafi precedenti è emerso come la presa in carico degli anziani non autosufficienti venga affrontata dalle famiglie da una molteplicità di punti di vista, facendo ricorso a tutti gli strumenti loro disponibili, anche attraverso l'utilizzo di un mix di servizi.

La Fig. 2.4 intende riassumere tutte queste opportunità quantificandole da un punto di vista economico. Si tratta di una stima grezza del valore assoluto delle principali componenti di spesa pubblica e di assistenza informale e privata per persone non autosufficienti (non solo anziani) in Italia, elaborata attraverso il confronto di dati ufficiali e stime di settore. Al di là delle limitazioni metodologiche e della cautela che bisogna necessariamente adottare nel fare simili confronti, si possono comunque trarre indicazioni importanti sull'effettiva composizione della spesa di LTC in Italia. Le due componenti più sostanziose sono quelle relative alla spesa sanitaria per LTC (la quale comprende l'assistenza nella comunità, nonché quelle semi-residenziali e residenziali per persone non autosufficienti) ed alla spesa per l'indennità di accompagnamento corrisposta dall'INPS. Queste fanno parte delle voci di spesa pubblica per LTC, insieme alla spesa sociale dei comuni ed alla spesa per benefici derivanti dalla legge n. 104/1992. Sommando queste componenti, si stima che oltre 31 miliardi di euro l'anno vengano messi a disposizione dal settore pubblico sia sotto forma di servizi in natura (*in-kind*) che sotto forma di trasferimenti monetari.

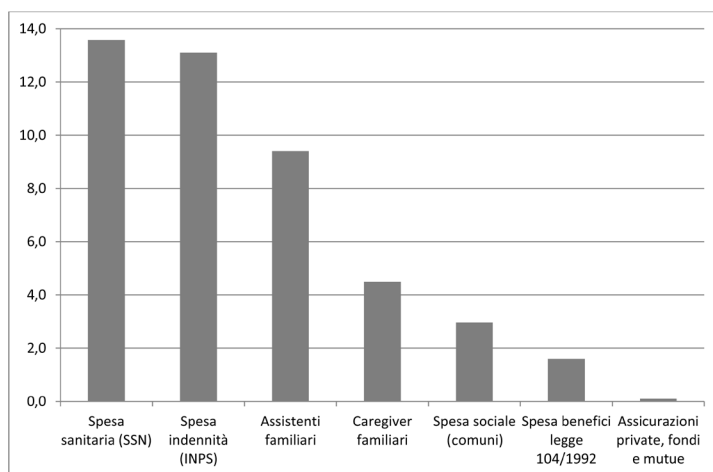
Dal canto loro, le famiglie si trovano a dover gestire comunque direttamente la situazione assistenziale, visto che la persona non autosufficiente vive prevalentemente nella comunità, dovendo attingere in molti casi sia ai trasferimenti monetari concessi (come l'indennità di accompagnamento), sia alle proprie disponibilità finanziarie. L'aiuto esterno al quale fanno ricorso più frequentemente sono le assistenti familiari: si stima infatti che nel complesso le famiglie spendano circa 9,4 miliardi di euro l'anno per ricorrere ad aiuti di questo tipo, anche se di questi solo circa 2,6 miliardi corrispondono a contratti regolari (ns. elaborazioni su dati INPS, 2014).

La disponibilità di servizi pubblici o privati di assistenza, in ogni caso, non esonera le famiglie dal farsi carico personalmente dell'attività di assistenza: non a caso la quarta componente della figura è rappresentata proprio dal valore economico delle ore impiegate nella cura di non autosufficienti, calcolato in circa 4,5 miliardi di euro: si tratta, ad ogni modo, di un dato largamente sottostimato. Infine, seppure assicurazioni, fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso siano spesso citati come potenziale opzione fornita

dal settore privato per contribuire all'assistenza dei non autosufficienti, essi rappresentano ancora una voce marginale di spesa delle famiglie.

In tal senso, è possibile sostenere che, in termini monetari, circa un terzo delle risorse per le cure di LTC proviene da pazienti e famiglie, sia come valore dell'assistenza informale, sia come spesa *out-of-pocket* per servizi in natura e/o assicurativi. Tale dato è presumibilmente sottostimato (soprattutto per quanto riguarda l'assistenza informale) e richiederebbe ulteriori e migliori indagini sistematiche per svelare l'effettivo valore di queste componenti e il loro ruolo nel supportare il sistema pubblico di continuità assistenziale.

Figura 2.4 - Valore dell'assistenza pubblica, informale e privata per persone non autosufficienti (miliardi di euro) ⁽⁷⁾



Fonte: ns. stime su dati IRES (2010), RBM Salute (2012), RGS (2014), Spandonaro (2014) e Welfare Italia (2014).

⁽⁷⁾ La spesa sanitaria (SSN), quella per indennità di accompagnamento (INPS) e quella per gli interventi sociali (comuni) sono calcolate a partire dai valori indicati dalla RGS (2014) per la LTC rivolta a tutta la popolazione. La spesa per assistenti familiari è una stima elaborata da Welfare Italia (2014) riguardante i costi delle famiglie per assistenza personale, assistenti familiari e accompagnamento (non relative a soli anziani). Il valore dell'attività dei caregiver familiari è una stima elaborata da IRES (2010) riguardante l'assistenza socio-assistenziale prestata da anziani (55+ anni) ad adulti e anziani con disabilità (che quindi sottostima il fenomeno reale, non prendendo in considerazione caregiver più giovani). La spesa per i benefici della legge n. 104/1992 è una stima elaborata da Spandonaro (2014). La spesa per assicurazioni private, fondi e mutue è calcolata a partire dalle stime di RBM Salute (2012) riguardanti l'intera componente di spesa privata intermediata per la salute (non solo polizze o fondi specifici per LTC): il fenomeno è quindi qui sovrastimato, nonostante il valore già di per sé molto basso.

Bibliografia

- BARBABELLA F., CHIATTI C., RIMLAND, J.M. MELCHIORRE, M.G. LAMURA G., LATTANZIO F. (2015), *Socioeconomic predictors of the employment of migrant care workers by Italian families assisting older Alzheimer's disease patients: Evidence from the Up-Tech study*, in *Journal of Gerontology: Social Sciences*, doi:10.1093/geronb/gbv045.
- DA ROIT B. (2007), *Changing Intergenerational Solidarities within Families in a Mediterranean Welfare State: Elderly Care in Italy*, in *Current Sociology*, 55(2), 251-269.
- DI ROSA M., MELCHIORRE M.G., LUCCHETTI M., LAMURA G. (2012). *The impact of migrant work in the elder care sector: recent trends and empirical evidence in Italy*, in *European Journal of Social Work*, 15(1): 9-27.
- EUROPEAN COMMISSION (2007). *Health and long-term care in the European Union (Special Eurobarometer 283/Wave 67.3)*. Brussels: European Commission.
- FONDAZIONE LEONE MORESSA (2011), *Quali badanti per quali famiglie?* Mestre: Fondazione Leone Moressa. Retrieved from www.fondazioneleonemoressa.org/newsite/wp-content/uploads/2012/06/Quali-badanti-per-quali-famiglie_completo.pdf.
- INPS (vari anni), *Osservatorio sul lavoro domestico*, Roma, Istituto nazionale di previdenza sociale.
- IRES (2010), *Il capitale sociale degli anziani. Stime sul valore dell'attività non retribuita*, Rapporto IRES, www.ires.it/files/upload/Ricerca%20capitale_anziani250310.pdf.
- IRS (2011), *Le assistenti familiari a Genova*, Rapporto di ricerca.
- ISTAT (2011a), *Rapporto annuale. La situazione del Paese nel 2010*, Roma, Istituto nazionale di statistica, www3.istat.it/dati/catalogo/20110523_00/dati.html.
- ISTAT (2011b), *La conciliazione tra lavoro e famiglia*, Roma, Istituto nazionale di statistica, www.istat.it/it/archivio/48912.
- ISTAT (2013), *Quarto rapporto sulla coesione sociale. Volume II*, Roma, Istituto nazionale di statistica, www.istat.it/it/archivio/108637.
- ISTAT (2015a), *Demografia in cifre*, Roma, Istituto nazionale di statistica, www.demo.istat.it.
- ISTAT (2015b), *I.Stat – Database*, Roma, Istituto nazionale di statistica, <http://dati.istat.it/>.
- ISTAT (2015c), *La spesa per consumi delle famiglie*, Roma, Istituto nazionale di statistica, www.istat.it/it/archivio/164313.
- ISTAT (2015d), *Aspetti della vita quotidiana. Anno 2013*, Roma, Istituto nazionale di statistica, www.istat.it/it/archivio/129956.
- LAMURA G., CHIATTI C., DI ROSA M., MELCHIORRE M.G., BARBABELLA F., GRECO C., PRINCIPI A., SANTINI S. (2010), *Migrant Workers in the Long-term Care Sector: Lessons from Italy, Health and Ageing*, 22, 8-12, www.genevaassociation.org/PDF/HealthandAgeing/GA2010-Health22.pdf.

- MERLINI P. (2013), *La "badante romana" è diventata sarda*, in *La nuova Sardegna*, 28 gennaio 2013, <http://lanuovasardegna.gelocal.it/nuoro/cronaca/2013/01/28/news/la-badante-romana-e-diventata-sarda-1.6429585>.
- MESINI D., PASQUINELLI S., RUSMINI G. (2006). *Il lavoro privato di cura in Lombardia. Rapporto di ricerca*.
- PASQUINELLI S. (2013), *Le badanti in Italia: quante sono, chi sono, cosa fanno*, in PASQUINELLI S., RUSMINI G. (a cura di), *Badare non basta*, Roma, Ediesse.
- PASQUINELLI S., RUSMINI G. (2013), *Quante sono le badanti in Italia*, in *Qualificare*, 37, retrieved from <http://www.qualificare.info/home.php?list=archivio&id=678>.
- RBM SALUTE (2012), *I Fondi sanitari tra integrazione, sostituzione e complementarietà*, Rapporto RMB Salute, www.mefop.it/cms/doc/17777/fondi-sanitari-tra-integrazione-sostituzione-e-complementarieta.pdf.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (2014), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Roma, RGS, www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-II/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2014/Le-tendenze-di-m_l-periodo-del-s_p_e-s_s-Rapporto_n15.pdf.
- SPANDONARO F. (2014), *10° Rapporto Sanità. Investimenti, innovazione e selettività: scelte obbligate per il futuro del SSN*, Roma, CREA Sanità.
- Triantafyllou J., Naiditch M., Repkova K., Stiehr K., Carretero S., Emilsson T., Di Santo P., Bednarik R., Brichtova L., Ceruzzi F., Cordero L., Mastroiannakis T., Ferrando M., Mingot K., Ritter J., Vlantonì D. (2010), *Informal care in the Long-term Care system. European overview paper*, Athens-Vienna: INTERLINKS, www.euro.centre.org/data/1278594816_84909.pdf.
- WELFARE ITALIA (2014), *Integrare il welfare, sviluppare la white economy*, Roma, CENSIS-UNIPOL.

PARTE SECONDA
L'eredità della crisi

3. La rete dei servizi sotto pressione

Cristiano Gori, Giselda Rusmini ⁽¹⁾

1. Introduzione

Quali conseguenze determina la crescente distanza tra bisogni in aumento e scarsità di risorse disponibili per gli interventi, a titolarità pubblica, rivolti agli anziani non autosufficienti? Due anni fa, quando segnali di crisi, limitatezza di risorse e difficoltà a programmare erano ormai diventati una realtà tangibile, l'interrogativo fu affrontato nel capitolo *I territori davanti alla crisi*, di Cristiano Gori e Laura Pelliccia, contenuto nel precedente Rapporto (Gori e Pelliccia, 2013).

Il presente lavoro riprende le tendenze individuate allora, al fine di verificare quali tra queste siano ancora attuali, quali appaiano superate e quali nuovi effetti dovuti al gap tra risorse e bisogni si siano eventualmente verificati nel frattempo. Due anni fa, infatti, erano emersi alcuni fenomeni comuni, presenti su tutto il territorio nazionale, sebbene in misura variabile: le prossime pagine offrono un'analisi tesa a verificarne l'attualità e a cogliere i nuovi sviluppi. Inoltre, a differenza del precedente contributo, è stata inserita una parte riguardante le tendenze positive che – pure in un contesto che rimane assai problematico – si stanno palesando.

Discutere le recenti scelte riguardanti il finanziamento pubblico dell'assistenza ai non autosufficienti, invece, non rientra fra i nostri obiettivi. A scanso di equivoci, è bene essere chiari in proposito. Chi scrive ritiene – e l'ha sostenuto in più occasioni – che sia necessario un robusto incremento del finanziamento pubblico per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, senza il quale il sistema è destinato ad un inevitabile e progressivo declino (ad es. Gori *et al.*, 2014). Semplicemente, questo non è il tema del capitolo, il cui unico obiettivo consiste nel mettere in luce le conseguenze dell'attuale scenario ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Gli autori ringraziano Rosemarie Tidoli per le osservazioni a precedenti versioni del testo, della cui versione finale sono gli unici responsabili.

⁽²⁾ Bisogna anche notare che alcune delle criticità che oggi vive il sistema degli interventi rivolti alle persone anziane non autosufficienti non sono dovute all'ampliarsi della distanza tra risorse disponibili e bisogni di assistenza bensì a difficoltà di natura organizzativa o nella regolazione del sistema, a scelte strategiche rivelatesi errate o altri

Per costruire questa rilevazione sono stati interpellati numerosi esperti di politiche e servizi per gli anziani non autosufficienti, cui è stato sottoposto un questionario a domande aperte. I diciassette testimoni privilegiati sono stati scelti in modo da includere il più possibile le varie professionalità operanti nel settore e le diverse aree del Paese, cercando di avere più punti di vista per ciascun territorio. Gli esperti sono: Andrea Lux, Marina Merana e Annalisa Sala (Piemonte), Antonio Monteleone e Rosemarie Tidoli (Lombardia), Fabio Bonetta (Friuli-Venezia Giulia), Lucia Bonetti e Massimiliano Di Toro Mammarella (Emilia-Romagna), Fabio Ragaini (Marche), Pino Frau e Remo Siza (Sardegna), Angela Bagnato, Stefania Barillà, Pietro Gareri e Flavia Martinelli (Calabria), Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola (diverse regioni ⁽³⁾) ⁽⁴⁾. La loro preziosa collaborazione è stata di fondamentale importanza nel tentativo di mettere a fuoco la realtà delle dimensioni indagate. Vogliamo pertanto ringraziarli vivamente per il tempo e l'attenzione dedicati.

Il ricco materiale ottenuto grazie a queste interviste è stato utilizzato insieme ad un'altra varietà di fonti, quali fonti statistiche istituzionali (a partire dall'ISTAT), altri dati disponibili, ricerche, articoli, materiale non pubblicato e ogni ulteriore documento utile a meglio comprendere il tema in oggetto. A ciò si affianca l'esperienza diretta di ricerca applicata e di consulenza degli autori. Evidentemente, così come nel precedente lavoro, l'analisi non ha la pretesa di essere rappresentativa ed esaustiva, ma intende mettere a fuoco questioni significative per l'assistenza agli anziani nel nostro Paese. Peraltro, ieri come oggi, alcuni fenomeni ricorrenti, sperimentati – seppure con diverse modalità e varia intensità – in ampie parti del Paese emergono con una certa chiarezza ⁽⁵⁾.

motivi. Il presente lavoro, tuttavia, si concentra esclusivamente sulle criticità prodotte dall'accresciuto gap tra risorse e bisogni.

⁽³⁾ CeRGAS, Centro di Ricerca sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, Università Bocconi.

⁽⁴⁾ Per l'aiuto nei contatti con gli esperti interpellati ringraziamo Amalia Bruni, Paolo Putzu e Antonino Trimarchi.

⁽⁵⁾ Come nel precedente contributo, l'impianto metodologico impiegato presenta criticità e punti di forza. Il limite fondamentale consiste nella mancanza di una raccolta rigorosa di dati empirici. Infatti, i dati delle fonti statistiche istituzionali (ISTAT, INPS, Ministero della salute e altri) risultano di utilità limitata rispetto ai nostri fini poiché molte conseguenze significative della crisi non sono, comunque, registrabili dalle abituali rilevazioni. L'unica strada per superare le carenze ricordate sarebbe lo svolgimento di una nuova raccolta sistematica nei territori di dati sulle conseguenze del sottofinanziamento. Un simile sforzo era fuori dalla portata del presente lavoro e, dunque, è stata condotta un'analisi delle conoscenze già esistenti. Ciò detto, come accennato, le informazioni raccolte attraverso questo pacchetto eterogeneo di fonti secondarie si sono rivelate piuttosto coerenti tra loro, più di quanto ci si aspettasse all'inizio del lavoro.

2. L'utenza

Nel primo decennio del secolo, la percentuale di anziani raggiunti dall'assistenza pubblica per la non autosufficienza è aumentata, in un'epoca segnata da una complessiva espansione quali-quantitativa del sistema. Il precedente monitoraggio aveva mostrato come, con l'esplosione della crisi, la crescita dell'utenza si fosse invece interrotta, così da far registrare alcuni, seppur lievi, fenomeni di decremento. Questo aggiornamento evidenzia l'accentuarsi della riduzione dell'utenza in tutti gli interventi con l'eccezione dell'ADI, che ha ripreso ad aumentare grazie al Meridione (cfr. Cap. 6, par. 2.1).

La tabella 3.1 sintetizza le tendenze medie nei principali interventi pubblici in Italia, con riferimento alla dimensione dell'utenza. Il periodo dal 2000 ad oggi viene suddiviso in tre fasi: quella di espansione del sistema, orientativamente nello scorso decennio, i segnali di crisi, dei quali si era dato conto nello scorso Rapporto, e gli sviluppi successivi, sulla base dei più recenti dati disponibili. Il quadro qui tratteggiato nelle sue linee generali viene maggiormente dettagliato di seguito con riferimento ai due fenomeni chiave individuati nel 2013: l'interruzione del percorso di crescita dei servizi e l'arresto della corsa delle prestazioni monetarie.

Tabella 3.1 - Andamento della copertura dei servizi e degli interventi per anziani non autosufficienti in Italia, utenza come % della popolazione 65+

Intervento	Fase espansiva (scorso decennio)	Segnali di crisi	Sviluppi più recenti
ADI	+ da 1,9 (2001) a 4,1 (2010)	= 4,1 (2010 e 2011)	+ da 4,1 (2011) a 4,3 (2012)
SAD	- da 1,8 (2006) a 1,4 (2010)	= 1,4 (2010 e 2011)	- da 1,4 (2011) a 1,3 (2012)
Residenzialità ⁽⁶⁾	= ca. 2 (2000-2006)	- da 2,5 (2009) a 2,4 (2010)	- da 2,3 (2011) a 2,1 (2012)
Indennità di accompagnamento	+ dal 6 (2002) a 12,7 (2010)	- da 12,7 (2010) a 12,6 (2011)	- da 12,6 (2011) a 12,0 (2013)
Assegni di cura ⁽⁷⁾	+ notevole ampliamento	- diminuzione	- ulteriore diminuzione

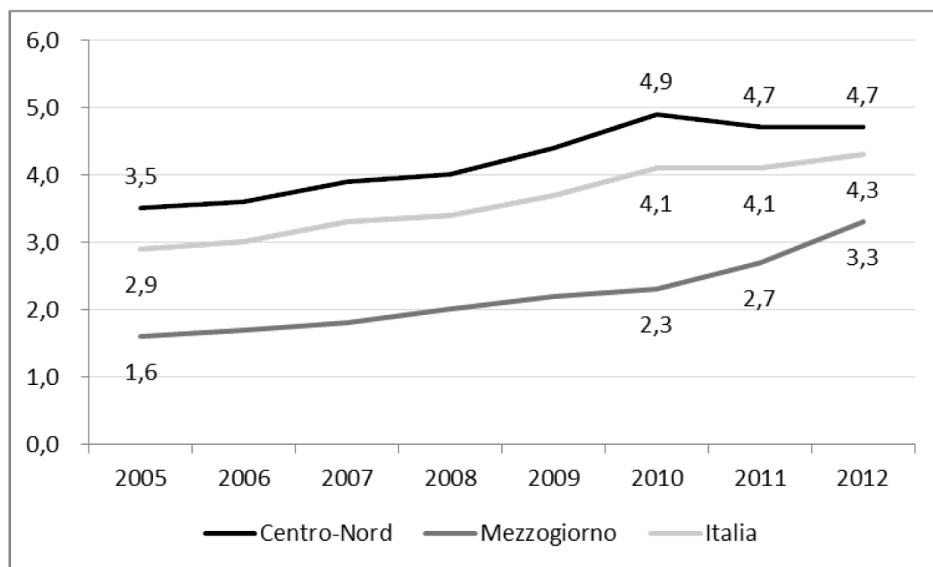
⁽⁶⁾ I dati utilizzati fanno riferimento a due diverse rilevazioni dell'ISTAT, di cui la prima fornisce dati fino al 2006 e la seconda dal 2009 in avanti. Per dettagli, si veda la nota 9.

⁽⁷⁾ In merito agli assegni di cura non esistono dati riferiti all'intero territorio nazionale; cfr. oltre.

L'interruzione del percorso di crescita di servizi

Mentre successivamente al 2010 si era evidenziata una stabilizzazione della copertura dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) a livello nazionale, con un leggero arretramento nelle regioni del Centro-nord, i dati più recenti, relativi al 2012, mostrano un complessivo aumento della copertura rispetto all'annualità precedente (Fig. 3.1). Fra il 2011 e il 2012, la quota di anziani in carico dall'ADI a livello nazionale è passata dal 4,1 al 4,3%: il percorso di crescita, dunque, è ripreso. Disaggregando per aree territoriali, vediamo che al Centro-nord l'utenza si è mantenuta stabile al 4,7%, mentre al Sud è aumentata dal 2,7 al 3,3% (crescita che si lega agli incentivi economici del Fondo per lo sviluppo e la coesione nell'ambito del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013) ⁽⁸⁾ (Melzi e Barbarossa, a cura di, 2014). Va tuttavia sottolineato che fra le regioni del Centro-nord ve ne sono diverse nelle quali si rileva una seppur leggera diminuzione fra le due annualità (Lombardia, Trentino-Alto Adige, Liguria, Toscana e Lazio).

Figura 3.1 - Presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) (% popolazione 65+)



Fonte: MEF-DPS-Obiettivi di servizio.

⁽⁸⁾ Il Quadro strategico nazionale (QSN), previsto dall'art. 27 del Regolamento generale n. 1083/2006 sui Fondi strutturali dell'Unione europea, è il documento strategico-programmatico che definisce gli interventi da attuarsi in Italia nel periodo 2007-2013.

L'utenza dei servizi di assistenza domiciliare di titolarità dei comuni (SAD) ha fatto registrare negli anni scorsi un chiaro trend decrescente: fra il 2006 e il 2010 gli anziani che hanno utilizzato tale servizio in Italia sono passati dall'1,8 all'1,4%. Il 2011 ha mostrato una sostanziale stabilità, mentre nel 2012 si è assistito ad un nuovo calo, in particolare al Sud (Tab. 3.2). La riduzione della copertura del SAD, dunque, continua. Questo stop è iniziato prima rispetto all'arresto della crescita di altri servizi e interventi per gli anziani (ADI, prestazioni monetarie) ed è stato accentuato dalle difficoltà finanziarie dei comuni (legate ai tagli dei trasferimenti, a cambiamenti nelle entrate tributarie, al Patto di stabilità, ecc.) così come dal massiccio ricorso all'assistenza privata a pagamento (badanti) da parte delle famiglie ⁽⁹⁾.

Tabella 3.2 - Anziani utenti del Servizio di assistenza domiciliare, anni 2006-2012 (% popolazione 65+)

Area territoriale	2006	2010	2011	2012
Nord-ovest	1,6	1,5	1,4	1,2
Nord-est	2,3	1,7	1,8	1,7
Centro	1,4	0,8	0,8	0,8
Sud	1,4	1,5	1,3	1
Isole	3,2	2,1	2	1,9
Italia	1,8	1,4	1,4	1,3

Fonte: ISTAT, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati, anni vari.

Rispetto ai servizi residenziali, l'analisi svolta in precedenza aveva evidenziato una sostanziale stabilizzazione dell'utenza. I nuovi dati mostrano invece un trend decrescente. Fra il 2009 e il 2012 ⁽¹⁰⁾, infatti, la percentuale di

⁽⁹⁾ L'utenza del SAD mostra un trend di costante diminuzione da tempo. Questa dinamica si lega alla rigidità del servizio, nato per finalità diverse dall'assistenza ai non autosufficienti e ai cronici e caratterizzato da un'offerta prestazionale, fissa, di poche ore settimanali e con compartecipazioni al costo spesso onerose. Per approfondimenti si veda Tidoli, 2006.

⁽¹⁰⁾ I dati fanno riferimento all'"Indagine sui Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari" condotta dall'Istat a partire dal 2010, che ha allargato la base di rilevazione rispetto a "L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia", avviata nel 1999 e realizzata fino al 2006 (vi sono dunque alcune annualità in cui il dato sugli anziani ospiti in strutture non è disponibile; inoltre le due serie di dati non sono del tutto comparabili). I dati ISTAT, qui illustrati, differiscono da quelli del Ministero della salute, limitati alle strutture residenziali di carattere sanitario (dunque una parte della rilevazione dell'ISTAT), che mostrano invece una tendenza allo sviluppo dell'offerta e dell'utenza. Second-

ultra65enni ospiti in strutture residenziali (socio-assistenziali e socio-sanitarie) è progressivamente calata di anno in anno, passando dal 2,5% al 2,1%. Tale tendenza si rileva in ciascun comparto territoriale, sebbene in misura meno marcata al Sud, dove l'offerta è già molto contenuta (Tab. 3.3).

Tabella 3.3 - Anziani presenti in strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie al 31 dicembre, anni 2009-2012 (% popolazione 65+)

Area territoriale	2009	2010	2011	2012
Nord-ovest	3,7	3,6	3,4	3,2
Nord-est	3,5	3,4	3,4	3,3
Centro	1,7	1,6	1,5	1,4
Sud	1,0	1,1	1,0	0,9
Isole	1,6	1,4	1,2	1,1
Italia	2,5	2,4	2,3	2,1

Fonte: elaborazione su dati ISTAT, I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, anni vari, e ISTAT, Popolazione residente.

L'arresto della corsa delle prestazioni monetarie

Durante il primo decennio del Duemila l'indennità di accompagnamento ha conosciuto una notevole espansione in termini di utenza e di spesa (Chiatti *et al.*, 2010). Nel periodo 2010-2011 la crescita si è interrotta e l'utenza si è stabilizzata. Le due annualità successive, invece, fanno registrare un calo nella percentuale di anziani che la ricevono (-0,6 punti percentuali) (Tab. 3.4).

Tabella 3.4 - Anziani beneficiari dell'indennità di accompagnamento, anni 2010-2013 (% popolazione 65+)

Anziani beneficiari	2010	2011	2012	2013
%	12,7	12,6	12,3	12,0

Fonte: elaborazione su dati ISTAT, Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. I beneficiari delle prestazioni pensionistiche, anni vari, e ISTAT, Popolazione residente.

do il Ministero, dal 2010 al 2012 aumentano le strutture residenziali per anziani (da 2.999 a 3.098), i posti letto (da 171.590 a 180.604), gli utenti (da 255.272 a 267.771) e la percentuale di anziani ospitati nelle strutture (da 2,09 a 2,12%). Va precisato che nella rilevazione ISTAT permangono ancora elevati i tassi delle strutture non rispondenti, passate dal 32% del 2010 al 20% del 2012, cui l'Istituto rimedia ricorrendo a tecniche statistiche.

Gli assegni di cura, cioè 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 stati oggetto di robusti investimenti da parte di numerose amministrazioni durante lo scorso decennio (Gori e Pasquinelli, 2008). Seppur non esistano dati di fonte istituzionale in proposito, tutte le informazioni disponibili indicano che con l'inizio del nuovo decennio – in concomitanza con la riduzione dei fondi trasferiti dallo Stato e la crisi finanziaria degli enti locali – si è registrata una battuta d'arresto, con la contrazione dell'utenza in molti territori (Gori e Pelliccia, 2013). I dati e le informazioni più recenti indicano che questa tendenza di riduzione è ancora in corso.

3. I criteri d'accesso e i costi a carico degli utenti

Si registra, in proposito, una netta concordanza tra la precedente rilevazione e il nuovo monitoraggio qui presentato. Le tendenze alla concentrazione delle risposte verso i casi gravi e le dinamiche perverse prodotte dall'intreccio tra l'elevato importo delle rette e le limitate disponibilità economiche di molte famiglie, allora registrate, paiono verificarsi oggi in misura crescente. Come risultato di questo e di altri fenomeni in corso, cresce la spinta alla rifamilizzazione dell'assistenza. L'unico aspetto nuovo colto nel presente lavoro, e potenzialmente ricco di implicazioni per la possibilità di disporre di finanziamenti adeguati al fine di alterare i trend descritti, consiste nei segnali di crescente "competizione" – nell'allocazione delle risorse pubbliche – tra l'assistenza agli anziani e altri interventi di welfare di titolarità di comuni e regioni.

Focalizzazione di alcuni interventi su target in condizioni di maggiore gravità rispetto al passato

È un fenomeno ben noto, che può rappresentare l'esito di scelte esplicite oppure la conseguenza indiretta di altri mutamenti nelle politiche. Da una parte, in diversi contesti è segnalata la variazione nei requisiti di accesso ai servizi in direzione di una maggiore selettività, attraverso l'innalzamento del livello di gravità minimo per potervi ricorrere. In Piemonte, ad esempio, il punteggio sanitario per l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie (domiciliarità, semiresidenzialità e residenzialità) è stato elevato da 2 a 5 punti, mentre per l'accesso alla residenzialità sono stati individuati tre profili, sulla base della valutazione sanitaria e sociale, cui corrispondono diversi livelli di ur-

genza ⁽¹¹⁾. In Sardegna è in atto una tendenza al posizionamento dei servizi verso le condizioni più severe: questo si verifica, in particolare, per gli interventi domiciliari previsti dal Fondo regionale per la non autosufficienza, che hanno visto un inasprimento dei parametri di accesso.

Dall'altra parte, in alcune regioni – ad esempio Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna – i gestori delle strutture residenziali hanno segnalato un mutamento nel target degli utenti in carico, legato all'incrocio tra elevato importo delle quote sociali e ridotte disponibilità economiche delle famiglie, ripreso nel prossimo punto. Si tratta dell'aggravamento delle condizioni di chi arriva a chiedere il ricovero, legato alle difficoltà delle famiglie che non rientrano nelle fasce di reddito tutelate dai comuni, e che in condizioni di crisi economica si rivolgono alle strutture residenziali sempre più tardi per non dover affrontare il costo delle rette. Da ciò consegue che gli anziani istituzionalizzati sono frequentemente molto gravi e affetti da patologie degenerative in modo più rilevante che in passato (Fosti *et al.*, 2014).

Aumento degli oneri a carico degli utenti nelle strutture

L'interruzione dell'aggiornamento delle quote sanitarie da parte delle regioni, indipendentemente dall'evoluzione dei costi che le strutture effettivamente sostengono, attuata allo scopo di controllare la crescita della spesa, è una tendenza emersa con forza dall'analisi precedente. L'azione di ribilanciamento dei gestori, per non incidere sul personale o sul livello del servizio, fu individuata allora nel riversare gli aumenti dei costi sulla compartecipazione degli utenti attraverso un incremento delle quote alberghiere, con il conseguente aumento dei costi a carico di questi ultimi (Pesaresi, 2013; Tidoli, 2013).

La tendenza all'aumento dei costi a carico delle famiglie, dovuta all'aumento delle rette o dei costi per servizi aggiuntivi, è largamente confermata dai testimoni interpellati, sebbene nel frattempo sia stato compiuto qualche intervento regolativo in materia.

La Lombardia non ha incrementato la quota sanitaria (l'ultimo adeguamento risale al 2010), ed ha introdotto il budget (restringendo la remunerazione delle giornate rendicontabili dai gestori, in quanto una volta esaurito non è possibile

⁽¹¹⁾ D.G.r. n. 14/2013, "Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all'ordinanza del TAR Piemonte n. 141/2013".

il ricovero di solventi sui posti accreditati) e limitazioni al riconoscimento delle giornate di ricovero ospedaliero degli ospiti in RSA ⁽¹²⁾. Per compensare tutto ciò, spesso le rette sono aumentate (Pelliccia, 2014). In Friuli-Venezia Giulia, come in altre regioni, non è stata ancora data attuazione ai contenuti del d.P.C.M. del 2001 che indicava la ripartizione del costo al 50% a carico del Sistema sanitario regionale e al 50% in carico all'utenza e ai comuni. Il rimborso degli oneri sanitari, dunque, risulta dipendere dalle convenzioni sottoscritte dai gestori con le diverse aziende sanitarie ed è significativamente variabile (quasi 5 euro al giorno fra il contributo più basso e quello più alto, pari a 1.800 euro annui per utente). Sono aumentati, di conseguenza, gli oneri a carico dell'utenza.

Contrariamente a quanto ci si potrebbe attendere, gli interventi di regolazione delle tariffe e della ripartizione dei costi fra utente/comune e Servizi sanitari regionali non escludono che si realizzi un aggravio di costi per gli utenti. In Piemonte, ad esempio, le tariffe giornaliere delle strutture convenzionate per anziani non autosufficienti sono state determinate nel 2013, contestualmente alla ripartizione tra quota sanitaria a carico del SSR (50%) e quota a carico dell'utente/comune (50%) ⁽¹³⁾ valide su tutto il territorio regionale. Ciò ha prodotto inasprimenti a carico dell'utenza, soprattutto laddove sono state innalzate le quote di compartecipazione ⁽¹⁴⁾. Nonostante la recente disciplina, secondo gli esperti i nuovi importi potevano forse essere adeguati alla realtà delle strutture nei primissimi anni 2000 ma certamente non a quella attuale, mentre le quote alberghiere sono fondamentalmente bloccate, se non per servizi aggiuntivi a carico degli utenti.

Nelle Marche – dove la retta delle Residenze protette per anziani è stabile da anni e decisamente bassa rispetto allo standard d'offerta (66 euro al giorno) – nel 2013 è andata a regime l'intera quota sanitaria per tutti i posti convenzionati (33 euro giornalieri, pari al 50% della retta), che avrebbe dovuto

⁽¹²⁾ È previsto un massimo di 10 giorni consecutivi di assenza e un tetto di 20 giorni annui per utente. La remunerazione, inoltre, viene garantita solo a condizione che l'unità d'offerta assicuri all'ospite ricoverato prestazioni di carattere assistenziale integrative e/o sostitutive dei famigliari.

⁽¹³⁾ D.G.r. n. 85/2013, "Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla d.G.r. n. 45-4248 del 30 luglio 2012".

⁽¹⁴⁾ A fronte delle proteste delle associazioni degli utenti, per gli inserimenti nei Nuclei Alzheimer temporanei (NAT) e nei Centri diurni per malati di Alzheimer la quota è stata poi ricondotta al sistema previgente (30% a carico dell'utente/comune).

determinare una riduzione della quota a carico degli utenti. Nei fatti, ciò sembra essere accaduto marginalmente, mentre si è assistito ad un aumento dei costi per gli anziani attraverso il meccanismo delle prestazioni aggiuntive e del comfort alberghiero a pagamento. La Regione Marche ha lasciato ai gestori un ampio margine di discrezionalità quanto al possibile aumento delle quote sociali attraverso il meccanismo delle prestazioni aggiuntive (che nella stragrande maggioranza dei casi riguardano anche prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di infermieri, OSS e fisioterapisti) ed ha fissato un tetto massimo per tale aggiunta, pari al 50% della quota sociale (circa 16 euro in più al giorno) ⁽¹⁵⁾.

Spinte alla rifamizzazione del care

Le tendenze illustrate spingono numerose famiglie ad assumersi in modo crescente l'onere della cura diretta dei propri parenti anziani non autosufficienti. Seppure il modello italiano di welfare abbia sempre attribuito centralità alle responsabilità familiari, la fase di espansione del sistema pubblico di Long-term Care dello scorso decennio aveva fatto compiere alcuni passi nella direzione di una maggiore tutela pubblica. Nel decennio in corso, invece, si assiste ad un arretramento, segnato sovente dall'incremento dei compiti di cura della famiglia, con ricadute fisico-psicologiche pesanti e, talora, il rischio di cure inappropriate o insufficienti (Longoni, a cura di, 2014; Tidoli, 2014; Trifiletti, 2011).

In situazioni di particolare criticità economica, le famiglie si trovano a dover coniugare le esigenze di cura del proprio congiunto con quelle della sussistenza dell'intero nucleo. In diversi casi, come già detto, si rinuncia all'inserimento dell'anziano in struttura per non dover sostenere il costo della retta. Nei casi in cui si decida di ricoverarlo comunque, il pagamento della retta spesso costringe le famiglie a grossi sacrifici che arrivano fino al depauperamento dei patrimoni familiari ⁽¹⁶⁾, e può indurre il caregiver a rinunciare al lavoro per accudire l'anziano in prima persona, soluzione considerata finanziariamente meno onerosa.

A sapersi "arrangiare" nella definizione del proprio percorso di cura, riuscendo ad orientarsi fra le opportunità del privato for profit e non profit

⁽¹⁵⁾ Sulla base di quanto affermato dai nostri intervistati, in varie situazioni tale limite viene superato e la condizione per il ricovero è l'accettazione delle condizioni previste dal gestore.

⁽¹⁶⁾ Per un approfondimento sul legame tra insorgere della non autosufficienza e impoverimento delle famiglie cfr. Cap. 4.

presenti sul territorio e ad accedervi, sono soprattutto quelle famiglie che, insieme alla capacità di attivazione, godono di una rete di relazioni e di una certa disponibilità economica (Pasquinelli, a cura di, 2015). Secondo un intervistato, “nonostante la nostra Costituzione preveda l’obbligo per il sistema pubblico di supportare in maniera uguale i cittadini di fronte alla perdita di autonomia, la sua scarsa presenza rischia di produrre una segmentazione dei diritti di cittadinanza”.

Segnali di crescente “competizione” tra fragili

Nell’utilizzo delle risorse pubbliche per il welfare sociale (inteso come l’insieme dei servizi e interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi) bisogna sempre, in modo più o meno esplicito, compiere delle scelte di tipo allocativo tra le diverse tipologie di utenza, si tratti di anziani, persone con disabilità, bambini, famiglie in povertà, persone immigrate in difficoltà e così via. Poiché non solo i bisogni degli anziani bensì quelli della complessiva popolazione interessata al welfare sociale continuano ad ampliarsi, la scarsità di risorse pubbliche impone decisioni sempre più complesse.

In questo contesto, alcune tendenze meritano di essere sottolineate. Nel dibattito politico, mentre nello scorso decennio la condizione degli anziani non autosufficienti era considerata prioritaria tra i diversi gruppi interessati al welfare sociale, oggi l’attenzione pare spostata altrove, soprattutto verso povertà ed emarginazione. D’altra parte, a livello locale alcuni segnali suggeriscono che i bisogni emergenti di diversa natura potrebbero spingere a riorientare una parte delle risorse per gli anziani verso altri usi. Si tratta di una possibilità, emersa dall’analisi dei questionari, già riportata da alcuni referenti (es. in Emilia-Romagna), della quale – a ben vedere – si notano anche altrove evidenze concrete. Se guardiamo alla complessiva spesa sociale dei comuni, osserviamo infatti che tra il 2005 e il 2012 (ultimo dato disponibile) la quota sul totale dedicata agli anziani fa segnare in Italia una diminuzione di 4,3 punti percentuali, e che tale tendenza al calo è rilevabile in tutte le aree territoriali (Tab. 3.5).

Tabella 3.5 - Percentuale della spesa sociale comunale destinata agli anziani – Anni 2005-2010-2012

Area territoriale	2005	2010	2012
Nord-ovest	24,3	22,4	19,8
Nord-est	27,2	22,6	20,8
Centro	19,2	19,0	17,5
Sud	20,3	19,8	18,2
Isole	21,9	17,9	17,5
Italia	23,4	20,9	19,1

Fonte: ISTAT, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati, anni vari.

4. La natura degli interventi

Nei paragrafi precedenti abbiamo osservato alcune tendenze in atto rispetto all'utenza dei servizi e degli interventi rivolti ai non autosufficienti. Ora, invece, ci concentriamo sui cambiamenti relativi alla natura degli interventi erogati. In proposito, l'analisi compiuta due anni fa aveva messo in luce tre importanti mutamenti: il ridimensionamento dell'intensità dell'assistenza fornita, con tagli alle fasce orarie di copertura dei servizi e con diminuzione delle ore di assistenza garantite ai singoli casi; la difficoltà dei gestori ad assicurare l'assistenza secondo gli standard normativi e a realizzare un'adeguata manutenzione; la rinuncia del regolatore pubblico all'innalzamento dei requisiti di funzionamento delle strutture, considerato un obiettivo insostenibile. Se oggi le prime due tendenze appaiono confermate, rispetto all'ultima il quadro non appare più a tinte così fosche.

Ridimensionamento dell'intensità degli interventi: tagli alle fasce di copertura dei servizi e diminuzione delle ore di assistenza per singolo caso

Il ridimensionamento degli storici livelli dei servizi, in termini di copertura oraria e/o di intensità assistenziale, è una tendenza ancora in atto. All'interno di questo quadro, tuttavia, vi sono attori del welfare che ripensano il proprio ruolo concentrandosi meno sulle singole prestazioni e rivolgendo maggior attenzione alla regolazione, per cercare di realizzare nuovi assetti dei servizi in grado di far fruttare meglio le risorse disponibili.

I servizi domiciliari risentono della limitatezza di risorse. Nelle Marche, dove nell'ultimo triennio gli interventi a sostegno alla domiciliarità sono stati finanziati attraverso la quota del Fondo nazionale per la non autosufficienza, le risorse utilizzate per il potenziamento dei SAD hanno probabilmente con-

tribuito a mantenere stabile un'offerta che – diversamente – sarebbe andata incontro a riduzione. In altri contesti si rileva, invece, una riduzione delle fasce orarie di erogazione dei servizi. Questo avviene in Sardegna, dove si registra anche una diminuzione delle ore di assistenza garantite dai SAD ai singoli utenti, e in Piemonte, dove i servizi domiciliari ADI e SAD vengono erogati in orari più limitati ⁽¹⁷⁾.

Accanto a tali dinamiche, come detto, sono in atto a livello regionale alcuni importanti progetti di riorganizzazione tesi ad un uso più efficace ed efficiente delle risorse disponibili (ad es. in Lombardia e in Sardegna) e a livello locale si contano numerose sperimentazioni di nuovi processi, servizi e relazioni tra gli attori operanti sul territorio (cfr. par. 7).

Difficoltà dei gestori ad assicurare l'assistenza secondo gli standard

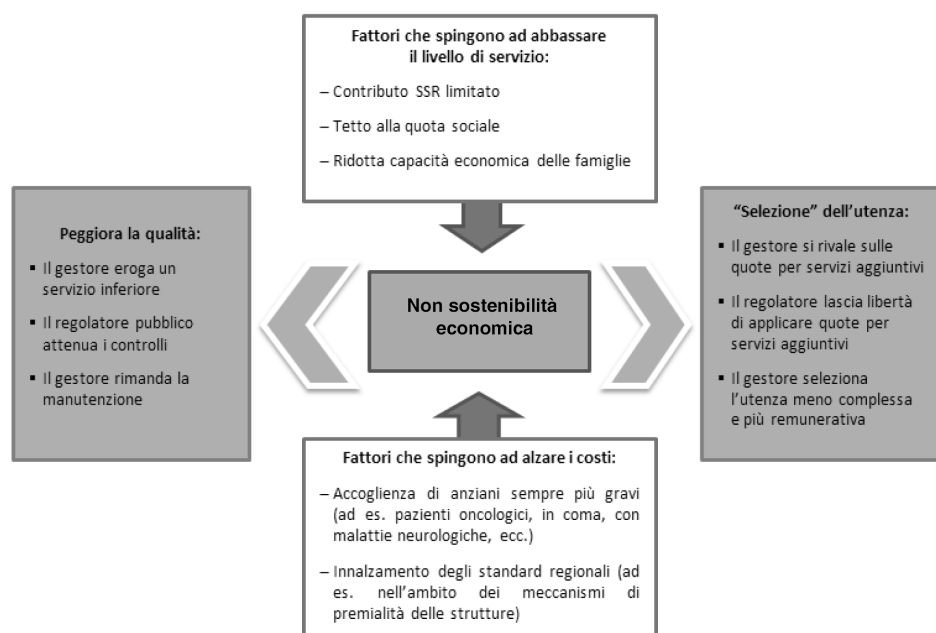
Gli intervistati convengono largamente sull'attualità di questa tendenza. Il complesso delle loro risposte rimanda un'immagine di gestori fortemente a rischio di non sostenibilità economica. Da un lato, i contributi dei Servizi sanitari regionali eccessivamente bassi (quota sanitaria), i limiti alla quota sociale troppo stringenti (ove definiti) e la ridotta capacità di spesa delle famiglie spingono verso un abbassamento degli standard di servizio. Dall'altro, la definizione da parte del regolatore pubblico di ulteriori requisiti gestionali, di struttura e di personale superiori a quelli prima applicati ⁽¹⁸⁾, e/o l'aggravamento delle condizioni degli anziani al momento del ricovero (che rende indispensabile un'assistenza più intensa e medicalizzata) spingono verso l'alto i costi. Il dilemma che si pone al gestore, dunque, è se abbassa-

⁽¹⁷⁾ In Piemonte il ridimensionamento delle prestazioni socio-sanitarie per anziani non autosufficienti è stato condizionato dal Piano di rientro della spesa sanitaria. La Regione ha sviluppato servizi di domiciliarità in lungo-assistenza per i quali era previsto il riconoscimento della quota sanitaria al 50% della spesa mensile relativa a Piani assistenziali individuali, caratterizzati da mix di prestazioni di assistenza tutelare (comprese quelle rese da assistenti familiari, familiari e volontari). Il riconoscimento della quota sanitaria sulla spesa relativa a prestazioni rese da operatori non professionali è stato però revocato dalla d.G.r. n. 26/2013, contro la quale sono ancora in corso procedimenti giurisdizionali avanti al Consiglio di Stato.

⁽¹⁸⁾ La richiesta di requisiti superiori avviene spesso nell'ambito dei meccanismi di "premieria" presenti in diverse regioni, ed è dunque importante per i bilanci delle RSA. L'accoglienza di una tipologia diversa di anziani (pazienti oncologici, in coma, con malattie neurologiche, ecc.), promossa dalla legislazione di molte regioni, implica per i gestori una crescita dei costi che spesso non vengono riconosciuti attraverso quote sanitarie maggiori.

re gli standard per rimanere competitivo a livello economico o se mantenerli adeguati al bisogno, con rette superiori. È importante ricordare che – almeno al Centro-nord – non si sta parlando di scendere sotto i minimi imposti dalla legge bensì di “appiattirsi” rigidamente su quei valori che molte strutture superano, di loro iniziativa, per fornire un’assistenza adeguata. L’abbassamento della qualità tende a concretizzarsi attraverso l’erogazione di un servizio inferiore, l’attenuazione dei controlli da parte del regolatore pubblico e il differimento degli interventi di manutenzione delle strutture da parte del gestore. Nella ricerca di una maggiore remunerazione, il gestore si rivale sui servizi aggiuntivi (come abbiamo visto nel paragrafo 3), sovente imposti, selezionando di fatto l’utenza più “abbiente” e a volte anche quella meno complessa e più remunerativa, mentre il regolatore pubblico lascia libertà di azione sull’applicazione di quote aggiuntive per i servizi ulteriori (Fig. 3.2).

Figura 3.2 - Il difficile equilibrio del gestore e i possibili effetti



Rispetto alla *difficoltà di adesione agli standard normativi*, alcuni interlocutori hanno messo in luce che ciò si realizza soprattutto in riferimento al personale. In Sardegna, ad esempio, i gestori cercano di rimanere sul mercato mantenendo gli stessi livelli di assistenza, ma comprimendo il più possibile i costi delle risorse umane. In Piemonte i parametri assistenziali di base (ga-

rantiti con OSS), considerati insufficienti e spesso in passato implementati per diretta volontà dei gestori, vengono oggi compresi sul valore minimo normativo, come spiegato in precedenza.

Per quanto riguarda *la manutenzione* – fattore che impatta sulla qualità di vita e sulla sicurezza degli anziani accolti, oltre che su quella dei lavoratori – è stato messo in luce come la sostenibilità di tali costi, sia per le proprietà pubbliche che per quelle private, sia un problema. La Regione Friuli-Venezia Giulia, ad esempio, da oltre tre anni ha soppresso la linea di finanziamento per le ristrutturazioni e l'arredo delle strutture protette. In Emilia-Romagna la voce "manutenzioni" all'interno delle tariffe riconosciute nell'area anziani, secondo gli esperti interpellati, è "pesata" in modo insufficiente.

Accanto a questo tipo di dinamiche, vi sono poi casi particolari come quello della Calabria, dove i gestori sono in difficoltà a mantenere gli standard imposti per l'accreditamento a causa dei mancati pagamenti da parte delle istituzioni con cui sono convenzionati ⁽¹⁹⁾.

Rinuncia all'innalzamento dei requisiti di funzionamento delle strutture

Se due anni fa l'analisi aveva messo in luce la rinuncia del regolatore pubblico a migliorare la qualità dei servizi attraverso l'innalzamento dei requisiti delle strutture, oggi gli esperti non concordano all'unanimità sull'attualità di questa tendenza. Hanno infatti sottolineato che di recente sono stati deliberati diversi atti normativi di riforma o di regolamentazione degli standard dei servizi residenziali e/o semiresidenziali a livello regionale. Ciò è accaduto in Friuli-Venezia Giulia, Marche ⁽²⁰⁾ e Lombardia – dove i gestori delle unità d'offerta sociosanitarie si sono adeguati, più o meno rapidamente e con qualche difficoltà, alla revisione e ai nuovi indicatori di appropriatezza nelle RSA ⁽²¹⁾ –, mentre in altri contesti territoriali sono in corso progetti di riordino (Sardegna, Calabria).

Nonostante l'attività regolativa in atto, comunque, emerge una certa "fatica" a realizzare concretamente un innalzamento della qualità. In proposito, si individuano tre tipologie di fenomeni:

⁽¹⁹⁾ In Calabria, la crisi non ha tanto impattato sui livelli di copertura dei servizi, già al minimo, ma sul debito che la regione ha iniziato ad accumulare nel rimborso della quota sociale (di cui è responsabile) alle strutture socio-sanitarie cui il servizio è affidato.

⁽²⁰⁾ D.G.r. n. 1011/2013 "Definizione degli standard assistenziali e dei criteri di rilevazione dei costi gestionali della residenzialità e semiresidenzialità delle aree sanitarie extraospedaliere, socio-sanitaria nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale".

⁽²¹⁾ D.G.r. n. x/2569 del 31 ottobre 2014 e d.G.r. n. 1765 dell'8 maggio 2014.

– *Miglioramento insufficiente*. In Friuli-Venezia Giulia è stato approvato nel 2015 il nuovo regolamento di classificazione delle case di riposo, unitamente ad un aumento dei posti letto convenzionati, che prevede una serie di standard e l'articolazione dei nuclei strutturali corrispondenti a profili di bisogno ⁽²²⁾. I nuovi standard di personale, che elevano da 75 a 100 il massimo di minuti giornalieri *pro capite*, sono ritenuti assolutamente inadeguati ai bisogni (le migliori strutture nella regione offrono oggi uno standard di minutaggio variabile tra i 120 ed i 175 minuti, avendo autonomamente intrapreso – come sopra menzionato – percorsi di adeguamento sulla base dei bisogni reali). Il nuovo regolamento, inoltre, non considera ancora le modalità di gestione legate al lavoro d'équipe e tantomeno figure importanti come il responsabile di nucleo, l'assistente sociale, lo psicologo.

– *Rallentamento del percorso in atto*. In Emilia-Romagna è stato messo in luce un gap tra l'avvio del nuovo modello di accreditamento dei servizi socio-sanitari per anziani, nel 2010 ⁽²³⁾, e lo stato di attuazione odierno (l'accreditamento definitivo è a regime dal 1° gennaio 2015). Il disegno originale è stato oggetto di integrazioni, proroghe e deroghe legate anche alla pressione dei gestori, che hanno lamentato l'onerosità dell'adeguamento, lo scarso riconoscimento dei costi sanitari e l'eccesso di regolamentazione e di incombenze legate alla dimostrazione dei requisiti e al debito informativo ⁽²⁴⁾.

– *Temporanea rinuncia*. In alcuni casi la volontà di migliorare la qualità dei servizi attraverso l'innalzamento dei requisiti delle strutture è ostacolata dai limiti di bilancio, che pesano al punto di bloccare i lavori in corso. È il caso della Sardegna, dove esiste un progetto concordato negli anni scorsi con i soggetti privati, volto a innalzare i requisiti delle strutture residenziali sociali a bassa intensità sanitaria e ad aumentare le tariffe, che però è fermo per difficoltà ad incrementare la spesa sanitaria.

⁽²²⁾ D.G.r. n. 670/2015, "Regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani".

⁽²³⁾ D.G.r. n. 514/2009, "Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della l.r. 4/2008 in materia di accreditamento dei servizi socio-sanitari".

⁽²⁴⁾ Per un approfondimento su questo tema si veda Terenziani, 2014.

5. I percorsi assistenziali

L'analisi svolta due anni fa aveva messo in luce precisi segnali d'involuzione rispetto ai precedenti sforzi di rafforzamento del presidio pubblico del percorso assistenziale. Si era così registrata un'inversione di rotta rispetto allo scorso decennio nel quale, pur tra numerose difficoltà, si era molto lavorato – in gran parte del Paese – per la costruzione di un sistema capace di presidiarne le diverse fasi: informazione e primo filtro, lettura del bisogno, valutazione multidimensionale, progettazione personalizzata, monitoraggio e accompagnamento del caso (Gori, Pelliccia, Tidoli, 2010). A fronte di finanziamenti in continua contrazione, era emersa la tendenza a concentrare le risorse sulle prestazioni dirette, nell'ambito, appunto, di un progressivo indebolimento del sostegno al percorso assistenziale di utenti e famiglie. Questo nuovo lavoro segnala il radicarsi dei menzionati fenomeni involutivi.

Interruzione dei miglioramenti dei sistemi di accesso, valutazione, progettazione sul caso

Nello scorso decennio, come anticipato, la quasi totalità delle regioni, con varie velocità e partendo da situazioni ben diverse, era impegnata nel rafforzamento del percorso assistenziale. Oggi, questo impegnativo sforzo di cambiamento appare interrotto. Difficoltà di realizzazione e processi incompiuti caratterizzano le iniziative regionali di accompagnamento dei percorsi assistenziali, come sottolineato dagli esperti interpellati⁽²⁵⁾, e i casi di successo si contano perlopiù a livello locale o di singola azienda sanitaria (FNP-Cisl e Fondazione Zancan, 2013).

Un punto di criticità nella realizzazione dei progetti di governo dell'accesso, valutazione e progettazione risiede nell'integrazione fra sociale e sanitario. In Emilia-Romagna, secondo i referenti, l'*iter* di unificazione dei sistemi di accesso appare ancora incompiuto: a volte lo Sportello assume un approccio burocratico, la valutazione viene "schiacciata" su procedure regolamentari tese a far rientrare le erogazioni all'interno del budget disponibile, mentre la progettazione sul caso e l'attivazione del contesto sociale sono resi difficoltosi dai carichi di lavoro a cui sono sottoposti gli operatori. A gravare,

⁽²⁵⁾ Le risposte degli esperti in merito ai percorsi assistenziali sono basate soprattutto su una conoscenza "percettiva" della realtà in cui operano. Rispetto ad altre aree di indagine, come ad esempio il contenuto degli interventi oppure i criteri d'accesso e i costi per gli utenti, le risposte sono sostenute in misura minore da dati quantitativi.

dunque, è anche l'aumento dei casi. In Sardegna – dove l'implementazione dei Punti unici d'accesso in tutti i distretti socio-sanitari ha permesso di mantenere buoni standard nell'accoglienza ai servizi – l'aumento di richieste da parte delle persone non autosufficienti in qualche territorio ha pesato sulla possibilità di svolgere una progettazione individualizzata.

Concentrazione delle risorse sull'assistenza diretta (erogazione delle prestazioni) a scapito delle funzioni di informazione/orientamento/presa in carico

Gli esperti convergono ampiamente nel ritenere che nel corso degli ultimi tre anni le risorse siano andate ulteriormente concentrandosi sull'assistenza diretta (Longoni, a cura di, 2014), nonostante a livello di “dichiarato pubblico”, nella normativa come negli atti di programmazione, venga immancabilmente sottolineata l'importanza delle funzioni di supporto e accompagnamento all'utenza. Questa tendenza, legata alla pressione dei bisogni di una popolazione non autosufficiente in aumento, è accentuata dalla riduzione degli organici. Secondo quanto riportato dai nostri referenti, nelle Marche ⁽²⁶⁾ si riscontra una diminuzione dell'investimento sulle Unità di valutazione distrettuali, anche attraverso la riduzione delle figure professionali che vi operano e l'assunzione di un carattere sempre più amministrativo e certificatorio. In Lombardia è stato evidenziato come l'effettiva messa in atto di forme di supporto e accompagnamento dell'utenza spesso dipenda dalla buona volontà e dalla coscienza degli operatori; benché i regolamenti e gli atti programmatici degli enti spesso enfatizzino la centralità di tali funzioni, le risorse si concentrano maggiormente sulle prestazioni. La distanza tra le enunciazioni di principio e la realtà operativa, dunque, non solo continua ad esistere ma sembra addirittura accentuarsi.

Tendenze all'uso improprio di alcuni servizi

Se dunque “assistere diventa sempre più erogare singole prestazioni, e sempre meno prendersi carico complessivamente della persona” (Gori e Pelliccia, 2013), aumenta il rischio che le famiglie, chiamate a fronteggiare bisogni di assistenza sempre più difficili da gestire in autonomia, siano spinte a cercare possibili risposte in servizi e presidi garantiti, sebbene non

⁽²⁶⁾ La Regione Marche ha rivisto nel 2015 le modalità e le procedure di accesso ai servizi, ma al momento della redazione di questo scritto le indicazioni non vengono ancora applicate nel territorio.

pienamente adeguati (Gori *et al.*, 2014). Gli esperti interpellati ritengono che, attualmente, la tendenza all'uso improprio dei servizi sia chiaramente riscontrabile. Le loro risposte evidenziano lo stretto legame di interdipendenza fra i diversi "luoghi" della cura e dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti: variazioni in negativo nella (già ridotta) capacità di risposta dell'assistenza domiciliare, così come in quella ospedaliera, determinano pesanti ricadute su altri servizi. L'utilizzo improprio di alcuni servizi, che avviene non solo da parte delle famiglie ma anche ad opera di alcuni soggetti erogatori, ha come conseguenza un aumento dei costi del sistema ⁽²⁷⁾ e, a volte, l'inappropriatezza delle cure (Fig. 3.3) (Della Croce, 2015; Pani e Vacca, 2013).

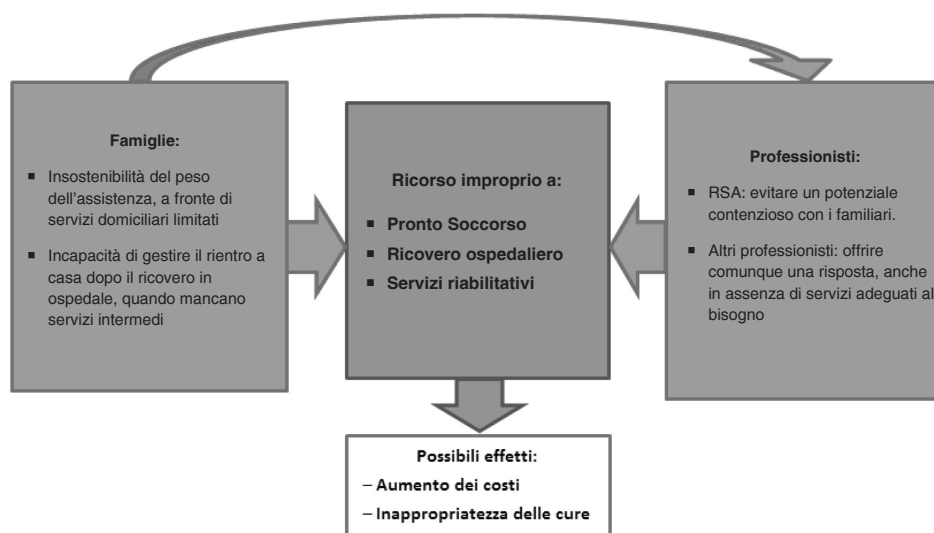
Utilizzo improprio da parte delle famiglie. In Piemonte, la riduzione di offerta domiciliare ha prodotto un aumento rilevante di richieste di ricovero. Quando le famiglie si trovano in difficoltà nel gestire l'anziano a casa, cercano di accedere a più servizi (ad esempio il Pronto soccorso) nella speranza che la combinazione di varie risposte, seppur parziali, possa offrire momenti di respiro. In Friuli-Venezia Giulia il sistema territoriale sembra non riuscire a garantire efficacia sia nella fase di prevenzione della non autosufficienza, che nei processi di continuità assistenziale in esito a ricoveri ospedalieri: per l'anziano dimesso e non autonomo, le alternative sembrano ridursi in molti casi alla "solitudine domiciliare" o all'istituzionalizzazione. Non è solo la carenza di servizi domiciliari a favorire l'uso improprio di altre risorse. In Calabria, dove alla diminuzione dei posti letto negli ospedali non sono seguiti incrementi dei posti di lungodegenza, di Residenza sanitaria medicalizzata, di nuclei demenze e di *hospice*, si registra un utilizzo distortivo della subacuzie, il ricovero in *setting* assistenziali non adeguati o il sovraffollamento dei reparti di emergenza.

Utilizzo improprio da parte di soggetti erogatori. Un fenomeno messo in luce da alcuni intervistati riguarda l'aumento della "medicina difensiva". In Lombardia si riscontra l'invio al Pronto soccorso di soggetti anche non gravi da parte di talune RSA, al fine di evitare un potenziale contenzioso con i familiari. In Piemonte accade che i pazienti più impegnativi non vengano stabi-

⁽²⁷⁾ In proposito è stata evidenziata anche l'iniquità generata dall'uso improprio dei servizi riabilitativi in sostituzione di altri servizi socio-sanitari, dato che i primi – afferendo al comparto sanitario – non prevedono una compartecipazione, contrariamente ai secondi, che sono invece di carattere assistenziale.

lizzati in RSA ma inviati più volte alla settimana al Pronto soccorso, fino ad ottenere il ricovero ospedaliero ⁽²⁸⁾. Anche in Sardegna è stato segnalato un ricorso eccessivo all'ospedale da parte dei professionisti.

Figura 3.3 - La tendenza all'uso distortivo dei servizi da parte di famiglie e professionisti



6. Il lavoro nei servizi

Questa sezione include tematiche piuttosto eterogenee al suo interno e, rispetto ad altre qui discusse, è particolarmente legata a valutazioni qualitative degli intervistati ⁽²⁹⁾. Fatte queste premesse, emerge un messaggio abbastanza chiaro rispetto a quanto riportato due anni fa. Da una parte, vengono confermate diverse criticità dovute al contesto complessivo – la difficoltà di programmare gli interventi, il peggioramento delle condizioni di affidamento dei servizi e delle condizioni lavorative al loro interno – mentre, dall'altra, si segnalano tendenze difformi in merito agli investimenti ed

⁽²⁸⁾ Questa è una tendenza generale all'interno della quale si notano differenze. L'esperienza di Torino, ad esempio, è invece quella di un piano di utilizzo delle RSA per la gestione dei percorsi di continuità assistenziale/dimissioni protette.

⁽²⁹⁾ In maniera simile a quanto segnalato per il paragrafo precedente, le risposte degli esperti alle domande sul lavoro nei servizi si basano prevalentemente sulla loro esperienza diretta, e in misura parziale su dati oggettivi.

alle attività formative. Infatti, se nella precedente rilevazione era emersa una sostanziale concordanza di vedute circa l'impossibilità di compiere investimenti e di sostenere i processi di aggiornamento e formazione del personale, oggi – su questi due versanti – vengono segnalati, in alcune realtà, passi in avanti. Come a dire che, superato il momento di iniziale smarrimento dovuto all'insorgere della crisi, mentre il contesto rimane critico esistono spazi per provare a costruire un futuro diverso, per il quale formazione e investimenti rappresentano due leve cruciali.

Impossibilità di programmare i servizi a causa dell'incertezza sulla disponibilità di risorse

È una tendenza ritenuta largamente attuale dagli intervistati, sia in ambito pubblico che privato, ed è un tema centrale sia per i produttori/gestori di servizi, che per i committenti. A pesare sulla programmazione è anche la frammentazione delle risorse. Secondo alcuni intervistati, i numerosi fondi e sistemi di finanziamento con vincolo di destinazione d'uso irrigidiscono il sistema, ostacolano la programmazione di interventi integrati fra sociale e sanitario e, più in generale, non permettono un uso efficace del finanziamento complessivamente disponibile. Le difficoltà programmatiche, a parere di alcuni esperti, risultano anche legate ad un eccesso di produzione normativa, come in Piemonte e in Lombardia, regioni in cui ciò ha generato un aumento del peso burocratico e tempi considerevoli per l'apprendimento delle novità da parte dei gestori ⁽³⁰⁾.

Peggioramento nelle condizioni di affidamento dei servizi

Una buona parte degli intervistati ritiene che negli ultimi tre anni le condizioni di affidamento dei servizi si siano ulteriormente deteriorate. In particolare, è stato segnalato come in molte regioni le quote sanitarie siano ancora ferme e i contratti abbiano durate molto brevi ⁽³¹⁾. In tre casi viene paventato il rischio che la situazione, al momento ritenuta ancora "gover-

⁽³⁰⁾ Per quanto riguarda in particolare l'innalzamento dei requisiti del sistema di esercizio e di accreditamento delle unità d'offerta socio-sanitarie lombarde (d.G.r. n. X-2569/2014), i gestori lamentano un eccesso di vincoli e un sistema sanzionatorio esageratamente penalizzante.

⁽³¹⁾ In Lombardia, ad esempio, in ambito residenziale il rinnovo dei contratti con la regione avviene attualmente di anno in anno, e questo secondo i referenti genera precarietà gestionale.

nabile”, possa ulteriormente peggiorare (Piemonte, Lombardia, Sardegna). Due i possibili pericoli: che negli appalti vengano avvantaggiate le offerte al ribasso e, secondariamente, che in ambito residenziale si verifichi un livellamento del servizio da parte degli operatori di grandi dimensioni, che gestiscono molte strutture, portati ad offrire prestazioni “preconfezionate” a prescindere dalla cultura e dalle esigenze degli utenti, una volta vinto l'appalto.

Peggioramento delle condizioni lavorative

È ampiamente diffuso, fra gli intervistati, il convincimento che sia ancora in corso un'involuzione delle condizioni lavorative. Fra le criticità indicate si segnalano l'aumento dei carichi di lavoro ⁽³²⁾, il minor rispetto delle regole di turnazione, il largo uso del lavoro precario, la riduzione degli stipendi e ritardi anche molto consistenti nel pagamento degli operatori (Calabria, Sardegna).

Per quanto riguarda specificamente i servizi residenziali, si rilevano situazioni differenziate. Accanto a quelle più stabili, in cui non viene riferito un peggioramento delle condizioni lavorative (Lombardia e Friuli-Venezia Giulia), ve ne sono altre in tendenziale aggravamento. Nelle Marche è in corso un aumento di convenzioni con personale delle cooperative che permette il massimo della flessibilità, mentre nei servizi residenziali gestiti dall'azienda sanitaria è iniziato l'affidamento a cooperative per la fornitura di infermieri e OSS.

Un elemento messo in rilievo da diversi intervistati riguarda l'aggravarsi delle condizioni di salute degli anziani, che si riflette sul lavoro degli operatori, chiamati a svolgere attività più complesse e continue. A fronte del “problema tempo”, ciò rischia di determinare uno schiacciamento dell'assistenza sui bisogni primari, mentre sarebbe necessario instaurare relazioni di cura che tengano conto della complessità dei casi e della loro peculiarità. Diversi intervistati hanno sottolineato, infine, l'aumento del rischio di *burn-out* degli operatori, fenomeno che secondo diversi produttori si sta inasprendo in modo allarmante (Fosti *et al.*, 2014).

⁽³²⁾ Secondo il 76% delle assistenti sociali operanti in Lombardia, fra il 2010 e il 2013 il carico di lavoro è aumentato (Ordine degli assistenti sociali *et al.*, 2013).

Interruzione degli investimenti nelle strutture

Registrato il costante peggioramento delle condizioni di contesto, vi sono – come anticipato – aree nelle quali non emerge più una concordanza di valutazioni negative, come nella precedente rilevazione, bensì un quadro maggiormente articolato. Una di queste concerne l'interruzione degli investimenti nelle strutture. Se in alcune realtà la tendenza è confermata dagli intervistati (Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Sardegna), in altre la situazione è più fluida e accanto a territori nei quali i miglioramenti sono rallentati o “congelati”, ve ne sono altri caratterizzati da nuovi investimenti. È il caso del Piemonte, dove se da un lato gli investimenti pubblici nel settore delle RSA risultano quasi bloccati e quelli privati hanno subito un forte rallentamento, dall'altro è in corso l'esperienza di crescita della Città di Torino, che ha realizzato allo scopo un piano di concessioni di immobili e di aree attraendo investimenti di privati. In Lombardia l'assenza di dati programmatori chiari e le ripercussioni della crisi hanno prodotto un generale rallentamento degli investimenti, ma non mancano casi di RSA che hanno diversificato i propri filoni di intervento attraverso l'adozione di nuclei e/o forme di residenzialità alternativa, talora adottati anche prima che la recente legislazione regionale li promuovesse (Predazzi, 2013). In Puglia sembrano esserci stati forti stimoli agli investimenti promossi dalla Regione per aumentare la dotazione strutturale complessiva, mentre in Calabria non si registra un tale investimento (Bagnato, Barillà e Martinelli, 2015).

Interruzione dei processi di aggiornamento e formazione del personale

Non si riscontra neppure uniformità di vedute, fra gli intervistati, per quanto riguarda la tendenza all'interruzione dei processi di aggiornamento e formazione del personale, segnalata in precedenza. Nel complesso, la formazione appare oggi legata all'iniziativa del singolo ente e agli adempimenti imposti dalla normativa (ad esempio al personale sanitario in medicina, nel campo della sicurezza, ecc.). Nel primo caso gli esperti segnalano dei ridimensionamenti “a macchia di leopardo” (che possono anche arrivare all'interruzione totale, soprattutto in ambito sociale), mentre per quanto riguarda la formazione obbligatoria non emergono variazioni in negativo; anzi, la recente entrata in vigore della formazione continua cogente anche per la categoria degli assistenti sociali è stata sottolineata da molti. In ambito residenziale la formazione risulta essere ancora un settore di inve-

stimento in Lombardia, dove l'aggiornamento tecnico-professionale è stato inserito tra gli indicatori di *rating* ⁽³³⁾ delle strutture, su espressa richiesta dell'Associazione dei gestori. In Calabria, i processi di aggiornamento e di formazione del personale in ambito sanitario proseguono attraverso progetti regionali e ministeriali ⁽³⁴⁾. Complessivamente, nella formazione obbligatoria legata alla normativa sull'accreditamento o sull'affidamento dei servizi appare determinante la realizzazione di verifiche da parte della committenza, ma anche il sostegno di tali attività attraverso rimborsi appropriati al costo dei servizi.

7. In conclusione: dopo lo smarrimento, ricostruire il futuro

Rispetto all'analisi condotta due anni fa sulla crescente distanza tra bisogni in aumento e scarsità di risorse disponibili, e sulle conseguenze per gli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti (Gori e Pelliccia, 2013), emerge oggi il rafforzamento di diverse tendenze individuate, ma anche il ridimensionamento di altre e l'affacciarsi di nuovi fenomeni.

Se il precedente monitoraggio aveva mostrato come, con l'esplosione della crisi, la crescita dei *beneficiari* sperimentata da diversi servizi nel primo decennio del Duemila si fosse interrotta e si registrassero alcuni, seppur lievi, fenomeni di diminuzione, oggi in tutti gli interventi ad esclusione dell'ADI si verifica un calo di utenza. Nell'*accesso ai servizi*, le risposte tendono ancora a concentrarsi verso i casi più gravi, come due anni fa, e sembrano verificarsi in misura crescente le spinte ad accrescere i costi dei servizi posti a carico degli utenti, inducendo così le famiglie sempre più ad assumersi in proprio

⁽³³⁾ La Regione Lombardia ha deliberato nelle regole 2015 (d.G.r. n. 2989/2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'anno 2015"), a cominciare dalle RSA, l'introduzione di un sistema di valutazione (*vendor rating*), nell'ambito di un percorso che intende superare la gestione delle risorse basata sul budget storico, in favore di una fondata sul concetto di acquisto di posti. Su tale sistema è stato avviato un tavolo tecnico congiunto tra enti erogatori e Regione Lombardia, che ha prodotto un documento d'intesa poi ufficializzato nella d.G.r. n. 3203/2015, così da consentire l'avvio di un percorso partecipato. L'accordo e l'approfondimento condotto hanno portato all'obiettivo di un *rating* premiale e a proposte di modifiche delle modalità di calcolo e di attribuzione del *rating* per gli indicatori inizialmente previsti.

⁽³⁴⁾ Ad esempio nell'ambito della sperimentazione di percorsi per la prevenzione delle complicanze della malattia di Alzheimer sulla base del *Chronic Care Model*.

l'onere della cura. L'analisi ha colto anche un fenomeno sempre più visibile, rappresentato dalla crescente "competizione" nell'allocazione dei finanziamenti pubblici tra l'assistenza agli anziani e altri interventi di welfare sociale, ampiamente inteso, di titolarità di comuni e regioni.

Rispetto ai cambiamenti nel *contenuto degli interventi*, il lavoro odierno conferma la tendenza al ridimensionamento dell'offerta, attraverso tagli alle fasce orarie di copertura dei servizi e diminuzione delle ore di assistenza garantite ai singoli casi. Persiste, inoltre, la difficoltà dei gestori ad assicurare assistenza secondo standard adeguati al bisogno e a realizzare un'ideale manutenzione delle strutture. Il quadro appare invece migliorato rispetto all'innalzamento dei requisiti di funzionamento delle strutture da parte del regolatore pubblico, che due anni fa pareva insostenibile e come tale oggetto di rinuncia, mentre oggi si assiste a diverse azioni in tal senso.

Il rafforzamento del *presidio pubblico del percorso assistenziale*, sul quale molte regioni hanno lavorato nel corso del primo decennio del Duemila, mostrava due anni fa segnali d'involuzione che appaiono oggi ulteriormente aggravati: difficoltà di realizzazione e processi incompiuti caratterizzano ampiamente le iniziative regionali di regolazione dei percorsi assistenziali, mentre l'erogazione delle prestazioni tende a concentrarsi sull'assistenza diretta e le famiglie sono portate a cercare risposte anche attraverso un uso distorsivo dei servizi. Infine, vengono confermate diverse criticità rispetto al *lavoro nei servizi* (la difficoltà di programmare gli interventi, il peggioramento delle condizioni lavorative e di affidamento dei servizi), ma emerge un contesto maggiormente articolato riguardo agli investimenti nelle strutture e nelle attività formative, che in precedenza parevano bloccate.

Ricostruire il futuro

La lettura trasversale delle interviste ai nostri referenti, inoltre, indica un importante mutamento di scenario, legato al superamento dello smarrimento iniziale dovuto all'insorgere della crisi. Mentre qualche anno fa per i servizi agli anziani non autosufficienti sembrava esistere unicamente la prospettiva dell'arretramento, oggi vi sono segnali dell'apertura di nuovi spazi di riflessione e progettualità, per la costruzione di un futuro diverso. Non a caso abbiamo scelto di intitolare questo Rapporto *Un futuro da ricostruire*.

Gli esperti concordano nel ritenere che la scarsità di risorse possa rappresentare un incentivo alla riorganizzazione dei servizi e delle relazioni tra gli attori del territorio, nella direzione di una maggiore efficienza. Si tratta di una posizione diffusa, che tuttavia necessita di essere verificata realtà per realtà in quanto i margini di miglioramento non sono gli stessi dovunque. Si registra, inoltre, un'ampia consapevolezza sul fatto che l'efficientamento non potrebbe risolvere la necessità di maggiori finanziamenti nemmeno se – per ipotesi – ogni realtà locale utilizzasse nel modo migliore possibile tutte le risorse economiche disponibili: senza un loro incremento, infatti, la distanza tra domande e interventi è destinata ad allargarsi. Se una leggera riduzione di risorse può costituire una sfida per rimettersi in gioco, individuare nuove soluzioni e innovare, un'ampia diminuzione di risorse implica necessariamente una riduzione degli interventi. La ricerca dell'efficienza va dunque difesa perché consente un miglior utilizzo delle risorse pubbliche ma non perché riduca la necessità di maggiori stanziamenti.

Ciò premesso, esiste un crescente patrimonio di progettualità rispetto alle diverse realtà locali. Agli esperti abbiamo chiesto se, nel territorio in cui operano, si stiano aprendo opportunità e spazi di riflessione per mettere in discussione l'assetto dei servizi e per migliorarlo. La risposta è stata positiva. Fra i diversi esempi sono identificabili, in particolare, due piste di lavoro che non sono certo le uniche ⁽³⁵⁾, ma che vengono indicate come prioritarie: articolare la rete d'offerta e mettere a sistema risorse di fonte plurima.

Riarticolare la rete d'offerta

L'intento è quello di articolare maggiormente il mix di servizi e interventi disponibili, così da rispondere in maniera più sensibile alle esigenze degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie. Si tratta di disegnare una rete d'offerta maggiormente articolata, nell'ambito dello spazio intercorrente fra i tradizionali servizi domiciliari e quelli residenziali per l'accoglienza di persone gravemente non autosufficienti. Le nuove tipologie di servizi e di prestazioni vanno nella direzione di adattarsi maggiormente alle eterogenee esigenze degli anziani e delle loro famiglie, e al loro mutare nel tempo (Gori,

⁽³⁵⁾ Fra queste, il rilancio di interventi volti ad una maggiore territorializzazione dell'assistenza basata sulla riconversione di una parte della spesa sanitaria.

2014). È la sfida che alcune amministrazioni regionali – come ad esempio la Lombardia ⁽³⁶⁾, la Sardegna ⁽³⁷⁾ e la Liguria ⁽³⁸⁾ – stanno cercando di vincere.

Allargare il perimetro degli interventi pubblici mettendo a sistema risorse di fonte plurima

L'evidente difficoltà di rispondere ai bisogni degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie ha spinto in diversi contesti locali a porre in discussione il ruolo dell'amministrazione e l'assetto dei servizi. Si registrano sperimentazioni che vanno nella direzione di allargare l'utenza e i servizi offerti, mettendo a sistema risorse di fonte diversa: pubbliche, familiari, private. Fra gli esempi più citati si annoverano i progetti tesi alla valorizzazione del lavoro di cura delle assistenti familiari e alla sua inclusione nella rete dei servizi ad accesso pubblico ⁽³⁹⁾. Un'altra linea di lavoro guardata con interesse riguarda la creazione di un sistema di offerta comune tra istituzioni pubbliche, fondi integrativi, assicurativi e pensionistici, oltre al welfare aziendale, che garantisca nel suo complesso una risposta adeguata a fronte di esigenze crescenti.

⁽³⁶⁾ La Lombardia intende contenere l'espansione della spesa (soprattutto quella delle RSA, che rappresenta la parte più consistente del bilancio socio-sanitario) ritardando il ricorso al ricovero, grazie all'aumento e alla riformulazione delle tappe per arrivarci. La riforma punta inoltre a individuare unità di offerta "innovative", diverse da quelle tradizionali, spesso non (più) in grado di rispondere alla varietà dei bisogni (d.G.r. n. 116/2013, "Determinazioni in ordine all'istituzione del Fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo" e d.G.r. n. 856/2013, "Interventi a favore della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della d.G.r. n. 116/2013, primo provvedimento").

⁽³⁷⁾ L'obiettivo di migliorare il sistema di welfare locale è perseguito attraverso una riforma organica in relazione al Fondo per la non autosufficienza (la cui progettazione è in corso), alle cure domiciliari e alle strutture residenziali, ma anche tramite la recente riforma sanitaria (l.r. n. 23/2014, "Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle leggi regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012").

⁽³⁸⁾ La Liguria ha avviato un percorso di innovazione della filiera dei servizi socio-sanitari per le persone anziane che ha fra i suoi obiettivi l'ampliamento dell'offerta e che prevede la conversione di una parte della spesa socio-sanitaria attualmente destinata ai tradizionali ricoveri in residenze extraospedaliere (d.G.r. n. 514/2015, "Approvazione di indirizzi vincolati in materia di politiche per le persone anziane, contrasto alla violenza e contrasto al disagio e grave emarginazione").

⁽³⁹⁾ In proposito si vedano, tra gli altri, Bramanti, Marzotto, Digrandi (a cura di), 2015; Di Toro Mammarella (a cura di), 2014; Di Toro Mammarella, 2015; Menichini, 2015.

Bibliografia

- AUSER (2013), *VI Rapporto nazionale Auser su Enti Locali e Terzo settore*, a cura di F. Montemurro con la collaborazione di G. Mancini, Roma.
- BAGNATO A., BARILLÀ S., MARTINELLI F. (2015), *L'offerta pubblica di servizi di cura per gli anziani in Calabria. L'impatto della crisi su un deficit strutturale*, paper presentato alla conferenza Espanet Italia "Welfare in Italia e welfare globale: esperienze e modelli di sviluppo a confronto", Fisciano, 17-19 settembre 2015.
- BRAMANTI D., MARZOTTO C., DIGRANDI G. (a cura di) (2015), *Percorsi innovativi di assistenza domiciliare. Il progetto nazionale Home Care Premium*, Trento, Erickson.
- CHIATTI C., BARBABELLA F., LAMURA G., GORI C. (2010), *La "Bussola" di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 13-40.
- DELLA CROCE F. (2015), *Il governo clinico e le residenze per anziani*, in *I Luoghi della cura*, 1, pp. 6-11.
- DI TORO MAMMARELLA M. (a cura di) (2014), *Nuova domiciliarità. Esperienze, scenari e proposte per il welfare metropolitano del futuro*, Rimini, Maggioli.
- DI TORO MAMMARELLA M. (2015), *Nuova domiciliarità a Bologna*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 3, 1, agosto.
- FNP-CISL e FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN (2013), *Welfare territoriale e non autosufficienza in Toscana*, Firenze, Fnp-Cisl.
- FOSTI G., LONGO F., NOTARNICOLA E., ROTOLO A. (2014), *Le politiche regionali emergenti nel settore socio-sanitario e le strategie di adattamento dei grandi produttori*, in CER-GAS, *Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea, pp. 215-240.
- GORI C. (2014), *Libertà di scelta, dalla prima alla seconda generazione*, in *Welfare Oggi*, 2, pp. 7-12.
- GORI C., GHETTI V., RUSMINI G., TIDOLI R. (2014), *Il welfare sociale in Italia. Realtà e prospettive*, Roma, Carocci.
- 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 NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Quarto Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 45-70.
- 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*, Rimini, Maggioli, pp. 91-123.
- ISTAT (anni vari), *Banca dati di indicatori territoriali per le politiche di sviluppo*, Roma, Istituto nazionale di statistica, www.istat.it/it/archivio/16777.
- ISTAT (anni vari), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati*, Roma, Istituto nazionale di statistica.
- ISTAT (anni vari), *Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*, Roma, Istituto nazionale di statistica.

- ISTAT (anni vari), *Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. I beneficiari delle prestazioni pensionistiche*, Roma, Istituto nazionale di statistica.
- LONGONI B. (a cura di) (2014), *I servizi domiciliari. Raccontare e raccontarsi*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- MELZI A., BARBAROSSA D. (a cura di) (2014), *Modelli organizzativi di ADI al Sud*, in *Welfare Oggi*, 2, pp. 49-59.
- MENICHINI I. (2015), *Coprogettare la domiciliarità: l'esperienza di Milano*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2.2, giugno.
- ORDINE DEGLI ASSISTENTI SOCIALI – CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA, IRS, LOMBARDIASOCIALE (2013), *Una professione alle corde? Gli assistenti sociali lombardi di fronte alla crisi del welfare*, Rapporto di ricerca.
- PANI P.P., VACCA R. (2013), *Percorsi assistenziali per le dimissioni ospedaliere delle persone fragili*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 3, marzo, pp. 7-11.
- PADOVANI E. (2015), *Il welfare nei conti degli enti locali. Una lettura sociale dei bilanci dei capoluoghi di regione sulla base dei dati Aida PA-Bureau van Dijk*, Report sintetico – Aggiornamento 2015 del volume Cisl-Fnp Cisl, "Il welfare nei conti degli enti locali", Edizioni Lavoro, 2013.
- PASQUINELLI S. (a cura di), (2015), *Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia*, Rimini, Maggioli.
- PELLICCIA L. (2014), *Le tendenze più recenti delle rette delle RSA lombarde*, in *Lombardiasociale.it*, 30 maggio. <http://www.lombardiasociale.it/2014/05/30/le-tendenze-piu-recenti-delle-rette-delle-rsa-lombarde/>.
- PESARESI F. (2013), *RSA – Residenze sanitarie assistenziali. Costi, tariffe e compartecipazione dell'utenza*, Rimini, Maggioli.
- PREDAZZI M. (2013), *RSA: progettare scenari sperimentali per un welfare in evoluzione*, in *Lombardiasociale.it*, 23 novembre, <http://www.lombardiasociale.it/2013/11/23/rsa-progettare-scenari-sperimentali-per-un-welfare-in-evoluzione/>.
- TERENZIANI D. (2014), *Si chiude l'accreditamento in Emilia-Romagna, ma è già tempo di modifiche*, *ANOSS Magazine*, 7, settembre, pp. 28-39.
- TIDOLI R. (2006), *Le metamorfosi dell'assistenza domiciliare*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2.
- TIDOLI R. (2013), *Le rette delle RSA lombarde. Andamento aggiornato a dicembre 2012*, in *Lombardiasociale.it* 21 marzo, <http://www.lombardiasociale.it/2013/03/21/le-rette-delle-rsa-lombarde-l%e2%80%99andamento-aggiornato-a-dicembre-2012/?c=dati-e-ricerche>.
- TIDOLI R. (2014), *Famiglie che rinunciano al posto in RSA*, in *Lombardiasociale.it*, 14 gennaio, <http://www.lombardiasociale.it/2014/01/14/famiglie-che-rinunciano-al-posto-in-rsa/?c=punti-di-vista>.
- TRIFILETTI R. (2011), *Ri-familizzazione?*, in *Rivista delle politiche sociali*, 2, pp. 215-232.

4. Non autosufficienza e impoverimento

Matteo Luppi

1. Introduzione

La non autosufficienza e i costi diretti e indiretti che le famiglie sostengono per la cura dei propri cari rappresentano sempre più uno stringente onere economico che influisce sulla qualità della vita di una crescente parte della popolazione italiana. Una recente ricerca del CENSIS (2014) fornisce un'immagine chiara di quanto la non autosufficienza possa essere gravosa per le famiglie italiane. Nel 2012, 330mila famiglie hanno dovuto utilizzare tutti i risparmi per far fronte alle spese relative all'assistenza, 190mila hanno dovuto vendere l'abitazione con formula della nuda proprietà e 150mila si sono dovute indebitare.

Nonostante questi dati evidenzino l'onerosità della condizione di non autosufficienza, l'analisi sui mutamenti dei profili della povertà in Italia non riesce a catturare direttamente questa relazione. Secondo i dati forniti dall'ultimo rapporto dell'ISTAT (2015) sulla povertà in Italia, la popolazione anziana risulta essere tra le categorie meno colpite da questo rischio. Le famiglie composte da over 65 presentano valori tra i più bassi di incidenza di povertà. Nel 2014, l'incidenza del rischio di povertà relativo ⁽¹⁾ per le famiglie composte da due anziani è pari al 10,6%. Se si considera che lo stesso indicatore

⁽¹⁾ Esistono differenti indicatori per misurare la povertà. In questo capitolo si fa riferimento ad indicatori di povertà relativi. Questi indici si definiscono relativi in quanto misurano la povertà in base a soglie definite convenzionalmente, ovvero definiscono la "quota di poveri" a partire da un confronto con le condizioni di benessere prevalenti in un dato momento in una data popolazione. Nel caso dell'indicatore dell'incidenza di povertà relativa, ad esempio, si considera povera una famiglia di due persone quando consuma meno della media *pro capite* dei consumi nazionali. Nel caso dell'altro indicatore utilizzato – "a rischio di povertà" –, invece, sono povere le famiglie con un reddito (equivalente) inferiore al 60 per cento di quello mediano nazionale.

per le famiglie con 3 o più figli supera il 30%, mentre nel caso di due figli minori è di poco inferiore al 20%, si comprende chiaramente quanto, in termini comparativi, la popolazione anziana sembra essere meno esposta al rischio di povertà.

Un'analisi più ampia evidenzia invece quanto in Italia il problema della povertà costituisca una concreta problematica sociale. Nel nostro Paese il rischio di povertà riguarda circa un terzo della popolazione, e, ad eccezione del 2014, negli ultimi anni ha registrato una continua crescita. Diversi dati convalidano questo trend negativo che sta caratterizzando la popolazione nazionale. L'INPS ha recentemente confermato che tra il 2008 e il 2014 la quota di Italiani con un reddito al di sotto della soglia di povertà è cresciuto di circa un terzo, passando da 11 a 15 milioni di individui. Nello stesso periodo di tempo, la percentuale delle famiglie con un reddito inferiore a questa soglia è salita dal 18 al 25 per cento ⁽²⁾.

Secondo un recente studio della Banca d'Italia (Brandolini, 2013) la stagnazione dei redditi e la crescente insicurezza occupazionale hanno generato un complessivo peggioramento della condizione economica delle famiglie italiane ed un aumento della quota di coloro che vivono con un reddito al di sotto della soglia di povertà. Questo fenomeno ha colpito principalmente le fasce più giovani e la popolazione in età lavorativa, interessando categorie sociali fino ad ora escluse da questi rischi (come ad esempio famiglie con doppio reddito e lavoratori autonomi, ma anche famiglie con uno o due figli minorenni).

A quale scopo, allora, analizzare la relazione tra povertà e non autosufficienza con specifico riferimento alla popolazione anziana? Per due motivi. Innanzitutto perché in Europa, e specialmente in Italia, due principali tendenze stanno caratterizzando i sistemi di cura nazionali: *i*) un preoccupante aumento – soprattutto in ottica futura – dell'incidenza della popolazione anziana sulla popolazione attiva, con la relativa crescente domanda di servizi di cura (Eurostat, 2011); *ii*) un percorso di riforme che, seppur diverso nelle modalità attuative, è accomunato da un obiettivo comune, l'incremento della sostenibilità economica del sistema di cura attraverso un contenimento della spesa pubblica (Ranci e Pavolini, 2013). Come suggerito da Pommer (*et al.* 2007), un possibile esito di questa duplice tendenza è la riduzione del ruolo

⁽²⁾ Tito Boeri, audizione alla Commissione affari sociali della Camera dei deputati, 19 maggio 2015.

pubblico a favore di incremento della dimensione privata, sia in termini di cure informali che di finanziamento.

Il secondo motivo deriva dal fatto che, come mostra questo capitolo, la relazione tra povertà e non autosufficienza non si limita alla sola popolazione anziana, ma coinvolge anche i loro prestatori di cura informali come ad esempio i loro figli adulti, ossia quella categoria di popolazione che, assieme alle generazioni più giovani, sta pagando il prezzo più alto della crisi economica. È quindi importante considerare oltre agli impatti diretti che la non autosufficienza può generare sulla popolazione anziana, anche l'aspetto intergenerazionale di questa relazione.

2. Il ruolo della dimensione privata nella relazione tra povertà e non autosufficienza

Questo lavoro parte dalla premessa che la condizione di non autosufficienza rappresenti un fattore in grado di aumentare considerevolmente il rischio di povertà. Famiglie con anziani non autosufficienti sono soggette a una "compressione" dei loro standard di vita principalmente in relazione a due fattori: un incremento delle spese ordinarie, specialmente dovuto ad un aumento delle spese di cura; ed un aumento del tempo dedicato all'assistenza dei familiari non autosufficienti che spesso si traduce in una riduzione delle capacità lavorative.

Un recente studio dell'OECD (2001) mostra che in diversi Paesi il costo associato alle cure e all'assistenza degli anziani non autosufficienti eccede il reddito familiare disponibile anche in quelle famiglie il cui reddito è compreso nel sesto decile della distribuzione ⁽³⁾. Inoltre, come alcuni studi mostrano (Costa e Ranci, 2010; Naldini *et al.*, 2014), la presenza di una persona non autosufficiente influisce in modo significativo sia sull'organizzazione familiare che sul reddito. I membri familiari che assumono responsabilità di cura devono riconciliare l'attività lavorativa con l'attività di cura, spesso a discapito della prima (ad esempio uscendo dal mercato del lavoro o accettando lavori con orari e/o remunerazioni limitati). Mentre le cure informali spesso

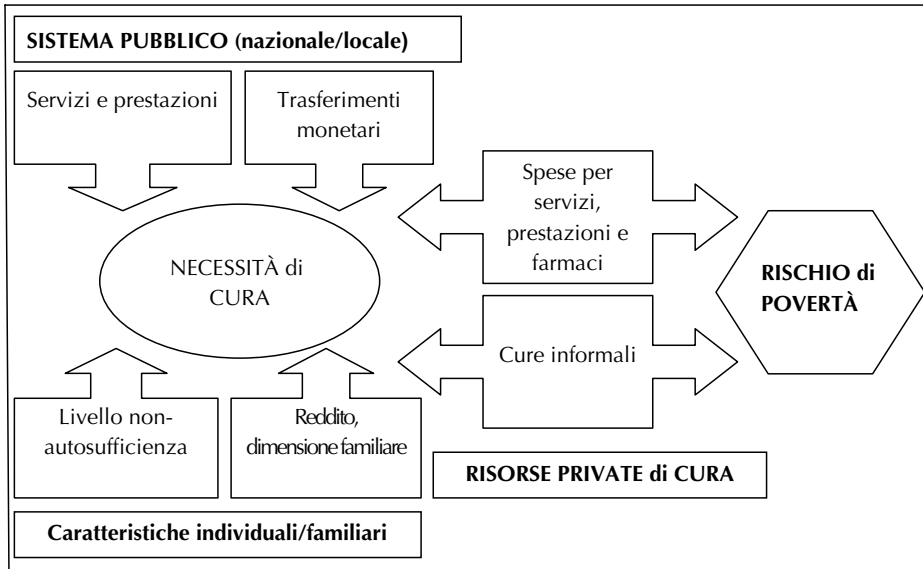
⁽³⁾ Per sesto decile di reddito si intende quella fascia di popolazione compresa tra il 50% e il 60% della distribuzione dei redditi. Considerando che nel 2012 il valore mediano (50%) della distribuzione dei redditi netti delle famiglie italiane è pari a 24.444 euro, ossia circa 2.037 euro mensili, appare chiaro che l'onere dei costi relativi alla non autosufficienza interessa un'ampia parte della popolazione italiana.

svolgono il ruolo di rete di sicurezza sociale per gli anziani che ne beneficiano (Lubben, 1988), alcune ricerche evidenziano quanto invece queste cure rappresentino per le famiglie un onere sia in termini di tempo che in termini economici (Lai, 2012).

Nell'analisi della relazione tra non autosufficienza e povertà, le risorse private destinate alla cura rappresentano quindi l'elemento che permette di comprendere come questa relazione sia articolata (Fig. 4.1). Le caratteristiche dei sistemi di cura nazionali, come il livello di accesso ai servizi e la loro intensità e adeguatezza, definiscono la capacità dei sistemi di soddisfare la domanda di cura della popolazione non autosufficiente e indirettamente definiscono la "quantità" di risorse private che le famiglie devono mettere in atto al fine di compensare l'eventuale domanda di cura insoddisfatta.

Al fine di colmare questo divario tra offerta e domanda le famiglie possono essere indirettamente coinvolte, attraverso l'acquisto di servizi e assistenza nel mercato di cura, o direttamente, fornendo loro stessi cure ai propri familiari. Entrambe le soluzioni, come visto in precedenza, possono generare una perdita del reddito familiare che può essere considerata, al netto di fattori individuali e culturali, proporzionale al livello di disabilità dell'anziano non autosufficiente e inversamente proporzionale al supporto pubblico ricevuto. Considerando che queste due dimensioni non sono mutualmente esclusive, ma piuttosto possono coesistere, è possibile sostenere che una duplice riduzione del reddito, causata da un lato dalle spese di cura sostenute e dall'altro da una riduzione del reddito da lavoro, possa comportare per le famiglie degli anziani non autosufficienti e dei loro prestatori di cura informale una caduta dei redditi al di sotto della soglia di povertà.

Figura 4.1 - Relazione tra non autosufficienza e rischio di povertà



3. Accesso ai servizi e risorse private di cura

Come ampiamente dimostrato in questo rapporto, il sistema italiano di cura agli anziani non autosufficienti è caratterizzato da una cronica carenza di risorse e da una limitata capacità di rispondere alla domanda di cura generata dalla popolazione anziana. Al fine di comprendere come la non autosufficienza possa essere veicolo di povertà, è utile osservare come in Italia le risorse, sia pubbliche che private, sono distribuite tra la popolazione anziana. Questo paragrafo utilizza i dati dell'indagine SHARE ⁽⁴⁾ per analizzare come i servizi formali – intesi come trasferimenti monetari e servizi domiciliari –

⁽⁴⁾ L'analisi presentata in questo paragrafo, così come quella del paragrafo successivo, si basa su dati SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe). SHARE è una banca dati multidisciplinare e multipaese di dati individuali su salute, *status* socio-economico e relazioni sociali e familiari degli ultracinquantenni. La prima somministrazione del questionario SHARE è stata condotta nel 2004 in 11 Paesi europei, mentre la terza somministrazione, avvenuta nel 2012, ha interessato 16 Paesi. I dati raccolti includono variabili di salute (ad esempio, limitazioni ADI e IADL), variabili sulla ricezione dei servizi di cura (ad esempio assistenza domiciliare), variabili psicologiche, variabili economiche (ad esempio fonti e composizione del reddito, trasferimenti monetari e consumi) e variabili di interazione sociale (assistenza all'interno della famiglia, trasferimenti di beni e denaro e relazioni sociali).

da un lato, e le risorse private di cura – seguendo la differenziazione fatta in precedenza tra spese di cura e cure informali –, dall'altro lato, sono distribuite tra la popolazione non autosufficiente.

3.1. *Supporto formale alla cura*

L'analisi conferma la centralità dei trasferimenti monetari nel sistema di cura italiano. Tra il 2004 e il 2012, circa un quarto della popolazione anziana affetta da disabilità (lieve, media o severa) beneficia di trasferimenti monetari. L'importo mensile medio di tali prestazioni rimane stabile nel periodo in esame, passando da 436 € nel 2004 a 492 € nel 2012. Questo dato conferma la predominanza dell'indennità di accompagnamento nel panorama dei trasferimenti *cash* del sistema di cura italiano. I valori medi individuati attraverso i dati SHARE coincidono infatti con gli importi di tale prestazione ⁽⁵⁾.

L'analisi dell'importo dei trasferimenti monetari rispetto al grado di non autosufficienza della popolazione anziana evidenzia l'assenza della progressività dell'ammontare di tali prestazioni rispetto al livello di disabilità dei beneficiari. Nello scenario europeo, infatti, l'indennità di accompagnamento rappresenta una delle poche misure monetarie di sostegno alla non autosufficienza che non prevede una relazione tra importo erogato e livello di disabilità del beneficiario. Tra il 2004 e il 2012 la differenza dell'importo medio ricevuto da un anziano affetto da disabilità grave, rispetto a coloro che sono affetti da disabilità media o lieve, oscilla tra i 15 e i 20 punti percentuali. In termini comparativi, tale differenza risulta essere molto contenuta se confrontata con altri Paesi come ad esempio Francia e Belgio, rispettivamente 42%-52% e 52%-46% (Luppi, 2014).

I dati SHARE permettono inoltre di osservare che il livello di redistribuzione delle prestazioni monetarie italiane risulta alquanto limitato. L'importo dell'indennità di accompagnamento, oltre a non essere proporzionale al livello di disabilità, non è graduato in relazione al reddito dei beneficiari. Ciò comporta che la quota di beneficiari di prestazioni monetarie a rischio di povertà risulta essere inferiore se comparata con altre realtà europee. In Italia, solo il 45% dei beneficiari di queste prestazioni risulta avere un reddito inferiore al 20% della distribuzione nazionale. In Paesi in cui l'accesso ai servizi

(5) Rispettivamente 492 € nel 2004 e 495 € nel 2012 (<http://www.inps.it/portale/default.aspx>).

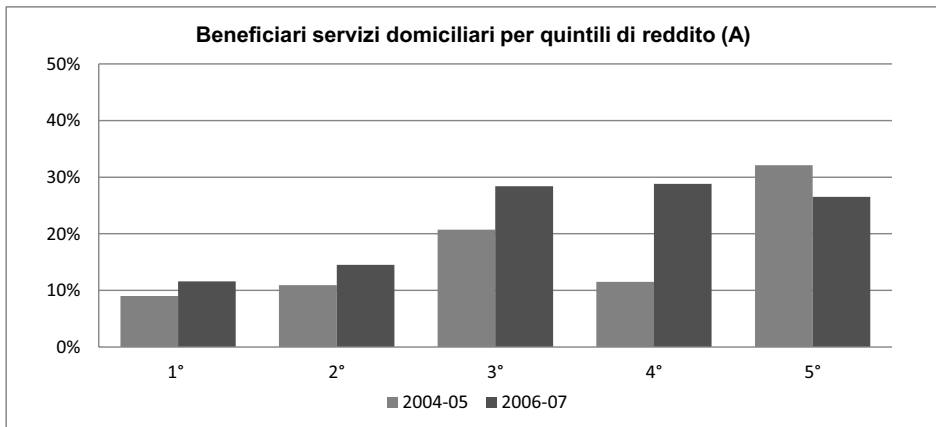
cash è regolato da criteri *means-tested*, come il Belgio, questa quota raggiunge valori nettamente superiori (60%-70%) (*ibidem*).

Box 4.1 - I trasferimenti monetari

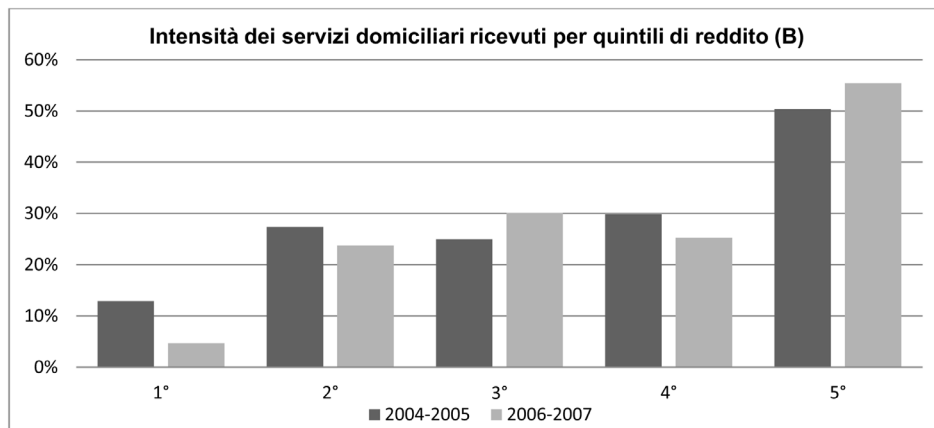
- L'analisi dei dati individuali conferma la dipendenza del sistema Italiano di supporto alla non autosufficienza dai trasferimenti monetari, e in particolare dall'indennità di accompagnamento. Nei tre anni coperti dall'indagine SHARE circa un quarto degli intervistati affetti da disabilità dichiarata di beneficiare di questi trasferimenti.
- L'assenza di proporzionalità dell'importo dell'indennità di accompagnamento, sia al reddito dei beneficiari, che al loro livello di disabilità, risulta essere un fattore di incremento del rischio di povertà per gli anziani non autosufficienti.
- In media, gli anziani affetti da disabilità grave ricevono un importo di poco superiore rispetto a coloro che sono affetti da disabilità media o lieve, e tale importo risulta essere inadeguato rispetto alle loro necessità di cura.
- Il livello di redistribuzione delle prestazioni monetarie italiane è limitato se comparato con altre realtà europee. Rispetto alla totalità dei beneficiari di prestazioni *cash*, meno della metà rientra tra la popolazione a basso reddito, e quindi più bisognosa di un supporto economico.

L'analisi delle caratteristiche dei beneficiari dei servizi domiciliari evidenzia uno scenario addirittura più preoccupante rispetto a quello appena presentato. Oltre al limitato livello di copertura di tali servizi, appare evidente una forte relazione tra la ricezione di servizi domiciliari ⁽⁶⁾ e il reddito familiare.

Figura 4.2 - Percentuale di beneficiari di servizi domiciliari sulla totalità della popolazione non autosufficiente (A) e relativa intensità (n. ore mensili medio) (B) per quintili di reddito



⁽⁶⁾ Per servizi domiciliari si fa riferimento alla pluralità di servizi forniti da operatori professionali sia pubblici che privati. Si deve considerare che i dati SHARE, al pari di altre fonti dati, non riescono a catturare quell'ampia fascia di beneficiari di servizi offerti da operatrici migranti irregolari.



Nota: I quintili di reddito sono ottenuti sul reddito disponibile equivalente e sono costruiti come segue: 1°: comprende le famiglie con un reddito compreso tra lo 0% e il 20% della distribuzione dei redditi, 2°: 20.1%-40%, 3°: 40.1%-60%, 4°: 60.1%-80%, 5°: 80,1%-100%.

Fonte: ns. elaborazione su dati SHARE, wave 1-2.

Nei due anni in esame ⁽⁷⁾, la ricezione di servizi domiciliari di cura tende ad essere estremamente proporzionale al reddito dei beneficiari, sia in termini di copertura che in termini di intensità (Fig. 4.2). Solo un decimo della popolazione anziana non autosufficiente con un reddito inferiore al 20% della distribuzione dei redditi riceve servizi domiciliari formali, con un'intensità di circa 10 ore mensili. Al contrario, per coloro che hanno redditi elevati questi valori raggiungono rispettivamente il 30% e circa 50 ore mensili.

Questa breve analisi permette di evidenziare il ruolo secondario che le prestazioni in esame ricoprono in termini di supporto al reddito e sostegno alle cure per la popolazione potenzialmente più esposta al rischio di povertà: le famiglie di anziani non autosufficienti a basso reddito. L'importo medio delle prestazioni monetarie risulta essere nettamente inferiore rispetto ai costi generati dalla non autosufficienza. Inoltre la popolazione più bisognosa, sia in termini di grado di disabilità che in termini di reddito, sembra essere meno rappresentata e sostenuta dal sistema di cura italiano, in relazione sia ai trasferimenti monetari, che ai servizi domiciliari.

⁽⁷⁾ Purtroppo i dati SHARE, a seguito di un cambiamento nei quesiti del questionario, per l'anno 2012 non permettono di osservare le caratteristiche della popolazione anziana né in relazione ai servizi domiciliari ricevuti né in relazione alle spese di cura (presentate di seguito).

3.2. Risorse private di cura

L'analisi delle risorse private destinate alla cura suggerisce uno scenario speculare a quello appena analizzato. Come mostra la Tab. 4.1, le cure informali – sia ricevute che fornite – e l'incidenza delle spese di cura sul reddito familiare tendono ad aumentare progressivamente al diminuire della ricchezza familiare. Questo dato evidenzia che le limitate capacità del sistema di cura italiano, nel soddisfare i bisogni di cura espressi dalla popolazione non autosufficiente, penalizzano maggiormente la popolazione caratterizzata da redditi familiari medio-bassi.

I dati SHARE indicano che nel 2007 circa un quarto della popolazione di età compresa tra 50 e 64 anni presta assistenza volontariamente ai propri genitori o suoceri. Un'analisi più dettagliata suggerisce che l'intensità di tali cure varia sensibilmente in funzione del reddito familiare, raggiungendo i valori massimi nelle famiglie comprese nei primi due quintili di reddito (Tab. 4.1). Similarmente, la quota di anziani non autosufficienti che dichiara di ricevere cure informali con elevata intensità (giornaliera o quasi) presenta un'analoga distribuzione. Circa un terzo degli anziani con un reddito compreso nel primo quintile della distribuzione beneficia di questo supporto familiare, mentre questa quota si riduce considerevolmente per le famiglie con redditi più elevati.

Tabella 4.1 - Risorse private di cura per quintili di reddito

Quintili di reddito	Valore medio dell'incidenza delle spese di cura sul reddito familiare, popolazione anziana (65+), anno 2006-07	% di anziani non autosufficienti che riceve cure informali con frequenza giornaliera (o quasi), sulla totalità della popolazione anziana non autosufficiente, anno 2011-12	Numero medio di ore mensili di cure informali fornite da "figli adulti" ai propri genitori/suoceri, anno 2006-07
1°	18,5	32,3	67,2
2°	9,5	27,3	61,3
3°	5,9	26,5	56,1
4°	3,2	14,6	51,9
5°	2,3	5,3	30,2

Nota: I quintili (vedi nota figura 4.2) di reddito e il valore medio dell'incidenza delle spese di cura sono calcolati sul reddito disponibile equivalente.

Fonte: ns. elaborazione su dati SHARE, wave 2-4.

In Italia, il coinvolgimento delle famiglie nel processo di cura non si limita solo alle cure informali, ma comprende anche le spese private di cura. Al netto della spesa sostenuta dalle famiglie italiane per le operatrici di cura irregolari di difficile se non impossibile stima, circa il 35% della spesa complessiva destinata alla non autosufficienza è pagato di tasca propria da parte dei beneficiari ⁽⁸⁾. Anche in questo caso, come mostra la Tab. 4.1, l'onere maggiore ricade sulle famiglie con redditi medio-bassi. Nel 2006-07 circa un quinto del reddito annuale delle famiglie anziane posizionate nel gradino più basso della distribuzione dei redditi è destinato a spese di cura, valore che circa raddoppia per le famiglie di anziani non autosufficienti. All'estremo opposto, ovvero per le famiglie a reddito elevato, l'incidenza di tali spese risulta essere estremamente contenuta, raggiungendo in media valori inferiori al 5%.

Questi dati convalidano lo scenario emerso in precedenza. Se la delega della responsabilità di cura verso la sfera privata e le famiglie tende ad essere trasversale alla distribuzione dei redditi, le ricadute di questa delega penalizzano maggiormente quelle categorie di popolazione più esposte al rischio di povertà.

Box 4.2 - Supporto formale ed informale alla cura e reddito dei beneficiari

- Il reddito sembra essere una variabile importante per la comprensione del sistema di cura, sia formale che informale. Tra i beneficiari a basso reddito, il numero di coloro che riceve servizi domiciliari di cura formali o trasferimenti monetari tende ad essere limitato se rapportato alla totalità dei beneficiari.
- Nel caso dei servizi domiciliari formali, la percentuale di beneficiari, così come l'intensità dei servizi, cresce al crescere del reddito familiare, penalizzando le classi meno agiate. Le famiglie che occupano il gradino più basso della distribuzione dei redditi ricevono in media 10 ore mensili di servizi domiciliari rispetto alle 50 delle famiglie benestanti.
- L'intensità delle cure informali sembra essere connessa alla disponibilità economica individuale. Il numero di ore di cure informali fornite o ricevute aumenta progressivamente al diminuire del reddito, raggiungendo i valori massimi per le famiglie a basso reddito.
- Tra queste famiglie inoltre l'incidenza dei costi di cura sostenuti per la non autosufficienza rappresenta un'importante voce di spesa. Circa un quarto del reddito annuo delle famiglie più povere è destinato alle spese di cura.

4. Povertà e non autosufficienza

I dati presentati suggeriscono che, se da un lato gli anziani in Italia rappresentano una categoria di popolazione meno esposta al rischio di impove-

⁽⁸⁾ Stima ottenuta in base ai dati OECD relativi a System of Health Accounts (SHA), anno di riferimento 2012 (<http://www.oecd-ilibrary.org/statistics>).

rimento, la duplice condizione di anziano e non autosufficiente può invece rappresentare un elevato fattore di rischio di povertà economica.

Ai fini di valutare se la condizione di non autosufficienza rappresenti un ulteriore elemento di rischio di povertà si è fatto ricorso ad un modello ⁽⁹⁾ che mettesse in relazione da un lato tale rischio, utilizzando l'indicatore monetario di povertà definito "a rischio di povertà" (vedi nota 1), dall'altro i possibili fattori sia di prevenzione che di incremento del rischio di povertà per le famiglie di anziani non autosufficienti. Tra gli elementi che possono limitare il peso economico connesso alla cura sono stati considerati sia i servizi formali di assistenza ricevuti dagli anziani, che l'ammontare delle prestazioni monetarie specificatamente rivolte alla non autosufficienza. L'incidenza delle spese di cura sui redditi familiari, l'intensità delle cure informali fornite e il grado di non autosufficienza sono stati invece considerati fattori di incremento del rischio di povertà. L'obiettivo della ricerca è stato quello di stimare l'incremento della probabilità del rischio di povertà causato sia dalla condizione di non autosufficienza che dalle risorse private destinate alla cura per due specifiche categorie di popolazione: la popolazione anziana (nello specifico la popolazione di 65 anni o più non istituzionalizzata) e i loro "principali" fornitori di cura, i loro figli adulti.

4.1. Anziani non autosufficienti

I risultati confermano che il grado di disabilità è un considerevole fattore di incremento del rischio di povertà, e che la recente crisi economica ha ulteriormente aumentato il rischio di povertà per la popolazione anziana non autosufficiente. La figura 4.3a ⁽¹⁰⁾ mostra che, ad eccezione del 2004-05, gli anziani non autosufficienti presentano una probabilità di vivere in una famiglia con un reddito al di sotto della soglia di povertà maggiore rispetto al resto della popolazione anziana. Il grafico evidenzia che tale probabilità

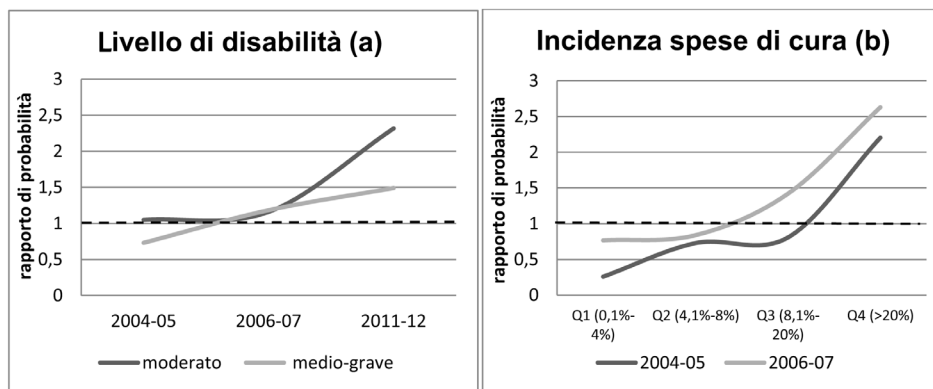
⁽⁹⁾ Per l'analisi della relazione tra povertà e non autosufficienza nella ricerca sono stati impiegati due modelli di regressione logistica per le due categorie di interesse (popolazione anziana e popolazione di potenziali figli adulti, 50-64 anni). Le analisi sono state condotte separatamente per le wave di dati disponibili (2004-05, 2006-07, 2011-12). Questo capitolo riporta i principali risultati ottenuti. Per una dettagliata esposizione dei risultati complessivi si rimanda a Luppi (2014).

⁽¹⁰⁾ Il grafico riporta i risultati di modelli di regressione logistica: valori di rapporto di probabilità superiori a 1 indicano crescenti probabilità di essere a rischio di povertà rispetto alla categoria di riferimento.

aumenta tra gli anni pre- e post- crisi economica, passando da valori prossimi all'1 a probabilità di circa 50%, 100% volte superiori rispetto alla probabilità del resto della popolazione anziana.

Osservando il grafico inoltre emerge che nel 2012 la propensione al rischio di povertà degli anziani affetti da un grado di non autosufficienza moderato appare più marcata rispetto a coloro che sono colpiti da disabilità media o grave. Questo risultato può in parte essere spiegato da due motivazioni. L'analisi ha dimostrato che i servizi di cura domiciliare costituiscono un elemento di contrasto al rischio di povertà per gli anziani non autosufficienti, ma che al contempo questi servizi tendono ad essere concentrati tra la popolazione con redditi elevati o affetta da non autosufficienza totale. In secondo luogo, l'assenza di progressività dell'importo dell'indennità di accompagnamento, né in relazione al reddito né rispetto al grado di disabilità dei beneficiari, rischia di penalizzare entrambe le categorie di anziani analizzate. Da un lato, l'importo dell'indennità di accompagnamento copre solo in parte i costi di cura sostenuti dalla popolazione anziana affetta da disabilità grave. Dall'altro lato, coloro che presentano livelli moderati di non autosufficienza devono far affidamento quasi interamente sulle proprie risorse, in quanto esclusi dalla ricezione di tale prestazione.

Figura 4.3 - Popolazione ultrasessantacinquenne, probabilità del rischio di povertà per livello di disabilità e per quartili di incidenza di spese di cura sul reddito familiare (valore %)



Note: categorie di riferimento: popolazione non affetta da non autosufficienza (a); nessuna incidenza delle spese di cura (b). Q1, Q2, Q3 e Q4 indicano i quartili della distribuzione dell'incidenza delle spese sul reddito, valori percentuali tra parentesi (in quanto valori medi relativi a due anni differenti, sono da considerarsi in termini indicativi).

Fonte: ns. elaborazione su dati SHARE (wave 1, 2 e 4).

I risultati suggeriscono inoltre che tra la popolazione non autosufficiente le categorie più esposte al rischio di povertà sono coloro che vivono da soli

e che non possono beneficiare direttamente dell'aiuto informale da parte dei propri familiari; aiuto che la ricerca ha dimostrato essere, al pari dei servizi formali, un elemento di protezione dal rischio di impoverimento.

L'analisi dimostra che le spese di cura costituiscono un ulteriore fattore di impoverimento della popolazione anziana non autosufficiente. La figura 4.3b mostra la chiara relazione tra l'aumento dell'incidenza delle spese di cura e il rischio di povertà. In entrambi gli anni in esame, le famiglie di over 65 con un'incidenza delle spese di cura sul reddito familiare superiore al 20% presentano una probabilità doppia, o addirittura più elevata (2.63), di vivere in una famiglia con un reddito inferiore alla soglia di povertà rispetto alla categoria di popolazione di riferimento. Questo dato sembra indicare che, nonostante l'accesso ai servizi per la cura sia regolato da requisiti di reddito (come l'ISEE), gli anziani che vivono con redditi bassi o al di sotto della soglia di povertà devono comunque sostenere spese di cura molto elevate in relazione alle loro disponibilità economiche. Come abbiamo visto in precedenza, infatti, in media più di un quarto del reddito delle famiglie anziane di over 65 non autosufficienti comprese nel primo quintile della distribuzione è destinato a spese di cura.

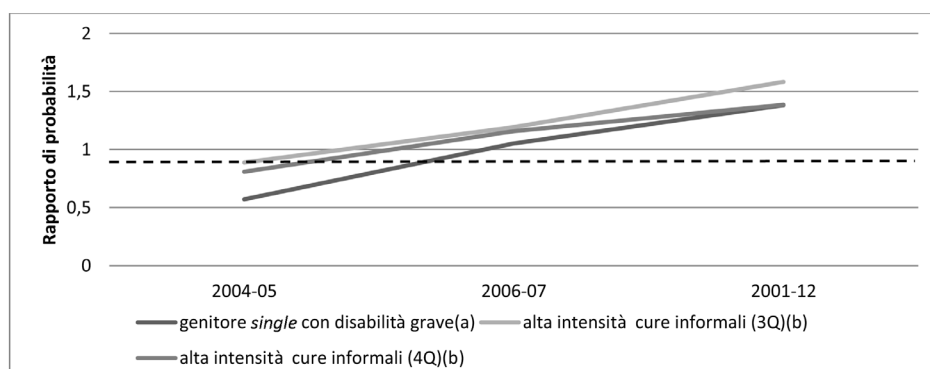
Box 4.3 - Rischio di povertà per la popolazione anziana non autosufficiente

Crisi economica	Al contrario della popolazione over 65 che è stata solo in parte colpita dalla recente crisi economica, per la popolazione anziana non autosufficiente tale crisi ha rappresentato un ulteriore fattore di impoverimento. La probabilità del rischio di povertà degli anziani non autosufficienti aumenta tra gli anni pre- e post- crisi, raggiungendo nel 2012 una probabilità del 100%.
Livello di disabilità	Un livello di disabilità moderato genera un rischio di povertà maggiore rispetto ad un livello di disabilità grave. Gli anziani affetti da disabilità media o moderata sono parzialmente esclusi dal supporto formale, sia in termini di servizi che in termini monetari. Di conseguenza il peso economico relativo ad un livello di disabilità moderato risulta essere maggiore di quello di un livello di disabilità grave.
Anziani soli	La ricerca ha evidenziato che gli anziani che vivono soli e che non possono beneficiare direttamente di cure informali tendono ad essere maggiormente esposti al rischio di povertà. Occorre precisare che gli anziani che vivono soli sono per lo più donne vedove con redditi medio-bassi, ossia una categoria di popolazione altamente esposta all'impoverimento economico.
Spese di cura	Un'alta incidenza delle spese di cura sul reddito familiare comporta un elevato rischio di povertà. Un'incidenza di tali spese superiore al 15%-20% del reddito genera una probabilità di rischio di povertà doppia o addirittura maggiore. Questa relazione è più forte tra la popolazione a basso reddito, in cui l'incidenza delle spese di cura, in media, raggiunge circa un quarto del reddito.

4.2. Prestatori di cure informali, i "figli adulti"

La ricerca evidenzia che la condizione di non autosufficienza rappresenta un ulteriore elemento di trasmissione delle disuguaglianze di reddito tra genitori e figli. La caratteristica intergenerazionale del rischio di povertà si accentua nel caso degli anziani non autosufficienti che vivono soli. L'analisi, a tal proposito, evidenzia che la probabilità dei rispettivi figli adulti di vivere in una famiglia a rischio di povertà aumenta di anno in anno tra il 2004 e il 2012. Questo rischio è più forte tra i figli di anziani con livelli di disabilità elevata, che nel 2012 presentano una probabilità di vivere in famiglie a rischio di povertà superiore del 50% rispetto ai figli adulti di anziani senza problemi di non autosufficienza (Fig. 4.4).

Figura 4.4 - Popolazione figli adulti (50-64 anni), probabilità del rischio di povertà per livello di stato di salute dei genitori/suoceri e per quartili di ore di cura informali fornite



Note: Categorie di riferimento: a) figli di genitori non affetti da non autosufficienza; b) popolazione 50-64 anni che non fornisce cure informali ai propri genitori. Q3 e Q4 indicano il terzo e quarto quartile della distribuzione delle ore di cure informali fornite, rispettivamente tra 20 e 52 ore mensili (Q3), superiore a 52 ore mensili (Q4).

Fonte: ns. elaborazione su dati SHARE (wave 1, 2 e 4).

Una possibile causa di questo impoverimento deriva dal tempo dedicato alla cura – e potenzialmente sottratto al lavoro –. Fornire ai propri familiari anziani un elevato numero di ore mensili di assistenza incrementa la probabilità del rischio di povertà dei figli adulti. Tra il 2004 e il 2012, i familiari che prestano un'alta intensità di cure informali presentano una costante crescita della probabilità di vivere in una famiglia con un reddito al di sotto della linea di povertà, probabilità che nel 2012 raggiunge circa il 60% (Fig. 4.4).

Nonostante l'intensità delle cure informali tenda ad essere proporzionale alla ricchezza familiare, la figura evidenzia come le cure informali fornite

ai propri genitori non autosufficienti possano rappresentare un potenziale fattore di rischio di povertà per tutte le fasce di reddito analizzate (Tab. 4.1). Inoltre, anche nel caso dei figli adulti, la recente crisi economica ha un impatto negativo sul rischio di povertà. Se nel 2004 per i figli adulti non è individuato un maggiore rischio di povertà, nel 2012 tutte le categorie analizzate presentano una probabilità elevata di avere un reddito al di sotto della soglia di povertà.

Questi aspetti evidenziano che l'attuale condizione del sistema di assistenza agli anziani e l'implicita delega della responsabilità di cura verso le famiglie hanno generato una situazione in cui la non autosufficienza vincola le condizioni economiche non solo dei diretti interessati e delle loro famiglie, ma colpisce anche le generazioni più giovani, le quali sono obbligate a sacrificare la serenità economica per far fronte alle necessità dei propri genitori.

Box 4.4 - Rischio di povertà per i figli adulti di anziani non autosufficienti

Crisi economica	Anche nel caso dei figli adulti di anziani non autosufficienti, la recente crisi economica ha generato un aumento del rischio di povertà. Tra il 2004 e il 2012 la probabilità del rischio di povertà dei figli adulti di anziani non autosufficienti e di coloro che forniscono un'alta intensità di cure informali passa da valori inferiori a 1 a circa 1,5.
Livello di disabilità	Tra le categorie considerate, i figli adulti di anziani che vivono soli presentano alte probabilità di rischio di povertà. Questo rischio è maggiore nel caso in cui l'anziano non autosufficiente sia affetto da disabilità grave.
Cure Informali	La ricerca ha evidenziato che le cure informali possono rappresentare un fattore di incremento del rischio di povertà. Fornire ai propri genitori un'elevata intensità di cure può rappresentare un onere per le famiglie dei rispettivi figli adulti, aumentandone il rischio di povertà.

5. Conclusioni

Questo capitolo ha messo in evidenza che il settore di cura rivolto agli anziani, contraddistinto da un'assenza di riforme di carattere nazionale e da continui tagli alla spesa sociale, non è efficace nel proteggere la popolazione anziana non autosufficiente dal rischio di povertà. Inoltre emerge un aspetto preoccupante: la recente crisi economica ha acuito la relazione tra non autosufficienza e povertà. Alla luce dei dati presentati nella prima parte del capitolo, che mostrano un relativo miglioramento della condizione degli ultrasessantacinquenni, quest'analisi evidenzia quanto la condizione di non autosufficienza sia da considerarsi un problema sociale multiplo, che vincola

la vita degli anziani oltre che dal punto di vista psico-fisico anche dal punto di vista economico.

In secondo luogo, la condizione dei figli adulti di anziani non autosufficienti deve essere vista prospetticamente. L'invecchiamento della popolazione comporterà un aumento dei costi di cura, sia pubblici che privati, a fronte di una riduzione della fascia attiva della popolazione. La componente intergenerazionale del rischio di povertà connesso alla non autosufficienza pone il sistema pubblico davanti ad una duplice responsabilità: sostenere e proteggere gli anziani dai rischi connessi alla non autosufficienza e prevenire il rischio di povertà dei loro figli adulti. I prossimi pensionati avranno infatti redditi nettamente inferiori rispetto agli attuali e saranno molti di più di oggi, e l'onere della cura e dell'assistenza spetterà a una sempre più ridotta popolazione in età lavorativa, che non avrà le forze necessarie per far fronte autonomamente a questo compito.

Box 4.5 - Spunti di riflessione/le sfide future

- Secondo le stime più recenti della Commissione europea (2015) tra il 2013 e il 2060 la popolazione degli ultra-anziani (over 80) aumenterà del 129,2%, mentre la popolazione attiva (15-64 anni) si ridurrà del 3,9%. Anche considerando le previsioni più conservative sulla stima della quota di popolazione non autosufficiente, i futuri cambiamenti demografici comporteranno un aumento della domanda di cura che il sistema italiano non è in grado di affrontare.
- In questo scenario bisogna considerare inoltre che le attuali dinamiche lavorative e le riforme del sistema pensionistico genereranno nei prossimi anni una quota sempre maggiore di pensionati a basso reddito. Già nel 2013 circa la metà dei pensionati italiani ha ricevuto una pensione lorda inferiore ai 1.000 euro.
- Questi due elementi evidenziano chiaramente quali sono le sfide che il sistema di welfare italiano dovrà affrontare nel prossimo futuro. In merito alla non autosufficienza, appare chiaro che la delega di cura alla famiglia non potrà più rappresentare una soluzione per il funzionamento del sistema.
- Inoltre i risultati presentati in questo capitolo suggeriscono l'impatto che i futuri cambiamenti demografici potranno avere sulla condizione economica delle famiglie italiane, e quanto gravosa potrà essere la loro ricaduta sul sistema di welfare nazionale.

Bibliografia

- BRANDOLINI A. (2013), *The Big Chill. Italian Family Budgets after the Great Recession*, in C. FUSARO, A. KREPPPEL (a cura di), *Italian Politics 2013*, New York, Berghahn.
- CENSIS (2014), *Anticipazione primi risultati della ricerca Longevi e non autosufficienti in Italia: il piano della cultura sociale collettiva*, realizzata in collaborazione con Fondazione Generali, http://www.censis.it/?shadow_comunicato_stampato=120966.
- COMMISSIONE EUROPEA (2015), *The 2015 Ageing Report, Underlying Assumptions and*

- Projection Methodologies*, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, Unit Communication and interinstitutional relations, Belgium, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2014/pdf/ee8_en.pdf.
- COSTA G., RANCI C. (2010), *Dependency as a factor of vulnerability in Europe*, paper presentato alla conferenza "Transforming Care 2010", Copenhagen, 21-23 June.
- EUROSTAT (2011), *Statistics in focus*, Eurostat, Bruxelles.
- ISTAT (2015), *La povertà in Italia*, Statistiche Report, 15 luglio 2015, <http://www.istat.it/it/archivio/164869>.
- LAI D.W.L. (2012), *Effect of financial costs on caregiving burden of family caregivers of older adults*, Sage Open, 2(4), pp. 1-14, doi: 10.1177/2158244012470467.
- LUBBEN J.E. (1988), *Assessing social networks among elderly populations*, in *Family & Community Health*, 11, pp. 42-52.
- LUPPI M., 2014, *Dependency and Poverty: the effect of LTC spending on dependent elderly people and their families' income*, tesi di dottorato, http://padis.uniroma1.it/bitstream/10805/2437/1/Luppi_Thesis.pdf.
- NALDINI M., PAVOLINI E., SOLERA C. (2014), *Does caring for the elderly affect midlife women's employment? Differences across regimes*, Collegio Carlo Alberto Notebooks, n. 368, <http://www.carloalberto.org/assets/working-papers/no.368.pdf>.
- OECD (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*, Paris, OECD Publishing.
- POMMER E., WOITTEZ I., STEVEN J. (2007), *Comparing care. The care of the elderly in ten UE-Countries*, The Netherlands Institute for Social Research/SCP.
- RANCI C., PAVOLINI E. (2013), *Reforms in Long-term Care Policies in Europe, Investigating Institutional Change and Social Impacts*, Springer.

PARTE TERZA
Il monitoraggio degli interventi

5. Lo Stato: le politiche nazionali

Cristiano Gori, Antonio Guaita, Franco Pesaresi, Marco Trabucchi

1. Introduzione ⁽¹⁾

“La questione della non autosufficienza dopo aver trovato un seppur modesto spazio nel dibattito politico” nel periodo tra il Rapporto della Commissione Onofri (1997) e il disegno di legge delega del Secondo Governo Prodi (2007) ⁽²⁾, “con l’avvento della XVI legislatura (2008-2013) ha sperimentato una generale diminuzione di interesse, scomparendo – di fatto – dall’agenda politica nazionale” (Pelliccia, 2014, pp. 132-133). Così terminava la valutazione delle politiche nazionali della legislatura 2008-2013 nel precedente Rapporto.

Il Governo Berlusconi (2008-2011), infatti, promosse un forte ridimensionamento delle risorse pubbliche per il welfare, azzerando di fatto i già modesti fondi statali a sostegno degli interventi locali (compreso il Fondo per le non autosufficienze) e tentando altre azioni per comprimere la spesa per l’assistenza ⁽³⁾. Il successivo Governo Monti (2011-2013) concentrò la propria azione sulle politiche di austerità e sull’equilibrio dei conti pubblici, con importanti e nuovi tagli al finanziamento degli enti locali e della sanità.

⁽¹⁾ Questo paragrafo e il successivo sono di Cristiano Gori.

⁽²⁾ La Commissione Onofri fu nominata, nel 1997, dal primo Governo Prodi al fine di disegnare la riforma del welfare e comprese, tra le sue proposte, quella di un Fondo nazionale per la non autosufficienza (inteso come strumento per una riforma sostanziale del sistema, quindi da non confondere con il Fondo nazionale esistente). Nel 2007, il Ministro per la solidarietà sociale del secondo Governo Prodi, Ferrero, presentò un disegno di legge delega per la riforma degli interventi rivolti alle persone non autosufficienti, che non poté condurre il proprio iter parlamentare a causa del termine anticipato della legislatura nell’anno successivo.

⁽³⁾ La cosiddetta “delega assistenziale”, presentata dal Governo Berlusconi nel 2011, puntava ad ottenere ingenti risparmi dalla spesa per l’assistenza, compresa quella destinata agli anziani non autosufficienti. La delega fu successivamente abbandonata con l’entrata in carica del Governo Monti.

I tentativi di alcuni suoi componenti – il Ministro della salute, Balduzzi, e il Viceministro al welfare, Guerra – di riportare l'attenzione sulla non autosufficienza risultarono senza esito (Pesaresi, 2014).

Cosa è avvenuto con i successivi Governi, Letta prima e Renzi ora? L'unico cambiamento, ottenuto da quest'ultimo, consiste nel reintegro del Fondo per le non autosufficienze, tornato a 400 milioni annui, valore già raggiunto nel 2009 e nel 2010. Seppure da salutare con favore, si tratta – come si vedrà nel prossimo paragrafo – di un risultato di portata minima. Oltre a ciò, l'Esecutivo in carica ha presentato il Piano nazionale demenze – discusso da Guaita e Trabucchi nel paragrafo 3 – i cui stimolanti contenuti, però, sono stati sinora vanificati dall'assenza di strumenti per tradurli in pratica. Il previsto aggiornamento dei LEA, inoltre, non è stato realizzato, come spiega Pesaresi nel paragrafo 4. Infine, non risultano in via di elaborazione interventi significativi in materia da parte del Governo Renzi, che non ha mai indicato il rafforzamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti tra i propri obiettivi.

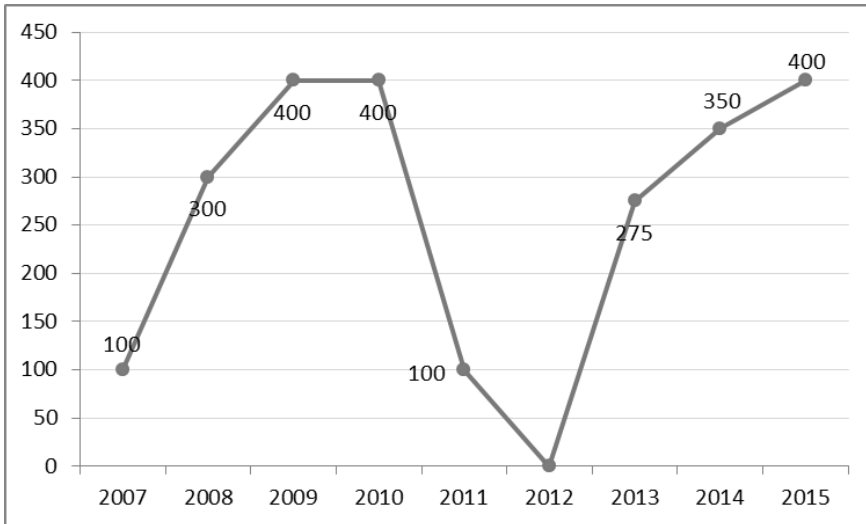
L'insieme di questi avvenimenti compone un quadro coerente. Di più robuste politiche nazionali capaci di sostenere lo sforzo dei servizi territoriali impegnati nell'assistenza agli anziani non autosufficienti si è discusso – come detto – nel decennio 1997-2007, seppure senza esiti (Pesaresi, 2014). A partire dal 2008 tale dibattito ha perso rilievo. Da allora la situazione è rimasta invariata. Il tema della non autosufficienza, dunque, continua a non comparire nell'agenda politica nazionale.

2. Il Fondo per le non autosufficienze

Il Fondo nazionale per le non autosufficienze si è assestato, come anticipato, a 400 milioni annui di euro, importo già previsto nel 2015 e recentemente confermato per il 2016 ⁽⁴⁾. Introdotto nel 2007, il Fondo ha sinora seguito un percorso altalenante: i 100 milioni previsti per la sua prima annualità divennero 400 nel 2009 e nel 2010, per poi tornare a 100 nel 2011 e venire azzerati nel 2012. Il Fondo ricomparve nel 2013, con uno stanziamento di 275 milioni, divenuti poi 350 nel 2014 (Fig. 5.1).

⁽⁴⁾ Per il 2016 ci si riferisce a quanto contenuto nel disegno di legge per la legge di stabilità presentato dal Governo Renzi a metà ottobre 2015. Gli impegni pubblici assunti dall'Esecutivo rispetto ai 400 milioni annui fanno ragionevolmente ritenere che questa cifra non sarà ridotta durante l'iter parlamentare della legge di stabilità.

Figura 5.1 - Il Fondo per le non autosufficienze, milioni di euro per anno



Fonte: elaborazioni su dati della Segreteria della Conferenza delle regioni e delle province autonome – Settori salute e politiche sociali.

Il Fondo è riservato a persone non autosufficienti di ogni età ⁽⁵⁾ ed ha una natura espressamente sociale. Le risorse stanziare sono, infatti, finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria e sono aggiuntive rispetto a quelle già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle regioni, delle province autonome e degli enti locali. Prestazioni e servizi che, secondo il disposto normativo, non devono essere sostitutivi di quelli sanitari.

Come valutare il rifinanziamento del Fondo a 400 milioni? La conferma di questa cifra è positiva ma non può essere sopravvalutata. Infatti, già quando fu originariamente raggiunta nel 2009 gli osservatori concordarono nel

⁽⁵⁾ A partire dal 2014, almeno il 40% delle risorse del Fondo è riservato ad interventi in favore di persone affette da disabilità gravissime, ossia in condizione di dipendenza vitale da assistenza continua e vigile 24 ore su 24 (es.: gravi patologie cronico-degenerative non reversibili inclusa la sclerosi laterale amiotrofica, gravissime disabilità psichiche multipatologiche, gravi cerebrolesioni, stati vegetativi, ecc.). La definizione dei criteri per la distribuzione delle risorse del Fondo tra i diversi profili di utenza è un tema controverso, che non può qui essere trattato. La relativa documentazione si trova sul sito del Ministero del welfare (<http://www.lavoro.gov.it/AreaSociale/FondoNazionale/Riparto/Pages/default.aspx>).

ritenerla decisamente inadeguata rispetto alle necessità dei servizi di welfare locale per le persone non autosufficienti, in Italia notoriamente sotto-finanziati sia rispetto ai bisogni sia in confronto agli altri paesi europei ⁽⁶⁾ (Ragains, 2010; Pelliccia, 2014). Successivamente il Fondo fu azzerato dalle scelte del Governo Berlusconi, che, invece, riteneva eccessiva la spesa pubblica per le persone non autosufficienti, una posizione contraria al giudizio di qualsiasi esperto di welfare e non supportata da alcuna evidenza empirica. Giungere a 400 milioni, dunque, vuol dire esclusivamente tornare al troppo magro importo del 2009 (Conferenza delle regioni, 2015).

Le vicende del Fondo, a mio parere, si prestano anche ad un'altra lettura. Quando venne introdotta nel 2007, questa nuova linea di finanziamento fu concepita espressamente come un primo passo nella direzione di una riforma nazionale. L'avviamento del Fondo, infatti, fu seguito poco dopo dalla presentazione del già menzionato disegno di legge delega per la complessiva riforma delle politiche a sostegno delle persone non autosufficienti nel nostro paese, presentato dal Ministro per la solidarietà sociale Ferrero. La possibilità di introdurlo venne meno con la caduta del secondo Governo Prodi nel 2008 e da allora, come anticipato, il tema di una riforma e – in generale – di più robuste politiche nazionali per sostenere lo sforzo dei servizi territoriali è caduto nell'oblio. In sintesi: nel 2007 venne introdotto il Fondo in attesa della riforma, nel 2015 di riforma non si parla più e la discussione sullo (scarso) importo del Fondo è diventata l'unico punto di attenzione del Governo verso la non autosufficienza. Quanto illustrato costituisce, secondo me, un sintomo del fenomeno più ampio illustrato sopra, cioè l'assenza della non autosufficienza dall'agenda politica nazionale.

3. Il Piano nazionale demenze ⁽⁷⁾

Il "Piano nazionale demenze" è frutto di un lavoro promosso dal Ministero e varato dalla Conferenza unificata del 30 ottobre 2014, successivamente pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 13 gennaio 2015, n. 9. Lo si può considerare poco più di un primo passo, importante solo se anche gli altri passi saranno compiuti.

⁽⁶⁾ Non è possibile, per motivi di spazio, presentare dati a sostegno di quanto affermato, che si possono trovare nei due contributi citati così come in altre parti dei precedenti Rapporti.

⁽⁷⁾ di Antonio Guaita e Marco Trabucchi.

Di solito leggendo una nuova legge si tende a saltare la parte introduttiva che fa riferimento ai precedenti legislativi ma in questo caso vanno segnalati almeno tre punti “storici”:

1. l’Intesa tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il “Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012” del 29 aprile 2010 individua le demenze come una delle aree di priorità da includere nella programmazione regionale;
2. a livello dell’Unione europea, il problema delle demenze viene riconosciuto come prioritario, in particolare attraverso il finanziamento della Joint Action sulle demenze (ALCOVE), conclusasi nel 2013 e a cui l’Italia ha preso parte attiva, nonché una nuova JA promossa nel 2014;
3. il nostro Paese ha incluso le demenze tra le priorità del semestre di presidenza italiana dell’Unione europea (luglio-dicembre 2014), ponendosi anche l’obiettivo di presentare una strategia nazionale nel settore.

Nell’introduzione al Piano vengono individuate alcune criticità:

1. gestione per servizi separati e non integrati (diagnostico, riabilitativo, assistenziale);
2. presenza di centri specialistici (Unità valutative Alzheimer, UVA) che hanno operato nel progetto “Cronos” in modo meritorio, ma istituiti senza una programmazione legata al bisogno e con forte disparità di distribuzione territoriale, composizione e funzione.

A distanza di 14 anni dalla creazione delle UVA, queste rimangono il principale punto di accesso alla rete per i malati di demenza, e sono state nel frattempo in alcune regioni trasformate in servizi permanenti variamente denominati, per cui si rende necessario avviare un processo di programmazione e unificazione di questi servizi. La denominazione prevista è “Centri per disturbi cognitivi e demenze” (CDCD) che saranno “(...) punto di riferimento ed (...) effettuano la presa in carico delle persone affette da disturbi cognitivi e/o da demenza e ottemperano alle implicazioni sulla prescrizione dei farmaci previste dall’AIFA (...)”.

La struttura del Piano è composta da 4 obiettivi, ciascuno declinato in “azioni”: 1. Interventi e misure di politica sanitaria e socio-sanitaria, 2. Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata, 3. Implementazione di strategie e interventi per l’appropriatezza delle cure, 4. Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita.

Obiettivo 1: Interventi e misure di politica sanitaria e socio-sanitaria

Si spiega che con questo obiettivo si intendono raggiungere tre punti convergenti: migliorare le conoscenze attorno alle demenze del sistema di prevenzione, diagnosi e cura; dare sostegno alla ricerca indirizzata alla possibilità di migliorare la qualità della vita delle persone, sia malati che caregiver; migliorare l'attenzione epidemiologica anche ai fini di una miglior programmazione dei servizi di assistenza.

Commento

Si parla delle politiche e si tratta quindi di obiettivi di sistema per promuovere gli strumenti di conoscenza e governo della rete di cure nel suo complesso. L'obiettivo si articola in 7 punti da realizzare, il primo dei quali è solo l'enunciazione, un po' ideologica, di promozione di strategie per la prevenzione primaria e secondaria, senza peraltro indicazione dei livelli di azione e di responsabilità per l'attuazione delle politiche di prevenzione. La seconda azione, più concreta, chiede la realizzazione di una "mappa" aggiornata dell'offerta sanitaria, socio-sanitaria e sociale, evidentemente collegata con l'azione 7, "realizzazione di un sistema informativo sulle demenze", per un dialogo fra livello regionale e nazionale. La "mappa" pare un termine di per sé evidente e statico come una fotografia; in realtà è ambiguo e dinamico, specie se si desidera costruire una mappa aggiornata, in grado di essere costantemente aggiornata in relazione al continuo modificarsi dei servizi. Molto dipende se deve essere fruibile anche dall'utenza, specialistica e non, oppure essere solo una raccolta dati, da aggiornare periodicamente. È del tutto evidente che la prima scelta, quella della fruibilità, è di gran lunga più utile.

La terza azione riguarda la necessità di prevedere le condizioni normative necessarie per realizzare una rete assistenziale per le demenze, cioè l'obiettivo 2 come si vedrà, e, quarta azione, una interessante indicazione di inserire "(...) obiettivi specifici connessi agli interventi per le demenze nella valutazione dei direttori generali e dei direttori delle strutture operative individuate dalla programmazione regionale".

Le azioni quinta e sesta riguardano il livello ministeriale nazionale, la prima delle quali è la creazione di un "(...) coordinamento a livello nazionale di attività di ricerca nell'ambito della sanità pubblica, con particolare attenzione agli aspetti epidemiologici, clinici e sociali". Non vengono indicati criteri neppure generali per l'individuazione dei soggetti partecipanti, ma nel punto successivo, parlando di "(...) Attivazione di un tavolo di confronto permanente per le demenze, tra Ministero della salute e regioni", si dice di tale

tavolo “(...) Che si avvale del contributo scientifico dell’Istituto superiore di sanità (ISS) e dell’AGENAS, nonché di quello delle Associazioni nazionali dei familiari dei pazienti” ed è quindi probabile che questi soggetti siano presenti anche nell’eventuale coordinamento nazionale per la ricerca.

Conclusioni: l’indicazione sulle “politiche” risulta abbastanza chiara, è quella di realizzare azioni legislative e programmatiche regionali per l’attuazione di servizi specifici per le persone con demenza, coordinate a livello nazionale sia sul piano delle conoscenze che della operatività dei servizi.

Obiettivo 2: Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata

Promuovere la prevenzione, la diagnosi tempestiva, la presa in carico, anche al fine di ridurre le discriminazioni, favorendo adeguate politiche intersettoriali. Rendere omogenea l’assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio-sanitaria.

Commento

È l’obiettivo-chiave del Piano per quanto riguarda i servizi di assistenza alle persone con demenza, che ne deve garantire l’attuazione coordinata ed omogenea sul territorio nazionale, i criteri di qualità, la trasparenza operativa, tramite carte dei servizi.

Si prevedono quindi tre azioni per la realizzazione dell’obiettivo 2:

- La prima azione indica la struttura della rete dei servizi per le persone con demenza: “(...) Creazione, riorganizzazione e potenziamento di una rete di servizi e funzioni, a partire dal CDCD, che si configura come sistema integrato in grado di garantire la diagnosi e la presa in carico tempestiva, la continuità assistenziale ed un corretto approccio alla persona ed alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia e nei diversi contesti di vita e di cure”, sottolineando anche la necessità di attenzione ai temi etici. Si parla dei “Centri per disturbi cognitivi e demenze” (CDCD) già definiti punti di riferimento nell’introduzione, ma anche della rete dei servizi cui accedere: specialisti, ospedale per acuti, ospedale diurno, ADI, RSA, ospedalizzazione a domicilio, Centro diurno, cui vanno aggiunti i caffè Alzheimer. Si propone quindi come punto chiave di aggregazione e sviluppo della rete locale dei servizi la creazione dei “CDCD”.

I compiti di questi centri sono chiaramente individuati nel garantire, in proprio e con gli altri servizi della rete, sia gli aspetti diagnostico-terapeu-

tici che quelli di presa in carico assistenziale nella fase post-diagnostica. Questo ultimo era stato uno dei maggiori limiti di molte UVA, che vedevano esaurirsi il loro compito con la diagnosi e la prescrizione farmacologica, mentre per il malato e la famiglia i problemi maggiori si presentavano nella successiva gestione della malattia e dei problemi assistenziali che comportava. Ora si vuole evidentemente ovviare a questo limite che, se effettivamente superato, può rappresentare un deciso passo avanti per l'efficacia dei servizi per i malati di demenza e le loro famiglie. Va sottolineato quindi che non si è avuto timore di usare un termine oggi così poco popolare come "presa in carico", che invece di fronte alla complessità dei problemi posti dalla demenza ben rappresenta il contenuto della rete dei servizi e del CDCD che ne è il cuore.

- La seconda azione rimanda alle regioni l'attuazione effettiva della rete. Ogni regione dovrà quindi programmare il dimensionamento di tali servizi, individuarli nel suo territorio e garantirne la messa in rete. L'indicazione che dà il Piano su questi compiti fondamentali è che le regioni devono garantire le professionalità (diagnostiche e assistenziali), l'accessibilità (distribuzione sul territorio e numero congruo di ore) e la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (Percorso diagnostico terapeutico assistenziale = PDTA) fra i servizi. La storia e l'attualità del funzionamento delle regioni italiane non inducono certo all'ottimismo. Sarebbe stata preferibile una maggior definizione, quanto meno indicativa, dei parametri di riferimento per quanto riguarda sia la composizione (numero e professionalità) che l'accessibilità dei servizi, in particolare quelli di nuova istituzione come il CDCD.
- La terza azione riguarda la trasparenza di funzionamento attraverso lo strumento della "carta dei servizi". Questa modalità potrebbe indurre a una comunicazione per singolo servizio che un po' contraddice lo spirito di questo Piano, dove viene spesso ribadito il concetto di rete, quindi viene indicato chiaramente che tale "carta" riguarda l'insieme del percorso pur riportando le informazioni generali sui singoli servizi.

Conclusioni: il punto forte di questo obiettivo è l'individuazione di un punto di riferimento, il CDCD, e la definizione di un percorso che dà aiuto al malato nella fase sia diagnostica che assistenziale, con una modalità globale. Inoltre si è cercato di garantire l'effettiva attuazione di un percorso facilitato in modo che la rete sia centrata sul bisogno e sul malato e non sia solo un coordinamento efficiente fra unità di offerta. I punti deboli sono molti, ma riguardano prima di tutto il funzionamento attuale del SSN, di

fatto regionalizzato in maniera spinta, che potrebbe portare a diversità di funzionamento importanti da regione a regione quali già oggi si verificano per gli altri servizi sanitari e socio-sanitari. Si auspica quindi un successivo intervento a livello nazionale che definisca i parametri di funzionamento.

Obiettivo 3: Implementazione di strategie ed interventi per l'appropriatezza delle cure

Viene specificato che questo obiettivo riguarda innanzi tutto l'operatività del SSN e la sua capacità di agire con criteri di appropriatezza in questo campo, monitorando anche i servizi. Poi il miglioramento della qualità dell'assistenza nelle strutture di ricovero e a domicilio, nonché l'appropriatezza nell'uso degli strumenti diagnostici tecnologici e terapeutici farmacologici e psico-sociali.

Commento

È l'obiettivo che cerca di realizzare una omogeneità culturale e operativa attraverso percorsi di promozione della qualità. In questo senso andrebbe visto più vicino anche al coordinamento nazionale scientifico, previsto nel primo obiettivo.

Si prevedono due gruppi di azioni per la realizzazione dell'obiettivo, uno legato alla formulazione di "linee guida" e documenti di consenso, l'altro alle azioni di formazione e aggiornamento.

Linee guida e documenti di consenso: sono indicate cinque azioni in questo ambito. Per la parte che ha già evidenze scientifiche sufficienti, la creazione di linee guida condivise dai soggetti istituzionali, le associazioni dei familiari e le società scientifiche. Per la parte che ha meno evidenze a disposizione, documenti di indirizzo che riflettano un ampio consenso sulle linee di intervento nelle aree a maggior incertezza. Tali documenti devono essere approvati e adottati dalle regioni che devono anche monitorarne l'attuazione. Viene inoltre richiesto uno specifico documento che riguardi il PDTA, in parallelo alla carta dei servizi, in modo che tutti insieme garantiscano "(...) La gestione integrata, in quanto essi sono finalizzati non solo a migliorare la qualità della cura, ma anche a ridurre i ritardi nell'erogazione di trattamenti appropriati e a migliorare l'uso delle risorse". Di particolare importanza risulta quindi l'indicazione al monitoraggio dell'implementazione delle linee guida. Oggi senza dubbio la parte più debole del sistema nazionale delle linee guida.

Formazione e aggiornamento: questa azione viene indirizzata ai medici di medicina generale ma anche a tutte le professioni sanitarie e, importante

novità, socio-sanitarie. La preoccupazione di mantenere la multidimensionalità e globalità nella formazione di chi cura le persone con demenza viene ribadita al punto successivo, dove si prefigurano momenti comuni di formazione con la partecipazione dei familiari e dei caregiver informali. Lo strumento per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza viene poi individuato nell'audit clinico con autovalutazione. L'audit è uno strumento validato la cui utilità è universalmente riconosciuta per rispondere alla domanda: "Stiamo facendo la cosa giusta nel modo giusto?", ma implica che vi sia un team e che sia stato previsto del tempo dedicato all'audit (vedi ad esempio: BENJAMIN A., *Audit: how to do it in practice*, in *BMJ* 2008, 336:1241-45). I CDCD su questo punto dovranno avere una operatività molto diversa dall'ambulatorio tradizionale ma anche dall'esperienza della maggior parte delle UVA. Lo stesso si può dire per le strutture residenziali ma sarebbe ipocrita non riconoscere come anche in moltissimi ospedali e aziende sanitarie l'audit non sia di fatto presente o sia esclusivamente orientato al risk management ⁽⁸⁾ nonostante la promozione del Ministero della salute ⁽⁹⁾. A livello territoriale l'effettivo sviluppo dei PDTA potrebbe favorire la diffusione della pratica dell'audit clinico.

Obiettivo 4: Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita

L'obiettivo viene declinato sia nel senso di migliorare l'informazione per i malati e familiari che in quello di favorire l'integrazione sociale di malati e caregiver, nonché la partecipazione alle associazioni dei malati e dei familiari.

Commento

Può sembrare un obiettivo secondario, ma riveste un'importanza tutta particolare, essendo riferito ad una malattia che, quando diagnosticata, chiude molte porte, anche in sanità, invece di aprirle. La sensazione che per la demenza "non ci sia nulla da fare" va combattuta a tutti i livelli, da quello specialistico ai familiari stessi. È questo un grande obiettivo: "Alzheimer's International" ha dedicato al tema dello stigma l'attività dell'anno 2012 ⁽¹⁰⁾.

⁽⁸⁾ www.saluteinternazionale.info/2009/10/1/E2%80%99audit-clinico-inghilterra-italia-4-a-1/.

⁽⁹⁾ www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1552_allegato.pdf.

⁽¹⁰⁾ www.alz.co.uk/research/world-report-2012.

Si prevedono cinque azioni da attuare per questo obiettivo. Le prime due azioni sono di tipo informativo-promozionale, rivolte la prima alla popolazione generale, la seconda ai familiari. Vi è un grande ruolo per gli strumenti di comunicazione di massa, sia quelli tradizionali come TV e giornali, sia quelli basati sul web, compresi i social network: un ampio campo di azione per giovani e per start up della new technology. La terza e quarta azione sono rivolte al sostegno dell'assistenza informale data dai familiari, con interventi riguardanti la tutela della loro salute ma anche la possibilità di partecipare alla vita delle associazioni, sostenendo anche le reti di volontariato. L'ultima azione riguarda il sostegno da dare alle iniziative definite "(...) a bassa soglia e ad alta capacità di contatto per il coinvolgimento delle persone con demenza e dei loro familiari ed il sostegno informale", come i caffè Alzheimer o altre iniziative che abbiano dimostrato di essere efficaci.

Il documento si conclude con la programmazione (lodevole) del monitoraggio del recepimento formale del Piano e successivamente della sua applicazione, formulando anche un programma di lavoro per il futuro su alcuni punti ritenuti importanti e non sviluppati nell'attuale documento:

- la definizione di indicatori e criteri di qualità per le strutture incluse nella rete della gestione integrata;
- la formulazione di linee di indirizzo per promuovere corretti approcci nelle fasi di comunicazione della diagnosi, nell'acquisizione del consenso informato e nell'utilizzo degli istituti giuridici (ad es. amministratore di sostegno);
- la valutazione di alcuni aspetti etici, quali il tema delle direttive anticipate del trattamento inclusa la possibilità di accedere alle cure palliative nella fase terminale di malattia;
- la promozione della stesura di linee di indirizzo per gli operatori a supporto e tutela del paziente in età lavorativa;
- l'approfondimento delle problematiche legate alle specificità delle demenze ad esordio precoce.

Conclusioni

Molto della possibile utilità di questo Piano sarà definito dalle norme che via via dovranno attuarne gli enunciati ed avviare le azioni per il raggiungimento degli obiettivi, proponendo tempi e modi per realizzarli. Il fatto che a distanza di un anno non vi sia traccia né notizia di simili azioni e documenti

attuativi dà purtroppo fondamento al timore che molti dei principi e dei contenuti innovativi del Piano siano stati promossi più sul piano culturale che su quello operativo. Il nostro pensiero è che questo, come altri piani nazionali in passato, senza un deciso intervento dell'opinione pubblica potrà rimanere solo un manifesto di buone intenzioni, un'"azione parallela" senza conseguenze pratiche, promossa solo per l'espletamento formale di accordi presi in Europa. Le società scientifiche, le organizzazioni dei malati e dei familiari, le associazioni di gestori di servizi, insieme con i sindacati degli anziani e degli operatori della sanità e dell'assistenza, hanno l'onere di promuovere azioni adeguate affinché questo Piano non resti un proclama, ma ne venga prevista al più presto l'attuazione.

4. I nuovi LEA ancora in attesa ⁽¹¹⁾

Il Patto per la salute approvato nel luglio del 2014 ⁽¹²⁾ prevede l'aggiornamento, entro il 31 dicembre 2014, dei Livelli essenziali di assistenza. La bozza di proposta – presentata dal ministro Lorenzin all'inizio di febbraio 2015 – è tuttora all'attenzione della Conferenza Stato-regioni. Il ponderoso atto non è stato ancora approvato per l'opposizione delle regioni che temono che i nuovi LEA – il cui maggior costo è stato stimato dal Ministero della salute in 900 milioni – non possano essere completamente attuati alla luce dei tagli più complessivi previsti per il Servizio sanitario nazionale.

In continuità con il precedente d.P.C.M. del 29 novembre 2001, il testo definisce, specifica ed estende le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie esigibili dai cittadini e descrive in modo organico e integrato l'offerta assistenziale in settori che, nel corso degli anni, sono stati disciplinati con atti normativi specifici.

Nel capitolo dedicato all'*assistenza socio-sanitaria* vengono caratterizzati e precisati i contenuti dell'attività svolta al domicilio dell'assistito o nei servizi semiresidenziali e residenziali. Le principali novità riguardano:

- la previsione che il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e il Piano di assistenza individuale (PAI). Sono inoltre previste

⁽¹¹⁾ di Franco Pesaresi.

⁽¹²⁾ Conferenza Stato-regioni, atto n. 82 del 10 luglio 2014.

linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione socio-sanitaria relativi ai percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali;

- l'articolazione delle cure domiciliari in tre livelli, caratterizzati da un grado crescente di intensità dell'intervento assistenziale in funzione della complessità del bisogno. Non ci sono modifiche nella ripartizione degli oneri tra SSN e utente/comune prevista dal d.P.C.M. 2001;
- per i malati in fase terminale è prevista un'area specifica di cure domiciliari, di elevata intensità assistenziale, che tutela e sostiene non soltanto il paziente ma anche la famiglia;
- sono definite puntualmente le prestazioni da erogare in diversi servizi territoriali di assistenza socio-sanitaria: consultori familiari, centri di salute mentale (CSM), servizi neuropsichiatrici per minori, servizi di riabilitazione per disabili gravi, servizi per le persone con dipendenze patologiche; la nuova definizione di servizi per le persone con dipendenze patologiche consente di includere il trattamento delle dipendenze da gioco d'azzardo patologico, da alcool, da fumo, ecc. già attivato in numerose regioni;
- le novità relative all'assistenza semiresidenziale e residenziale riguardano l'assistenza alle persone non autosufficienti, per le quali vengono stabiliti dei profili di cura con un crescente livello di intensità assistenziale sulla base della valutazione multidimensionale dei bisogni di cura effettuata dall'équipe socio-sanitaria di riferimento. In particolare, viene identificato un livello di "Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario" che prevede un'assistenza continua con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24h, destinata alle persone con patologie non acute ma caratterizzate da complessità, instabilità clinica e/o gravissima disabilità, destinata, in molti casi, ad evitare il ricovero ospedaliero. Si prospetta l'ipotesi, non del tutto chiara, che l'assistenza semiresidenziale delle persone non autosufficienti con demenza venga finanziata al 100% dal Servizio sanitario.

L'approvazione dei nuovi LEA è legata al reperimento da parte del Governo di 900 milioni di risorse aggiuntive da aggiungere al Fondo sanitario nazionale 2016.

In sostanza la bozza di decreto sui nuovi LEA propone novità positive molto attese che dovrebbero migliorare la qualità dell'assistenza e la sua omogenea organizzazione nel territorio nazionale. Ma anche queste innovazioni che interessano tutta l'area della non autosufficienza sono in attesa dell'approvazione.

Che cosa cambierebbe con i nuovi LEA per i non autosufficienti e le loro famiglie?

- Una maggiore integrazione dei servizi sociali e sanitari (presa in carico unitaria e valutazione integrata multidimensionale dei bisogni).
- Il Piano di assistenza individuale (PAI) coinvolge tutte le componenti dell'offerta sanitaria, socio-sanitaria e sociale del paziente e della sua famiglia.
- Le cure domiciliari si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia. Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi 30 giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota del 50% negli altri casi.
- Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative (articolate in due livelli) costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura di farmaci e dei dispositivi medici, dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare e sostegno spirituale.
- L'assistenza residenziale estensiva è a totale carico del Servizio sanitario nazionale per: a) persone non autosufficienti che richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore; b) persone con demenza nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento o dell'affettività.
- I trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protetico", ivi compresi interventi di sollievo erogati a persone con demenza nei centri diurni, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale (100%).
- La classificazione delle strutture residenziali per disabili prevede strutture per: a) disabili gravi (confermata) e per b) disabili che richiedono un moderato impegno assistenziale e tutelare (40% del costo a carico del SSN) al posto della categoria "disabili privi del supporto familiare".

Bibliografia

- CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME (2012), *Documento per un'azione di rilancio delle Politiche sociali*, 4 ottobre, www.regioni.it/download/news/273240/.
- CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME (2015), *Comunicato in occasione delle intese sul riparto del Fondo per la non autosufficienza e per le politiche sociali*, newsletter n. 2695, 1° aprile, www.regioni.it/newsletter/n-2695/del-01-04-2015/welfare-intese-su-riparto-fondo-per-non-autosufficienza-e-per-politiche-sociali-13730/.
- GORI C. (2008), *Prove di riforma*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 4, pp. 1-5.
- GORI C., GHETTI V., RUSMINI G., TIDOLI R. (2014), *Il welfare sociale in Italia. Realtà e prospettive*, Roma, Carocci.
- PELLICCIA L. (2014), *Il punto sulle politiche nazionali*, in NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto – Tra crisi e ripartenza*, Rimini, Maggioli, pp. 113-136.
- PESARESI F. (2014), *Le ipotesi di riforma della non autosufficienza*, in NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto – Tra crisi e ripartenza*, Rimini, Maggioli, pp. 146-163.
- RAGAINI F. (2010), *Il fondo per le non autosufficienze*, in NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 2° Rapporto*, Rimini, Maggioli, pp. 52-55.

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME – SETTORI SALUTE E POLITICHE SOCIALI (2015), *Tabelle risorse fondi politiche sociali – Aggiornamento al 20 maggio 2015*, www.regioni.it/newsletter/n-2728/del-21-05-2015/politiche-sociali-aggiornamento-fondi-dopo-risorse-da-unificata-7-maggio-13933/.

6. Le Regioni: le tendenze in atto

Ludovico Carrino

Introduzione

Il quadro nazionale di domanda e offerta che caratterizza i servizi di Long-term Care è fortemente eterogeneo a livello regionale. Diverse combinazioni di interventi statali, regionali e comunali, con caratteristiche organizzative locali, sono già state individuate in letteratura e in precedenti edizioni di questo rapporto (Barbabella, Chiatti, Di Rosa e Pelliccia, 2013) ⁽¹⁾.

Questo capitolo approfondirà le tematiche introdotte nel capitolo 1, utilizzando i dati di fonte istituzionale più recente ⁽²⁾. In particolare, si analizzerà il panorama italiano dei programmi di assistenza, sotto due prospettive:

- prospettiva inter-regionale: analizzeremo le differenze esistenti tra le regioni italiane nell'erogazione dei servizi per la Long-term Care attraverso i dati più recenti, cui affiancheremo uno sguardo all'evoluzione dinamica avvenuta a partire dai primi anni Duemila;
- prospettiva intra-regionale: ci soffermeremo sulla variabilità nell'utilizzo della Long-term Care tra le province (o i Distretti ASL, ove sia questa la dimensione sub-regionale d'interesse), in modo da catturare l'assenza (o la presenza) di uno standard regionale comune.

⁽¹⁾ Un'eterogeneità ancora maggiore è riscontrabile con riferimento ai programmi di assistenza finanziati con il Fondo nazionale (e regionale, ove presente) per la non autosufficienza, dove la definizione stessa di "non-autosufficienza" è declinata in misura molto diversa da regione a regione (su questo tema, Carrino e Orso, 2014).

⁽²⁾ I contenuti di alcune tabelle sono in parte ripetuti, per garantire la piena ed autonoma fruibilità dei due capitoli.

Il capitolo 7 di questo Rapporto proseguirà nell'analisi regionale, dettagliando similitudini e differenze nelle linee d'azione intraprese da cinque regioni del Centro-nord.

1. La fruizione dell'indennità di accompagnamento

La Bussola di NNA (Cap. 1 di questo rapporto) ha messo in risalto almeno due novità di rilievo con riferimento all'indennità di accompagnamento (IDA): la crescita della spesa nel biennio 2012-2013 (dovuta anche agli adeguamenti inflazionari) dopo l'arresto registrato fra il 2010 e il 2011 e il continuo calo nel numero di utenti.

La banca dati ISTAT (vari anni) ⁽³⁾, unita alle informazioni presenti sui precedenti rapporti NNA, consente di generare una serie storica di 10 anni, dal 2004 al 2013, che permette di approfondire l'analisi dei trend inter-regionali, e che riportiamo parzialmente nella Tab. 6.1 (gli indici di copertura sono calcolati come rapporto tra numero di beneficiari anziani e popolazione anziana residente nella regione).

In linea generale, i dati 2013 evidenziano le seguenti tendenze:

- le regioni del Nord presentano una copertura più bassa (vicina o inferiore al 10%), mentre quelle del Sud, alle prese con servizi formali sul territorio meno sviluppati e accessibili, hanno tassi di fruizione sensibilmente più elevati della media nazionale;
- la copertura si è generalmente ridotta nel periodo 2010-2013 nella maggior parte delle regioni, con variazioni percentuali particolarmente ingenti nel Centro-nord (Trentino-Alto Adige e Umbria, *in primis*) e in Abruzzo, Campania e Basilicata. La media nazionale si è ridotta dal 12,7% al 12%, una tendenza parzialmente attribuibile all'irrigidimento nelle concessioni a partire dal 2009 (Barbabella, Chiatti, di Rosa e Gori, 2013; Gori e Pelliccia, 2013);
- la quota di fruitori dell'IDA è ancora sensibilmente più numerosa nel 2013 di quanto non fosse nel 2004. Il tasso di variazione negli ultimi 10 anni è, di nuovo, molto eterogeneo a livello regionale: gli incrementi sono più bassi al Centro-nord e più ingenti al Sud.

⁽³⁾ Coerentemente con i precedenti Rapporti NNA, le informazioni sull'indennità di accompagnamento (IDA) a livello regionale sono riprese dall'indagine ISTAT sui trattamenti pensionistici.

Tabella 6.1 - Beneficiari anziani di indennità di accompagnamento (% popolazione 65+)

Regioni	2004	2010	2013	% 2013-2004	% 2013-2010
Piemonte	8,4	9,4	8,9	+6,5%	-5,3%
Valle d'Aosta	9,6	9,8	10,0	+3,6%	+1,4%
Liguria	9,7	10,8	9,8	+1,1%	-9,6%
Lombardia	8,8	10,0	9,7	+10%	-3%
Trentino-Alto Adige	7,0	8,4	7,2	+3%	-14,6%
Veneto	9,2	10,8	10,4	+12,5%	-4,4%
Friuli-Venezia Giulia	10,3	11,5	10,4	+0,6%	-9,5%
Emilia-Romagna	9,9	10,9	9,9	-0,2%	-9,7%
Toscana	9,8	11,3	10,3	+4,7%	-9,3%
Umbria	15,9	19,6	16,8	+5,5%	-14,5%
Marche	11,3	14,0	13,3	+17,6%	-5%
Lazio	9,4	14,0	13,4	+42%	-4,1%
Abruzzo	12,2	14,9	13,8	+12,7%	-7,8%
Molise	8,1	12,5	11,8	+45,8%	-5,5%
Campania	13,4	17,4	15,8	+17,6%	-9,3%
Puglia	10,5	15,4	15,0	+42,4%	-2,6%
Basilicata	10,8	13,7	12,5	+16,2%	-8,1%
Calabria	14,2	17,9	17,9	+26,3%	0
Sicilia	10,6	14,5	14,3	+34,6%	-1,4%
Sardegna	12,3	16,1	15,4	+25%	-4,4%
ITALIA	10,2	12,7	12,0	+17,2%	-5,5%

Fonte: dati.istat.it, Chiatti, Barbabella, Lamura e Gori 2010, Barbabella, Chiatti, di Rosa e Gori 2013.

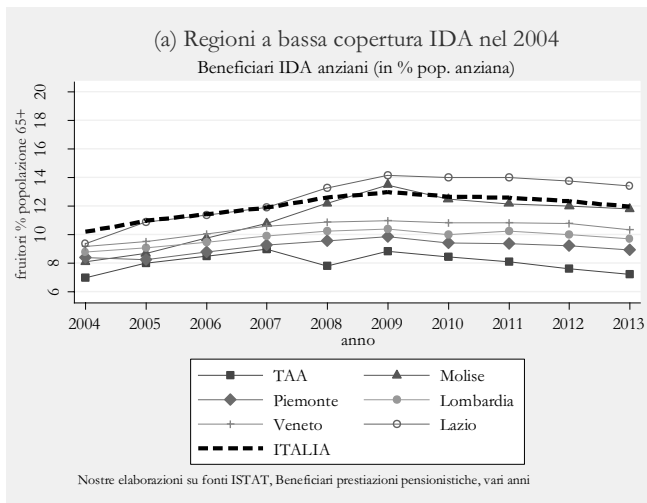
In particolare, è interessante notare come territori omogenei nel 2004 abbiano intrapreso percorsi nettamente diversi nei dieci anni successivi. Consideriamo tre gruppi di regioni, in base ai livelli di copertura IDA osservati nel 2004, di cui riportiamo le serie storiche nei corrispondenti grafici di Fig. 6.1, assieme alla media nazionale (linea tratteggiata nera).

- I territori “a bassa copertura” (grafico (a) in Fig. 6.1), sostanzialmente compatti nel 2004, si polarizzano negli anni successivi: le due regioni del Centro-Sud (Lazio e Molise) mostrano dapprima forti incrementi di copertura fino a superare la media nazionale nel 2009, per poi invertire leggermente la tendenza. Tra le restanti regioni è interessante il trend per il

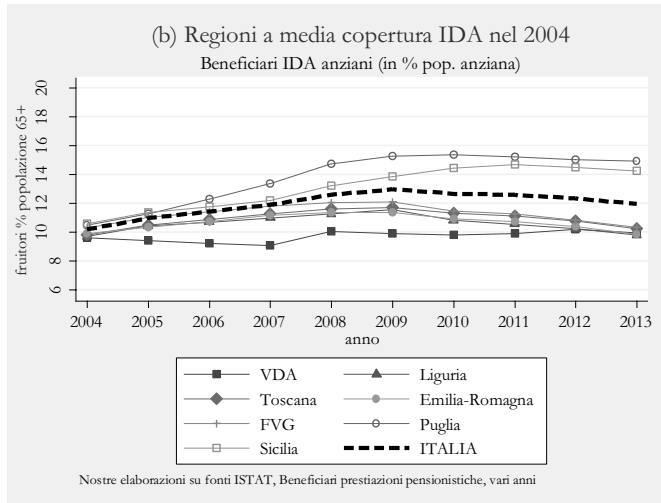
Trentino-Alto Adige, che mostra dapprima un avvicinamento al gruppo, per poi seguire una decisa traiettoria discendente.

- Anche nel gruppo “a copertura media” si verifica una polarizzazione fortemente caratterizzata geograficamente. La Puglia mostra un marcato trend crescente dal 2005 al 2009 (superando ampiamente la media nazionale), che si stabilizza negli anni a seguire, quando invece la media italiana scende. La copertura IDA in Sicilia inizia a distaccarsi dal trend centrale a partire dal 2008, esibendo tassi crescenti fino al 2011 (unica regione assieme alla Calabria a non stabilizzare o ridurre l’indice dopo il 2009) e costanti a seguire. All’opposto, le rimanenti regioni (con l’eccezione della Valle D’Aosta) seguono una lenta crescita fino al 2009, per poi iniziare un deciso declino che le porta, nel 2013, su livelli di due punti inferiori alla media italiana.

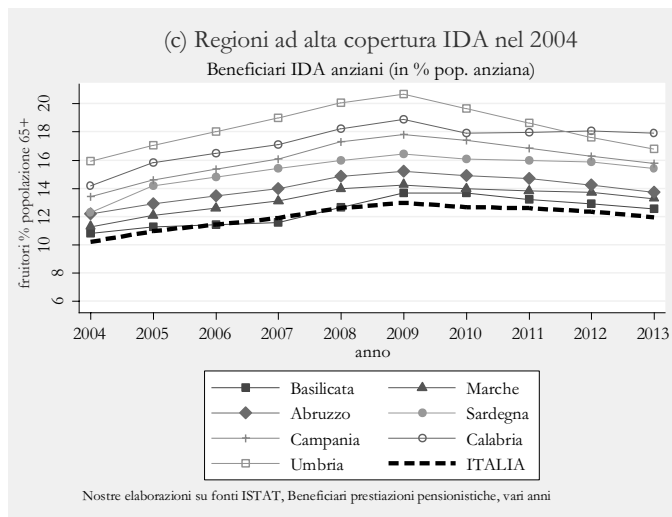
Figura 6.1 - Trend della copertura IDA, popolazione anziana 65+, 2004-2013



Fonte: ns. elaborazioni su fonti ISTAT, beneficiari prestazioni pensionistiche, vari anni.



Fonte: ns. elaborazioni su fonti ISTAT, beneficiari prestazioni pensionistiche, vari anni.



Fonte: ns. elaborazioni su fonti ISTAT, beneficiari prestazioni pensionistiche, vari anni.

- I territori con “alta” copertura offrono un quadro meno irregolare dei precedenti (grafico (c) in Fig. 3.1) e seguono, ad eccezione della Calabria, un trend comune. La figura permette di apprezzare l’inversione di tendenza per la Regione Umbria iniziata nel 2009. Viceversa, la Calabria riprende, dal 2010, una lenta ma costante crescita che la porta ad essere, dal 2012, la regione con la percentuale di beneficiari IDA più alta d’Italia.

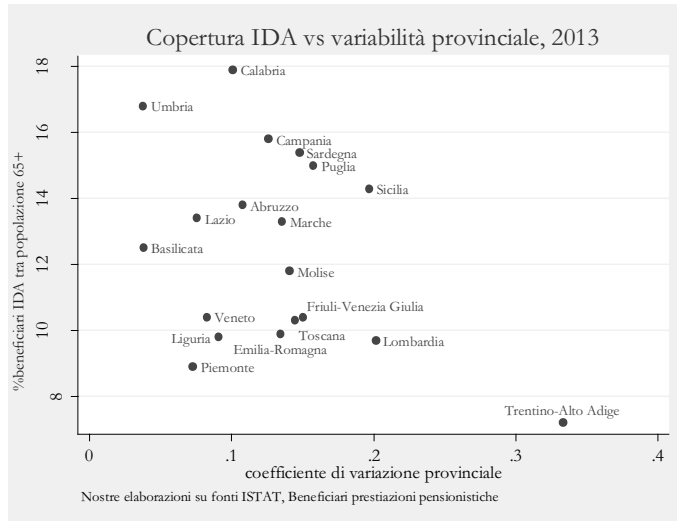
I dati fin qui analizzati testimoniano l’esistenza di un fenomeno rilevante di divergenza tra i profili regionali nella copertura IDA per gli anziani. Questo risultato restituisce un’ulteriore rappresentazione dei diversi approcci sviluppatisi negli anni con riferimento all’assistenza di lungo periodo. Mentre, infatti, nel 2004 le regioni erano tendenzialmente concentrate attorno alla media nazionale (distribuzione sostanzialmente unimodale), il 2013 restituisce uno spaccato fortemente polarizzato (bimodale): si sono formati, negli anni, un gruppo di territori con tassi di copertura IDA ben al di sotto della media (anche al di sotto dell’80% della media) ed un altro con tassi ben al di sopra di essa (tra il 110% e il 130% della media nazionale).

Concentriamo, infine, l’attenzione sull’eterogeneità nella copertura IDA tra le province all’interno delle regioni. Calcolando il coefficiente di variazione della copertura IDA tra le province di ciascuna regione italiana nel 2013, e mettendolo in relazione con i valori regionali medi di tale copertura, come illustrato in Fig. 6.2 ⁽⁴⁾, possiamo trarre le seguenti conclusioni:

- la variabilità intra-regionale appare molto eterogenea da regione a regione: elevata in Puglia, Sicilia, Lombardia e Trentino-Alto Adige, ridotta in Piemonte, Veneto, Umbria, Lazio e Basilicata;
- esistono aree omogenee, in termini di copertura IDA, che si caratterizzano per livelli di dispersione intra-regionale molto diversi. Si confrontino, ad esempio, Liguria, Veneto e Lombardia, nel gruppo di regioni (tutte settentrionali) con quote di beneficiari IDA attorno al 10%;
- la variabilità provinciale non cresce necessariamente con i livelli di copertura: ad esempio, regioni come Umbria e Calabria hanno indici di copertura molto alti, ma livelli di eterogeneità provinciale molto inferiori a quelli di territori in cui la copertura è più bassa, come Puglia, Sicilia e Lombardia.

⁽⁴⁾ Il coefficiente di variazione è un indice di dispersione definito come il rapporto tra la deviazione standard e la media aritmetica, e permette di valutare la dispersione dei valori attorno alla media indipendentemente dall’unità di misura.

Figura 6.2 - Copertura IDA regionale vs eterogeneità provinciale, 2013



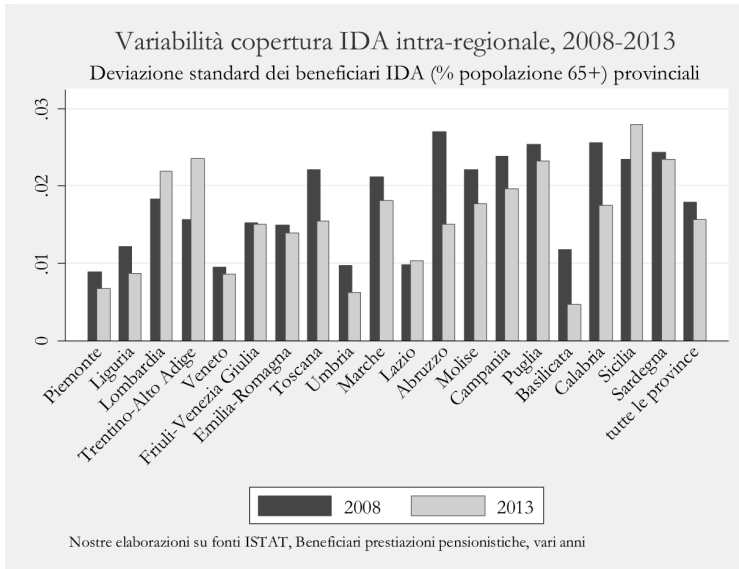
Fonte: ns. elaborazioni su fonti ISTAT, beneficiari prestazioni pensionistiche.

È interessante verificare come tale variabilità provinciale muti tra il 2008 e il 2013 ⁽⁵⁾. Nella Fig. 6.3, le colonne di colore scuro rappresentano le deviazioni standard tra le province di ciascuna regione italiana nel 2008, mentre quelle di colore chiaro corrispondono ai dati 2013 ⁽⁶⁾.

⁽⁵⁾ Il 2008 è il primo anno per cui sono disponibili i dati provinciali suddivisi per fascia d'età.

⁽⁶⁾ Le fonti ISTAT non consentono, al momento, di effettuare tale confronto per gli anni precedenti il 2008, mancando le informazioni sulla copertura provinciale per la sola popolazione anziana.

Figura 6.3 - Variabilità copertura IDA intra-regionale 2008-2013



Fonte: ns. elaborazioni su fonti ISTAT, beneficiari prestazioni pensionistiche, vari anni.

Confrontando i due anni in questione si nota una generale riduzione della variabilità intra-regionale: a distanza di cinque anni, le differenze tra la copertura IDA tra le province di una stessa regione tendono a diminuire quasi ovunque, con l'eccezione della Lombardia, del Trentino-Alto Adige e della Sicilia.

Questo risultato ci consente di aggiungere un importante tassello alle valutazioni effettuate nella prima parte di questa sezione, dove si è osservato come le differenze *tra* le regioni siano notevolmente incrementate nel periodo 2004-2013 ⁽⁷⁾. In particolare, si verificano due tendenze, contrapposte, sulla copertura dell'IDA in Italia:

- le differenze tra regioni tendono ad enfatizzarsi;
- le differenze all'interno delle regioni tendono a ridursi.

⁽⁷⁾ Per poter concludere che si tratti in effetti di due fenomeni comparabili, abbiamo effettuato nuovamente l'analisi di transizione relativa alle distribuzioni degli indici di copertura regionale, ponendo il 2008 come anno iniziale. Il risultato, disponibile a richiesta, conferma una tendenza unimodale nel quadro nazionale del 2008, che si tramuta in un contesto polarizzato nel 2013.

2. L'utilizzo dei servizi domiciliari e residenziali

I servizi alla persona rispondono a bisogni di assistenza sia di tipo sanitario che sociale, e vengono comunemente classificati in tre categorie: l'Assistenza domiciliare integrata, ADI (interventi domiciliari a carattere sanitario gestiti dal SSN), il Servizio di assistenza domiciliare, SAD (interventi a carattere sociale erogati dai comuni) e l'assistenza extra-domiciliare nelle Residenze sanitarie assistenziali o nelle Residenze protette (Gori, 2012).

2.1. Assistenza domiciliare integrata

Per ciò che riguarda l'ADI, i dati disponibili (ISTAT, 2015) permettono di ricostruire una serie storica regionale che va dal 2001 al 2012, e che riportiamo parzialmente nella Tab. 6.2. La Bussola disponibile nel Capitolo 1 ha già enfatizzato, per l'anno 2012, una spiccata eterogeneità nell'offerta di assistenza tra regioni. A livello geografico, le aree del Mezzogiorno e del Nord-Ovest si caratterizzano per valori relativamente uniformi di anziani trattati in ADI, inferiori alla media nazionale. Di contro, le aree del Centro e del Nord-est presentano un quadro particolarmente disomogeneo ⁽⁸⁾.

Si è già notato come, a partire dal 2011, il trend che aveva portato tutte le regioni ad incrementare le quote di utenza fino al 2010 avesse visto un leggero arretramento nelle regioni del Centro-nord e una stabilizzazione a livello di media nazionale (Gori e Pelliccia, 2013). Sulla base dei dati aggiornati è possibile argomentare che:

- la riduzione della copertura è proseguita in tre regioni settentrionali (Lombardia, Liguria, Trentino-Alto Adige), tre regioni del Centro (Toscana, Marche, Lazio) e una regione del Sud (Basilicata);
- allo stesso tempo, vi sono stati cospicui aumenti in altre aree territoriali, che hanno portato la media nazionale al 4,3% (dal 4,1% del 2011), sovvertendo così la stabilizzazione precedentemente osservata. In particolare, la quota di anziani in ADI è salita, nel giro di un anno, in quattro regioni del Mezzogiorno (in Sardegna dal 3,8% al 4,6%, in Sicilia dal 2,1% al 3,6%, in Campania dal 2,4% al 2,8%, in Molise dal 3,5% al 3,9%) e in una regione del Nord (in Emilia-Romagna dal 10,6% all'11,8%). Tali incrementi sono

⁽⁸⁾ Un'analisi congiunta degli indicatori di copertura e di intensità del servizio verrà condotta nell'ultimo paragrafo di questo capitolo.

stati favoriti dagli incentivi economici offerti dai programmi per le aree sottoutilizzate legati a questo specifico indicatore (il Fondo per lo sviluppo e la coesione, vedi il Quadro strategico nazionale 2007-2013).

Tabella 6.2 - Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (% sulla popolazione anziana)

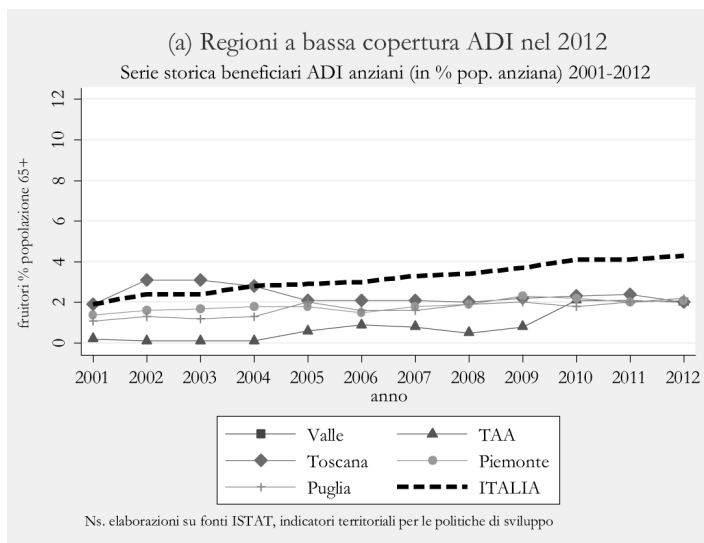
Regioni	2001	2010	2012	% 2012-2001	% 2012-2010
Piemonte	1,4	2,2	2,1	+50%	-5%
Valle d'Aosta	0,25	0,4	0,4	+60%	0%
Lombardia	2,4	4,3	3,9	+63%	-9%
Liguria	3,6	3,5	3,5	-3%	0%
Trentino-Alto Adige	0,2	2,1	2	+900%	-5%
Veneto	3	5,6	5,5	+83%	-2%
Friuli-Venezia Giulia	7,6	6,8	6,2	-18%	-9%
Emilia-Romagna	1,9	11,7	11,8	+521%	1%
Toscana	1,9	2,3	2	+5%	-13%
Umbria	1,5	7,7	7,9	+427%	3%
Marche	4	3,5	3	-25%	-14%
Lazio	1,7	4,8	4,1	+141%	-15%
Abruzzo	0,9	5	4,9	+444%	-2%
Molise	5,8	3,3	3,9	-33%	18%
Campania	0,8	2,1	2,8	+250%	33%
Puglia	1,1	1,8	2,2	+100%	22%
Basilicata	2,6	5,1	5,4	+108%	6%
Calabria	0,6	2,9	3,1	+417%	7%
Sicilia	0,6	1,5	3,6	+500%	140%
Sardegna	0,5	2,5	4,6	+820%	84%
ITALIA	1,9	4,1	4,3	+126%	5%
Coefficiente di variazione	0,98	0,61	0,56		

Fonte: ISTAT, 2015.

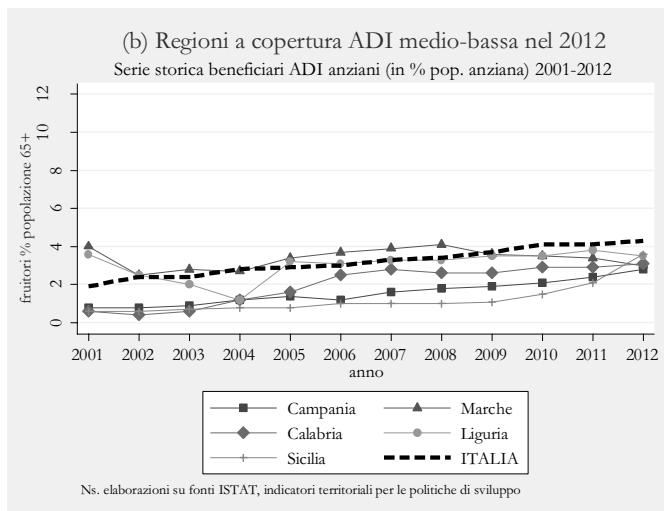
L'eterogeneità nell'utenza ADI è visibile anche analizzando le variazioni di copertura nel periodo 2001-2012 (penultima colonna in Tab. 6.2, in percentuale del valore nel 2001), e nei quattro grafici di Fig. 6.4. In quest'ultima figura, in particolare, le regioni sono suddivise in quattro gruppi, a seconda della magnitudine del loro indice nell'ultimo anno disponibile. Ciò permette di apprezzare le eterogeneità nei trend di territori oggi omogenei, sintetizzabili come segue:

- Il grafico (a) raggruppa i territori con livelli di copertura recenti molto bassi rispetto alla media e mostra come questo gruppo fosse, nel 2001, su livelli ADI relativamente molto più alti (eccezion fatta per il Trentino-Alto Adige).
- Il gruppo (b) esibisce un livello di eterogeneità ancora maggiore: tra i territori che nel 2012 erano su livelli di poco inferiori alla media, Marche e Liguria vi sono giunte attraverso un percorso discendente (per buona parte del decennio erano sopra la media), mentre Campania, Calabria e Sicilia hanno seguito una dinamica opposta.
- Le regioni che nel 2012 erano in linea con la media italiana (c) si distinguono tra: Lombardia e Lazio, che hanno seguito lungo il decennio un percorso oscillante attorno alla media; Molise, che esibiva percentuali estremamente elevate fino al 2006 per poi ridurre bruscamente la copertura; Abruzzo, che pur partendo da livelli iniziali ben inferiori alla media ha mostrato un tasso di crescita notevole che si è ridotto soltanto negli ultimi anni; e Sardegna, rimasta ben al di sotto dei valori nazionali fino al 2010, per poi crescere rapidamente fino al 2012.
- Tra le regioni ad alta copertura nel 2012 (d) troviamo Veneto e Basilicata, che si sono mantenute su tassi di crescita relativamente costanti dal 2001, Umbria ed Emilia-Romagna, le cui percentuali nel 2001 erano al di sotto della media e che hanno visto una crescita particolarmente significativa, e il Friuli-Venezia Giulia, che ha visto la propria distanza dalla media ridursi sensibilmente nell'ultimo decennio, pur rimanendo su livelli relativamente elevati.

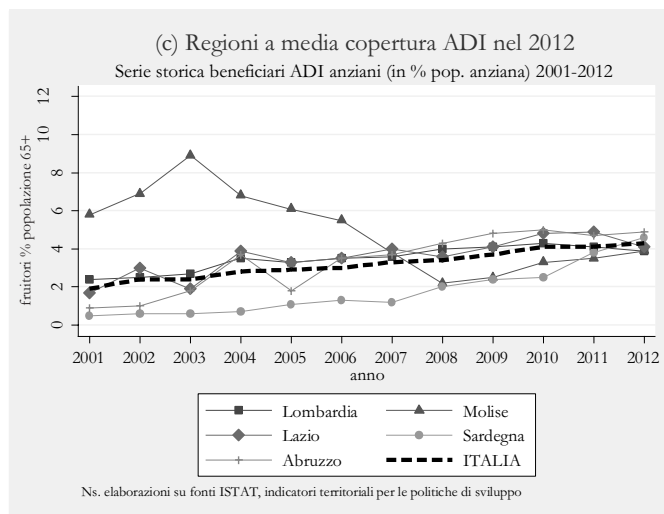
Figura 6.4 - Serie storica copertura ADI, regioni italiane 2001-2012



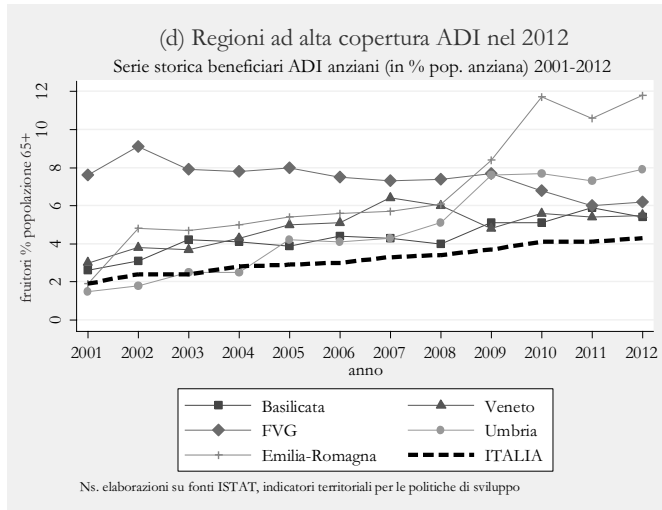
Fonte: ns. elaborazioni su fonti ISTAT, indicazioni territoriali per le politiche di sviluppo.



Fonte: ns. elaborazioni su fonti ISTAT, indicazioni territoriali per le politiche di sviluppo.



Fonte: ns. elaborazioni su fonti ISTAT, indicazioni territoriali per le politiche di sviluppo.



Fonte: ns. elaborazioni su fonti ISTAT, indicazioni territoriali per le politiche di sviluppo.

In generale, tra il 2001 e il 2012 si è verificata una chiara convergenza nelle coperture ADI tra le regioni italiane. Sebbene, infatti, nel 2012 vi siano ancora alcuni territori con tassi di copertura molto più alti della media nazionale, il quadro recente è decisamente più compatto rispetto a quanto non fosse nel 2001: l'eterogeneità nell'erogazione dei servizi domiciliari a carattere sanitario si è sostanzialmente ridotta negli undici anni considerati, e la maggior parte delle regioni si attesta oggi su valori vicini alla media italiana, a testimonianza di un processo di tendenza opposta rispetto a quanto osservato per l'indennità di accompagnamento.

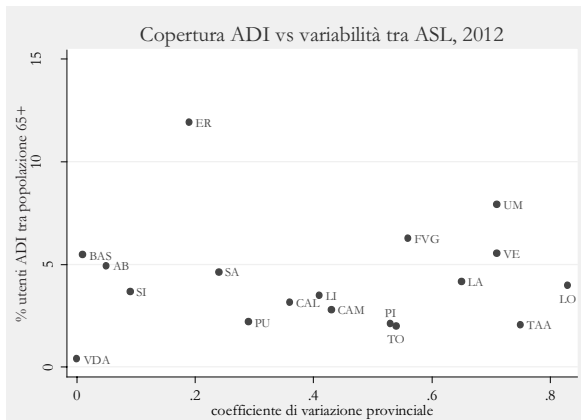
È ora interessante verificare la disparità di fruizione dell'ADI all'interno di ciascuna regione, e come questa disparità vari nel tempo. Più di quanto accade per l'indennità di accompagnamento, infatti, l'impronta delle politiche di programmazione socio-sanitaria a livello regionale può incentivare o meno la standardizzazione del ruolo dell'ADI sul territorio a livello di ASL, tramite interventi sulle regole di valutazione del bisogno e di accesso al servizio, nonché sui criteri di finanziamento. L'eterogeneità dell'offerta domiciliare tra le ASL regionali era emersa nel precedente rapporto NNA come una caratteristica comune a tutte le regioni, a prescindere dai livelli di copertura ADI complessiva nel territorio (Barbabella, Chiatti, Di Rosa e Pelliccia, 2013).

Utilizzando i dati messi a disposizione da ISTAT (2015), che offrono la disaggregazione a livello ASL per il periodo 2008-2012, verifichiamo dapprima il livello di eterogeneità presente nel 2012 e poi la variazione di tale etero-

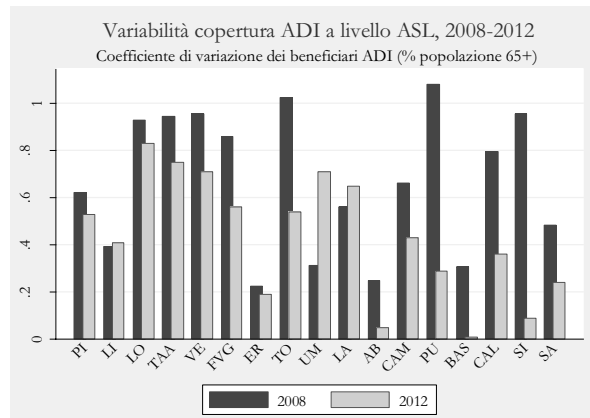
rogeneità rispetto al 2008. I risultati sono riportati nei due grafici di Fig. 6.5 e sono sintetizzabili come segue:

- La variabilità nella copertura ADI sulla popolazione anziana tra le ASL regionali, espressa in termini di coefficiente di variazione (asse delle ascisse), è rappresentata nel grafico di sinistra assieme all'informazione sulla copertura ADI regionale (asse delle ordinate). È immediato osservare come non sia possibile identificare una relazione tra le due variabili considerate e come vi siano aree fortemente omogenee quanto a quote di utilizzatori del servizio, ma estremamente eterogenee quanto a variabilità regionale (si confrontino, ad esempio, Basilicata, Abruzzo e Sicilia con Lazio, Veneto e Lombardia).
- A livello geografico, è possibile verificare come siano in generale i territori del Centro-nord ad avere una variabilità tra ASL più elevata.
- L'eterogeneità appena descritta, per quanto rilevante, è sostanzialmente inferiore a quella osservabile nel 2008 (grafico di destra). Fatta eccezione per Umbria, Lazio e Liguria, infatti, tutte le regioni italiane hanno visto un percorso di crescita nella standardizzazione dell'offerta ADI tra le ASL, particolarmente rilevante nelle regioni del Mezzogiorno e in Toscana.

Figura 6.5 - Variabilità copertura ADI a livello di ASL, livelli e trend



Fonte: ns. elaborazioni su dati Dipartimento per lo sviluppo e sistema informativo sanitario.



Fonte: ns. elaborazioni su dati Dipartimento per lo sviluppo e sistema informativo sanitario.

Questo risultato ci permette di concludere il paragrafo facendo notare che il quadro nazionale della fruizione ADI per gli anziani è stato caratterizzato da:

- una convergenza nei tassi di copertura tra le regioni italiane (nonostante una leggera controtendenza nel 2012);
- una convergenza nei tassi di copertura tra i distretti sanitari di ciascuna regione.

2.2. Servizi di assistenza domiciliare

Sul versante dei servizi di assistenza domiciliare (SAD) erogati dai comuni nel territorio, la Tab. 6.3 riporta gli indici di presa in carico degli utenti anziani (per 100 persone anziane) per gli anni 2003, 2007, 2010, 2011 e 2012.

Tabella 6.3 - Indice di presa in carico per Servizi di assistenza domiciliare degli utenti anziani (per 100 persone anziane)

Regioni	2003	2010	2012	Var. % 2003-2012	Var. % 2010-2012
Piemonte	1,4	1	0,8	-43%	-20%
Valle d'Aosta	3,9	4,8	5,3	36%	10%
Liguria	1,2	1,1	1,1	-8%	0%
Lombardia	1,8	1,7	1,4	-22%	-18%
Trentino-Alto Adige	3,5	4,2	4,3	23%	2%
Veneto	1,7	1,4	1,4	-18%	0%
Friuli-Venezia Giulia	2,6	2,2	2,3	-12%	5%
Emilia-Romagna	1,6	1,4	1,4	-13%	0%
Toscana	2,1	0,8	0,7	-67%	-13%
Umbria	0,6	0,3	0,3	-50%	0%
Marche	0,9	0,7	0,7	-22%	0%
Lazio	1,1	1	0,9	-18%	-10%
Abruzzo	2,5	1,7	1,3	-48%	-24%
Molise	3,6	2,4	2,0	-44%	-17%
Campania	1,7	1,4	1,1	-35%	-21%
Puglia	0,9	1,3	0,7	-22%	-46%
Basilicata	1,2	1,6	1,3	8%	-19%
Calabria	0,9	1,5	1,0	11%	-33%
Sicilia	3,5	1,9	1,7	-51%	-11%
Sardegna	3,8	2,5	2,5	-34%	0%
Italia	1,8	1,4	1,3	-28%	-7%

Fonte: ISTAT, 2015

Uno sguardo ai dati suggerisce tre considerazioni:

- Il dato nazionale della copertura SAD 2012 è all'1,3%, in calo rispetto al 2010 e inferiore rispetto al dato 2003 (1,8%). Attorno a questo valore, tra l'1% e l'1,6%, si collocano 8 regioni su 20, di cui 4 di area meridionale. Su valori più bassi (sotto l'1%) troviamo le 4 regioni del Centro, il Piemonte e la Puglia, mentre su valori sostanzialmente più alti (sopra l'1,6%) troviamo 3 regioni del Mezzogiorno (Sardegna, Sicilia, e Molise) e 3 regioni del Nord (Valle d'Aosta, Trentino, Friuli-Venezia Giulia).
- La copertura SAD tra il 2011 e il 2012 è rimasta pressoché invariata in sette regioni, è cresciuta soltanto in due regioni del Nord, mentre è diminuita nei territori meridionali e nel Nord-ovest.

- Rispetto al 2003, la presa in carico ha mostrato un trend negativo in tutte le regioni ad eccezione di Valle d'Aosta, Trentino, Basilicata e Calabria.

Il quadro appena descritto corrisponde appieno a quel generale "mancato decollo" dell'assistenza domiciliare dei comuni già analizzato in letteratura (Gori, 2012; Gori e Pelliccia, 2013) e ricondotto spesso alla consistente disponibilità di assistenti familiari, fattore che ha contenuto la domanda di servizi pubblici.

La scarsa standardizzazione del SAD emerge anche dall'analisi della variabilità intra-regionale dei tassi di fruizione, valutata osservando le percentuali di anziani coinvolti nel SAD a livello provinciale: tale variabilità è generalmente elevata per un gran numero di regioni ed è indipendente dai livelli di copertura medi. In particolare, i dati ISTAT (aggiornati al 2011 a livello provinciale) evidenziano un'eterogeneità significativa anche all'interno di quelle aree che mostrano, in media, i tassi di utilizzo più alti, come Friuli-Venezia Giulia e Sardegna. Inoltre, a differenza di quanto osservato per l'ADI e per l'IDA, non vi è stata, tra il 2003 e il 2011, una generale tendenza di riduzione delle diversità provinciali: regioni come Veneto, Friuli, Emilia-Romagna, Campania e Sardegna hanno seguito un percorso di maggiore disomogeneità viceversa è avvenuto per Liguria, Toscana, Abruzzo e Calabria, mentre le rimanenti regioni non hanno mostrato particolari mutamenti.

2.3. I servizi residenziali

Per ciò che riguarda l'altro grande pilastro dell'offerta di servizi agli anziani, l'assistenza residenziale, i dati più recenti (ISTAT, 2014) sulla quota di posti letto per anziani (in percentuale della popolazione anziana) testimoniano una lenta riduzione a partire dal 2009, quando il livello medio nazionale era del 2,57%, al 2,2% nel 2012 (⁹). A livello territoriale, quasi tutte le regioni riportano tassi di copertura costanti o in declino. Le riduzioni più significative sono avvenute in Lombardia (-1,06) Veneto (-0,82) e Friuli (-0,42) per ciò che riguarda il Settentrione, in Toscana (-0,43) per il Centro Italia, e in alcune regioni del Sud come Abruzzo (-1,04), Molise (-1,02) e Sicilia (-0,53). Viceversa, le uniche regioni in leggera controtendenza sono state Piemonte (+0,24) e Basilicata (+0,50). Il quadro completo per questo indicatore è riportato nella Tab. 6.4.

⁹) Si richiama quanto già precisato nella nota 7 del Capitolo 1 in merito alle criticità riguardanti le fonti disponibili.

Tabella 6.4 - Dotazione di posti letto per utenti anziani (65+ anni) in presidi residenziali (% su popolazione 65+)

Regioni	2009	2012	Variazione 2009-2012
Piemonte	3,67%	3,91%	0,24
Valle d'Aosta	3,95%	3,85%	-0,10
Liguria	2,94%	2,89%	-0,05
Lombardia	4,09%	3,04%	-1,06
Trentino-Alto Adige	4,52%	4,38%	-0,14
Veneto	3,95%	3,13%	-0,82
Friuli-Venezia Giulia	3,92%	3,50%	-0,42
Emilia-Romagna	3,29%	3,31%	0,02
Toscana	2,11%	1,68%	-0,43
Umbria	1,18%	1,25%	0,08
Marche	2,37%	2,14%	-0,23
Lazio	1,47%	1,16%	-0,31
Abruzzo	2,55%	1,51%	-1,04
Molise	2,86%	1,84%	-1,02
Campania	0,36%	0,59%	0,23
Puglia	1,14%	0,96%	-0,19
Basilicata	0,79%	1,28%	0,50
Calabria	1,05%	0,80%	-0,25
Sicilia	1,59%	1,06%	-0,53
Sardegna	1,57%	1,28%	-0,29
Italia	2,57%	2,20%	-0,37
Coefficiente di variazione	0,51	0,58	

Fonte: ISTAT, 2014.

Confrontando gli anni 2009 e 2012 si nota come la geografia dell'utenza RSA (discussa, ad esempio, in Barbabella, Chiatti, di Rosa e Gori, 2013) non sia mutata in maniera significativa. Le regioni del Mezzogiorno si attestano su percentuali ben al di sotto della media nazionale: il tasso di posti letto più basso nel 2012 si registra in Campania (0,59%), mentre quello più alto in Sardegna e Basilicata (1,28%). È importante notare come Abruzzo e Molise, che nel 2009 riportavano dei valori superiori o in linea con la media nazionale, si trovino nel 2012 su livelli notevolmente più bassi, in coerenza con tutte le altre regioni meridionali.

Il contrario accade per i territori settentrionali, dove i valori più bassi si attestano al 2,9% in Liguria e i più alti al 4,4% in Trentino-Alto Adige. Le re-

gioni del Centro Italia si collocano nel 2012 su tassi ben al di sotto della media nazionale. In quest'area colpisce la dinamica che caratterizza la Toscana, i cui valori scendono dal 2,11% del 2009 all'1,68% del 2012.

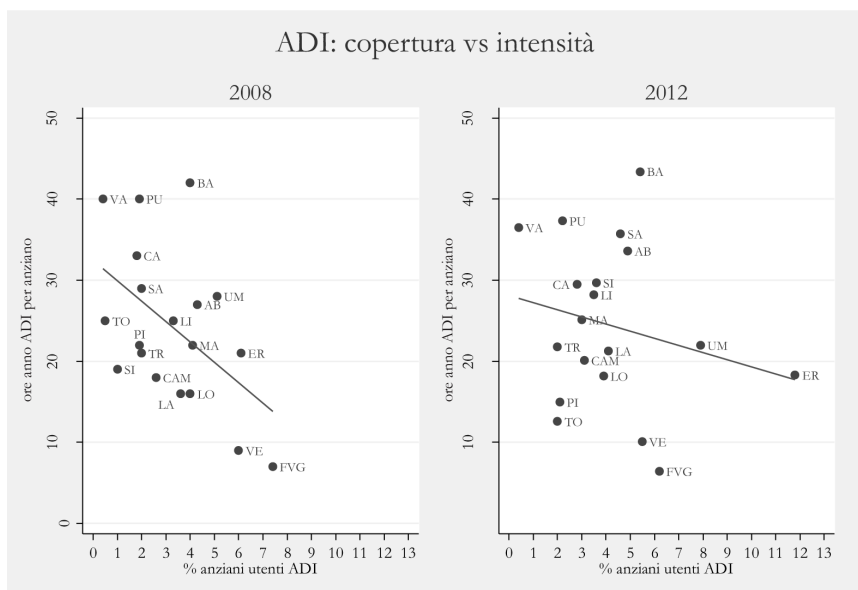
L'analisi della distribuzione delle coperture RSA regionali evidenzia dunque la persistenza di una costante polarizzazione tra Nord e Centro-Sud. Non di meno, l'eterogeneità tra regioni è generalmente cresciuta nel corso degli ultimi 4 anni, come dimostra la crescita nel coefficiente di variazione (dallo 0,51 del 2009 allo 0,58 del 2012). Nel complesso, a causa delle generali riduzioni osservatesi tra il 2009 e il 2012, la polarizzazione si è leggermente accentuata ed è divenuta asimmetrica: il gruppo di regioni con tassi di posti letto sotto la media è, nel 2012, più numeroso e più compatto di quanto non fosse nel 2009. Viceversa, le regioni con valori sopra la media sono, nel 2012, meno numerose e leggermente più disperse rispetto all'anno iniziale della serie storica.

3. Il mix di risposte

È possibile arricchire le analisi appena effettuate con tre ulteriori prospettive.

In primo luogo, per ciò che riguarda i servizi domiciliari, esiste una dicotomia tra aree in cui i servizi sono erogati a platee vaste di anziani, ma con un livello di intensità inferiore, e aree in cui i servizi sono circoscritti ad una popolazione ridotta, ma con un'intensità elevata. I due grafici in Fig. 6.6 mettono in relazione le quote regionali di anziani in ADI e le ore annue di assistenza ADI per anziano (dati forniti dal Ministero della salute, MDS, 2015) per gli anni 2008 e 2012. In generale, la relazione tra le due variabili è negativa, a testimonianza della dicotomia tra gli approcci generalizzato e intensivo, ma si è indebolita negli anni. Nel 2004 l'approccio intensivo era caratteristica di molte regioni meridionali e quello generalizzato era riscontrabile nei territori settentrionali. Nel 2012, alcune regioni sembrano aver intrapreso un percorso intermedio: Basilicata, Sardegna e Abruzzo offrono ora un servizio altamente intensivo e più diffuso; Emilia-Romagna e Umbria offrono un servizio altamente diffuso e più intensivo.

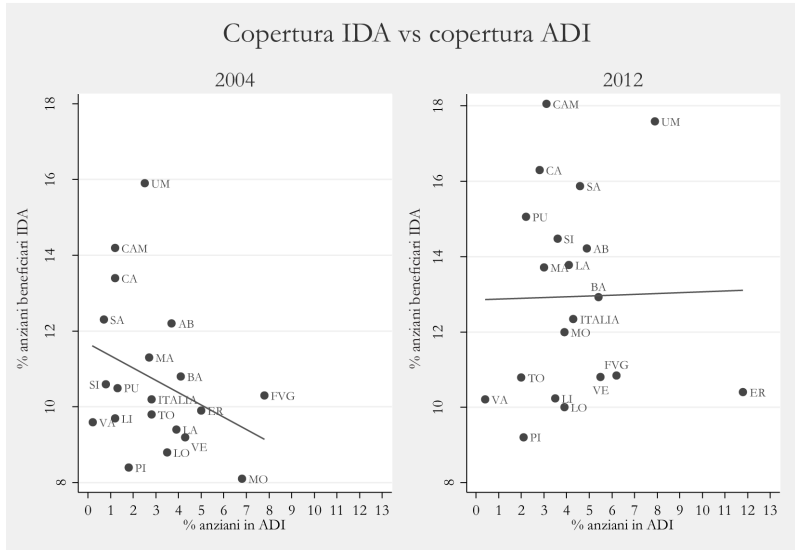
Figura 6.6 - ADI: copertura (% utenti anziani) vs intensità (ore annue per anziano)



Fonte: ns. elaborazioni su fonti ISTAT (indicatori territoriali per le politiche di sviluppo) e MDS.

In secondo luogo, la Fig. 6.7 mette in relazione le quote di beneficiari dell'accompagnamento e quelle di utenti ADI, e testimonia il cambiamento avvenuto nella relazione tra queste due forme di intervento, tra il 2004 e il 2012. I due servizi erano chiaramente utilizzati come "sostituti" nel 2004: territori con alte percentuali di beneficiari IDA si caratterizzavano per un basso utilizzo dell'ADI, e viceversa (si osservino i casi estremi di Umbria, Campania, Calabria, Friuli e Molise). Tale relazione è scomparsa nei dati 2012. La "nuvola" dei punti mette in risalto territori a bassa copertura ADI e IDA (le regioni del Nord-Ovest e la Toscana), i territori con bassa copertura IDA ma con quota medio-alta di anziani in ADI (il Nord-Est), le regioni del Mezzogiorno con alta copertura nell'indennità e media copertura nell'assistenza, il "modello Umbria" con alta copertura in entrambi i settori, e il "modello Emilia-Romagna", a prevalenza di servizi domiciliari e scarsa copertura IDA.

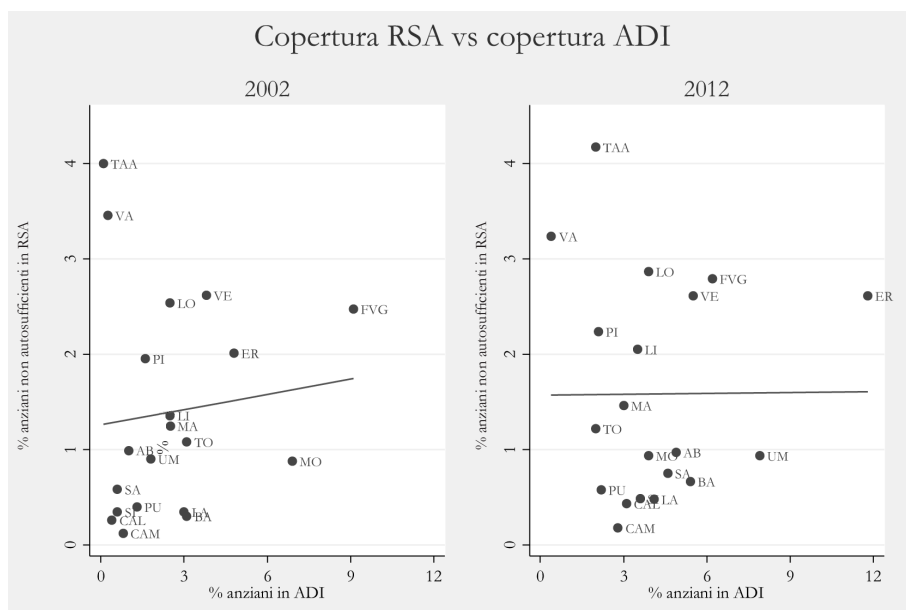
Figura 6.7 - Fruizione di indennità di accompagnamento e assistenza domiciliare integrata, regioni italiane, 2004 e 2012



Fonte: ns. elaborazioni su fonti ISTAT, indicatori territoriali per le politiche di sviluppo.

Infine, analizzando congiuntamente i livelli di copertura dei servizi domiciliari ADI e dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti (misurata con il tasso di anziani non autosufficienti in RSA sulla popolazione anziana), notiamo come non sia possibile evidenziare una relazione unica a livello nazionale. Le nuvole di punti in Fig. 6.8, sia per il 2002 che per il 2012, sono estremamente espanse ed evidenziano una grande variabilità nell'offerta residenziale in territori con simile copertura per servizi domiciliari. È possibile evidenziare, in entrambi i grafici, un gruppo di territori a bassa intensità in entrambe le forme di assistenza (le regioni meridionali) ed un gruppo di regioni a bassa intensità ADI ma relativamente alta intensità di utenza RSA (le regioni del Nord-ovest). Infine, territori del Centro-nord est come Friuli, Umbria ed Emilia-Romagna mostrano livelli simili di copertura per servizi domiciliari, cui corrispondono livelli molto diversi di utenza residenziale.

Figura 6.8 - Confronto coperture ADI e RSA



Fonte: ns. elaborazioni su fonti ISTAT (indicatori territoriali per le politiche di sviluppo), MDS e Osservasalute.

4. Considerazioni conclusive

I dati fin qui raccolti ci consentono di trarre alcune conclusioni sull'eterogeneità degli approcci regionali al Long-term Care.

- L'indennità di accompagnamento rimane lo strumento prevalente di copertura per gli anziani non autosufficienti in Italia. Il quadro italiano recente è molto più eterogeneo e polarizzato di quanto non fosse nel 2004: i territori del Centro-sud esibiscono tassi di fruizione significativamente più elevati rispetto alle regioni settentrionali.
- Il trend recente nell'utilizzo dell'assistenza domiciliare integrata è negativo per la maggior parte dell'area centro-settentrionale e positivo per il Meridione. In generale, è in atto una chiara dinamica di convergenza nelle percentuali di anziani in ADI attorno al valore medio nazionale.
- L'utilizzo dei Servizi di assistenza domiciliare comunali è, nel 2011, generalmente inferiore al livello del 2003 e non ha mostrato forti dinamiche negli anni recenti. Inoltre, non vi sono evidenti caratterizzazioni geografiche nei tassi di fruizione in quest'area di intervento.

- Anche nell'utilizzo dei presidi residenziali si è assistito ad una lenta riduzione delle coperture, che ha accentuato la polarizzazione tra regioni del Nord e del Centro-sud.
- La variabilità della fruizione dell'IDA e dell'ADI interna alle regioni (tra le Province o le ASL, nel caso dell'ADI) si sta riducendo, a testimonianza della tendenza verso una maggiore standardizzazione intra-regionale. Tale tendenza non si riscontra nei dati relativi al SAD, le cui percentuali di utilizzo sono ancora estremamente eterogenee a livello provinciale.
- Nell'ambito dell'ADI, è riscontrabile una chiara dicotomia regionale tra gli approcci intensivi (i servizi sono erogati a platee vaste di anziani, ma con un livello di intensità inferiore) e quelli generalizzati (i servizi sono circoscritti ad una popolazione ridotta, ma con un'intensità elevata).
- Le fruizioni di ADI e IDA erano chiaramente inversamente proporzionali l'una all'altra nei primi anni Duemila, mentre nessuna relazione è visibile negli anni recenti.

Bibliografia

- BARBABELLA F., CHIATTI C., DI ROSA M., GORI C. (2013), *La "Bussola" di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Rimini, p. 11.
- BARBABELLA F., CHIATTI C., DI ROSA M., PELLICCIA L. (2013), *Alcuni profili dell'assistenza nelle regioni. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 29.
- CARRINO L., ORSO C.E. (2014), *Eligibility and inclusiveness of Long-term Care Institutional frameworks in Europe: A cross-country comparison*, Working Paper Series, Ca' Foscari University of Venice, 28/2014.
- CHIATTI C., BARBABELLA F., LAMURA G., GORI C. (2010), *La "Bussola" di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 2° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Rimini, p. 13.
- GORI C. (2012), *Home care in Italy: a system on the move, in the opposite direction to what we expect*, in *Health & social care in the community*, 20(3), pp. 255-264.
- GORI C., PELLICCIA L. (2013), *I territori davanti alla crisi*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Rimini.
- ISTAT (2014), *Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*.
- ISTAT (2015), *Banca dati di indicatori territoriali per le politiche di sviluppo*.
- ISTAT (vari anni), *Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale II. I beneficiari delle prestazioni pensionistiche*, in I.N.d. Statistica (Ed.) Roma.
- MDS (2015), *Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale – Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende ospedaliere – Anno 2012*, Roma, Ministero della salute, Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario.

7. Politiche regionali: tendenze in atto al Centro-nord

Cristiano Gori, Giselda Rusmini ⁽¹⁾

1. Introduzione

Quali similitudini e differenze si possono cogliere nelle politiche realizzate, nell'ultimo decennio, in alcune regioni del Centro-nord? Questo capitolo approfondisce il quadro generale definito nel precedente, focalizzandosi su interventi e servizi rivolti alle persone anziane non autosufficienti dal 2005 ad oggi in cinque regioni comparabili per contesto sociale ed economico, che rientrano nell'area del Paese, il Centro-nord, dove le politiche pubbliche per la non autosufficienza risultano quantitativamente più sviluppate: Liguria, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana.

I temi toccati nei prossimi paragrafi riguardano rispettivamente gli interventi forniti nel territorio, in particolare ADI, assegni di cura e regolazione del *care* privato (parr. 2, 3, 4), i servizi residenziali (par. 5), il finanziamento e la spesa (par. 6) ⁽²⁾. Le fonti utilizzate sono la normativa regionale e i relativi documenti attuativi, dati quantitativi provenienti da fonti istituzionali prevalentemente regionali, altri dati e informazioni contenuti in varie ricerche prodotte in questi anni.

Il lavoro è stato condizionato dalla difficoltà di ottenere dati omogenei, e come tali comparabili, dovuta alla diversa offerta di dati pubblici da parte delle regioni considerate e al differente livello di strutturazione e di orga-

⁽¹⁾ Gli autori ringraziano Rosemarie Tidoli per le osservazioni a precedenti versioni del testo, della cui versione finale sono gli unici responsabili.

⁽²⁾ Il tema della presa in carico e del percorso assistenziale, su cui molte regioni hanno investito, non sarà trattato per motivi di spazio e per la difficoltà di metterne a fuoco l'effettivo stato di attuazione. L'approfondimento proposto di seguito è rivolto agli interventi a titolarità pubblica – cioè che l'ente pubblico finanzia almeno parzialmente e per i quali definisce alcune regole di funzionamento – di titolarità regionale. Ciò spiega perché, ad esempio, non si considera l'assistenza domiciliare sociale di titolarità comunale.

nizzazione dei rispettivi sistemi informativi. La nostra analisi, tuttavia, si è giovata della collaborazione dei referenti regionali che ci hanno permesso di colmare le lacune, rendendo disponibili dati *ad hoc* e fornendo preziosi chiarimenti ⁽³⁾. Ringraziamo vivamente, per il loro contributo: Daniela Mortello e Laura Pozzo del Servizio pianificazione e programmazione delle politiche sociali integrate della Regione Liguria; Micaela Nastasi e Laura Pelliccia dell'Unità Organizzativa Programmazione e governo delle risorse della Direzione Famiglia Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità di Regione Lombardia; Antonio Aggio della Direzione regionale attuazione programmazione sanitaria della Regione Veneto; Raffaele Fabrizio, Mauro Mirri e Simionetta Puglioli del Servizio integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza della Regione Emilia-Romagna; Barbara Trambusti, Sara Magdrigali e Claudia Magherini della Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana.

Questo studio riprende, aggiorna ed amplia un lavoro precedentemente realizzato per l'IRPET nell'ambito del progetto "La sostenibilità di un modello universale di copertura contro il rischio di non autosufficienza" (IRPET, 2014). Senza di esso, la stesura di questo capitolo non sarebbe stata possibile. Rivolgiamo il nostro ringraziamento a Nicola Sciclone, per averci permesso di utilizzarlo, e a Letizia Ravagli per il supporto nella ricerca dei dati. La responsabilità di quanto riportato è esclusivamente nostra.

Ognuno dei prossimi paragrafi si divide in una prima parte descrittiva ("gli interventi"), che delinea lo stato delle cinque regioni rispetto allo specifico tema in oggetto – parte validata dai referenti regionali – e una successiva parte di commento ("principali punti chiave") elaborata dagli scriventi e non sottoposta all'approvazione dei referenti regionali.

⁽³⁾ A differenza dei capitoli 1 e 6, che presentano i dati disponibili sui principali servizi e interventi per anziani non autosufficienti, prevalentemente tratti da fonti istituzionali di carattere nazionale (ISTAT e Ministero della salute) le prossime pagine (ad esclusione del paragrafo sull'ADI) si basano su dati forniti direttamente dalle regioni, in diversi casi riferiti a temi sui quali non esistono fonti di livello nazionale (ad esempio gli assegni di cura regionali e la spesa).

2. L'Assistenza domiciliare integrata (ADI) ⁽⁴⁾

2.1. *Gli interventi*

Le cinque regioni considerate – Liguria, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana – presentano una significativa eterogeneità rispetto al mix tra copertura (misurata come % di persone 65+ che ricevono il servizio) e intensità (il cui unico indicatore disponibile sono le ore di assistenza mediamente erogate a ciascun utente in un anno) dell'ADI. L'analisi che proponiamo – maggiormente sintetica rispetto a quella degli interventi che saranno trattati nei prossimi paragrafi, in quanto l'ADI è già stata affrontata dettagliatamente nel Capitolo 1 (par. 2.1) e nel Capitolo 6 (par. 2.1), a cui rimandiamo – evidenzia un'assistenza più intensa da parte delle regioni che hanno un'utenza contenuta, Toscana e Liguria, e un servizio meno intenso in quelle che raggiungono una quota maggiore di anziani, cioè Lombardia e Veneto; l'Emilia-Romagna, da parte sua, spicca per la quota elevata di beneficiari del servizio. La tabella 7.1 contiene anche un indicatore di sforzo complessivo (frutto della moltiplicazione tra copertura e intensità ⁽⁵⁾) che aiuta a mettere a fuoco l'investimento globale nell'ADI, ripreso successivamente.

⁽⁴⁾ L'analisi 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 presenti questi limiti, nel paragrafo sono utilizzati i dati sull'utenza e sull'intensità del Ministero della salute.

⁽⁵⁾ Dobbiamo questo indicatore ad un'idea di Franco Pesaresi.

Tabella 7.1 - Assistenza domiciliare integrata (ADI): anziani trattati ogni 100 persone di 65 anni e più e ore di servizio per utente anziano in un anno

Regione	2005			2010			2012		
	Utenza	Ore*	Sforzo totale**	Utenza	Ore	Sforzo totale	Utenza	Ore	Sforzo totale
Liguria	3,2	21	67,2	3,5	26	91	3,5	28	98
Lombardia	3,3	16	52,8	4,3	17	73,1	3,9	18	70,2
Veneto	5	9	45	5,6	10	56	5,5	10	55
Emilia-Romagna	5,4	21	113,4	11,7	20	234	11,8	18	212,4
Toscana	2,1	22	46,2	2,3	22	50,6	2	22	44

Fonte: dati ISTAT, Ministero della salute.

* Le ore di servizio per utente anziano sono disponibili solo a partire dal 2007.

**Indicatore dato dalla moltiplicazione della copertura del servizio (utenza) e la sua intensità (numero medio delle ore di servizio per utente).

2.2. Alcuni punti chiave

- *Una crescita guidata dall'ampliamento della copertura.* Nelle cinque regioni analizzate, fra il 2005 e il 2010 la percentuale di anziani fruitori dell'ADI è aumentata sensibilmente. Questo dato riflette l'espansione media del servizio al Centro-nord (dal 3,5 al 4,9%), doppia rispetto a quella del Mezzogiorno (dall'1,6 al 2,3%) (ISTAT). Fra il 2007 e il 2010 ha avuto luogo un aumento dell'intensità dell'assistenza in 3 regioni sulle 5 analizzate (Liguria, Lombardia, Veneto). Non si tratta, tuttavia, di una tendenza rappresentativa di ciò che è accaduto al Centro-nord, dove 8 regioni su 12 registrano una diminuzione di ore per utente anziano. Complessivamente, nelle regioni esaminate così come in tutto il Centro-nord, l'intensità media degli interventi risulta, quasi ovunque, piuttosto contenuta. Infatti, nella gran parte del Centro-nord, a guidare l'espansione dell'ADI è stata, innanzitutto, la spinta a raggiungere un maggior numero di anziani, alla quale è stata assegnata priorità rispetto all'intensità degli interventi. Un fenomeno simile viene rilevato, a partire dall'inizio del secolo, nella maggior parte dei Paesi OCSE (Gori *et al.*, 2015).

- *Il recente stop.* Per cogliere l'arresto nello sviluppo quantitativo dell'ADI, avvenuto nell'ultima fase, l'indicatore più immediato è quello di sforzo complessivo. Seppure all'interno di percorsi regionali differenti, infatti, la direzione seguita dalle regioni è omogenea: in ognuna l'indicatore è cresciuto nel periodo 2005-2010 e in tutte – tranne la Liguria – si è ridotto nel successivo 2010-2012. Sebbene si tratti di una diminuzione contenuta, che non mette sostanzialmente in discussione quanto ottenuto nella seconda parte del precedente decennio, rappresenta un segno preciso del mutamento di scenario.

Venendo al profilo del recente stop nelle regioni considerate, la tendenza all'aumento dell'utenza si è arrestata, coerentemente a quanto avvenuto nel complessivo Centro-nord, dove è calata dal 4,9 al 4,7% degli anziani (cfr. Cap. 6). Nelle regioni analizzate si registra un andamento variabile delle ore di servizio per anziano, che aumentano in Liguria e in Lombardia, rimangono stabili in Veneto e in Toscana, e diminuiscono solo in Emilia-Romagna, che presenta la copertura del servizio più elevata fra le regioni italiane e molto ha puntato sull'allargamento dell'utenza (cfr. capitolo 1 e capitolo 6).

- *Modelli differenziati.* Esiste un ampio dibattito riguardante il più appropriato mix tra copertura e intensità, riassumibile nel noto quesito "è meglio dare + interventi a – utenti o – interventi a + utenti?" (Da Roit e Pasquini, 2004; Guaita e Casanova, 2010). All'interno della comune tendenze evidenziata, cioè la priorità assegnata tendenzialmente alla copertura, le regioni hanno modelli diversi. Liguria e Toscana mostrano un comportamento simile, caratterizzato da una bassa utenza e da un alto numero di ore per anziano. Il Veneto si caratterizza per una copertura elevata e per l'intensità del servizio più contenuta fra i cinque casi considerati. Emilia-Romagna e Lombardia presentano livelli molto differenti di anziani presi in carico ma la medesima intensità. In ogni modo, l'arresto dell'investimento complessivo nell'ADI, sopra segnalato, indica la presenza di vincoli di spesa sempre stringenti in tutte le realtà. L'intreccio tra questi vincoli e la costante crescita della popolazione anziana renderà il dilemma tra assegnare priorità alla copertura o all'intensità di crescente complessità.

3. Gli assegni di cura

Forme di sostegno economico agli anziani non autosufficienti assistiti a domicilio sono presenti da svariati anni in tutte le regioni analizzate. All'interno di questa categoria rientrano l'assegno di cura "classico", inteso come erogazione monetaria liberamente spendibile dall'assistito e dalla sua famiglia, l'assegno "badanti", finalizzato a sostenere coloro che hanno regolarmente assunto un'assistente familiare, e altre erogazioni condizionate all'acquisto di servizi di cura. L'analisi che proponiamo per ciascuna regione si riferisce alla totalità degli anziani beneficiari e della spesa, per qualsiasi tipologia di contributo economico regionale rivolto agli anziani non autosufficienti seguiti a domicilio (cfr. paragrafo successivo per i dati riferiti al solo "assegno badanti").

3.1. Gli interventi

Liguria

In Liguria tra gli interventi sociali di sostegno al mantenimento delle persone non autosufficienti al proprio domicilio è previsto il Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA), istituito nel 2006, in cui confluiscono le risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze destinate alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone con disabilità media e grave⁽⁶⁾. Sono messe a disposizione risorse per il supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia, eventualmente con trasferimenti monetari condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato, sulla base del piano personalizzato⁽⁷⁾. I dati disponibili⁽⁸⁾ mostrano un sensibile calo di beneficiari dei trasferimenti economici nel corso degli anni, dal 2,7% degli ultrasessantacinquenni nel 2007 (anno di avvio) al 2,2% del 2010, per arrivare allo 0,7% del 2014 (Tab. 7.2). La spesa annua per questo tipo di misura, fra il 2007 e il 2014, si è più che dimezzata passando da oltre 17,6 milioni di euro a circa 8,2. Negli scorsi anni la misura ha risentito della riduzione del Fondo nazionale per le non autosuf-

⁽⁶⁾ Art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

⁽⁷⁾ Art. 2 del decreto ministeriale del 7 maggio 2014.

⁽⁸⁾ Da questo punto in avanti, i dati sull'utenza dei servizi/interventi vengono calcolati sulla popolazione anziana dai 75 anni in su.

ficienze, essendo da questo finanziata per il 50%, tanto da aver reso necessaria una rimodulazione in senso restrittivo dei criteri di accesso ⁽⁹⁾.

Lombardia

In Lombardia non è individuabile un assegno di cura monetario specifico per gli anziani non autosufficienti di diretta responsabilità regionale, anche se nel corso del tempo la regione, nella programmazione degli interventi sociali del proprio territorio, ha introdotto strumenti riconducibili a quest'area. Nel 2001 è stato introdotto il Buono sociale e dal 2006 ha fatto la sua comparsa anche il cosiddetto "Buono badanti". I dati disponibili mostrano che nel 2006 beneficiava del Buono sociale l'1,2% degli anziani ultrasessantacinquenni, mentre nel 2009 ne beneficiava l'1,6% (Tab. 7.2) ⁽¹⁰⁾. Nel 2013, in occasione del riparto del Fondo nazionale non autosufficienze, è stata data agli Ambiti la possibilità di utilizzare una parte delle risorse di tale fonte per erogare buoni sociali mensili alle persone non autosufficienti (disabili adulti e anche anziani), la cosiddetta "misura B2" ⁽¹¹⁾. Si tratta di misure governate a livello di Ambito distrettuale, che come altri interventi si avvalgono delle risorse per le politiche sociali (fondi regionali e nazionali) trasferite dalla regione.

Recentemente con l'istituzione del Fondo Famiglia (d.G.r. n. 116/2013, d.G.r. n. 856/2013 e d.G.r. n. 2942/2014) la regione ha introdotto in forma sperimentale una misura di sostegno alla domiciliarità, denominata RSA-RSD aperta, che prevede l'erogazione di un voucher differenziato per tre livelli di bisogno, spendibile per l'acquisto di prestazioni ad integrazione/sostituzione del lavoro del caregiver e per il suo addestramento, per l'adattamento degli ambienti, per la stimolazione cognitiva, il counseling e la terapia occupazionale.

⁽⁹⁾ La delibera istitutiva della misura economica per la non autosufficienza (d.G.r. n. 1106/2006) aveva fissato il tetto massimo ISEE di accesso alla misura in 40.000 mila euro, prevedendo scaglioni ISEE e relativi abbattimenti del contributo (350 euro mensili). La successiva d.G.r. n. 219/2008 ha previsto la priorità d'accesso per le persone con valore ISEE fino a 20.000 euro, secondo la condizione di gravità maggiore, compatibilmente con le risorse disponibili. Con la d.G.r. n. 166/2011 il limite di reddito è stato ulteriormente abbassato a 10.000 euro, e solo nel 2014 è stato alzato a 12.000 (d.G.r. n. 941/2014).

⁽¹⁰⁾ Il calcolo, effettuato sulla base di dati contenuti nel Bilancio sociale 2009 della Regione Lombardia, include nel 2009 anche gli anziani beneficiari dei Buoni sociali finanziati con il Fondo per le non autosufficienze (FNA) e il Fondo intese famiglia, disponibili in quell'anno.

⁽¹¹⁾ Buono sociale mensile, anche di diversa intensità, fino ad un importo massimo di 800 euro, finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare (autosoddisfamento) e/o le prestazioni di assistente personale impiegato con regolare contratto (d.G.r. n. 740/2013).

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 rivolto alle persone affette da disturbi del comportamento (contributo Alzheimer) e 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 (Aggio, 2013). Nel complesso, gli anziani ultrasettantacinquenni che hanno beneficiato dell'assegno di cura sono cresciuti in maniera significativa fra il 2005 e il 2010, passando dal 3,6 al 4,9%. Successivamente, l'andamento della copertura e della spesa per utente appare piuttosto stabile (tabella 7.2). La scelta attuata dalla regione Veneto, quindi, è stata quella di ampliare l'utenza e poi mantenerla, puntando alla stabilità della spesa media per utente. Ciò ha comportato un incremento delle risorse complessivamente dedicate dai 45,8 milioni di euro del 2010 ai 52 milioni del 2014.

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 anche di un supplemento "badanti" (che può essere richiesto solo da chi è già beneficiario della prima misura). L'utenza anziana dal 2005 al 2010 è cresciuta dal 3,8 al 4,2%, ma successivamente ha fatto registrare un calo fino al 2,5% del 2013 (Tab. 7.2). Se dal 2005 al 2010 la spesa annua ⁽¹²⁾ per utente è sensibilmente cresciuta, fra il 2010 e il 2013 si è mantenuta stabile, mentre è significativamente calata la spesa complessiva (dai 53,3 milioni di euro del 2010 ai 34,6 del 2013). La diminuzione di utenza e spesa degli ultimi 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 sua costituzione nel 2004, strettamente legata alla drastica riduzione del Fondo nazionale per le non autosufficienze (cfr. capitolo 5). 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, dal 2010 la linea seguita è stata quella di mantenere stabile il livello di spesa per utente, riducendo la platea dei beneficiari.

⁽¹²⁾ Il riferimento è alla spesa totale, comprensiva dell'assegno di cura e del supplemento "badanti".

Toscana

In Toscana, fra le prestazioni previste dal Piano di assistenza personalizzato finanziate attraverso il Fondo regionale per la non autosufficienza, ci sono interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali ⁽¹³⁾. Gli interventi previsti per l'area della domiciliarità sono tra gli altri: 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; titoli per l'acquisto di servizi spendibili presso strutture accreditate ⁽¹⁴⁾; il sostegno alla persona e alla famiglia e la qualificazione del lavoro dell'assistente familiare. L'Assistenza domiciliare indiretta riguarda oggi lo 0,6% degli anziani ultrasettantacinquenni toscani. Rispetto al 2005 si evidenzia una sostanziale "tenuta" dell'utenza, mentre la spesa per utente ha fatto registrare fino al 2010 (ultimo dato disponibile) un aumento di oltre 1.000 euro (Tab. 7.2).

Tabella 7.2 - Gli assegni di cura per anziani non autosufficienti: utenti anziani ogni 100 persone di 75 anni e più ⁽¹⁵⁾ e spesa annua per utente ⁽¹⁶⁾ (in euro)

Regione	2005		2010		2014	
	Utenti	Spesa	Utenti	Spesa	Utenti	Spesa
Liguria	2,7	2.939	2,2	1.924	0,7	5.272
Lombardia	1,2	n.d.	1,6	n.d.	n.d.	n.d.
Veneto	3,6	1.917	4,9	1.955	4,8	2.045
Emilia-Romagna	3,8	1.739	4,2	2.488	2,5	2.581
Toscana	0,7	1.295	0,5	2.381	0,6	n.d.

Fonte: elaborazioni su dati regionali e ISTAT, popolazione residente.

Nota: per la Liguria il primo anno di riferimento è il 2007, per Lombardia i dati si riferiscono al 2006 e al 2009; per l'Emilia-Romagna il dato più recente è il 2013.

⁽¹³⁾ La l.r. n. 66/2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza" e la d.G.r. n. 370/2010 "Approvazione del Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente".

⁽¹⁴⁾ 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 accreditate, ai sensi dell'articolo 12, quarto comma, della l.r. n. 82/2009 sull'accreditamento.

⁽¹⁵⁾ A differenza del paragrafo precedente e degli altri capitoli, dove il tasso di anziani utenti dei servizi è calcolato sulla popolazione dai 65 anni in su, qui e nei prossimi paragrafi si utilizza come riferimento la popolazione di 75 anni e oltre.

⁽¹⁶⁾ Si intende la spesa complessiva, divisa per il numero di utenti.

3.2 *Alcuni punti chiave*

- *La misura più rapida sia da introdurre sia da tagliare.* Durante lo scorso decennio si è verificato, nel Centro-nord del Paese, un notevole investimento nei contributi economici per le persone non autosufficienti assistite a domicilio (Gori *et al.*, 2010). Con l'insorgere della crisi, su questa misura – prima che su altre – si è riversata la riduzione dei finanziamenti disponibili, in particolare di quelli derivanti dai fondi nazionali, anche a causa del suo specifico profilo. L'assegno, infatti, 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. Ciò comporta non solo che si possa introdurre facilmente e in tempi relativamente brevi ma anche che questa sia sovente la prima misura ad essere tagliata, a causa delle minori limitazioni rispetto ai servizi (che presentano, appunto, rigidità quali appalti già assegnati e personale con contratti continuativi).
- *Percorsi differenziati.* Nell'ambito di queste comuni tendenze generali, le traiettorie delle singole regioni risultano sempre più differenziate. Mentre nello scorso decennio fu possibile individuare una tendenza comune a molte regioni, legata all'incremento dell'utenza accompagnato dalla progressiva diminuzione dell'importo medio mensile, cioè l'intensità (Gori e Pasquinelli, 2008), ora non è più così. Davanti alla crisi, infatti, nell'ambito di una diffusa tendenza all'indebolimento dello strumento, le risposte sono risultate variabili e in particolare la Liguria ha ridotto sostanzialmente l'utenza accrescendo notevolmente l'intensità, il Veneto l'ha mantenuta come un caposaldo del proprio sistema mentre l'Emilia-Romagna a parità di intensità ha ridotto notevolmente l'utenza ⁽¹⁷⁾.

4. La regolazione del care privato a pagamento

Le politiche regionali per la non autosufficienza dell'ultimo decennio sono state contrassegnate anche dal crescente interesse verso la regolazione del mercato privato della cura. Famiglie e assistenti familiari ("badanti"), in-

⁽¹⁷⁾ In Lombardia, nonostante l'assenza di dati successivi al 2009 validati dalla regione, è stata rilevata in alcuni ambiti territoriali la riduzione progressiva della presenza di questa misura (Ghetti, 2014a).

fatti, sono state oggetto di interventi volti a favorire l'emersione del lavoro sommerso, la qualificazione del lavoro di cura e più in generale un "avvicinamento" al mondo dei servizi.

4.1. *Gli interventi*

Liguria

Tra gli interventi a valere sul Fondo regionale per la non autosufficienza della Liguria c'è il supporto attraverso trasferimenti monetari condizionati all'acquisto di servizi di assistenza e cura domiciliare, resi anche da personale privato regolarmente assunto, sulla base del piano personalizzato (cfr. par. 3.1). A breve la regione provvederà ad istituire il Registro pubblico delle assistenti familiari, definire la sua gestione e rivedere il percorso formativo di 200 ore già regolato nel 2006.

È stato inoltre sviluppato su tutto il territorio regionale un progetto di "Dimissioni protette" dall'ospedale al domicilio, con l'obiettivo di ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e garantire agli anziani una presa in carico sociosanitaria con un percorso di continuità assistenziale⁽¹⁸⁾. Al paziente in dimissione protetta viene assicurata assistenza tutelare a domicilio per la durata di un mese, con assistenti familiari regolarmente assunte dagli utenti ma con oneri a carico regionale; al termine di questo periodo, i pazienti possono decidere se mantenere l'assistenza a loro spese o interromperla⁽¹⁹⁾. Nell'ambito di tale progetto, l'incrocio tra domanda e offerta viene svolto da un soggetto imprenditoriale appositamente incaricato, che esercita un ruolo di supporto alla famiglia e ai lavoratori.

Lombardia

Nel 2007 è stata introdotta per gli Ambiti distrettuali lombardi la possibilità di erogare un Buono sociale mirato ("assegno badanti"), con criteri d'accesso ed entità definiti localmente⁽²⁰⁾. Ampia libertà è stata lasciata anche

⁽¹⁸⁾ D.G.r. n. 1381/2010, "Approvazione del progetto – Approccio sociale per le persone fragili in condizioni di criticità – decreto interministeriale 4 ottobre 2010, articolo 3, comma 1".

⁽¹⁹⁾ Oltre il 30%, con punte del 50% in alcuni territori, hanno scelto di proseguire.

⁽²⁰⁾ Circolare n. 41/2007, "Prime indicazioni per l'attuazione di interventi mirati al sostegno del lavoro di cura prestato da assistenti familiari".

nelle altre aree di intervento individuate dalla regione, quali azioni di “tutoring domiciliare” tramite gli operatori del Servizio di assistenza domiciliare comunale (SAD), compiti di informazione rivolti a famiglie ed assistenti in sinergia con gli sportelli pubblici o privati già presenti sul territorio e interventi di sostegno alla formazione delle lavoratrici. Queste attività di regolazione del *care* privato hanno subito negli anni recenti un rallentamento legato alla contrazione dei Fondi trasferiti dallo Stato, che in alcuni territori ha portato alla sospensione del contributo alle famiglie e all’interruzione delle attività di sportello (Ghetti, 2014a). 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 uno di secondo livello della durata di 100 ore per l’assistenza a domicilio di persone affette da malattie neurologiche avanzate inguaribili ⁽²¹⁾ – ed ha sostenuto la partecipazione ai corsi attraverso alcuni bandi per “doti” da spendere nei corsi di formazione per assistenti familiari. Con la l.r. n. 15/2015 “Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari” la regione ha dato avvio alla definizione di una cornice maggiormente unitaria per il sostegno economico alle famiglie, le attività di sportello, la tenuta dei registri territoriali e la promozione delle attività formative.

Veneto

Il Veneto è una delle prime regioni ad aver introdotto l’assegno di cura “badanti”. Lo strumento, che ha fatto la sua comparsa nel 2002 ⁽²²⁾, ha trovato nel 2007 una riformulazione nell’assegno di cura, che ha accorpato le diverse tipologie di contributi economici allora presenti ⁽²³⁾. Dal 2013, con il nuovo sistema dell’impegnativa di cura domiciliare, l’entità del contributo viene determinata in funzione del bisogno assistenziale (basso, medio o alto) e il ricorso ad una badante regolarmente assunta non è più un requisito di accesso. Le persone non autosufficienti che hanno beneficiato dell’assegno “badanti” sono più che raddoppiate fra 2006 e 2010, arrivando a coprire l’1,3% degli ultrasettantacinquenni, ma l’anno successivo (ultimo dato disponibile) si è

⁽²¹⁾ D.d.U.o. n. 15243 del 17 dicembre 2008 “Indicazioni regionali per i percorsi formativi di assistente familiare”.

⁽²²⁾ D.G.r. n. 2907/2002, “Contributi alle famiglie che assistono congiunti non autosufficienti con l’aiuto di assistenti familiari”.

⁽²³⁾ D.G.r. n. 4135/2006, “Assegno di cura per persone non autosufficienti. Procedure per l’anno 2007”.

avvertito un calo e la copertura è scesa allo 0,9%. 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 più di 5.000 persone. La Regione Veneto, inoltre, ha dato indicazioni per l'istituzione del Registro pubblico regionale degli assistenti familiari e della Rete degli sportelli di assistenza familiare, che vede coinvolti soggetti pubblici e privati ⁽²⁴⁾.

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" di 160 euro mensili, rivolto agli anziani già beneficiari dell'assegno di cura con un reddito fino a 15mila euro ⁽²⁵⁾. Fino al 2011 l'utenza è cresciuta, arrivando all'1,3% degli ultrasettantacinquenni, ma successivamente è calata allo 0,8% nel 2012 a causa della riduzione di risorse disponibili (cfr. par. 3). Il 2013 (ultimo dato disponibile) ha fatto segnare un nuovo aumento con l'1,1% di over 75 beneficiari. 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 familiari", con funzioni di ascolto e sostegno, informazione e consulenza, formazione, aggiornamento e *tutoring* delle lavoratrici ⁽²⁶⁾. Sono quindi in corso attività di questo tipo, definite a livello distrettuale. Per quanto riguarda l'informazione e la consulenza a famiglie e assistenti, la regione ha suggerito ai distretti la definizione di percorsi da realizzarsi in collaborazione con i Centri per l'impiego e con altri attori operanti sui territori, mentre per la qualificazione del lavoro di cura – regolata nel 2003 attraverso la definizione di un percorso formativo standard di

⁽²⁴⁾ D.G.r. n. 3905/2009, "Linee di indirizzo per l'istituzione del Registro pubblico regionale degli assistenti familiari e della Rete degli sportelli di assistenza familiare".

⁽²⁵⁾ Inizialmente il limite era di 10 mila euro.

⁽²⁶⁾ D.G.r. n. 509/2007, "Fondo regionale per la non autosufficienza – Programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009"; d.G.r. n. 1206/2007 "Fondo regionale non autosufficienza. Indirizzi attuativi della d.G.r. n. 509/2007" (all. 3); d.G.r. n. 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).

120 ore – la scelta della regione negli ultimi anni è stata quella di promuovere attività modulari e maggiormente centrate sui singoli casi ⁽²⁷⁾.

Toscana

In Toscana è presente un sostegno economico per le famiglie con anziani non autosufficienti seguiti con l'aiuto di assistenti familiari, di importo variabile in base alla gravità e alla condizione economica dell'anziano ⁽²⁸⁾. Nel 2010 la regione ha delineato un sistema organico di interventi per l'emersione dal lavoro irregolare e la qualificazione dell'assistenza, che prevede lo sviluppo di una rete di raccordo pubblico-privato 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 per le lavoratrici ⁽²⁹⁾. Il programma include una ricognizione sui registri di assistenti attuati a livello provinciale, per poi offrire assistenza alla loro istituzione, ove ancora assenti. La Regione Toscana è stata una delle prime a definire il profilo formativo dell'assistente familiare (nel 2002), poi riformulato nel 2006 ⁽³⁰⁾; recentemente ha finanziato la realizzazione di corsi di 220 ore su tutto il territorio regionale. Dal 2015, con il progetto sperimentale "Pronto badante", la Toscana offre un sostegno gratuito e temporaneo alla famiglia e all'anziano che si trova per la prima volta in condizione di fragilità ⁽³¹⁾: dopo la segnalazione ad un apposito Numero Verde, è prevista la presa in carico e un accesso domiciliare (entro 48 ore) per orientare la famiglia rispetto ai servizi disponibili, inclusa la ricerca di un assistente familiare. Al ricorrere delle condizioni, la famiglia può beneficiare di 300 euro in buoni lavoro, pari a 30 ore di lavoro di un assistente familiare.

⁽²⁷⁾ D.G.r. n. 2375 del 28 dicembre 2009, "Linee guida per l'innovazione e lo sviluppo di attività di contatto ed aggiornamento per le assistenti familiari".

⁽²⁸⁾ D.G.r. n. 370/2010, "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente".

⁽²⁹⁾ D.G.r. n. 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'".

⁽³⁰⁾ Decreto n. 6219/2006, "Formazione obbligatoria per operare nell'ambito dell'assistenza familiare".

⁽³¹⁾ D.G.r. n. 890/2014, "Progetto regionale 'Pronto badante'. Interventi sperimentali di sostegno e integrazione nell'area dell'assistenza familiare.

4.2. Alcuni punti chiave

- *Un'area di lavoro condivisa.* Tutte le regioni analizzate si sono attivate, con tempistiche e modalità differenti, nella direzione di regolare il mercato privato della cura. Dal 2005 ad oggi, dunque, il tema è stato oggetto di una certa attenzione da parte dei decisori regionali (Tab. 7.3).
- *Prevale il modello del sistema integrato.* Nel complesso emerge la preferenza per uno stesso modello d'intervento, che vede la regione promuovere un sistema integrato di risposte. Si prevede un'azione a diversi livelli: la definizione di uno standard formativo per le assistenti familiari e di criteri per l'iscrizione delle lavoratrici ad appositi registri; il sostegno alla diffusione di sportelli per l'incontro domanda-offerta di lavoro di cura e per la gestione del rapporto di lavoro, nell'ambito della collaborazione tra attori pubblici e privati operanti sul territorio; interventi di sostegno economico alle famiglie.
- *Una scarsa diffusione.* Nell'insieme, gli interventi di regolazione del *care* privato hanno raggiunto un livello di espansione contenuto. Gli sportelli – servizi cruciali, attraverso i quali le famiglie possono accedere a vari strumenti a sostegno del *care* privato messi in campo – mostrano spesso buoni riscontri per quanto riguarda i primi contatti, tra chi domanda lavoro (le famiglie) e soprattutto chi lo offre (assistenti familiari), ma i numeri diminuiscono notevolmente quando si passa agli abbinamenti realizzati, nonché ai contratti regolarmente stipulati (Pasquinelli, a cura di, 2015; Torrioni, a cura di, 2015). Molti progetti all'interno dei quali vengono sviluppati gli sportelli, inoltre, sono legati a linee di finanziamento non stabili e risultano quindi contrassegnati da precarietà. Gli assegni di cura vincolati, che sovente presentano limiti di reddito estremamente bassi per accedervi e/o importi molto contenuti (Rusmini, 2013), mostrano una spesa decisamente più limitata rispetto a quella per i contributi utilizzabili senza restrizioni. Ad esempio, in Emilia-Romagna – regione che ha fortemente investito sugli interventi a sostegno della domiciliarità, incluso l'assegno di cura – la spesa per il supplemento "badanti" nel 2013 si attestava a circa il 17% di quella per l'assegno non vincolato ⁽³²⁾.

⁽³²⁾ Elaborazione su dati contenuti nella Relazione "L'assegno di cura – Anno 2013", della Regione Emilia-Romagna.

- *Fenomeni di arretramento.* Gli interventi regionali di regolazione del *care* privato mostrano già da tempo difficoltà ad affermarsi. All'interno di questa più ampia tendenza, poi, la riduzione delle risorse trasferite dallo Stato, in particolare il Fondo per le non autosufficienze, ha peggiorato ulteriormente la situazione. Si sono registrati, infatti, diversi fenomeni "regressivi" ad essa legati, come la restrizione dei criteri di accesso agli assegni dedicati in Liguria (cfr. par. 3.1), la diminuzione del numero di beneficiari in Emilia-Romagna (cfr. par. 4.1), la sospensione – in alcuni casi – dei contributi erogati dagli ambiti e delle attività di sportello in Lombardia (cfr. par. 4.1). D'altra parte, se il taglio dei fondi nazionali ha potuto esercitare tale impatto su queste misure è perché le regioni le hanno tutelate meno di altre, evidentemente non considerandole prioritarie. Bisogna, inoltre, considerare la maggior vulnerabilità dei contributi economici rispetto ai servizi nei confronti delle minori disponibilità di budget (cfr. par 3.2) e che abitualmente gli interventi ad essere tagliati per primi sono quelli meno consolidati, cioè quelli a maggior carattere innovativo/sperimentale, come è sovente il caso di quelli per la regolazione del *care* privato. Peraltro, il fatto che, dopo un numero significativo di anni nei quali se ne discute e si è iniziato ad attivarli in alcune realtà, questi interventi abbiano ancora, spesso, una natura innovativa/sperimentale è un segno della loro debolezza.
- *La leva statale mancante.* Esiste un ampio dibattito circa le possibili strade da intraprendere per tentare di superare la ridotta diffusione di questi interventi. Mentre sulle possibili innovazioni alle modalità di intervento esistono posizioni differenti, si registra concordanza circa la necessità di un maggiore ruolo dello Stato nel sostegno economico alle famiglie coinvolte, così da meglio incentivarle a forme di *care* privato regolare. Infatti, gli "assegni regionali badanti" – tendenti perlopiù a coprire il costo dei contributi previdenziali legati all'assunzione regolare delle assistenti familiari – hanno ricevuto un riscontro "tiepido" da parte delle famiglie, le quali tendono a preferire i vantaggi di un rapporto di impiego deregolato. In assenza di robusti interventi statali, come un consistente aumento delle detrazioni fiscali rivolte a chi assume assistenti familiari in modo regolare o una riforma dell'indennità di accompagnamento nella medesima direzione, le misure regionali paiono destinate a rimanere di importi troppo limitati per promuovere con successo il *care* regolare, oltre a riguardare numeri troppo esigui di utenti (Pasquinelli e Rusmini, a cura di, 2013).

Tabella 7.3 - Interventi regionali di regolazione del care privato

Regione	Sostegno economico alle famiglie	Profilo formativo per le a.f.	Registri delle a.f.	Sistema di sportelli dedicati
Liguria	•	•	•	•
Lombardia	•	•	•	•
Veneto			•	•
Emilia-Romagna	•	•		•
Toscana	•	•	•	•

5. I servizi residenziali ⁽³³⁾

5.1. *Gli interventi*

Liguria

Gli anziani non autosufficienti residenti in Liguria, con disabilità gravi che impediscono le cure al domicilio, possono trovare accoglienza nelle *Residenze sanitarie assistenziali (RSA)*, dove sono assicurate prestazioni sanitarie e di recupero, tutela e trattamenti riabilitativi. La valenza assistenziale ed il modello organizzativo variano a seconda che si tratti di una RSA di base (o mantenimento) o di una RSA di cura e recupero (post-acuzie). Accanto a questa tipologia vi sono le Residenze protette, che offrono assistenza ad anziani portatori di livelli medio-lievi di disabilità. Nel 2010 i posti letto disponibili nelle RSA e nelle Residenze protette, a titolarità pubblica o privata ⁽³⁴⁾, erano

⁽³³⁾ L'analisi che proponiamo considera lo scenario complessivo dell'offerta residenziale delle regioni osservate, riferito alle unità a regime. Si escludono pertanto i servizi di tipo sperimentale e non sono scorporati i dati sui nuclei eventualmente presenti all'interno delle unità stesse (es. Alzheimer, stati vegetativi o di altro tipo). A differenza dei dati utilizzati nei capitoli 1 e 6 – riferiti ai posti letto per anziani in qualsiasi tipologia di struttura (pubblica o privata che eroga servizi residenziali di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario) e pesati sulla popolazione di 65 anni e più – qui i dati sono relativi al servizio più significativo di accoglienza residenziale per anziani, identificato da ciascuna delle cinque regioni analizzate, e la percentuale è calcolata sugli anziani di 75 anni e più.

⁽³⁴⁾ I posti letto a titolarità pubblica sono quelli 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.

11.184 (4,9 ogni 100 anziani di 75 anni e più), mentre nel 2014 se ne contavano 10.980 (4,6 ogni 100 over 75), di cui poco più della metà è rappresentato da posti pubblici (6.380 p.l., ossia il 58% del totale). In Liguria è attualmente in atto un percorso di innovazione della filiera dei servizi sociosanitari per le persone anziane che ha fra i suoi obiettivi l'ampliamento dell'offerta. È prevista la sperimentazione di modalità di accoglienza volte a favorire una maggiore qualità di vita degli ospiti all'interno di piccoli nuclei in civili abitazioni; la possibilità per Residenze protette e RSA, soprattutto nelle zone collinari, di svolgere funzioni di "centro servizi" con l'erogazione anche di prestazioni di assistenza domiciliare, la conversione di una parte della spesa socio-sanitaria attualmente destinata ai tradizionali ricoveri in residenze extraospedaliere per garantire una maggiore pluralità e adeguatezza dell'offerta ⁽³⁵⁾.

Lombardia

In Lombardia l'accoglienza residenziale di persone anziane non autosufficienti con elevate esigenze di cura, che non presentano patologie acute o necessità riabilitative tali da richiedere il ricovero in ospedale, avviene nell'ambito delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA) ⁽³⁶⁾. Una parte dei posti letto, in queste strutture, è riservata alle persone affette dal morbo di Alzheimer ⁽³⁷⁾. L'offerta di posti letto nelle RSA lombarde pubbliche e private accreditate è consistente: nel 2014 erano quasi 60mila, ossia 5,5 ogni 100 anziani ultra settantacinquenni residenti. Dal 2005 ad oggi, sebbene complessivamente cresciuta in valore assoluto (+7.239 p.l.), la disponibilità di posti letto è diminuita in rapporto agli anziani residenti (-1 punto percentuale) (Tab. 7.4). La dotazione di posti letto nelle RSA lombarde non ha tenuto perfettamente il passo con l'aumento degli anziani, ma si è mantenuta ad un livello nettamente superiore a quello medio nazionale. L'espansione

⁽³⁵⁾ D.G.r. n. 514/2015, "Approvazione di indirizzi vincolati in materia di politiche per le persone anziane, contrasto alla violenza e contrasto al disagio e grave emarginazione".

⁽³⁶⁾ Tra l'ospedale e le RSA si sviluppa un'ulteriore rete di assistenza fatta di sub-acuzie e cure intermedie, oggetto di una recente riorganizzazione (d.G.r. n. 3383/2015, "Attuazione delle dd.G.r. n. 1185/2013 e n. 2989/2014: prima applicazione di profili e requisiti sperimentali della unità d'offerta socio-sanitaria cure intermedie"). Per approfondimenti si rimanda a Tidoli, 2015.

⁽³⁷⁾ Oltre alle RSA, esistono altre unità d'offerta residenziali per gli anziani di carattere sociale (alloggi protetti): nel 2014 si contavano 1.048 posti, ma non ci sono dati comparabili con il passato.

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 – favorita dalla separazione tra autorizzazione al funzionamento e accreditamento, che ha permesso lo sviluppo di un’offerta autorizzata in misura superiore al fabbisogno stimato. Tale dinamica dal 2011 è stata ulteriormente rafforzata dall’introduzione della separazione tra accreditamento e contratto ⁽³⁸⁾. In ogni caso la maggior parte dell’aumento degli accreditamenti si è concentrato nel periodo 2005-2010, mentre l’incremento dei posti negli anni successivi è proseguito ad un ritmo più lento. Se fino alla fine dello scorso decennio gli sforzi di potenziamento delle risposte per la non autosufficienza si erano concentrati sullo sviluppo delle RSA, dal 2011-2012 è partito un processo di diversificazione dell’offerta maggiormente orientato al sostegno della domiciliarità ⁽³⁹⁾. Da segnalare il percorso avviato dalla regione verso la flessibilizzazione delle RSA, chiamate ad assumere la funzione di centri multiservizi sul territorio (la cosiddetta “RSA aperta”), e verso un potenziamento di forme diverse di assistenza residenziale, più “leggere”⁽⁴⁰⁾.

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 I livello accolgono persone anziane non autosufficienti con ridotto-minimo bisogno assistenziale, mentre quelli di II livello sono dedicati a chi necessita di una media 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 2014 i posti letto autorizzati nei Centri di servizio sono

⁽³⁸⁾ Con la d.G.r. n. IX-937/2010, “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l’esercizio 2011” viene superata la sostanziale equivalenza tra posti accreditati e posti a contratto nelle RSA. Nelle intenzioni del legislatore regionale, la presenza di posti letto accreditati in misura superiore a quelli contrattualizzati dovrebbe favorire la concorrenza fra gli erogatori e la libera scelta degli utenti (per approfondimenti si vedano Marotta, 2011 e Ghetti, 2012).

⁽³⁹⁾ D.G.r. n. 1746/2011 che ha dato avvio alla riforma dell’ADI.

⁽⁴⁰⁾ D.G.r. n. 856/2013, Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della d.G.r. n. 116/2013, primo provvedimento.

circa 31mila, 5,8 ogni 100 ultra-settantacinquenni. Fra il 2005 e il 2014 i posti letto sono aumentati di 4.659 unità, con un leggero calo rispetto alla popolazione ultrasettantacinquenne residente (-0,4 punti percentuali) (Tab. 7.4). Si tratta di un livello di copertura fra i più elevati d'Italia. L'offerta a titolarità pubblica copre ampiamente la disponibilità complessiva di posti, ma non la esaurisce: per garantire la libera scelta da parte dell'utente e della sua famiglia, la regione nel 2006 ha deciso che il numero dei posti letto autorizzati dovesse essere superiore al numero delle impegnative emesse ⁽⁴¹⁾.

Tabella 7.4 - Posti letto nelle strutture residenziali per anziani ⁽⁴²⁾
(valore assoluto e % sulla popolazione di 75 anni e più)

Regione	2005		2010		2014	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Liguria	n.d.	n.d.	11.184	4,9	10.980	4,6
Lombardia	52.446	6,5	57.501	6,1	59.685	5,5
Veneto	26.389	6,2	27.209	5,7	31.048	5,8
Emilia-Romagna	19.414	4,1	20.746	4,0	21.004	3,9
Toscana	9.946	2,5	12.171	2,7	12.647	2,6

Fonte: elaborazioni su dati regionali e ISTAT, popolazione residente.

Emilia-Romagna

In Emilia-Romagna le strutture deputate all'assistenza residenziale, temporanea o permanente, degli anziani non autosufficienti di grado medio

⁽⁴¹⁾ 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). D.G.r. n. 84/2007 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali" e d.G.r. n. 464/2006 "L'assistenza alle persone non autosufficienti. Art. 34, comma 1, l.r. n. 1 del 30 gennaio 2004".

⁽⁴²⁾ I dati fanno riferimento a:

- Liguria: totale dei posti letto autorizzati nelle RSA di 1^a fascia, RSA di mantenimento e Residenze protette.
- Lombardia: totale dei p.l. accreditati nelle RSA.
- Veneto: totale dei p.l. autorizzati nei Centri di servizio.
- Emilia-Romagna: totale dei p.l. autorizzati nelle Case residenza per anziani non autosufficienti; ultimo dato 2013.
- Toscana: totale dei p.l. autorizzati nelle Residenze sociali assistite, Residenze sanitarie assistenziali, Comunità alloggio protette, Centri residenziali; primo dato 2004.

o elevato sono le Case residenza per anziani non autosufficienti (ex Residenze sanitarie assistenziali e Case protette) ⁽⁴³⁾. Al loro interno possono essere attivati i Nuclei dedicati a persone anziane con demenza e gravi disturbi del comportamento. Nel 2013 i posti letto autorizzati in questo tipo di strutture erano 21 mila (3,9 ogni 100 ultrasettantacinquenni), di cui la stragrande maggioranza accreditati (16.032 p.l., ossia il 76,3%). Fra il 2005 e il 2013 l'offerta si è ampliata di circa 1.590 p.l., facendo registrare un leggero calo in rapporto alla popolazione anziana residente (-0,2 punti percentuali) (Tab. 7.4). L'aumento dei posti letto nelle Case residenza è stato sostenuto dall'obiettivo regionale di assicurare in ciascun distretto la presenza di almeno 3 posti letto ogni 100 anziani ultrasettantacinquenni residenti ⁽⁴⁴⁾.

Toscana

In Toscana, agli anziani non autosufficienti impossibilitati a rimanere presso il proprio domicilio è offerta assistenza presso le Residenze sanitarie assistenziali (RSA). Queste strutture forniscono 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, a quella cognitivo-comportamentale, agli stati vegetativi permanenti e ai pazienti terminali. Nel 2014 l'offerta di posti letto autorizzati nelle strutture residenziali toscane – Residenze sociali assistite, Residenze sanitarie assistenziali, Comunità alloggio protette, Centri residenziali – si attesta a circa 12.600 (2,6 p.l. ogni 100 anziani over 75), di cui la gran parte pubblici/accreditati (10.674, ossia l'84,4%). Fra il 2004 e il 2014 si registra un aumento complessivo di 2.700 posti letto, quasi tutti convenzionati, con un lieve ampliamento rispetto alla popolazione ultrasettantacinquenne residente (+0,1 punti percentuali) (Tab. 7.4). L'obiettivo di assicurare servizi residenziali qualitativamente omogenei sul territorio – che insieme all'intento di garantire il diritto di libera scelta dei cittadini è alla base della legge regionale che regola l'accreditamento delle strutture e dei servizi alla

⁽⁴³⁾ Se si considerano anche le strutture socio-assistenziali (Casa di riposo, Comunità alloggio, ecc.) ed escludendo le forme abitative non soggette ad autorizzazione (gruppi appartamento, alloggi con servizi, ecc.) i posti letto complessivi autorizzati al funzionamento sono nel 2014 quasi 29.000.

⁽⁴⁴⁾ D.G.r. n. 509/2007, "Fondo regionale per la non autosufficienza – programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007/2009".

persona ⁽⁴⁵⁾ – 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 ⁽⁴⁶⁾.

5.2. Alcuni punti chiave

- *Aumentano i posti letto, diminuiscono le percentuali di copertura.* In tutte le regioni considerate, tra il 2005 e il 2014 i posti nelle strutture residenziali sono cresciuti di numero mentre sono diminuiti in rapporto alle persone ultrasessantacinquenni residenti ⁽⁴⁷⁾. L’unica regione dove quest’ultimo indicatore è salito – seppur leggermente – è la Toscana, che non a caso presenta la copertura inferiore (Tab. 7.5). La riduzione generalizzata della copertura ⁽⁴⁸⁾ è dovuta a vari motivi, che hanno esercitato un peso diverso in ogni regione. Due, in particolare, paiono aver condizionato i decisori pubblici: *a)* nel periodo considerato è divenuto sempre più condiviso l’obiettivo di potenziare l’offerta di servizi nel territorio, in particolare a sostegno della domiciliarità (cfr. par. 6.2); *b)* la maggiore gravità delle condizioni degli ospiti delle strutture rispetto al passato (Guaita e Cherubini, 2011) ha elevato il costo medio dell’assistenza per ognuno ⁽⁴⁹⁾, rendendo

⁽⁴⁵⁾ L.r. n. 82/2009, “Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato”.

⁽⁴⁶⁾ Per approfondimenti <http://www.ars.toscana.it/it/aree-dintervento/cure-e-assistenza/assistenza-in-rsa.html>. La Regione Toscana, inoltre, ha avviato negli ultimi anni, con la collaborazione del Laboratorio Mes del Sant’Anna di Pisa, un percorso di mappatura e valutazione delle RSA allo scopo di ridurre la variabilità in termini di erogazione dei servizi e alzarne il livello qualitativo, attraverso un percorso di crescita continua rivolto ai responsabili e agli operatori delle strutture. Sono infine in corso progetti sperimentali per anziani sia all’interno delle strutture (moduli a bassa intensità assistenziale), sia sul territorio (appartamenti assistiti, cohousing, ecc.), che vedono coinvolti i soggetti pubblici e privati, nonché il terzo settore, finalizzati ad una eventuale revisione del sistema normativo in un’ottica di flessibilizzazione ed ampliamento dell’offerta.

⁽⁴⁷⁾ Si noti che mentre le percentuali di utenti ADI sono rilevate rispetto alla popolazione 65+ (cfr. par. 2), qui – così come per gli assegni di cura (cfr. par. 3) – si considera la popolazione 75+.

⁽⁴⁸⁾ La diminuzione della percentuale di copertura segnala un incremento dei posti non proporzionale all’aumento delle persone ultrasessantacinquenni.

⁽⁴⁹⁾ In proposito si possono vedere i dati presentati dai vari Rapporti nel corso del tempo, sia nei capitoli iniziali (la “Bussola”) sia in quelli specificamente dedicati alla residenzialità.

più impegnativo per l'ente pubblico finanziare i posti esistenti e limitando, di conseguenza, la possibilità di ampliarli. Il capitolo 3 mostra le difficoltà nel garantire un finanziamento adeguato dei posti in essere, verificatesi in particolare negli ultimi anni, testimoniate sovente da quote sanitarie insufficienti e dal conseguente incremento delle quote sociali.

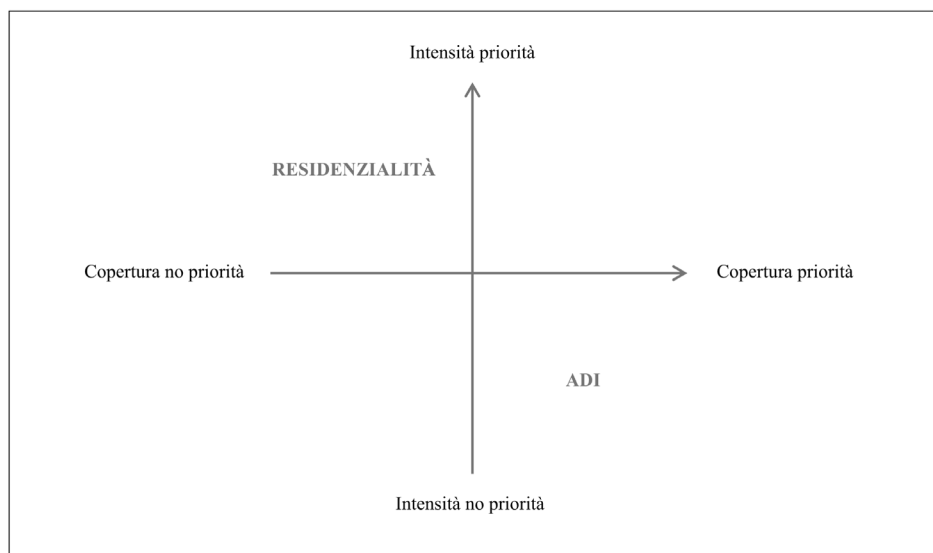
Tabella 7.5 - Variazione tra 2005 e 2014 dei posti letto nelle strutture residenziali per anziani (valore assoluto e % sulla popolazione di 75 anni e più)

Regione	2005-2010		2010-2014		2005-2014	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Liguria	n.d.	n.d.	-	-	n.d.	n.d.
Lombardia	+	-	+	-	+	-
Veneto	+	-	+	+	+	-
Emilia-Romagna	+	-	+	-	+	-
Toscana	+	+	+	-	+	+

- *Un'espansione guidata dalla maggiore gravità dell'utenza.* Nel periodo 2005-2014 si è registrato un significativo investimento sulla residenzialità nelle regioni esaminate, testimoniato dalla crescita della spesa dedicata (cfr. prossimo paragrafo). Quale equilibrio è stato trovato tra copertura ed intensità ⁽⁵⁰⁾? Nel periodo considerato, la domiciliarità ha seguito un percorso opposto alla residenzialità: infatti, mentre nel primo caso a guidare l'espansione è stato l'incremento della copertura, nel secondo lo è stato quello dell'intensità. Con riferimento all'ADI, infatti, si è evidenziato che seppure crescente l'intensità è rimasta indubbiamente bassa (cfr. par. 2.1). Per quanto riguarda la residenzialità, invece, la menzionata modificazione nel profilo dell'utenza ha elevato il costo medio dell'assistenza per utente, appunto l'intensità. Dunque l'intensità dell'assistenza residenziale è salita, mentre la copertura, intesa come percentuale di posti letto ogni 100 anziani 75+, è diminuita (Fig. 7.1). Si tratta, peraltro, di un trend coerente con quanto avvenuto nella maggior parte dei Paesi OCSE dall'inizio del secolo (Gori, Fernandez, Wittenberg, a cura di, 2015).

⁽⁵⁰⁾ È il dilemma, mai evitabile, già discusso con riferimento all'ADI (par 7.2) tra dare " + assistenza a - utenti" o " - assistenza a + utenti".

Figura 7.1 - È stata privilegiata la copertura o l'intensità? Regioni esaminate, 2005-2014



Fonte: adattamento da Gori *et al.*, 2015.

- *Verso una maggiore articolazione delle risposte.* Esiste un comune riconoscimento della necessità di articolare maggiormente l'offerta di servizi residenziali, così da rispondere in modo più appropriato ai bisogni della popolazione anziana. I referenti di Liguria e Lombardia lo hanno qui esplicitato ma è un aspetto – in misura e con modalità variabili – oggetto di attenzione in numerose regioni. Si tratta, in concreto, di diversificare le tipologie di servizi residenziali, da una parte, e di incrementarne le connessioni con gli interventi territoriali, dall'altra. Tuttavia, le azioni effettivamente realizzate in tale direzione risultano – ad oggi – assai eterogenee. In ogni modo, questo è uno dei terreni su quali si giocherà il futuro dell'assistenza agli anziani, come indicato anche nel Capitolo 3, al quale si rimanda.
- *Diversi mix tra residenzialità e territorio.* La lettura congiunta dei dati illustrati nel presente paragrafo e nei precedenti consente di cogliere, nell'ambito delle comuni tendenze indicate, alcune differenze tra le regioni esaminate nel bilanciamento tra servizi residenziali e interventi territoriali. Emergono qui in modo piuttosto chiaro orientamenti diversi ⁽⁵¹⁾, già segnalati in

⁽⁵¹⁾ Si noti che il confronto tra le regioni si limita qui al mix tra residenzialità e territorio, mentre non riguarda, a causa delle menzionate criticità nella comparabilità dei da-

precedenti Rapporti: l'Emilia-Romagna è la realtà che punta maggiormente sul territorio, mentre Lombardia e Veneto sono più orientate verso la residenzialità⁽⁵²⁾; la Liguria e la Toscana, a loro volta, si collocano in una posizione intermedia.

6. Il finanziamento e la spesa

Quello delle risorse economiche pubbliche costituisce, evidentemente, un crinale decisivo per l'assistenza agli anziani non autosufficienti. Gli interrogativi da affrontare, in merito, riguardano il reperimento delle risorse (il finanziamento) e il loro effettivo utilizzo (la spesa). In questo paragrafo l'attenzione si volge all'evoluzione della spesa nel tempo, con riferimento sia al complessivo aggregato sia alla suddivisione tra le diverse aree di intervento (domiciliarità e residenzialità)⁽⁵³⁾ e alle diverse strade seguite per finanziarla. I dati sulla spesa presentati, riferiti al periodo 2005-2014, provengono dai bilanci delle regioni e non sono – per vari motivi⁽⁵⁴⁾ – comparabili. L'obiettivo delle pagine seguenti, pertanto, non consiste nel mettere a confronto lo sforzo

ti (cfr. par. 1), il complessivo investimento nell'assistenza continuativa. Pertanto, quanto affermato di seguito tocca esclusivamente l'equilibrio tra le diverse tipologie di risposte.

⁽⁵²⁾ Escludendo la Toscana, l'Emilia-Romagna ha il più elevato indicatore di sforzo nell'ADI e la più bassa percentuale di posti letto nelle strutture residenziali, mentre Lombardia e Veneto fanno registrare le maggiori percentuali di posti letto in strutture e i minori indici di sforzo ADI, in entrambi i casi con valori assai distanti da quelli dell'Emilia-Romagna. Il particolare investimento del Veneto negli assegni di cura ne incrementa l'impegno per il territorio ma non in misura tale da alterarne il profilo, come conferma la suddivisione della spesa tra domiciliarità e residenzialità. Liguria e Toscana, come detto, si collocano in una posizione intermedia che, nel caso di quest'ultima, è accompagnata – sulla base delle informazioni disponibili – dai valori più bassi di sforzo ADI, copertura assegni di cura e copertura residenzialità.

⁽⁵³⁾ Per spesa regionale ci si riferisce sia a quella sociosanitaria (parte del fondo sanitario) sia a quella sociale (risorse regionali proprie o risorse trasferite dallo Stato, principalmente attraverso il Fondo per le non autosufficienze e il Fondo nazionale politiche sociali), tranne dove diversamente indicato.

⁽⁵⁴⁾ Tra i motivi che impediscono la comparabilità vi sono: *a)* le Regioni utilizzano definizioni differenti sia del complessivo aggregato della spesa per gli anziani non autosufficienti sia dei suoi settori (domiciliarità e residenzialità). Questo è il punto chiave, al quale sono riconducibili i successivi; *b)* mentre la spesa sociosanitaria regionale è sempre considerata nei dati disponibili, così non è per quella sociale regionale; *c)* a volte non è possibile distinguere la spesa per gli anziani da quella per le persone con disabilità.

delle singole regioni, bensì, esclusivamente, nel cercare di individuare similitudini e differenze nelle linee di tendenza registrate.

6.1. *Gli interventi*

Liguria

Nel 2014 la spesa per gli anziani non autosufficienti in Liguria si è attestata a circa 190 milioni di euro, in crescita del 13,6% rispetto al 2010 (circa 23 milioni di euro in più). In termini assoluti l'aumento è largamente riconducibile alla residenzialità, voce di spesa che fa registrare una crescita del 24,5% rispetto al 2010 (23,5 milioni di euro in più), mentre il comparto domiciliare segna un aumento di spesa del 9,5% (4,4 milioni di euro in più) (Tab. 7.6). Il Fondo sociale registra nel quadriennio una diminuzione di circa 5 milioni di euro legata al calo delle risorse regionali, mentre è rimasta invariata la quota derivante dal Fondo sociale nazionale. Fra il 2010 e il 2014 il peso della residenzialità sul totale della spesa per gli anziani è cresciuto, passando dal 57,6 al 65,1%.

Tabella 7.6 - La spesa per gli anziani non autosufficienti in Liguria ⁽⁵⁵⁾
(milioni di euro)

Voce di spesa	2005	2010	2014	Var. % 2010-2014
Residenzialità	n.d.	96,0	119,5	+24,5
Domiciliarità	n.d.	46,4	50,8	+9,5
Fondo sociale	n.d.	24,2	19,0	-21,5
Totale	n.d.	166,6	189,3	+13,6

Fonte: Regione Liguria.

⁽⁵⁵⁾ La voce residenzialità si riferisce alle rette agli enti accreditati a valere sul SSR e alla gestione diretta dell'assistenza residenziale.

La voce domiciliarietà include la spesa per le cure domiciliari a valere sul FSR, gli interventi erogati nell'ambito del Fondo regionale non autosufficienza e quelle relative ai progetti regionali in corso (Dimissioni protette, Invecchiamento attivo, Emergenze climatiche, Custodi sociali, ecc.).

La voce Fondo sociale include risorse del Fondo sociale regionale e del Fondo sociale nazionale, nelle parti dedicate agli anziani.

Lombardia

Dal 2005 al 2014 la complessiva spesa sociosanitaria per gli anziani lombardi è cresciuta del 31,9%. L'incremento maggiore si è registrato fra il 2005 e il 2010 (circa 203 milioni di euro), mentre fra il 2010 e il 2014 l'aumento è stato decisamente più contenuto (circa 44 milioni di euro). In valore assoluto, la gran parte dell'aumento di spesa fra il 2005 e il 2014 è riconducibile ai servizi residenziali (+ 193 milioni) e non alla domiciliarità (+ 55 milioni). In termini percentuali, invece, nel medesimo periodo la spesa per la domiciliarità è cresciuta del 51,3%, mentre quella per la residenzialità del 28,8%. Complessivamente è leggermente aumentato il peso della domiciliarità sul totale della spesa sociosanitaria, passato dal 13,7% del 2005 al 15,7% del 2014.

Tabella 7.7 - La spesa sociosanitaria per gli anziani non autosufficienti in Lombardia, anni vari ⁽⁵⁶⁾ (milioni di euro)

Voce di spesa	2005	2010	2014	Var. % 2005-2014
Residenzialità	669,9	850,6	863,1	+28,8
Domiciliarità	106,4	129,4	161,0	+51,3
Totale	776,3	980,0	1.024,2	+31,9

Fonte: Regione Lombardia.

La strada seguita per incrementare le risorse – come riportato dai referenti regionali – è stata il ribilanciamento tra socio-sanitario e sanità acuta all'interno del Fondo sanitario regionale, attuato in maniera continua. Nel corso dell'ultimo decennio la Lombardia ha, infatti, gradualmente stanziato una sempre maggiore quota del fondo sanitario regionale sul capitolo degli interventi per i non autosufficienti (anziani, disabili, riabilitazione territoriale). Gli stanziamenti al settore sociosanitario per i non autosufficienti sono passati dall'8,53% della spesa sanitaria nel 2005 al 9,09% nel 2014 ⁽⁵⁷⁾.

⁽⁵⁶⁾ I dati fanno riferimento esclusivamente alla spesa socio-sanitaria.

Residenzialità: include la spesa per le RSA e la "Residenzialità leggera" (introdotta con la d.G.r. n. 856/2013).

Domiciliarità: include la spesa per i Centri diurni integrati, l'ADI (sociosanitaria, a carico della sanità) e la RSA/RSD aperta (misura introdotta con la d.G.r. n. 856/2013).

⁽⁵⁷⁾ Dal 2013 è stato istituito il Fondo socio-sanitario per la famiglia, con un'ulteriore allocazione di risorse del Fondo sanitario regionale a favore dei servizi socio-sanitari (complessi-

Per quanto riguarda la spesa sociale, i fondi regionali e nazionali vengono trasferiti dalla Regione Lombardia agli ambiti in maniera indistinta, dunque il loro impiego per l'area anziani dipende dalle scelte allocative determinate dalla programmazione di zona.

Veneto

Fra il 2005 e il 2014 la spesa complessiva per le persone anziane non autosufficienti in Veneto è cresciuta di quasi 120 milioni di euro (+28%). L'aumento è stato decisamente più consistente fra il 2005 e il 2010 (110 milioni di euro) rispetto al periodo 2010-2014 (9 milioni in più). La crescita riguarda in larga parte la residenzialità (circa 107 milioni, con un aumento del 30% rispetto al 2005), e in misura più limitata la domiciliarità, la cui spesa è cresciuta di 13 milioni di euro (+18,2%) (Tab. 7.8). Nel rapporto tra i due comparti, la residenzialità ha leggermente incrementato il proprio peso sulla spesa totale per gli anziani non autosufficienti (dall'83,3% del totale 2005 all'84,6% del 2014) a discapito della domiciliarità (dal 16,7% del 2005 al 15,4% del 2014).

Tabella 7.8 - La spesa per gli anziani non autosufficienti in Veneto, anni vari ⁽⁵⁸⁾ (milioni di euro)

Voce di spesa	2005	2010	2014	Var. % 2005-2014
Residenzialità	355	456,4	461,5	+30,0
Domiciliarità	71,3	79,9	84,3	+18,2
Totale	426,3	536,3	545,8	+28,0

Fonte: Regione Veneto.

vamente nel 2014 la somma tra gli stanziamenti del Fondo socio-sanitario per i non autosufficienti e quelli del Fondo socio-sanitario per la famiglia rappresenta il 9,56% del Fondo sanitario regionale). Il Fondo per la famiglia è, in parte, destinato agli anziani non autosufficienti.

⁽⁵⁸⁾ La spesa indicata fa riferimento al Fondo regionale per la non autosufficienza (istituito con la l.r. n. 30/2009).

Residenzialità: include la residenzialità (livello minimo, ridotto e medio, per stati vegetativi permanenti e Sezioni alta protezione Alzheimer) e la semiresidenzialità per anziani non autosufficienti.

Domiciliarità: include l'ex assegno di cura, ora impegnativa di cura domiciliare, l'A-DI-SAD (assistenza tutelare pagata con il Fondo sanitario), il Sollievo, il telesoccorso/telecontrollo.

Le risorse necessarie a sostenere l'aumento della spesa per le persone non autosufficienti sono state reperite attraverso l'utilizzo dei finanziamenti statali e il ricorso ad altre voci del bilancio regionale ⁽⁵⁹⁾.

Emilia-Romagna

Fra il 2006 e il 2013 la Regione Emilia-Romagna ha accresciuto le risorse dedicate alle persone anziane non autosufficienti di circa 106 milioni di euro (+53%). L'aumento di spesa si è realizzato fra il 2006 e il 2010 (+119 milioni di euro), mentre successivamente si è registrato un calo (-13 milioni di euro fra 2010 e 2013) attribuibile – come spiegano i referenti regionali – all'incertezza sulla disponibilità di risorse legata alla drastica riduzione del Fondo nazionale non autosufficienze.

L'investimento, nell'intero periodo, ha riguardato soprattutto la domiciliarità, la cui spesa è cresciuta di oltre 59 milioni di euro (+156%), mentre la residenzialità ha fatto registrare un aumento di spesa più contenuto, pari a 46 milioni (+28,7%) (Tab. 7.9). Il peso percentuale della spesa per la residenzialità sul totale della spesa per gli anziani, nel periodo considerato, è calato in parallelo alla crescita di incidenza della spesa per la domiciliarità, passata dal 19% del totale nel 2006 al 32% nel 2013.

Tabella 7.9 - La spesa per le persone anziane non autosufficienti in Emilia-Romagna, anni vari ⁽⁶⁰⁾ (milioni di euro)

Voce di spesa	2006	2010	2013	Var. % 2006-2013
Residenzialità	162,0	201,1	208,5	+28,7
Domiciliarità	38,0	117,9	97,5	+156,6
Totale	200,0	319,1	306,0	+53,0

Fonte: Regione Emilia-Romagna.

⁽⁵⁹⁾ Le strategie di finanziamento delle diverse Regioni sono riprese in maggiore dettaglio nel par. 7.2.

⁽⁶⁰⁾ I dati fanno riferimento alle risorse del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA). Sono quindi escluse le risorse del Fondo sanitario regionale per prestazioni prettamente sanitarie (svolte per esempio nei servizi accreditati diurni e residenziali da infermieri, fisioterapisti, ecc.), come anche la parte sanitaria dell'ADI (accessi MMG, accessi infermieri, accessi terapisti, accessi specialisti).

Residenzialità: include la spesa per servizi nei quali l'anziano risiede anche di notte (incluso il Sollevio).

Domiciliarità: include la spesa per tutti i servizi /interventi resi all'anziano che risiede a domicilio (assistenza domiciliare, assegni di cura, centri diurni, ecc.).

L'aumento della spesa per gli anziani è stato sostenuto grazie alle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza e all'aumento dell'imposizione regionale di addizionali IRPEF ed IRAP, introdotto nel 2007 ad oggi. Quest'ultima strada, che ha portato risorse annue variabili tra 100 e 120 milioni di euro, con punte elevate fino a 151 milioni nel 2011 e 135 nel 2012 per compensare la riduzione del Fondo nazionale per la non autosufficienza, ha permesso di sostenere la domiciliarità e qualificare i servizi residenziali e diurni (accreditamento dei servizi socio-sanitari). Le risorse aggiuntive, destinate prioritariamente a sostenere lo sviluppo, l'articolazione e la qualificazione delle reti dei servizi, secondo quanto disposto dalla regione, non erano in alcun modo destinate a ridurre l'impegno del Fondo sanitario regionale e dei bilanci degli Enti locali per la non autosufficienza ⁽⁶¹⁾.

Toscana

Nel periodo compreso fra il 2005 e il 2013 si registra in Toscana un aumento della spesa per gli anziani non autosufficienti di circa 155 milioni di euro (+79%). L'incremento si è realizzato in maniera nettamente più consistente fra il 2005 e il 2010 (147 milioni di euro) rispetto al 2010-2013 (8 milioni di euro in più).

Se l'aumento complessivo della spesa in valore assoluto è ampiamente attribuibile alla residenzialità (98 milioni di euro, +72% rispetto al 2005), si rileva comunque un cospicuo incremento della spesa per la domiciliarità (+ 56 milioni di euro), settore che ha visto la maggiore crescita percentuale (+ 91%) (Tab. 7.10). Il peso della spesa per la domiciliarità rispetto al totale non mostra variazioni di rilievo nel periodo considerato, solo un leggero aumento dal 31,2% del 2005 al 33,4% del 2013.

⁽⁶¹⁾ D.G.r. n. 509/2007, "Fondo regionale per la non autosufficienza – Programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009".

Tabella 7.10 - La spesa per le persone non autosufficienti in Toscana, anni vari ⁽⁶²⁾ (milioni di euro)

Voce di spesa	2005	2010	2013	Var. % 2005-2013
Residenzialità	135,3	198,0	233,8	+72,7
Domiciliarità	61,2	145,1	117,4	+91,7
Totale	196,6	343,1	351,1	+78,7

Fonte: Regione Toscana.

L'aumento della spesa è stato sostenuto attraverso l'utilizzo dei trasferimenti statali e soprattutto tramite redistribuzioni dal Fondo sanitario (mediamente 62 milioni di euro annui dal 2010 al 2014) e da altre voci del bilancio regionale (mediamente 39 milioni di euro annui dal 2008 al 2010). Nel complesso queste risorse sono state utilizzate per l'estensione dei servizi domiciliari, per quote sanitarie aggiuntive finalizzate alla riduzione delle liste di attesa per gli inserimenti permanenti in RSA e nel 2009 anche per il supporto degli oneri gestionali degli "Hospice" e l'attivazione del servizio di vita indipendente per le persone con grave disabilità.

6.2. Alcuni punti chiave – La spesa

- *Una crescita complessiva, esauritasi sostanzialmente intorno al 2010.* Tutte le regioni considerate hanno aumentato la spesa destinata alle persone anziane non autosufficienti fra il 2005 e il 2014. Questa tendenza globale si divide in due momenti, con profili assai differenti: nel periodo 2005-2010 la crescita è risultata elevata, consentendo così un significativo ampliamento del sistema; dopo il 2010, invece, le regioni oscillano tra leggeri incrementi e altrettanto leggere diminuzioni, e di fatto la spesa si è stabilizzata (Tab. 7.11, prime due colonne) ⁽⁶³⁾.

⁽⁶²⁾ Residenzialità: include ricoveri temporanei e definitivi in RSA (spesa sostenuta dal SSR per la copertura della quota di parte sanitaria della retta).

Domiciliarità: include Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP), compresa l'assistenza di personale infermieristico e di riabilitazione a domicilio e la quota variabile per i medici di medicina generale per assistenza domiciliare, e Attività domiciliare sanitaria e socio-sanitaria a favore degli anziani come da Rilevazione dei costi dei livelli di assistenza delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere – Ministero della salute.

⁽⁶³⁾ Per quanto riguarda la Lombardia, il riferimento è alla spesa socio-sanitaria. Nel corso dell'ultimo decennio le risorse regionali proprie dedicate al finanziamento delle politiche sociali sono diminuite (Ghetti, 2014b; Brenna, 2015).

- *L'incremento percentuale della spesa è, perlopiù, maggiore nei servizi domiciliari rispetto a quelli residenziali.* Se si considera l'aumento percentuale nelle diverse tipologie di risposte, si osserva una crescita superiore della domiciliarità nella maggioranza delle regioni analizzate (Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana). In particolare, in Emilia-Romagna la sua crescita percentuale rispetto al 2005 è oltre il 100%; in questa regione l'aumento della spesa per la domiciliarità è risultato superiore anche in valore assoluto, mentre nelle altre due sopra citate – sotto questo profilo – ha prevalso la residenzialità. In Liguria e in Veneto, invece, l'incremento della spesa per la residenzialità è stato superiore sia in valore assoluto sia in percentuale (Tab. 7.11, terza e quarta colonna).
- *Si è modificata la composizione complessiva della spesa.* I mutamenti illustrati fanno sì che oggi la percentuale della spesa totale per la non autosufficienza destinata ai servizi domiciliari sia maggiore in tutte le regioni rispetto al 2005, con l'eccezione del Veneto (Tab. 7.11, ultima colonna) e della Liguria⁽⁶⁴⁾. Tale percentuale oscilla attualmente, a seconda dei casi, tra il 15% e il 33% del totale.

Tabella 7.11 - Tendenze nella spesa per gli anziani non autosufficienti nel periodo 2005- 2014

Regione	Spesa totale (v.a.)	Incremento spesa totale 2005-2010 vs. 2010-2014 (v.a.)	Aumento di spesa maggiore per la domiciliarità rispetto alla residenzialità ⁽⁶⁵⁾		Aumento della percentuale della spesa complessiva dedicata alla domiciliarità
			v.a.	%	
Liguria	+	n.d.	no	no	no
Lombardia	+	+	no	sì	sì
Veneto	+	+	no	no	no
Emilia-Romagna	+	+	sì	sì	sì
Toscana	+	+	no	sì	sì

⁽⁶⁴⁾ In questo caso il periodo di riferimento è il 2010-2014.

⁽⁶⁵⁾ Le specifiche sui dati utilizzati per questa elaborazione sono riportate nelle tabelle dalla 7.6 alla 7.10. Per la Liguria il riferimento è al periodo 2010-2014.

6.3. Alcuni punti chiave – Il finanziamento

Quali strade sono state seguite per realizzare il menzionato incremento della spesa? Le principali opzioni sono tre e si traducono nell'ottenere maggiori risorse rispettivamente dallo Stato (attraverso i fondi nazionali), dal bilancio regionale (destinandole alla non autosufficienza invece che ad altre voci) o dalla collettività (attraverso una tassa di scopo) (Tab. 7.12). L'esperienza delle regioni analizzate è utile non solo per mettere a fuoco le tendenze del recente passato ma anche per discutere le prospettive future.

- *I limitati trasferimenti statali.* In tutte le regioni esaminate i fondi nazionali per il welfare locale – il Fondo nazionale politiche sociali e, soprattutto, il Fondo nazionale per le non autosufficienze – hanno svolto un ruolo di rilievo nel sostenere lo sviluppo del sistema. Tale funzione, tuttavia, è stata limitata da due aspetti. Primo, la loro variabilità, accompagnata dalla costante incertezza sull'ammontare nel tempo⁽⁶⁶⁾, che ha reso difficile per le amministrazioni regionali considerarli come una fonte certa alla quale poter fare riferimento nella propria programmazione. Secondo, l'inadeguatezza degli importi che, pure quando hanno raggiunto il picco più alto (i 400 milioni del Fondo non autosufficienze previsti anche attualmente), sono comunque risultati decisamente limitati rispetto alle effettive necessità di potenziamento del welfare (cfr. Cap. 5).
- *I vincoli sempre più stringenti del bilancio regionale.* Un'altra possibilità consiste nell'ottenere maggiori risorse per la non autosufficienza destinandole a questa voce invece che ad altri capitoli del bilancio regionale. Lo sguardo si volge innanzitutto all'equilibrio tra il settore socio-sanitario e la sanità acuta all'interno del budget sanitario, che assorbe in media intorno all'80-85% del complessivo bilancio regionale, ma è possibile ottenere stanziamenti anche a scapito di altre voci.

Lo spostamento di risorse all'interno del bilancio della sanità è stato praticato in Toscana e soprattutto in Lombardia, mentre la redistribuzione da voci ulteriori del bilancio è avvenuta in Veneto e in Toscana. Una diversa allocazione delle risorse nel bilancio regionale è stata, ed è, sostenuta da molti per due motivi: perché permetterebbe di rafforzare l'assistenza agli anziani non autosufficienti in modo compatibile con i vincoli della finanza pubblica e perché

⁽⁶⁶⁾ Questa criticità è stata ora superata poiché è stato introdotto un meccanismo che ne stabilizza l'importo.

un significativo incremento di risorse per questo settore – che impegna una quota limitata del budget regionale totale – è ottenibile attraverso una lieve riduzione della spesa di altri. Con il passare del tempo, tuttavia, mettere in atto questa strategia è risultato sempre più complicato poiché il complessivo bilancio regionale ha sostanzialmente smesso di ampliarsi. Le recenti tendenze della Sanità sono chiare: fino al 2010 le risorse totali sono aumentate costantemente mentre in seguito si sono, di fatto, stabilizzate. Nella prima situazione, incrementare le risorse per il socio-sanitario significa ridurre i fondi addizionali per la sanità acuta mentre nella seconda vuol dire diminuire le risorse per quest'ultimo settore rispetto all'esistente.

- *La tassa di scopo fuori dall'agenda.* Si è molto discusso, nello scorso decennio, sulla possibilità di introdurre tasse di scopo regionali per la non autosufficienza (Beltrametti, 2008). Si tratta di un innalzamento del prelievo fiscale nell'ambito del territorio regionale accompagnato da un esplicito impegno ad utilizzare le risorse ricavate al fine di sviluppare servizi e interventi per i non autosufficienti. Nonostante diverse realtà abbiano pensato di ricorrere ad una tassa di scopo (ad esempio la Toscana e la Provincia autonoma di Bolzano), l'unica ad averla effettivamente introdotta è l'Emilia-Romagna, che ha aumentato sia l'addizionale IRPEF che l'IRAP. Oggi quest'opzione non è più oggetto di attenzione per una varietà di motivi che non è possibile qui dettagliare; tra tutti menzioniamo la convinzione – diffusa tra i decisori – che l'avversione dei cittadini verso nuove tasse non sia superabile anche nel caso siano legate a bisogni di riconosciuto rilievo sociale, quali quelli degli anziani non autosufficienti, e i vincoli della finanza locale.

Gli ostacoli al reperimento di ulteriori stanziamenti, dunque, diventano sempre più elevati. Eppure maggiori risorse economiche saranno necessarie dato che l'attuale offerta di servizi è, in gran parte dei territori, inadeguata e il numero degli anziani continua ad aumentare. Tuttavia, come tutti gli studi dimostrano in maniera univoca, ci sarà bisogno soprattutto di finanziamenti pubblici, poiché quelli privati (assicurazioni, mutue, contrattazione nazionale, welfare aziendale e così via) non potranno che svolgere una funzione integrativa (ad es. Colombo *et al.*, 2011). Per quanto complicata, l'unica strada percorribile consiste nell'esaminare il bilancio pubblico – dei vari livelli di governo – nel suo insieme e decidere quale grado di priorità si vuole assegnare alla non autosufficienza al suo interno. Questa è la sfida del prossimo futuro.

Tabella 7.12 - Sintesi delle principali strade intraprese per aumentare le risorse dedicate alla non autosufficienza

Regione	Utilizzo dei trasferimenti statali	Redistribuzione delle risorse regionali ⁽⁶⁷⁾		Introduzione di una tassa di scopo
		Dalla sanità	Da altre voci di bilancio	
Lombardia	•	•		
Veneto	•		•	
Emilia-Romagna	•			•
Toscana	•	•	•	

Bibliografia

- AGGIO A. (2013), *L'impegnativa di cura domiciliare – Illustrazione del progetto di avvio*, intervento al seminario "NetAge", Bologna, 17 dicembre.
- BARSANTI S., GIOVANELLI S. (2013), *L'assistenza domiciliare, questa (s)conosciuta*, in *Welfare Oggi*, 5, pp. 45-49.
- BELTRAMETTI L. (2008), *Le strategie di finanziamento*, in GORI C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci, pp. 47-73.
- BRENNIA E. (2015), *Il finanziamento e la spesa*, in PASQUINELLI S. (a cura di), *Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia. Gli anziani non autosufficienti*, Rimini, Maggioli, pp. 109-134.
- COLOMBO F., LLENA-NOZAL A., MERCIER J., TJADENS F. (2011), *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*, Parigi, Ocse.
- COSTA G. (2011), *Le politiche per la non autosufficienza in Italia: un caso di cambiamento graduale senza riforme*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, 4, ottobre.
- DA ROIT B., PASQUINELLI S. (2004), *Anziani, badanti e politiche dei servizi*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 17-18, pp. 3-7.
- FABRIZIO R. (2013), *Rete storica e innovazione: l'unicità del Fondo regionale per la non autosufficienza*, intervista in *Newsletter Saluter notizie*, 15 aprile.
- GHETTI V. (2014a), *I piani di zona alla prova dell'incremento di risorse-1*, in *Lombardia-sociale*, 24 febbraio.
- GHETTI V. (2014b), *Fondi sociali a passo di gambero: tendenze recenti e prospettive future*, in "Il finanziamento al welfare nella X legislatura", *Vademecum di Lombardia Sociale*.

⁽⁶⁷⁾ Si intende, soprattutto, la diversa distribuzione di risorse in fase di espansione, piuttosto che la diminuzione di risorse stabilizzate.

- GHETTI V. (a cura di) (2012), *Il futuro delle RSA: gli effetti delle nuove regole di sistema sugli enti gestori*, in *Lombardiasociale*, 26 gennaio, <http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/il-futuro-delle-rsa-gli-effetti-delle-nuove-regole-di-sistema-sugli-enti-gestori.pdf>.
- GORI C. (2011), *Come cambia il welfare lombardo?*, in GORI C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Rimini, Maggioli, pp. 423-470.
- GORI C., PASQUINELLI S. (2008), *Gli assegni di cura*, in GORI C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci, pp. 157-182.
- 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*, Rimini, Maggioli, pp. 91-123.
- 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*, Rimini, Maggioli, pp. 45-70.
- GORI C., GHETTI V., RUSMINI G., TIDOLI R. (2014), *Il welfare sociale in Italia. Realtà e prospettive*, Roma, Carocci.
- GORI C., FERNANDEZ J.L., WITTENBERG R. (a cura di) (2015), *Long-Term Care Reforms in OECD Countries: Successes and Failures*, Bristol, Policy Press.
- GORI C., BARBABELLA F., CAMPBELL J., IKEGAMI N., D'AMICO F., HOLDER H., ISHIBASHI T., JOHANSSON L., KOMISAR H., THEOBALD H. (2015), *How different countries allocate LTC resources to older users: changes over time*, in GORI C., FERNANDEZ J.L., WITTENBERG R. (a cura di), *Long-Term Care Reforms in OECD Countries: Successes and Failures*, Bristol, Policy Press, pp. 77-116.
- GUAITA 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*, Rimini, Maggioli, pp. 85-102.
- GUAITA A., CASANOVA G. (2010), *I bisogni e le risposte*, in NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo Rapporto*, Rimini, Maggioli, pp. 167-180.
- IRPET (2014), *La sostenibilità di un modello universale di copertura contro il rischio di non autosufficienza*, Firenze, IRPET, Collana "Studi e Approfondimenti".
- MAROTTA R. (a cura di) (2011), *Cosa cambia per i servizi residenziali dopo la delibera delle regole 2011*, in *Lombardiasociale*, 16 settembre, <http://www.lombardiasociale.it/2011/09/16/cosa-cambia-per-i-servizi-residenziali-dopo-la-delibera-delle-regole-2011/>.
- MOTTA M. (2015), *Dalle assistenti familiari a un sistema delle cure*, in TORRIONI P.M. (a cura di), *Sportelli e servizi per l'assistenza familiare*, Torino, Celid, pp. 23-44.
- 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.

- OECD (2011), *Help Wanted?, Providing and Paying for Long-term Care*, Parigi, OECD.
- PASQUINELLI S. (a cura di) (2015), *Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia. Gli anziani non autosufficienti*, Rimini, Maggioli.
- PASQUINELLI S., RUSMINI G. (a cura di), (2013), *Badare non basta*, Roma, Ediesse.
- 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*, Roma, Ediesse, pp. 155-181.
- TIDOLI R., MAROTTA R. (2011), *I titoli sociali*, in GORI C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Rimini, Maggioli, pp. 157-182.
- TIDOLI R. (a cura di), (2015), *La nuova rete delle cure intermedie in Lombardia: la d.G.r. n. 3833/2015*, in *Lombardiasociale*, 6 maggio, <http://www.lombardiasociale.it/2015/05/06/la-nuova-rete-delle-cure-intermedie-in-lombardia-la-dgr-38332015/>.
- TORRIONI P.M. (a cura di), (2015), *Sportelli e servizi per l'assistenza familiare*, Torino, Celid.

8. I Comuni: interventi e nuove forme istituzionali

Anna Banchemo

1. Premessa

Oggi, il comune non è solo l'entità amministrativa più vicina al cittadino, il suo ruolo è notevolmente cambiato e si è arricchito di aspetti ben più complessi e determinanti per il miglioramento delle condizioni di vita degli abitanti, particolarmente per ciò che attiene alla tutela della salute e soprattutto alla non autosufficienza. Troppo spesso si trascurano gli aspetti organizzativi e le possibilità/competenze che potrebbero consentire alle persone un miglior accesso ed una maggior fruizione dei servizi socio-sanitari; la complessità ed il volume del sistema sanitario, la sua regolazione ed il sistema direzionale che gli è stato attribuito portano frequentemente, anche sotto il profilo politico, a trascurare l'importanza di un assetto comunale ottimale, quasi fosse possibile ignorare i legami tra l'amministrazione locale e la salute dei cittadini.

Per comprendere l'evoluzione del ruolo che i comuni hanno assunto, bisogna partire dall'articolo 118 della Costituzione, rinnovata nel 2001, dove ai comuni vengono attribuite le funzioni di amministrazione, gestione e controllo del territorio, viabilità, trasporti, ambiente, assistenza sociale, istruzione pubblica, compresi asili nido, assistenza scolastica e polizia locale, ecc., cui vanno aggiunte le funzioni assegnate dalle leggi regionali.

2. Comuni e funzioni sociali affidate dal decentramento amministrativo

Sotto il profilo delle politiche sociali, intese in senso lato e non solo come assistenza pubblica, fino agli anni Cinquanta, i comuni hanno gestito prevalentemente aiuti di carattere "riparativo" (forme diverse di assistenza tra cui sussidi ed altre prestazioni in denaro, ricoveri in istituto, ecc.); dopo il d.P.R. 24 luglio 1977, n. 616, con la prima fase del decentramento amministrativo e con l'attivazione delle regioni a partire dal 1971, hanno avuto inizio i trasferimenti di competenze: dallo Stato alle regioni e da queste ai comuni con i decreti del 1972. Tali trasferimenti hanno portato un nuovo impulso alle au-

tonomie, con misure programmatiche e progettuali più aderenti alle esigenze locali. Ai fini della progettazione sociale, gli aspetti di maggior rilevanza del d.P.R. 616/1977 sono stati:

- a) la definizione del contenuto dei servizi sociali;
- b) l'individuazione degli ambiti territoriali ottimali per la gestione dei servizi sociali e sanitari;
- c) la promozione dell'integrazione tra sociale e sanitario.

Uno degli aspetti di maggiore importanza introdotto dal d.P.R. n. 616/1977 è stato l'indicazione sugli *ambiti territoriali*, considerati ottimali, per la gestione dei servizi sociali e soprattutto propedeutici alle politiche integrate; questo aspetto, purtroppo, è stato molto trascurato e reso operativo – solo in parte limitata – ai giorni nostri. Un altro aspetto sottovalutato è stato il completo cambiamento del ruolo dei comuni: da interpreti o esecutori delle funzioni statali sono diventati decisori e promotori di politiche a favore del cittadino. In questo panorama sono da segnalare prime positive esperienze per i servizi socio-sanitari, con aggregazioni intercomunali e decentramento dei grandi comuni metropolitani si tratta dei consorzi dell'Emilia-Romagna, della Toscana, del Veneto e del Piemonte, cui si associano in tempi successivi ed in maniera più o meno omogenea altre regioni.

Se si valuta *a posteriori* il percorso del decentramento amministrativo, si prende atto che la motivazione politica (nel senso più nobile della parola) che ha spinto il legislatore ad effettuare questa scelta è stata quella di facilitare la realizzazione di una identità delle comunità locali, che vedrà il compimento del processo amministrativo nel 1998 con il d.lgs. del 31 marzo, n. 112. È questo decreto che introduce all'articolo 128 la definizione di "servizi sociali" intendendo con tali termini "tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia".

Il decreto prosegue indicando dettagliatamente all'articolo 132 le funzioni trasferite dallo Stato alle regioni, sottolineando *perentoriamente* che le stesse, entro sei mesi, dovevano procedere ad un successivo trasferimento di tali materie ai comuni, con riferimento a:

- a) minori (inclusi i minori a rischio di attività criminose);
- b) giovani;
- c) anziani;

- d) famiglia;
- e) portatori di handicap, non vedenti e audiolesi;
- f) tossicodipendenti e alcooldipendenti;
- g) invalidi civili, fatte salve la componente accertativa della minorazione, propria del sistema sanitario, e quella economica, trasferita all'INPS con lo stesso decreto all'articolo 130.

Anche altre funzioni *a latere* dei servizi sociali, quali la cooperazione sociale, le IPAB e il volontariato, sono trasferite alle regioni con la raccomandazione di successivo conferimento alle autonomie locali. Come si può osservare, si tratta di una delega ampia che ha conferito ai servizi sociali una forte capacità di innovazione cui non hanno però risposto modelli organizzativi suggeriti dalle regioni o messi in atto dai pochi comuni che hanno aderito a questo vasto processo devolutivo.

3. Ambiti intercomunali e gestione dei servizi sociali

L'aspetto qualificante sull'efficacia dei servizi sociali è proprio quello di saper cogliere opportunità e risorse locali in modo da operare forme di inclusione nel contesto e nel gruppo sociale, che sono spesso all'origine dei bisogni dei cittadini. Gli aspetti che influenzano maggiormente la strutturazione dei servizi alla persona sono la cultura, le politiche locali, le disponibilità economiche del comune; mentre l'ormai obsoleta risposta assistenziale si basava prevalentemente su trasferimenti e su ricoveri in strutture, oggi si deve offrire al cittadino non autosufficiente e alla sua famiglia un ventaglio di scelte e soprattutto prestazioni più complesse di aiuto personale o familiare che richiedono forte integrazione con il sistema sanitario e la disponibilità di personale qualificato.

Tutto questo è stato particolarmente definito intorno agli anni Novanta, quando si è presentata in maniera più forte ed organica di quanto non fosse avvenuto in precedenza la necessità di integrare i servizi comunali con quelli del sistema sanitario, dando origine a processi e a servizi che, sul piano della complessità delle prestazioni, hanno segnato la fine del ventesimo secolo, ma che – purtroppo – ancora oggi sono uno dei nodi irrisolti nei rapporti tra autonomie locali e Aziende sanitarie. Sul piano istituzionale i poteri dei comuni in materia di pianificazione sociale, innovati dalla delega del 1977 e definiti da quella del 1998, sono stati confermati dalla legge quadro sui servizi sociali 8 novembre 2000, n. 328.

La maggior criticità è ancora la grandezza dell'ambito territoriale. I servizi del terzo millennio debbono rispondere a caratteristiche di professionalità, qualità, efficienza ed efficacia, coniugate con la sostenibilità dei costi, che possono essere assicurate solo da grandezze territoriali e amministrative medio-grandi. Ciò non significa abbandonare i comuni medio-piccoli e piccoli, ma sostenerli ed avviarli verso le associazioni intercomunali, che in relazione alle condizioni geomorfologiche del territorio possono avere grandezze minime di 5.000/10.000 abitanti, per consentire i *livelli essenziali delle prestazioni sociali*, già previsti dall'articolo 117, lett. m) della Costituzione e declinati anche dall'articolo 22 della legge n. 328/2000 ripresa nella quasi totalità delle regioni, con modelli erogativi che vedono i servizi di base erogati dall'*ambito sociale* ed i servizi più complessi di secondo livello, prevalentemente quelli *integrati* con sanità, a favore di minori, famiglia, disabili e non autosufficienti, affidati alle zone e ai distretti sanitari, che nelle regioni più avanzate hanno trovato una concretizzazione in grandezze territoriali coincidenti, denominate distretti socio-sanitari.

A riprova dell'importanza di una *grandezza territoriale* che per i servizi complessi superi le piccole dimensioni locali, per il sistema sanitario il legislatore fin dalla legge n. 833/1978 ha scelto l'associazione intercomunale obbligatoria che ha denominato Conferenza dei sindaci, che in origine aveva compiti importanti quali il controllo del bilancio, delle piante organiche delle ASL, ecc., ma che con il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", li ha perduti, particolarmente negli aspetti più qualificanti, per i quali va però sottolineato che solo in poche occasioni le Conferenze dei sindaci hanno saputo esercitare il loro ruolo in maniera fattiva.

Solo con il d.lgs. n. 229/1999, di modifica e integrazione del d.lgs. 502/1992, si sono reintrodotti per i comuni associati (comitato di distretto) competenze in materia di salute, con una valutazione "vincolante" sul Programma delle attività territoriali (PAT) del distretto, per la parte relativa all'integrazione socio-sanitaria, mentre alla Conferenza dei sindaci dell'ASL si è chiesta la valutazione del direttore generale, al termine del suo mandato, per una riconferma o meno. Il decreto non ha avuto applicazione omogenea nelle diverse regioni italiane e questo ha impedito che si affermasse in maniera importante il ruolo delle amministrazioni locali in ambito socio-sanitario.

Con la grave crisi economica che ha travolto l'Italia alla fine della prima decade degli anni 2000 i problemi della scarsa incisività delle amministrazio-

ni locali si sono aggravati, perché la cultura del sistema sanitario “si è chiusa sui problemi economici” e ha espulso tutte le idee innovative che si supponeva potessero inficiare finanziariamente i costi del sistema stesso. In realtà nulla di più falso, perché è appurato che le soluzioni solo *sanitarie* non risolvono i problemi complessi, dove la malattia è cronicizzata o dove la disabilità e la mancanza di autonomia richiedono insieme alle cure – proprio per la loro efficacia – interventi multipli, che tutelano la qualità di vita e permettono alla persona non autosufficiente, anche con aiuti esterni, di adempiere alle funzioni primarie della vita quotidiana.

4. Difficoltà ad avviare associazioni intercomunali: interventi dello Stato

In linea di massima, pur prendendo atto di questa realtà, i comuni non sono stati spinti a superare le *municipalità* e ad associarsi per aumentare il loro peso e sostenere finanziariamente le funzioni sociali di rilievo sanitario. Di qui, lo *scarso sviluppo dei servizi integrati* a partire dall'ADI, intesa come servizio concretamente integrato tra due comparti e non come sommatoria di prestazioni.

In tempi più ravvicinati, la limitatezza delle risorse finanziarie nell'ambito della spesa pubblica ha spinto lo *Stato* a sollecitare la funzione associativa dei comuni, attraverso il d.l. n. 95/2012 (convertito in legge n. 135/2012) che elenca le funzioni fondamentali delle autonomie e gli obblighi alla gestione associata. Tra le funzioni fondamentali è compresa anche la *funzione sociale*, ovvero la *progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali* ed in base al d.lgs. n. 23/2011 (fiscaltà municipale) parrebbe che le funzioni fondamentali siano finanziate da entrate statali e comunali e con il Fondo sperimentale di riequilibrio, ma ad oggi il processo federalistico sembra assopito; l'approvazione delle modifiche costituzionali potrebbe rivitalizzarlo.

Sul versante dell'associazionismo intercomunale va detto anche che la legge n. 135/2012 “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini” instaura un nuovo corso per tutto il sistema degli enti locali, stabilendo che i *servizi di prossimità* al cittadino devono essere gestiti da aggregazioni di comuni non inferiori a “soglie demografiche consistenti” (5-10.000 abitanti), mentre le funzioni di *area vasta* devono essere gestite da province aggregate o da città metropolitane. Inoltre, la legge n. 135/2012, ribadendo ai comuni l'obbligo di praticare la gestione associata,

modifica nuovamente la disciplina delle unioni superando la forma “speciale e obbligatoria” per i comuni sotto i 1.000 abitanti, già dettata dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, “Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo”, riportando le norme a quanto già stabilito nel TU degli enti locali.

Per i comuni fino a 5.000 abitanti resta la facoltà di avvalersi della convenzione e/o dell’unione di comuni per l’esercizio in forma associata delle funzioni fondamentali, secondo le modalità indicate dagli articoli 30 e 32 del TU del 2000. Sono inoltre apportate modifiche al numero di componenti del consiglio dell’unione, garantendo le minoranze e assicurando la rappresentanza di ogni comune. Lo statuto dell’unione di comuni deve rispettare i principi di organizzazione e di funzionamento, nonché le soglie demografiche, qualora previsti dalle leggi regionali in materia.

Sulla grandezza demografica delle unioni di comuni, la norma statale fissa il limite demografico minimo di 10.000 abitanti, mentre per le convenzioni sono indicati 3.000 abitanti quando si tratta di comuni appartenenti o appartenuti a comunità montane. I titolari delle cariche negli organi delle unioni di comuni non percepiscono alcuna indennità. L’obbligo di esercizio associato delle funzioni fondamentali previsto per i comuni con meno di 5.000 abitanti può essere derogato solo con legge regionale in caso di fusione.

Le vicissitudini dell’associazionismo intercomunale non finiscono qui: più vicina nel tempo è la legge n. 56/2014, “Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni” che, abolendo le province, riporta l’interesse del legislatore alle grandezze territoriali intermedie, regolarizzando anche il numero delle città metropolitane che andranno a sostituire le province se coincidono con il territorio delle stesse; laddove non sono presenti, permangono le province, ma con funzioni differenti rispetto alle attuali. I nuovi organi delle province sono composti da sindaci, assessori e consiglieri eletti nei comuni che appartengono all’ex territorio provinciale; questo potrà facilitare anche l’associazionismo intercomunale. Nessuna delle cariche amministrative svolte in seno alla giunta o al consiglio provinciale dà luogo ad indennità. A compimento del percorso di modifica e soppressione delle province, la revisione in atto del titolo V della Costituzione dovrà provvedere a sopprimere anche la menzione “province” nell’articolazione territoriale della Repubblica.

5. Conclusioni: ripercussioni della frammentazione comunale sui servizi sociali

L'importanza di individuare grandezze territoriali intermedie alle regioni, che hanno solo funzioni legislative e di indirizzo, di cui si è cercato di tracciare l'evoluzione, non può più essere una scelta facoltativa dei piccoli comuni, perché si sono evidenziate le difficoltà applicative, ma se si vuol giungere ad un governo dei servizi sociali e socio-sanitari organizzato, competente e sostenibile, i tempi non sono più procrastinabili. Infatti, va tenuto conto che degli attuali 8.047 comuni italiani, quelli con una popolazione da 1.000 a 5.000 abitanti sono 3.735 e rappresentano il 46,42%. Il 55% di questi piccoli comuni è situato nelle regioni del Nord (2042), il 12% nelle regioni del Centro (458), il 33% nelle regioni del Sud e delle isole (1235 comuni). Le regioni con il maggior numero di piccoli comuni sono la Lombardia (759), il Piemonte (473) e il Veneto (273), seguite da Campania (263) e Calabria (253); quest'ultima è inoltre la regione con la percentuale più alta di comuni in tale fascia (61,9%); seguono con percentuali minori la Puglia (30,2%) e la Liguria (35,7%).

I dati ISTAT sugli interventi e servizi sociali dei comuni, riferiti al 2012, mostrano che la spesa per interventi a favore degli anziani (da considerarsi nella quasi totalità non autosufficienti) ammonta a 1.334.211.143 euro – peraltro inferiore di circa 53 milioni rispetto al 2011 –, con un'incidenza di poco superiore al 19% sulla spesa sociale totale, pari a 6.982.391.861. Nella tabella 8.1, le percentuali di copertura dell'assistenza domiciliare sociale evidenziano una media nazionale dell'1,3% con distribuzione quasi omogenea tra Nord e Sud con una lieve flessione al Centro (0,8). La tabella 8.2 mostra come l'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari copra nazionalmente solo lo 0,6% della popolazione anziana, di cui poco più dell'1% nelle regioni del Nord, lo 0,5% in quelle del Centro e lo 0,1% nel Sud. Infine, la tabella 8.3 mostra la copertura di interventi sostitutivi (assegni di cura, voucher, ecc.) di cui si rileva l'esiguità: incidenza nazionale sulla popolazione anziana 0,5%, con punte più alte solo nel Nord-Est ed una quasi inesistenza nel Sud e nelle Isole. Solo in parte, però, le inadeguatezze dei comuni sono giustificabili con i tagli di spesa ai servizi sociali, avvenuti per il Fondo sociale nazionale nel triennio 2010/2012; molte difficoltà sono da attribuirsi alle grandezze comunali che non consentono l'organicità ed il costo di servizi complessi.

Non sembrano necessari ulteriori commenti, per comprendere come il ricorso improprio agli ospedali possa essere inevitabile di fronte ad interventi così limitati. Certamente l'urgenza di *ambiti territoriali* più consistenti potreb-

be favorire la sistematizzazione e l'incremento delle prestazioni domiciliari, sia sotto il profilo dell'integrazione con le ASL, che sul piano organizzativo dei servizi. È ovvio che una grandezza territoriale maggiore ha più contrattualità con soggetti esterni cui affidare la gestione dei servizi. I Piani di zona avevano proprio questo scopo. Nel contempo dovrebbe essere stabilizzato l'utilizzo del personale di aiuto familiare (badanti) che supporta e accudisce il n.a., con interventi non esigui come quelli sopra citati, e soprattutto dovrebbe essere maggiormente coinvolto il Servizio sanitario. Con i nuovi standard ospedalieri, i comuni dovrebbero proporre alla sanità una concreta integrazione attraverso apposito finanziamento (es.: progetto obiettivo) all'assistenza tutelare domiciliare, a fronte di un preciso (quantificato) impegno di una diminuzione dei ricoveri impropri.

La fusione dei comuni può essere una strada più difficoltosa da scegliere perché di grande maturità, considerando anche il superamento di identità locali, ma l'unione e soprattutto la convenzione per la gestione associata dei servizi devono rappresentare un primo traguardo irrinunciabile, per rispettare i bisogni dei cittadini più deboli e per una "cultura della gestione pubblica" dove la spesa non può proliferare, ma deve trovare forme organizzative sostenibili. Gli operatori dispongono anche di alcuni consolidati strumenti, tipo l'analisi rischi/benefici (SWOT) che può aiutare nella individuazione delle *funzioni da gestire in maniera associata*.

Quanto è stato descritto è per comprovare il difficile incremento dei servizi sociali e soprattutto socio-sanitari a favore dei non autosufficienti (da aggiungere anche coloro che sono affetti da malattie croniche che tendono a sfociare nella non autosufficienza). In tal senso, se gli assetti amministrativo-organizzativi delle amministrazioni locali non mutano, le prospettive di questa popolazione che risiede nei piccoli centri sono davvero molto limitate e di fatto si pregiudica anche il dialogo con le Aziende sanitarie (peraltro con grandezze territoriali in aumento!).

Non è, e difficilmente sarà, nel potere dei cittadini chiedere unioni o fusioni dei piccoli comuni, ma dovrà essere il livello politico regionale che regola in maniera stringente la sostenibilità territoriale delle funzioni socio-sanitarie, disciplinando un'organizzazione territoriale in cui vi sia la corrispondenza di territori e organi locali con le articolazioni delle Aziende sanitarie, cui deve corrispondere l'obbligo di dialogare con il sistema delle autonomie. Anche le forze sociali e gli stessi operatori, dal canto loro, dovranno sostenere con i sindaci di queste piccole entità l'importanza delle associazioni intercomunali.

Tabella 8.1 - Utenza e spesa dei servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale per anziani (anno 2012)

Regioni e ripartizioni geografiche	Utenti anziani (% su pop. 65+)	Spesa media per utente anziano (euro)
Piemonte	0,8	1.281
Valle d'Aosta	5,3	4.626
Liguria	1,1	1.880
Lombardia	1,4	1.919
Trentino-Alto Adige	4,3	3.170
<i>P.A. Bolzano</i>	4,8	3.013
<i>P.A. Trento</i>	3,9	3.340
Veneto	1,4	1.184
Friuli-Venezia Giulia	2,3	2.096
Emilia-Romagna	1,4	1.868
Toscana	0,7	2.704
Umbria	0,3	2.112
Marche	0,7	2.701
Lazio	0,9	3.140
Abruzzo	1,3	1.796
Molise	2,0	1.119
Campania	1,1	1.928
Puglia	0,7	2.583
Basilicata	1,3	2.177
Calabria	1,0	1.153
Sicilia	1,7	1.701
Sardegna	2,5	3.342
Nord-ovest	1,2	1.880
Nord-est	1,7	1.939
Centro	0,8	2.923
Sud	1,0	1.897
Isole	1,9	2.253
ITALIA	1,3	2.090

Fonte: ISTAT, *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati. Anno 2012*, con rielaborazioni INRCA.

Tabella 8.2 - Utenza e spesa dei servizi di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari per anziani (anno 2012)

Regioni e ripartizioni geografiche	Utenti anziani (% su pop. 65+)	Spesa media per utente anziano (euro)
Piemonte	0,8	968
Valle d'Aosta	0,5	5.609
Liguria	0,1	811
Lombardia	0,2	224
Trentino-Alto Adige	0,1	2.532
<i>P.A. Bolzano</i>	-	-
<i>P.A. Trento</i>	0,1	2.532
Veneto	3,9	366
Friuli-Venezia Giulia	0,2	3.281
Emilia-Romagna	0,5	1.178
Toscana	0,9	1.105
Umbria	0,6	1.152
Marche	0,1	3.735
Lazio	0,3	1.796
Abruzzo	0,3	1.854
Molise	-	-
Campania	0,2	3.178
Puglia	0,2	2.701
Basilicata	0,1	2.735
Calabria	0,2	816
Sicilia	0,1	2.244
Sardegna	0,1	3.797
Nord-ovest	0,4	803
Nord-est	1,8	494
Centro	0,5	1.356
Sud	0,2	2.455
Isole	0,1	2.893
ITALIA	0,6	859

Fonte: ISTAT, *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati. Anno 2012.*

Tabella 8.3 - Utenza e spesa di voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari per anziani (anno 2012)

Regioni e ripartizioni geografiche	Utenti anziani (% su pop. 65+)	Spesa media per utente anziano (euro)
Piemonte	0,6	3.431
Valle d'Aosta	1,0	4.157
Liguria	0,3	3.305
Lombardia	0,5	1.130
Trentino-Alto Adige	0,3	3.554
<i>P.A. Bolzano</i>	-	-
<i>P.A. Trento</i>	0,7	3.554
Veneto	2,4	723
Friuli-Venezia Giulia	0,6	4.776
Emilia-Romagna	0,2	1.188
Toscana	0,3	2.393
Umbria	-	4.622
Marche	0,4	2.302
Lazio	-	1.319
Abruzzo	0,2	774
Molise	-	717
Campania	-	4.016
Puglia	0,2	3.097
Basilicata	0,3	2.353
Calabria	-	874
Sicilia	0,3	1.164
Sardegna	0,1	4.520
Nord-ovest	0,5	2.169
Nord-est	1,2	1.081
Centro	0,2	2.313
Sud	0,1	2.619
Isole	0,3	1.568
ITALIA	0,5	1.610

Fonte: ISTAT, Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati. Anno 2012.

Bibliografia

- ALESIO M. (2011), *La gestione associata delle funzioni ed i servizi comunali*, Padova, SSPAL.
- ANCI (2011), *Le unioni di comuni, il vissuto dei cittadini e l'esperienza degli amministratori*, Rapporto di ricerca.
- ANCI (2011), *Le gestioni associate promosse mediante convenzione (art. 30 TUEL)*, Rapporto di ricerca ANCITEL.
- BANCHERO A. (2005), "Programmare i servizi sociali e socio-sanitari", Il Mulino, Bologna.
- FERLAINO F. e MOLINARI P. (2009), *Neofederalismo, neoregionalismo e intercomunalità. Geografia amministrativa dell'Italia e dell'Europa*, Bologna, Il Mulino.
- TORCHIA L. (2009), *Il sistema amministrativo italiano*, Bologna, Il Mulino.

9. Focus: i centri diurni

Franco Pesaresi

Il presente lavoro si occupa dei centri diurni per anziani non autosufficienti. Si tratta della prima ricognizione nazionale sulla presenza, sull'organizzazione e sul costo dei centri diurni. L'aspetto positivo ed unico di una ricognizione nazionale è quello di accumulare molto materiale degno di attenzione proprio perché un lavoro di questo tipo non è mai stato fatto in Italia. Il punto di debolezza, invece, è che, per ragioni di spazio, occorre rinunciare ad alcuni contenuti. Il presente lavoro, infatti, si occupa di alcuni aspetti dell'organizzazione dei centri diurni e non di altri pur significativi come il dimensionamento, le caratteristiche strutturali, la caratterizzazione degli ospiti e la durata dell'ospitalità, le modalità di accesso e di assistenza. Lo spazio a disposizione, inoltre, costringe a rinunciare ad una valutazione approfondita dei dati raccolti.

1. I centri diurni per anziani

Il centro diurno per anziani non autosufficienti è una struttura socio-sanitaria a carattere diurno che persegue i seguenti obiettivi:

- favorire la permanenza a domicilio dell'anziano contrastando il rischio di ricovero presso strutture residenziali;
- garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie e di riabilitazione atte a mantenere le condizioni di autonomia e a rallentare il processo di decadimento fisico e psichico;
- perseguire il benessere fisico e relazionale attraverso un miglioramento delle condizioni di vita;
- promuovere il sostegno alla famiglia nella gestione dell'assistito totalmente o parzialmente non autosufficiente.

I centri diurni per anziani sono nati in Italia nei primi anni '80 spinti dal dibattito internazionale dell'epoca e con l'avvio di sperimentazioni estere analoghe, soprattutto canadesi. I primi centri diurni (CD) si occupavano soprattutto di anziani autonomi o con iniziali limitazioni dell'autonomia, ga-

rantendo soprattutto interventi di animazione e socializzazione. Negli anni successivi, la popolazione di riferimento è gradualmente cambiata e i centri diurni si sono indirizzati soprattutto verso gli anziani non autosufficienti e/o con demenza (Giunco *et al.*, 2011).

La normativa nazionale

Con il decreto 29 novembre 2001 sui LEA, l'assistenza semiresidenziale è stata identificata come un livello essenziale dell'assistenza che ogni territorio deve garantire agli anziani non autosufficienti.

Ciò che caratterizza un centro diurno è la tipologia degli ospiti che accoglie e conseguentemente gli standard assistenziali che garantisce. La normativa nazionale sanitaria prevede due tipologie di assistenza semiresidenziale: quella per anziani non autosufficienti e quella per anziani con demenza (cfr. Tab. 9.1).

Tabella 9.1 - Le tipologie di prestazioni semiresidenziali per anziani non autosufficienti

Codici di attività	Prestazioni	Descrizione
SR	Semiresidenziali	Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni
SRD	Semiresidenziali demenze	Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale

Fonte: Documento commissione nazionale LEA "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" e decreto Ministero lavoro, salute e politiche sociali 17 dicembre 2008.

Il Nomenclatore degli interventi e servizi sociali (2013-versione 2) approvato dalla Conferenza delle regioni sembra invece genericamente prevedere il solo centro diurno per anziani non autosufficienti all'interno della più ampia categoria dei centri diurni semiresidenziali socio-sanitari e socio-riabilitativi. Il Nomenclatore per la verità prevede anche i centri diurni di protezione sociale che svolgono attività di sostegno, socializzazione e recupero di anziani (ed altre categorie) che però sembra richiamare più il modello del centro sociale che quello del centro diurno per anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti.

Il quadro normativo nazionale prevede dunque le seguenti tipologie di centri diurni (CD):

1. CD per anziani non autosufficienti;
2. CD per anziani affetti da demenza;

3. CD di protezione sociale per anziani bisognosi di socializzazione e sostegno.

I primi due sono strutture sociosanitarie che devono essere garantite in tutto il territorio nazionale mentre la terza tipologia ha natura di carattere sociale la cui realizzazione è demandata alla discrezionalità politica dei singoli territori.

Le tipologie dei CD identificate dalle regioni

Tutte le regioni hanno regolamentato in modo più o meno esaustivo la materia dei centri diurni per anziani.

L'elemento principale che discrimina e caratterizza le diverse tipologie di centri diurni è costituito dalle condizioni dell'utenza che conseguentemente influenzano poi i requisiti e l'organizzazione delle strutture semiresidenziali.

Le regioni hanno previsto quattro diverse tipologie di centri diurni per anziani. La tipologia prevalente adottata dalle regioni è quella del centro diurno per anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti che è stata adottata da 14 regioni (cfr. Tab. 9.2). Tre di queste regioni (Lazio, Liguria e Trento) hanno previsto anche l'eventuale inserimento di adulti nelle medesime condizioni.

Il centro diurno per demenze (o Alzheimer) è stato invece previsto da 12 regioni la metà delle quali ha aperto le strutture anche agli adulti (cfr. Tab. 9.2).

L'altra tipologia prevista dalla normativa nazionale relativa all'assistenza semiresidenziale per anziani non autosufficienti è stata adottata solo da cinque regioni, con due di queste (Friuli-Venezia Giulia e Sardegna) che hanno previsto l'accoglienza anche di adulti non autosufficienti.

Quattro regioni hanno infine previsto la realizzazione di centri diurni per anziani autosufficienti con un disagio sociale da contrastare (cfr. Tab. 9.2). Il presente lavoro non si occupa di questa ultima tipologia.

Tabell 9.2 - Le tipologie di centro diurno per anziani previste dalle regioni

Tipologie di centro diurno	Regioni
Centri diurni per anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	14: Abruzzo, Bolzano, Campania, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta
Centri diurni per anziani con demenza	12: Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Trento, Umbria, Valle d'Aosta
Centri diurni per anziani non autosufficienti	5: Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Sicilia, Veneto
Centri diurni per anziani autosufficienti ma con disagio sociale	4: Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Trento

Le strutture semiresidenziali identificate nella Tab. 9.2 non sono state introdotte nelle varie regioni in modo uniforme. Al contrario. Il nostro censimento ha reperito la normativa relativa a 39 diverse caratterizzazioni dei centri diurni per cui ogni regione, in media, ha previsto due diverse tipologie di strutture semiresidenziali. Ma ci sono regioni che hanno previsto una sola tipologia e al capo opposto la Provincia autonoma di Trento che ne ha previste sei (cfr. Tab. 9.3).

Tabella 9.3 - I setting semiresidenziali per anziani delle regioni

	Tipologie CD	Regioni	Particolarità
1	Una tipologia: CD per anziani non autosufficienti	Bolzano, Lombardia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto	Toscana: accolgono anche anziani autosufficienti ma in stato di bisogno sociale
2	Una tipologia: CD per anziani con disagio sociale	Calabria	
3	Due tipologie: CD per anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti e CD Alzheimer	Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Umbria, Valle d'Aosta	Emilia-Romagna: accolgono solo anziani non autosufficienti
4	Due tipologie: CD per anziani non autosufficienti e CD per anziani autosufficienti	Friuli-Venezia Giulia	
5	Tre tipologie: CD sociale, CD per anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti e CD per anziani autosufficienti	Piemonte	
6	Sei tipologie: CD sociali, CD per anziani e per demenze	Trento	Accolgono anziani autosufficienti e non autosufficienti

La metà delle regioni ha previsto le due tipologie prevalenti: i centri diurni per anziani totalmente o parzialmente non autosufficienti e i centri diurni per demenze/Alzheimer. Un secondo gruppo composto da 6 regioni ha previsto una sola tipologia riservata agli anziani non autosufficienti. Ci sono poi altri 4 diversi orientamenti, ognuno dei quali seguito da una sola regione e relativo ad un diverso mix delle tipologie previste (cfr. Tab. 9.3).

Nel complesso, emergono due fenomeni.

Il primo è quello della previsione delle varie tipologie di centri diurni in modo significativamente difforme dalle indicazioni nazionali con una elevata differenziazione dei modelli dei setting. Rispetto alle indicazioni nazionali metà delle regioni hanno individuato una tipologia in più, quella dei centri diurni per anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti. Di per sé questo non è sbagliato, dato che l'obiettivo dei centri diurni dovrebbe essere anche quello di contrastare il rischio di istituzionalizzazione dei soggetti ancora non completamente non autosufficienti. Funzione che i centri diurni possono svolgere con efficacia. Tuttavia, tale ipotesi, se non affrontata con competenza ed attenzione, potrebbe portare a qualche problema nei rapporti con le aziende sanitarie che, in base alla normativa nazionale, sarebbero tenute a rimborsare la quota sanitaria di loro competenza per i posti convenzionati per i soli soggetti non autosufficienti.

Il secondo e più grave fenomeno è costituito dalla mancata previsione del centro diurno Alzheimer da parte di quasi metà delle regioni (otto regioni e una provincia autonoma). La conseguenza è che in queste regioni non possono essere realizzati e/o riconosciuti i centri diurni dedicati ai malati di Alzheimer e questo ovviamente colpisce alla radice la possibilità di erogare assistenza specialistica ai malati garantendo loro pari possibilità di accesso in tutte le regioni italiane. È vero che i malati di Alzheimer possono essere accolti anche nei centri diurni per anziani non autosufficienti, ma è altrettanto vero che in quella sede non possono avere un'assistenza calata sulle loro esigenze.

Il quadro nazionale della regolazione del settore non può pertanto dirsi soddisfacente per la lontananza dal quadro di riferimento nazionale, per la diffusa disomogeneità e per la ridotta previsione delle strutture dedicate ai malati di Alzheimer.

2. I posti previsti

Il documento della Commissione nazionale LEA dal titolo “Prestazioni residenziali e semiresidenziali” (2007) propone l’obiettivo di 1,50 posti ogni 1.000 anziani (pari a 19.829 posti) nei centri diurni per anziani non autosufficienti ed altrettanti nei centri diurni demenze. Si tratta di un obiettivo apparentemente contenuto (3 posti per 1.000 anziani), ma stanti i bassi livelli attuali di offerta esso comporterebbe un raddoppio circa dell’attuale offerta.

Tabella 9.4 - Gli obiettivi regionali in termini di posti nei centri diurni per anziani

Regione	Denominazione	Utenza	Posti previsti per 1.000 anziani (*)
Abruzzo	Semiresidenze anziani	Anziani	0,7
	Semiresidenze demenze	Soggetti con demenza senile	0,7
Basilicata	Semiresidenzialità anziani	Anziani	1,4
	Semiresidenzialità demenze	Soggetti con demenza senile	1,0
Bolzano	Centro di assistenza diurna	Persone anziane che non sono in grado di rimanere da sole al proprio domicilio	2,4
Campania	Centro diurno per anziani	Anziani non autosufficienti e affetti da demenza	2,2
Lazio	Trattamenti semiresidenziali	Anziani n.a. o con disturbi cognitivo-comportamentali	1,1
Liguria	Centro diurno di 2° livello	Anziani non autosufficienti con prevalente disturbo cognitivo	3,9
Marche	Centro diurno demenze	Anziani con disturbi cognitivi	0,8
	Centro diurno anziani	Anziani non autosufficienti e parzialmente n.a.	0,9
Molise	Centro diurno integrato per anziani		0,8
	Centro diurno Alzheimer	Anziani per lo più affetti da demenze	0,4
Piemonte	CDAA-CDAI	Soggetti affetti da demenza	1,0
Puglia	Centri diurni	Anziani	2,4
Sicilia	Centri diurni Alzheimer	Anziani affetti da demenza	0,2
Toscana		Anziani con demenza ed altre malattie neurologiche invalidanti	1,6
Trento	Tutti i centri diurni		3,2
Umbria	Centri diurni Alzheimer	Anziani con Alzheimer	3,0
Veneto	Centro diurno per anziani non autosufficienti	Anziani non autosufficienti	2,3
Media comparata			1,6

(*) Le regioni hanno utilizzato parametri diversi per formulare la programmazione dei posti dei centri diurni. Alcune regioni hanno previsto delle percentuali in base alla popolazione anziana, altre in base agli ultrasessantacinquenni, altre in base a tutta la popolazione, altre, infine, hanno previsto solo il numero dei posti da realizzare. Per permettere la comparazione, tutti i dati regionali sono stati trasformati in posti per 1.000 anziani, indicati nella colonna 4.

Fonte: delibere e leggi regionali.

La maggior parte delle regioni ha fissato gli obiettivi in termini di posti nei centri diurni. Si tratta di 15 regioni che nel complesso prevedono di realizzare 1,6 posti delle diverse tipologie ogni 1.000 anziani. Di questi, 0,7 posti per 1.000 anziani sono dedicati a centri diurni per demenze/Alzheimer (cfr. Tab. 9.4).

Come al solito, le previsioni programmatiche delle regioni sono molto diversificate. Si passa da 0,2 posti per 1.000 abitanti della Sicilia ai 3,9 della Liguria per le varie tipologie dei centri diurni per anziani.

Nessuna regione ha adottato gli obiettivi proposti dal documento della Commissione nazionale LEA dal titolo "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" (2007); solo la Liguria e la Toscana superano quegli obiettivi per i centri diurni Alzheimer e la Provincia autonoma di Trento per gli altri centri diurni per anziani non autosufficienti.

Gli standard regionali di posti risultano dunque pari alla metà circa delle indicazioni nazionali. Si tratta probabilmente del primo caso in cui fra indicazioni nazionali e previsioni regionali si registra un simile scarto. Occorre ricercare le motivazioni dello scarso interesse delle regioni per i centri diurni che hanno portato – con alcune lodevoli eccezioni – alla previsione di un numero molto basso di posti rispetto alle necessità del Paese. Probabilmente molte regioni – sbagliando – ritengono questa struttura non abbastanza efficace e gli obiettivi (sostegno alle famiglie e contrasto della istituzionalizzazione) che persegue non strategici all'interno del Servizio sanitario. È su questo che occorrerà lavorare in futuro.

3. I posti attivati

I dati sui centri diurni per anziani sono scarsi ed incompleti. I dati raccolti, relativi ad annualità diverse, segnalano la presenza di 941 centri diurni per anziani che gestiscono 19.421 posti ⁽¹⁾ che accolgono annualmente 24.936 anziani (cfr. Tab. 9.5). Il settore appare comunque in costante seppur lenta crescita facendo registrare, negli ultimi anni, un incremento di circa 50 centri all'anno.

⁽¹⁾ Sono considerati anche i posti non convenzionati che, comunque, costituiscono una quota modesta del totale complessivo. In Lombardia, per esempio, i posti non convenzionati sono 396 pari al 5% del totale dei posti.

Tabella 9.5 - Centri diurni per anziani nelle regioni italiane

Regioni	Anno	Strutture	Posti	Utenti	Giornate per utente	Posti per 1.000 anziani
Piemonte	2012	18	566	856	145	0,52
Valle d'Aosta	2007	14	131	403	n.d.	4,54
Lombardia	2014	311	7.430	10.990(2013)	113 (2013)	3,43
Bolzano	2004	10	132	240	n.d.	1,34
Trento	2014	23	327	595 (2012)	260 (2012)	2,94
Veneto	2012	74	1.586 (2014)	2.233	117	1,49
Friuli-V.G.	2013	27 (2012)	471	621	89	1,53
Liguria	2012	30	606 (2014)	802	123	1,37
E.-Romagna	2014	222 (2012)	4.375	5.389	122	4,19
Toscana	2012	105	1.705 (2014)	1.972	133	1,83
Umbria	2012	19	250	471	100	1,14
Marche	2014	30	496	n.d.	119 (2010)	1,35
Lazio	2008	25	658	n.d.	210	0,54
Abruzzo	2014	1	30	n.d.	n.d.	0,10
Molise	2014	1	15	n.d.	n.d.	0,25
Campania	2012	7	120	131	91	0,12
Puglia	2013	11	275	150 (2012)	159 (2012)	0,33
Calabria	2007	1	20	n.d.	n.d.	0,05
Basilicata	2009	1	20	n.d.	183	0,16
Sicilia	2014	15	188	78 (2012)	79 (2012)	0,19
Sardegna	2012	4	20	5	124	0,06
Italia	2007-14	941	19.421	24.936	135	1,47

Nota: non tutti posti censiti sono convenzionati.

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero salute (2005, 2008, 2015), Provincia di Bolzano (2004), Regione Emilia-Romagna (2013), Regione Toscana; Agenas (2009); Regione Liguria d.C.R. n. 8/2008; Genova & Palazzo (2008); Regione Lombardia d.G.r. n. 116/2013; Regione Lazio (2009); Regione Marche ORPS (2012), d.G.r. n. 289/2015; Regione Friuli-V.G. (2015), Ghetti (2015); Regione Valle d'Aosta (2008); Regione Puglia d.G.r. n. 1534/2013; Provincia di Trento d.G.p. n. 2226/2014.

I posti realizzati nei centri diurni per anziani sono pari all'1,47 per mille anziani; un risultato più basso del 9% rispetto agli obiettivi complessivi regionali ma del 50% più basso degli obiettivi proposti dal documento della Commissione nazionale LEA dal titolo "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" (2007). Da rilevare che tutte le regioni del Centro-nord, ad eccezione di Piemon-

te e Lazio, hanno una quota di posti superiore allo 0,1% degli anziani mentre tutte le regioni del Sud hanno una quota di posti inferiore a tale parametro.

141 centri diurni su 941 sono interamente dedicati ai malati di Alzheimer o con demenza. Si tratta di 2.511 posti, pari al 12,9% del totale (cfr. Tab. 9.6). Un dato assai modesto, pari a 0,19 posti per mille anziani, se si pensa alle straordinarie necessità assistenziali richieste dall'elevatissimo numero di anziani affetti da demenza/Alzheimer.

Dai dati risulta che le Regioni Liguria, Umbria e Marche hanno una dotazione di posti dedicati ai malati di Alzheimer fra le più elevate in Italia rispetto alla popolazione anziana mentre nel complesso la loro dotazione di posti nei centri diurni per anziani è sotto la media. Si tratta, evidentemente, di una scelta politica ben precisa di puntare ad un segmento assistenziale ben identificato.

Tabella 9.6 - Centri diurni per anziani affetti da demenza o Alzheimer

Regione	Centri diurni	Posti	Posti per 1.000 anziani
Liguria	8	336	0,76
Umbria	12	148	0,67
Marche	9	179	0,49
Valle d'Aosta	1	12	0,42
Toscana	23	312	0,34
Trento	2	38	0,34
Lazio	19	401	0,33
Piemonte	18	304	0,28
Molise	1	15	0,20
Sicilia	15	188	0,19
Emilia-Romagna	12	193	0,18
Basilicata	1	20	0,16
Sardegna	2	55	0,15
Abruzzo	1	30	0,10
Lombardia	10	154	0,07
Puglia	2	60	0,07
Veneto	3	48	0,04
Friuli-Venezia Giulia	1	8	0,03
Campania	1	10	0,01
Bolzano, Calabria	0	0	0,00
Totale	141	2.511	0,19

Fonte: <http://www.centri-diurni-alzheimer.it/>; Regione Marche ORPS (2012), d.G.r. n. 289/2015; Regione Lazio: <http://151.1.149.50/alzheimer/offerta-assistenziale/centri-diurni-alzheimer-anno-2012>; SPI CGIL (2013); Regione Piemonte d.G.r. n. 45-4248/2012; Provincia di Trento d.G.p. 2226/2014. Popolazione anziana ISTAT all'1/1/2015.

Nel complesso, gli anziani assistiti annualmente sono 24.936 (0,19% degli anziani), il che significa che annualmente per ogni posto transitano mediamente 1,3 anziani. Il dato è in parte confermato dalle giornate di frequenza media dei centri che sono 135 giornate annue per utente. Un indicatore per la verità un po' basso che potrebbe essere giustificato dalla scarsa qualità dei dati disponibili e/o dalla elevata morbilità degli anziani accolti. Non ci sono invece dati sulle liste d'attesa ⁽²⁾, sul tasso di utilizzo dei centri ⁽³⁾, sul periodo di permanenza media degli anziani nei centri (per quanti mesi/anni?) e sul tipo di assistenza fruita dagli stessi dopo la dimissione dal centro; elementi questi utili sia per programmare i servizi sia per valutare l'efficacia dei centri diurni.

I centri diurni costituiscono un servizio utile per gli anziani non autosufficienti e per le loro famiglie anche se incidono poco nella realtà assistenziale italiana, raggiungendo solo 1,5 anziani su mille. Un ritardo pesante se solo pensiamo alle indicazioni nazionali del 2007 che prevedevano esattamente il doppio dei posti (metà dei quali per i malati di Alzheimer), un risultato raggiunto solo dalla Valle d'Aosta, dall'Emilia-Romagna, dalla Lombardia e dalla Provincia autonoma di Trento ma in nessun caso per i malati di Alzheimer.

Inoltre, tale forma di assistenza è caratterizzata da una distribuzione diseguale da regione a regione, con ampi territori, tutto il meridione, quasi del tutto privi di tali strutture.

Assolutamente modesta, in tutto il territorio nazionale, la presenza di centri dedicati ai malati di Alzheimer che dispongono di un posto ogni 5.000 anziani. Questa sembra essere la criticità più grave soprattutto se la confrontiamo con la prevalenza della demenza che, considerata in tutte le sue forme, viene stimata intorno al 6,4% nella popolazione al di sopra dei 65 anni di età. Per dare un dato di sintesi ogni posto nei centri diurni Alzheimer deve fronteggiare 320 malati di demenza/Alzheimer.

Considerato il costante aumento del numero complessivo di anziani affetti da disabilità e da demenza, la carenza complessiva di posti, in assenza di una diversa politica, sposta l'onere assistenziale sulle strutture residenziali o caricando pesantemente sulle spalle delle famiglie tutto il fardello dell'assistenza. Ma questo è esattamente quello che non si dovrebbe fare per evitare un

⁽²⁾ Gli unici dati disponibili sono relativi alla Regione Lazio dove le liste d'attesa sono presenti nel 25% delle strutture (Lazio, 2009) e alla Provincia di Bergamo dove le liste d'attesa sono presenti nel 48% delle strutture (sito web: SPI-CGIL).

⁽³⁾ L'unico dato disponibile è relativo al tasso di utilizzo dei centri diurni dell'Emilia-Romagna che nel 2008 era del 73%.

uso inappropriato delle strutture residenziali socio-sanitarie e per garantire la permanenza dell'anziano al proprio domicilio supportandone la famiglia.

4. L'orario di funzionamento

Uno degli elementi più significativi e caratterizzanti di un centro diurno è costituito dal numero di ore settimanali di apertura. È del tutto evidente che un centro che funziona per un numero maggiore di ore e di giorni settimanali è in grado di soddisfare meglio le necessità dell'utenza. È però altrettanto evidente che il funzionamento di un maggior numero di ore determina un costo più elevato. Le regioni, ancora una volta, presentano un panorama estremamente differenziato. La grande maggioranza delle regioni prevede un funzionamento di almeno 5 giorni alla settimana rispetto ad un quarto delle regioni che prevede il funzionamento anche il sabato. Ciò che cambia in modo più significativo è il numero di ore giornaliere di funzionamento che oscilla fra le 6 e le 10 ore giornaliere. Questo fa sì che ci siano territori come la Provincia autonoma di Bolzano che garantisce almeno 30 ore settimanali e come la Regione Emilia-Romagna che ne garantisce 60 (cfr. Tab. 9.7). Queste differenze sono molto significative ed influenzano notevolmente i costi e la qualità organizzativa delle strutture. La media delle regioni è comunque di 42 ore settimanali di funzionamento.

Tabella 9.7 - L'orario di apertura dei centri diurni

Regione	Orario di apertura	Ore settimanali minime di apertura
Bolzano	Almeno cinque giorni alla settimana e 6 ore ogni giorno	30
Friuli-V.G., Lazio (per almeno 10 mesi), Liguria (di norma per 12 mesi), Veneto	Almeno 5 giorni alla settimana per 7 ore giornaliere	35
Campania, Molise (di norma per 12 mesi), Piemonte (CDAA/CDAI)	Almeno 8 ore al giorno e per almeno 5 giorni a settimana	40
Trento	5 giorni in settimana per un totale di 9 ore giornaliere	45
Sardegna, Toscana (per almeno 11 mesi)	6 giorni a settimana per almeno 8 ore al giorno	48
Piemonte (CDI e CDIA)	Almeno 5 giorni alla settimana (con preferenza per 6 giorni) per almeno 10 ore al giorno (preferibilmente dalle 8.00 alle 18.00)	50
Emilia-Romagna (290 giorni/anno)	10 ore al giorno per 6 giorni	60
Media	Almeno 5 giorni per almeno 8 ore	42

Questa grande variabilità anche nel numero di ore di apertura dei centri testimonia ancora una volta l'assenza di uno o più modelli organizzativi a cui far riferimento e richiama gli osservatori a tener conto di queste differenze quando si realizzano le comparazioni. Nel merito, un'apertura settimanale di 30 ore appare insufficiente a realizzare un efficace supporto delle famiglie che assistono a casa un anziano non autosufficiente perché questo orario non riesce a "coprire" l'intero pomeriggio. L'operatività efficace minima è invece costituita da un'apertura di 8 ore per almeno 5 giorni la settimana. L'apertura dei centri anche nelle giornate del sabato costituisce uno standard di grande qualità delle strutture.

5. Gli standard assistenziali

Il documento della commissione nazionale LEA sulle "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" del 2007 ha proposto gli standard assistenziali minimi del centro diurno per anziani non autosufficienti e del centro diurno per anziani con demenza introducendo un concetto nuovo negli standard, quello quell'assistenza globale. In sostanza la commissione nazionale LEA ha proposto un minutaggio assistenziale minimo giornaliero per ospite da garantire con figure professionali (OSS, animazione, infermiere, psicologo) il cui mix non è stato definito e l'ha chiamato "assistenza globale". Le regioni, nella loro autonomia, potranno o meno definire nel dettaglio questo mix professionale. Le due tipologie di CD hanno caratteristiche diverse per cui la commissione nazionale LEA ha previsto due diversi standard assistenziali minimi: più di 50 minuti di assistenza globale giornaliera per ospite nei centri diurni per anziani non autosufficienti e più di 80 minuti nei centri diurni per anziani con demenza (cfr. Tab. 9.8).

Tabella 9.8 - Standard assistenziali nazionali dei centri diurni per anziani non autosufficienti

Codici di attività	Tipologia	Standard assistenziali
SR	Centro diurno per anziani non autosufficienti	Staff: infermiere, OSS, animazione Assistenza globale > 50 min
SRD	Centro diurno per anziani con demenza	Staff: infermiere, OSS, psicologo Assistenza globale > 80 min

Nota: l'assistenza globale è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, terapisti per ospite.

Fonte: Documento commissione nazionale LEA "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" (2007).

Le regioni italiane hanno dato applicazione agli standard proposti rispettando gli standard minimi con due sole eccezioni ma con una varietà

straordinaria. Occorre valutare gli standard assistenziali proposti dalle singole regioni distinguendo puntualmente le due tipologie di centro diurno viste le diverse caratteristiche assistenziali delle due strutture e per permettere una comparazione fra strutture omogenee o assimilabili. Le comparazioni principali sono state realizzate utilizzando il parametro dell'“assistenza globale”. Giova a questo proposito precisare che per assistenza globale si intende il lavoro di infermieri, OSS, OTA, animatori, terapisti della riabilitazione, terapisti occupazionali e psicologi ⁽⁴⁾. Non sono invece considerati il coordinatore del centro, il medico, l'amministrativo e il personale per i servizi generali.

Gli standard assistenziali regionali dei centri diurni per anziani non autosufficienti

Gli standard assistenziali dei centri diurni per anziani non autosufficienti sono straordinariamente diversi fra una regione e l'altra (cfr. Tab. 9.9). La media di assistenza globale delle regioni italiane è di 81 minuti al giorno di assistenza per ospite. Tutte le regioni meno Abruzzo e Molise rispettano, superandolo, lo standard proposto dalla commissione nazionale LEA. Le differenze fra le regioni italiane sono molto ampie; al livello più basso si trova la Regione Abruzzo con 40 minuti giornalieri per ospite di assistenza globale, mentre al livello più alto si trova la Toscana con la struttura semiresidenziale di alta intensità che garantisce 145 minuti di assistenza globale. Lo standard più elevato è addirittura 3,5 volte quello più basso. La distribuzione regionale dei diversi standard è eccessiva e non trova giustificazioni; per trovare il range assistenziale che raggruppi la maggioranza delle regioni è stato necessario arrivare alla forbice 55-107 minuti di assistenza globale.

Per quel che riguarda le singole professioni si rileva che la gran parte dell'assistenza viene fornita da un gruppo di figure che comprende OSS, OTA ed altri addetti all'assistenza tutelare.

L'infermiere in media garantisce 7 minuti di assistenza giornaliera per ospite ma c'è chi come il Piemonte prevede un solo minuto giornaliero di assistenza e il Veneto e il Friuli-Venezia Giulia che invece ne prevedono 12. Le regioni che hanno previsto esplicitamente l'animatore sono poche e prevedono mediamente 14 minuti giornalieri per ospite (lo standard minimo è della Lombardia con 6 minuti *pro capite* e quello massimo è della Campania con 21

⁽⁴⁾ Gli psicologi sono stati inseriti nel gruppo di operatori di assistenza globale anche perché questo viene fatto dalla commissione nazionale LEA (vedi Tab. 9.7).

minuti al giorno per ospite). Solo due regioni hanno previsto il terapeuta della riabilitazione (Lombardia con 7 minuti al giorno e Campania con 21 minuti al giorno), mentre la sola Campania ha previsto il terapeuta occupazionale (21 minuti al giorno per ospite). Infine la Regione Campania ha previsto un'attività dello psicologo di 7 minuti al giorno per ospite (cfr. Tab. 9.9).

Tabella 9.9 - Gli standard di personale dei CD per anziani non autosufficienti

Regione	Anno	Struttura	Standard assistenziali	Assistenza globale (*)
Abruzzo	2008	SR anziani	Assistenza globale: > 40 min (infermiere, OSS, animazione)	> 40 minuti
Molise	2015	CD anziani	Coordinatore: almeno 12 ore a settimana; una figura professionale per le attività ogni 10 utenti; psicologo: possibile; almeno un addetto ai servizi generali (OSA), ogni 15 anziani	48 minuti
Marche	2014	SR anziani non autosufficienti	Assistenza globale (infermiere, OSS, animazione) almeno 50 min/paz. inteso come media	almeno 50 minuti
Basilicata	2012	SR anziani	Assistenza globale > 50 minuti (infermiere, OSS, animazione)	> 50 minuti
Lombardia	2002	Centri diurni integrati	Responsabile: 1 per CDI; medico: 6h settimanali; terapeuta della riabilitazione: 34 min. sett./ospite; infermiere: 34 min. sett./ospite; animatore/educatore: 28 min. sett./ospite; ASA-OTA: 168 min. sett./ospite	53 minuti
Friuli-V.G.	2015	CD anziani per non autosufficienti	1 responsabile; animazione: almeno 18 ore settimanali; addetti all'assistenza di base: almeno 1 ogni 10 utenti ovvero 25,6 minuti/die/utente; infermiere: almeno 3 ore sett. fino a 14 utenti e 4 ore sett. per 15 o più utenti	55 minuti
Emilia-Romagna	2009	Base	Coordinatore, OSS, animatore: parametro OSS 1 ogni 8; OSS 100%, durante le ore di attività assistenziali, socio-riabilitative e di animazione	75 minuti + animatore
Piemonte	2012	CD anziani (CDI, CDIA)	Per 20 utenti: 22 min. coordinamento e ass. infermier.; 54 min. assistenza tutelare (organico minimo: 1 coordinatore (anche PT), almeno 2 addetti alla persona FTE, 1 infermiere PT, 1 animatore PT)	76 minuti
Liguria	2013	CD 1° livello	1 coordinatore; infermiere: 3'/die-15' settimanali; operatori di assistenza (OSS, OTA, ecc.): 60'/die-300' settimanali; animatore socio-educativo: 15'/die-75' settimanali. Totale: 78'/die-390' settimanali	78 minuti

Segue

Regione	Anno	Struttura	Standard assistenziali	Assistenza globale (*)
Trento	2015	Centri diurni esterni e integrati	1 operatore assistenziale/animazione ogni 4 posti convenzionati; 1 coordinatore ogni 36 posti convenzionati (50 minuti settimanali a posto convenzionato). Almeno 80 minuti al giorno di operatore assistenziale/animazione (CD esterno: sempre due operatori presenti)	almeno 80 minuti
		Servizi di presa in carico diurna continuativa	1 operatore assistenziale/animazione ogni 4 posti convenzionati. Almeno 80 minuti al giorno di operatore assistenziale/animazione	almeno 80 minuti
Bolzano	2011	Centro assistenza diurna	Almeno 1 assistente ogni 4 utenti; assistenza infermieristica nella misura necessaria	almeno 90 minuti+ inf.
Sardegna	2010	CD integrato	50% del personale previsto per la RSA	107 minuti
Toscana	2008	Struttura semiresidenziale: media intensità	Monte orario annuale per 40 ospiti: assistenza di base e alla persona: 18.628; animazione socio-educativa: 980; attività occupazionali e/o formative: 780	107 minuti
Veneto	2007		1 OSS ogni 4 ospiti; 0,75 infermieri ogni 30 ospiti	115 minuti
Campania	2013	CD anziani	infermiere: 54 min. sett./ospite; fisioterapisti: 108 min. sett./ospite; terapeuta occupazionale: 108 min. sett./ospite; animatore di comunità: 108 min. sett./ospite; psicologo: 36 min. sett./ospite; assistente sociale: 36 min. sett./ospite; OSA: 108 min. sett./ospite; OSS: 108 min. sett./ospite; amministrativo: 36 min. sett./ospite	133 minuti
Toscana	2008	Struttura semiresidenziale per anziani: alta intensità	Monte orario annuale per 40 ospiti: assistenza infermieristica: 4.314; assistenza riabilitativa: 1.078; assistenza di base e alla persona: 20.490; animazione socio-educativa: 1.078; attività occupazionali e/o formative: 780	145 minuti
Media				81 minuti

(*) La colonna "assistenza globale" trasforma i vari standard assistenziali regionali in minuti di assistenza giornalieri *pro capite* per permettere una comparazione fra i vari standard. Quando non indicato il calcolo ha utilizzato gli orari di apertura dei centri diurni indicati nella normativa delle singole regioni. Non sono stati considerati il coordinatore, il medico, l'amministrativo e il personale per i servizi generali.

Fonte: Abruzzo l.r. n. 5/2008; Basilicata d.G.r. n. 317/2012; Campania d. n. 43/2013; Emilia-Romagna d.G.r. n. 2110/2009; F.V.G. d.G.r. n. 2326/2010; Lazio d. n. 105/2013; Liguria: d.G.r. n. 1773/2013; Marche d.G.r. n. 1011/2013; Piemonte d.G.r. n. 45-4248/2012; Puglia d.G.r. n. 3032/2010; Sardegna d.G.r. n. 47-42/2010; Toscana d.P.G.r. n. 15/R-2008; Valle d'Aosta d.G.r. n. 3745/2007; Veneto d.G.r. n. 84/2007.

Gli standard assistenziali regionali dei centri diurni per anziani con demenza/Alzheimer

Anche in questo caso gli standard assistenziali dei centri diurni per anziani con demenza/Alzheimer sono molto diversi fra una regione e l'altra (cfr. Tab. 9.10), ma l'intensità delle differenze è minore rispetto ai centri per anziani non autosufficienti. La media delle regioni italiane è di 113 minuti al giorno di assistenza globale per ospite. Si tratta di una media elevata se si pensa che è rapportabile allo standard assistenziale di diverse residenze protette per anziani (che erogano un'assistenza 24 ore su 24). Tutte le regioni meno l'Abruzzo rispettano, superandolo, lo standard proposto dalla commissione nazionale LEA. Le differenze fra le regioni italiane sono notevoli; al livello più basso si trova la Regione Abruzzo con 60 minuti giornalieri di assistenza globale per ospite mentre al livello più alto si trova la Campania che garantisce 154 minuti di assistenza globale. Lo standard più elevato è addirittura 2,5 volte quello più basso. La distribuzione regionale dei diversi standard è eccessiva; per trovare il range assistenziale che raggruppi la maggioranza delle regioni è stato necessario arrivare alla forbice 90-127 minuti di assistenza globale.

Per quel che riguarda le singole professioni si rileva che la gran parte dell'assistenza viene fornita da un gruppo di figure che comprende OSS, OTA ed altri addetti all'assistenza tutelare. L'infermiere in media garantisce 10 minuti di assistenza giornaliera per ospite ma c'è chi come il Lazio e la Liguria prevedono 3 minuti giornalieri di assistenza e il Piemonte che invece ne prevede 28. Diverse regioni hanno previsto un'attività educativa e di animazione di volta in volta fatta eseguire da figure diverse (animatori, educatori professionali, laureati in scienze motorie, terapisti occupazionali, ecc.) il cui tempo medio di attività giornaliero per ospite è di 32 minuti (lo standard minimo è del Lazio con 12 minuti *pro capite* e quello massimo è della Puglia con 58 minuti al giorno per ospite). Due regioni hanno previsto il terapeuta della riabilitazione (Puglia con 14 minuti al giorno e Campania con 21 minuti al giorno). Diverse Regioni hanno infine previsto la presenza dello psicologo. Lo standard medio per ospite è di 6 minuti al giorno di assistenza (il minimo in Piemonte con 2 minuti e il massimo in Liguria con 15 minuti) (cfr. Tab. 9.10).

Come abbiamo visto, gli standard assistenziali dei centri diurni Alzheimer sono, mediamente, del 39% più elevati di quelli dei centri diurni per anziani non autosufficienti. Questa significativa differenza è determinata soprattutto da una maggior presenza di personale educativo e di animazione (+ 20 minuti circa per ospite), dello psicologo (+ 6 minuti circa per ospite) e degli OSS/OTA (+ 5 minuti circa per ospite). Queste differenze organizzative fra l'una e l'altra tipologia sono molto elevate e, nella loro dimensione, non appaiono del tutto giustificate.

Tabella 9.10 - Gli standard di personale dei CD Alzheimer

Regione	Anno	Struttura	Standard assistenziali	Assistenza globale*
Abruzzo	2008	SR demenze	Assistenza globale: > 60 min. (infermiere, OSS, psicologo)	> 60 minuti
Basilicata	2012	SRD demenze	Infermiere, OSS, psicologo: terapia cognitiva e orientamento, assistenza globale > 80 minuti	> 80 minuti
Lazio	2013	CD disturbi cognitivi gravi	Assistenza globale (infermiere, OSS, animatore, ter. occup.): > 80 minuti/die persona + medico specialista per almeno 4 ore settimanali. Di cui infermiere coordinatore almeno 18 ore sett/20 posti; OTA/OSS: 1 ogni 3 posti; educatore prof/ter. occup.: 18 ore sett./15-20 posti; infermiere: min. 4 ore sett./15-20 posti; fisioterapista: presenza programmata	> 80 minuti
Marche	2014	SR Alzheimer	Assistenza globale (infermiere, OSS, animazione, terapeuta occupazionale, educatore, psicologo): 90 min./die/paziente atteso come media	90 minuti
Piemonte	2012	CD Alzheimer (CDAA, CDAI)	3 min. medico responsabile; 2 min. psicologo; 28 min. ass. infermieristica - riabilitazione/mantenimento psico-fisico; 82 min. assistenza tutelare	112 minuti
Liguria	2013	CD sperimentale per persone affette da Alzheimer	Modulo 24 posti: medico spec.: 6 ore settimanali (360' settimanali); psicologo 30 ore settimanali (1.800' settimanali); infermiere 6 ore settimanali (360' settimanali); laureato in scienze motorie/musicoterapista, terapeuta occupazionale/animatore socio-educativo/educatore: 90 ore settimanali (5400' settimanali); OSS - OTA - OSA o altre figure qualificate con compiti assistenziali 100 ore settimanali (6000' settimanali)	113 minuti
Trento	2015	Centri diurni Alzheimer	1 operatore assistenziale/animazione ogni 3 posti convenzionati; 1 coordinatore ogni 25 posti convenzionati (72 minuti settimanali a posto convenzionato); 1 psicologo (5 ore settimanali ogni 15 posti convenzionati). Almeno 110 minuti al giorno di operatore assistenziale/animazione e 20 minuti di assistenza psicologica alla settimana	114 minuti
		Servizi di presa in carico diurna continuativa per persone affette da demenza con gravi disturbi	1 operatore assistenziale/animazione ogni 3 posti convenzionati; disponibilità al bisogno dell'apporto dell'infermiere RSA. Almeno 110 minuti al giorno di operatore assistenziale/animazione, 20 minuti di assistenza psicologica alla settimana e la presenza di personale infermieristico al bisogno	114 minuti

Segue

Regione	Anno	Struttura	Standard assistenziali	Assistenza globale*
Emilia-Romagna	2009	Disturbi cognitivi	Coordinatore, OSS, animatore: parametro OSS 1 ogni 5; OSS 100%, durante le ore di attività assistenziali, socio-riabilitative e di animazione	120 minuti + animatore
Liguria	2013	CD 2° livello con disturbo cognitivo	1 coordinatore; psicologo/neuropsicologo: 4'/die-20' settimanali; infermiere: 3'/die-15' settimanali, operatori di assistenza(OSS, OTA, ecc.): 90'/die-450' settimanali; laureato in scienze motorie, educatore, animatore socio-educativo, terap. occup.: 30'/die-150' settimanali. Totale: 127'/die-635' settimanali	127 minuti
Puglia	2010	CD Alzheimer	Per 30 posti: coordinatore: 0,33; psicologo: 0,50; tecnico della riabilitazione: 1; infermiere professionale: 0,33; educatore professionale: 4; OSS: 4	148 minuti
Valle d'Aosta	2007	CD Alzheimer	Nucleo da 10 posti: minuti di assistenza al giorno per ospite: direttore sanitario: 1; medico geriatrico UVA: 3; medico di struttura: 0,60; infermiere: 9; ADEST o OSS: 120; educatore professionale: 24	153 minuti
Campania	2013	CD demenze	Infermiere: 54 min. sett./ospite; fisioterapisti: 108 min. sett./ospite; terapeuta occupazionale: 108 min. sett./ospite; animatore di comunità: 108 min. sett./ospite; psicologo: 36 min. sett./ospite; assistente sociale: 36 min. sett./ospite; OSA: 216 min. sett./ospite; OSS: 108 min. sett./ospite; amministrativo: 36 min. sett./ospite	154 minuti
Media				113 minuti

(*) La colonna "assistenza globale" trasforma i vari standard assistenziali regionali in minuti di assistenza giornalieri *pro capite* per permettere una comparazione fra i vari standard. Quando non indicato il calcolo ha utilizzato gli orari di apertura dei centri diurni indicati nella normativa delle singole regioni e, in caso di mancanza, si è assunto come punto di riferimento l'orario di apertura medio che è di 8 ore per 5 giorni settimanali. Non sono stati considerati il coordinatore, il medico e l'amministrativo, il personale per i servizi generali.

Fonte: Abruzzo l.r. n. 5/2008; Basilicata d.C.r. n. 317/2012; Campania d. n. 43/2013; Emilia-Romagna d.G.r. n. 2110/2009; F.-V.G. d.G.r. n. 2326/2010; Lazio d. n. 105/2013; Liguria d.G.r. n.1773/2013; Marche d.G.r. n. 1011/2013; Piemonte d.G.r. n. 45-4248/2012; Puglia d.G.r. n. 3032/2010; Sardegna d.G.r. n. 47-42/2010; Toscana d.P.G.r. n. 15/R-2008; Valle d'Aosta d.G.r. n. 3745/2007; Veneto d.G.r. n. 84/2007.

Le differenze riscontrate negli standard assistenziali delle diverse regioni sono elevatissime e costituiscono un caso a parte nella organizzazione sanitaria e socio-sanitaria italiana. In nessun altro settore le differenze regionali sono così ampie e diffuse (lo standard più alto è mediamente il triplo di quello più basso).

La ricognizione effettuata in tutte le regioni italiane ha permesso di rilevare che non esistono modelli organizzativi di riferimento né gruppi di re-

gioni che tendono verso un'organizzazione simile. Questa è la causa principale di questa perdurante disomogeneità che riduce l'efficacia e la capacità di sviluppo dei centri diurni. L'assenza di modelli organizzativi sottrae affidabilità ai centri diurni che pur avendo già raccolto le prove di efficacia circa l'utilità del loro intervento non riescono ancora a dimostrare qual è l'organizzazione giusta per raggiungere i buoni risultati presentati in letteratura. Qui occorre fare un grande lavoro di ricerca organizzativa e di benchmarking che dovrebbe essere alimentato soprattutto dal Ministero della salute perché l'appropriatezza organizzativa è un tema che interessa trasversalmente tutti per i benefici di efficacia e di economicità che ne possono derivare.

6. I costi e le tariffe

6.1. *Le tariffe dei centri diurni per anziani*

Molte regioni hanno stabilito le tariffe dei centri diurni delle varie tipologie.

La tariffa media dei centri diurni per anziani non autosufficienti è di 49,12 euro al giorno, ma le differenze fra una regione e l'altra rimangono elevate. La tariffa più bassa si registra in Liguria con 33,90 euro al giorno, mentre la più elevata è quasi il doppio di questa ed è stata stabilita in 64,93 euro al giorno dalla Regione Campania (cfr. Tab. 9.11).

Si conferma l'idea che il costo delle strutture semiresidenziali, tendenzialmente, sia pari al 50% di quelle residenziali. Infatti, la tariffa media equivale al 46,4% della tariffa media giornaliera delle RSA per anziani (Pesaresi, 2013).

La tariffa media dei centri diurni demenze/Alzheimer è invece di 61,53 euro al giorno, il 25% in più rispetto al centro diurno per anziani non autosufficienti. La tariffa media equivale al 50,2% della tariffa media giornaliera delle RSA per Alzheimer (Pesaresi, 2013). Anche in questo caso le differenze fra le regioni sono grandi: la tariffa più bassa si registra nella Regione Liguria con 45,19 euro al giorno e la più alta in Valle d'Aosta con 77 euro al giorno (cfr. Tab. 9.12).

La Toscana, infine, è l'unica regione che ha stabilito una tariffa per i centri diurni per anziani autosufficienti fissata in un range 18-46 euro.

Tabella 9.11 - Tariffe giornaliere nei centri diurni per anziani non autosufficienti

Regione	Anno deliberazione	Struttura	Tariffa complessiva	Di cui a carico del SSR	Di cui a carico dell'utente/comune
Abruzzo	2008	Centro diurno	35-50	20-30	15-20
Campania	2014	CD anziani	64,93	32,46	32,46
Emilia-Romagna	2014	Centro diurno base	50,35	21,35	29+trasporto
Friuli-V.G.	2010	CD anziani non autosufficienti		10,5-12,5	Utente: € 14-30,50; trasporto 4,50 €
Liguria (*)	2013	CD 1° livello	33,90	18,59	15,31+trasporto
Lombardia	2010		50,40 (media)	29,60 almeno 8 ore consecutive 15 da 4 a 8 ore 3 meno di 4 ore	Media 21,80/die (2009)
Marche	2014	SR Anziani	35,00	17,50	17,50+trasporto
Piemonte	2013	CDI-CDIA	46,00	23,00	23,00
Sardegna (***)			59-64	29,50-32,00	
Toscana	2009	CD non autosufficienti	32-63 51,88 media	31,39 (2014)	28,53 media
Trento	2015	CD esterno	56,98		
		CD integrato	48,55		
		Servizio presa in carico diurna continuativa	38,52		
Umbria	2009	Centro diurno	58,00	29,00	29,00
Valle d'Aosta	2007	Centro diurno			20,66 (media)
Veneto	2010	Centro diurno		27,99	
Media		CD anziani n.a.	49,12	25,30	24,59 (**)

(*) I CD della Liguria non sono esplicitamente per non autosufficienti ma per soggetti con vario grado di non autosufficienza.

(**) La quota sociale a carico dell'utente/comune ha tenuto conto del costo del trasporto sommando, quando non indicato diversamente, un costo giornaliero di 4,50 euro per utente.

(***) Sardegna: La norma prevede che la tariffa e la quota sanitaria siano pari al 50% di quella prevista per le RSA che però prevede due tariffe giornaliere di 118 e di 128 euro al giorno in base alle condizioni del paziente.

Fonte: Abruzzo l.r. n. 5/2008; Campania d. n. 92/2013; Liguria d.G.r. n. 969/2008; Lombardia d.G.r. n. 399/2010; Marche d.G.r. n. 1195/2013; Molise d. n. 5/2011; Piemonte d.G.r. n. 85-6287/2013; Puglia d.G.r. n. 3032/2010; Umbria d.G.r. n. 1708/2009; Veneto d.G.r. n. 1673/2010.

Tabella 9.12 - Tariffe giornaliere nei centri diurni per anziani affetti da demenza/Alzheimer

Regione	Anno deliberazione	Struttura	Tariffa complessiva	Di cui a carico del SSR	Di cui a carico dell'utente/comune
Abruzzo	2008	CD demenze	45-60	30-40	15-20
Campania	2014	CD demenze	70,65	35,33	35,33
Emilia-Romagna	2014	CD livello disturbi del comportamento	58,35	29,35	29+trasporto
Friuli-V.G.	2010	CD Alzheimer		10,5-12,5	Utente: € 37,50-47; trasporto 4,50 €
Liguria (*)	2013	CD 2° l. disturbi cognitivi	45,19	32,84	12,35+trasporto
Lombardia	2010		50,40 (media)	29,60 almeno 8 ore consecutive 15 da 4 a 8 ore 3 meno di 4 ore	Media 21,80/die (2009)
Marche	2014	SRD demenze	58,00	29,00	29,00+trasporto
Piemonte	2013	CDAI-CDAl Alzheimer	70	35,00	35,00
Puglia	2010	CD demenza	63,65		+trasporto
Toscana (***)	2009	CD non autosufficienti		34,53 per demenze	28,53 media
Trento	2015	CD Alzheimer	73,76		
		Servizio presa in carico diurna continuativa per soggetti affetti da demenza	57,36		
Valle d'Aosta	2007	CD Alzheimer	77		
Media		CD demenze	61,53	30,24	29,86 (**)

(*) I CD della Liguria non sono esplicitamente per non autosufficienti ma per soggetti con vario grado di non autosufficienza.

(**) La quota sociale a carico dell'utente/comune ha tenuto conto del costo del trasporto sommando, quando non indicato diversamente, un costo giornaliero di 4,50 euro per utente.

(***) Nella colonna della quota sanitaria abbiamo considerato anche la Toscana che non ha previsto una tariffa specifica per i CD Alzheimer ma che all'interno dei CD anziani ha previsto una specifica quota sanitaria per gli anziani con demenza.

Fonte: Abruzzo l.r. n. 5/2008; Campania d. n. 92/2013; Liguria d.G.r. n. 969/2008; Lombardia d.G.r. n. 399/2010; Marche d.G.r. n. 1195/2013; Molise d. n. 5/2011; Piemonte d.G.r. n. 85-6287/2013; Puglia d.G.r. n. 3032/2010; Umbria d.G.r. n. 1708/2009; Veneto d.G.r. n. 1673/2010.

Trasporto al centro diurno

In quasi metà delle regioni, le tariffe appena indicate non comprendono il costo del trasporto al centro diurno che deve essere sostenuto con una spesa aggiuntiva dall'utente o dal comune (cfr. Tab. 9.13).

Tabella 9.13 - Il trasporto al centro diurno e la tariffa

Regione	Norma di riferimento	Oneri del trasporto
Emilia-Romagna, Marche, Valle d'Aosta	Le tariffe non sono comprensive del trasporto	Oneri aggiuntivi a carico dell'utente o del comune
Liguria	Le tariffe non sono comprensive del trasporto	Il costo definito direttamente con l'utente sulla base della distanza percorsa, del numero dei soggetti trasportati e di altre eventuali variabili sino ad un massimo del 50% della tariffa complessiva giornaliera a persona (ovvero max 14,95-22,60)
Puglia	Le tariffe non sono comprensive del trasporto	Il servizio è garantito dalle ASL. I comuni e gli utenti concorrono in misura non superiore al 60 per cento del costo, restando a carico della ASL la quota residua
Friuli-Venezia Giulia	Le tariffe non sono comprensive del trasporto	Costo aggiuntivo giornaliero di 4,50 euro
P.A. Trento	Le tariffe non sono comprensive del trasporto	La provincia autonoma rimborsa ai centri 0,59 € per km percorso (extra tariffa)
Abruzzo, Campania, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto	Nulla si dice per cui si presume che le tariffe siano comprensive del trasporto	

Fonte: norme in Bibliografia.

Nel complesso si può affermare che ci sono delle variabili importanti che influenzano le tariffe stabilite dalle singole regioni. Esse sono:

- a) i diversi standard assistenziali;
- b) i diversi CCNL assunti come punto di riferimento per il calcolo dei costi;
- c) la diversa apertura oraria settimanale dei centri;
- d) la presenza o meno del trasporto.

Le differenze regionali riscontrate nel sistema tariffario dei centri diurni sono meno ampie, anche se elevate, di quelle riscontrate nell'analisi di altri aspetti organizzativi. La gran parte delle differenze può essere spiegata dalle variabili indicate; ciononostante rimangono diversi sistemi tariffari regionali confusi ed incoerenti. Valga per tutti l'esempio che non trova una valida spiegazione delle tariffe dei centri diurni Alzheimer che hanno un importo me-

diamene superiore del 24% dei centri diurni per anziani non autosufficienti mentre gli standard assistenziali sono mediamente superiori del 39%.

La quota sanitaria

Il d.P.C.M. 29 novembre 2001 prevede una ripartizione dei costi dei centri diurni per anziani non autosufficienti al 50% a carico della sanità e del 50% a carico dell'utente o del comune.

Per la suddivisione dei costi le regioni italiane hanno formalmente stabilito una percentuale onnicomprensiva, senza alcuna distinzione relativa alle singole prestazioni socio-sanitarie erogate. La maggioranza delle regioni ha adottato la stessa ripartizione della spesa prevista dalla normativa nazionale. In 5 casi, le regioni hanno approvato delle quote sanitarie superiori al 50% (cfr. Tab. 9.14).

Tabella 9.14 - I costi del centro diurno per gli anziani a carico del SSN nelle regioni italiane

Prestazioni semiresidenziali	A carico del SSN		
	dal 25% al 49%	50%	dal 51% al 75%
Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità, ivi compresi interventi di sollievo alla famiglia			
Regioni	Emilia-Romagna (CD base), Friuli-Venezia Giulia	Campania, Emilia-Romagna (CD demenze), Lazio, Liguria, Marche, Molise (*), Piemonte, Puglia, Sardegna, Umbria, Veneto	Abruzzo, Calabria, Liguria (CD demenze), Lombardia, Toscana

(*) Solo il CD integrato.

Occorre però rilevare che in due casi (Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia) le regioni hanno approvato delle quote sanitarie inferiori al 50% delle tariffe anche se questo contrasta con il d.P.C.M. 29 novembre 2001 (cfr. Tab. 9.14). La restante quota sociale viene ripartita fra il comune e l'utente in percentuali che possono variare da comune a comune. La Regione Emilia-Romagna è l'unica regione che fornisce i dati sulle quote di spesa effettivamente sostenute dai vari soggetti. In tale regione, i costi per i centri diurni per anziani sono sostenuti per il 53,3% dagli assistiti (pari a circa 25 euro giornaliero), per il 40,9% dagli enti pubblici; per lo 0,5% da donazioni e per il 6,5% da altre entrate.

Passando poi agli importi effettivi, abbiamo verificato che la quota sanitaria media è di 25,30 euro al giorno nei centri diurni per anziani non autosuf-

ficienti. La più bassa, pari a 10,5-12,5 euro, si registra in Friuli-Venezia Giulia, mentre la più alta, pari a 32,46 euro, si registra in Campania (cfr. Tab. 9.11).

Nei centri diurni Alzheimer, invece, la quota sanitaria media che viene rimborsata dalle ASL ai gestori è di 30,24 euro al giorno (+19,2% rispetto al CD per anziani non autosufficienti). Anche in questo caso le differenze regionali sono molto elevate e agli estremi troviamo sempre il Friuli-Venezia Giulia (10,5-12,5 euro) e la Campania (35,33 euro). Non si può fare a meno di rilevare che la differenza è di uno a tre (cfr. Tab. 9.12).

Nel complesso però, la quota del 50% di spesa sanitaria, indicata dalla maggioranza delle regioni, viene rispettata, almeno nelle medie, in ambedue le tipologie di centro diurno.

6.2. La spesa complessiva

In base alle tariffe stabilite dalle regioni il costo annuo stimato dei centri diurni per anziani è di 253 milioni di euro circa (cfr. Tab. 9.15).

Tabella 9.15 - Il costo dei centri diurni (stima)

Tipologia	Costo complessivo	Spesa sanitaria	Spesa degli utenti e dei comuni
Centro diurno per anziani non autosufficienti	213.542.186	106.100.104	107.442.082
Centro diurno per anziani con demenza/Alzheimer	39.484.482	18.853.793	20.630.689
Totale	253.026.668	124.953.897	128.072.771

Note: La stima del costo complessivo è stata calcolata utilizzando la tariffa media delle regioni, ipotizzando un funzionamento medio di 248 giorni all'anno (media regionale). Inoltre è stato aggiunto il costo del trasporto al centro (stimato in 4,50 euro al giorno), ipotizzando che il costo aggiuntivo previsto da diverse regioni abbia riguardato il 40% dei posti. La spesa sanitaria è stata calcolata utilizzando la quota sanitaria media delle regioni.

I dati di fonte sanitaria (AGENAS, 2009) ⁽⁵⁾ e dell'ISTAT per la parte sociale della spesa non ci aiutano molto. I dati che provengono dall'indagine

⁽⁵⁾ La nostra stima non è in linea con alcuni dati – gli ultimi disponibili – dell'AGENAS (2009) che rilevava, per il 2007, una spesa media per anziano residente per i centri diurni pari a 13,92 euro, che corrisponde ad una spesa sanitaria complessiva di 164 milioni di euro. I dati sulla spesa dell'AGENAS, che hanno il vantaggio di coprire tutte le regioni, appaiono però non sempre convincenti, dato che non confermano ai livelli più elevati di spesa le stesse regioni che esprimono anche i livelli di offerta più elevati. Inoltre, i dati dell'AGENAS, opportunamente disaggregati, ipotizzano una contribuzione sanitaria giornaliera sensibilmente superiore (41 euro al giorno) a quanto stabilito formalmente dalle regioni.

ISTAT sulla spesa comunale relativa al 2012 ci dicono che la spesa comunale per i centri diurni per anziani è stata di 45.671.397 euro che sono serviti ad assistere 50.954 utenti. La spesa media comunale è stata di 896 euro annui per assistito (ISTAT, 2015). Il basso costo unitario sostenuto dai comuni per gli utenti e gli alti numeri dei beneficiari (ben superiori ai frequentanti i centri diurni) ci fa pensare che tali costi si riferiscano in parte significativa ai centri sociali per anziani o ai centri diurni per anziani autosufficienti. A questi oneri si aggiungono poi le spese dei comuni per integrare le rette di frequenza degli anziani che non hanno abbastanza risorse per pagarle. Questi oneri ammontano a 8.123.503 euro utilizzati per sostenere le rette di 6.011 utenti.

Non ci è dato sapere se le spese per il trasporto degli utenti sono computate in questa voce di spesa oppure nella voce definita come “trasporto sociale” e da cui risulta una spesa per il 2012 di oltre 23 milioni di euro.

Con qualche incertezza e grande approssimazione, si può pertanto ipotizzare una spesa comunale per i centri diurni per non autosufficienti e per Alzheimer inferiore a 53.795.000 euro e, conseguentemente, una spesa dell’utenza superiore a 74.278.000 euro e cioè superiore al 29% della spesa complessiva. Andare oltre ci pare difficile con i dati disponibili.

Questo comunque comporta che gli utenti paghino mediamente una quota giornaliera di almeno 15 euro nei centri diurni per anziani non autosufficienti e di almeno 18 euro nei centri diurni per demenze/Alzheimer.

7. Conclusioni

Il centro diurno si propone sia come intervento alternativo al ricovero, sia come supporto ai nuclei familiari che si occupano quotidianamente dell’anziano non autosufficiente. Ha lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, al fine di consentire la permanenza della persona non autosufficiente o con demenza al proprio domicilio il più a lungo possibile, offrendo sostegno al nucleo familiare. Il centro diurno è una forma assistenziale di provata efficacia, che riscuote un elevato grado di soddisfazione da parte delle famiglie e che ha costi assai inferiori rispetto alle diverse forme di assistenza residenziale. Tra i servizi per la non autosufficienza è senz’altro il meno sviluppato e diffuso. Occorre pertanto rilanciarne la realizzazione.

Bibliografia

- AGENAS (2009), Progetto di ricerca corrente: *Rilevazione dell'attuale spesa pubblica per l'assistenza socio-sanitaria agli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard*, sito web: www.assr.it.
- GENOVA A., PALAZZO F (2008)., *Il welfare nelle Marche*, Roma, Carocci.
- GHETTI V. (2015), *Lo stato dell'offerta di servizi domiciliari e a ciclo diurno in Lombardia*, sito web: <http://www.lombardiasociale.it/2015/07/13/lo-stato-dellofferta-di-servizi-domiciliari-e-a-ciclo-diurno-in-lombardia/>.
- GIUNCO F., GORI C., GUERRINI G., TIDOLI R. (2011), *Uno sguardo d'insieme*, in GORI C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- ISTAT (2015), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati - anno 2012*, Roma, Istat, sito web: <http://www.istat.it/it/archivio/166482>.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2015), *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere - anno 2004*, Roma, Ministero della salute.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2008), *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere - anno 2006*, Roma, Ministero della salute.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2015), *Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale – anno 2012*, Roma, Ministero della salute.
- MINISTERO DELLA SALUTE - COMMISSIONE NAZIONALE PER LA DEFINIZIONE E L'AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (2007), *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, Roma, Ministero della salute.
- PESARESI F. (2006), *La suddivisione dei costi tra servizi sociali e servizi sanitari*, in GORI C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Bologna, Il Mulino.
- PESARESI F. (2013), *RSA: costi, tariffe e compartecipazione dell'utenza*, Rimini, Maggioli.
- PROVINCIA DI BOLZANO (2004), *Statistiche sociali 2003*, Bolzano.
- PROVINCIA DI TRENTO (2006), *Il bilancio sociale 2006*, Infosociale 33, Trento.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA (2013), *Rapporto FAR - anno 2012*, Bologna.
- REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA (2015), *Rapporto sociale 2013*, Trieste.
- REGIONE LAZIO (2009), *Primo rapporto sui servizi sociali del Lazio*, Roma.
- REGIONE MARCHE, OSSERVATORIO REGIONALE POLITICHE SOCIALI ORPS (2012), *I servizi sociali e socio-sanitari residenziali e semiresidenziali nelle Marche*, Ancona.
- REGIONE TOSCANA (2005), *Centri diurni per anziani*, Firenze.
- REGIONE VALLE D'AOSTA (2008), *Osservatorio per le politiche sociali - Quarto rapporto*, Aosta.
- SPI-CGIL, IRES (2013): *L'Alzheimer in Lombardia: spunti per la riflessione*, sito web: <http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2013/12/Rapporto-Alzheimer.pdf>.

Gli Autori

Francesco Balducci, dottore di ricerca in Economia Politica, ha lavorato come assegnista di ricerca presso l'Università Politecnica delle Marche e come docente presso l'Università degli Studi di Bologna, sede di Rimini. Ha pubblicato libri divulgativi e articoli scientifici in collane di rilevanza internazionale, prevalentemente negli ambiti dell'Economia della Cultura, dell'Ambiente e Sostenibilità e della misurazione del benessere attraverso indicatori statistici alternativi al PIL. Recentemente ha esteso i suoi interessi al settore del GIS/cartografia e alle analisi spaziali di dati territoriali e geo-referenziati. Dal 2015 collabora per attività di ricerca con l'IRCCS-INRCA di Ancona.

Anna Bancho, laureata in Filosofia e Sociologia. Direttore del Settore Politiche Socio-sanitarie e Sociali Regione Liguria fino al 2008. È docente al Corso di laurea specialistica in Servizio Sociale presso l'Università di Genova. Dal 2000 è stata Esperto in Commissioni del Ministero della salute e del welfare, per la programmazione socio-sanitaria, non autosufficienza e disabilità. Opera anche come Esperto presso il Ministero della salute e l'AGENAS. È componente di NNA.

Francesco Barbabella è ricercatore a contratto presso il Centro Studi e Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento dell'IRCCS-INRCA di Ancona, con il quale collabora dal 2009. Nel 2011 ha lavorato presso lo European Centre for Social Welfare Policy and Research di Vienna, centro di ricerca affiliato alle Nazioni Unite. I suoi principali interessi di ricerca riguardano le politiche sociali negli attuali sistemi europei di welfare, il ruolo delle tecnologie a supporto di anziani non autosufficienti e caregiver familiari, e il fenomeno delle assistenti familiari.

Ludovico Carrino è post-doc in Economia Sanitaria e della Qualità di Vita all'Università Ca' Foscari di Venezia. Insegna Economia Politica a Ca' Foscari e Scienza delle Finanze all'Università di Trieste. La sua attività di ricerca principale riguarda il Long-term Care in Europa, con particolare riferimento all'interazione tra assistenza formale e informale, al ruolo delle legislazioni nazionali e regionali, e alle determinanti della fragilità in età avanzata. Si occupa inoltre di politiche pensionistiche e di metodologie per la misurazione sintetica di fenomeni complessi a livello regionale europeo.

Carlos Chiatti, economista sanitario, dal 2008 collabora con la Direzione Scientifica dell'IRCCS-INRCA di Ancona, dove è attualmente impegnato nel coordinamento di diversi progetti di ricerca sperimentale sui modelli innovativi di assistenza per la popolazione anziana. È inoltre *visiting researcher* presso il *Center for Ageing and Supportive Environments* dell'Università di Lund in Svezia.

Mirko Di Rosa è dottore di ricerca in Economia Politica presso la Facoltà di Economia dell'Università Politecnica delle Marche e dal 2009 collabora con l'IRCCS-INRCA di Ancona. Si occupa principalmente di ricerca sulla cura degli anziani non autosufficienti, assistenti familiari straniere, invecchiamento e lavoro, prevenzione degli abusi in età anziana e ruolo della tecnologia per migliorare la qualità della vita degli anziani. Gli altri suoi interessi di ricerca sono l'applicazione di metodi di ricerca quantitativi nel campo della biostatistica, la valutazione delle politiche pubbliche e la qualità dei servizi pubblici.

Cristiano Gori insegna politica sociale all'Università Cattolica ed è consulente scientifico dell'Istituto per la Ricerca Sociale, a Milano, ed è *visiting senior fellow* presso la *London School of Economics*, a Londra. Dirige la rivista "Welfare Oggi" (Maggioli Editore), il sito www.lombardiasociale.it, ed è *special advisor* dell'*International Long-Term Care Policy Network (ILPN)*. I suoi più recenti volumi sono *Il Welfare sociale in Italia. Realtà e prospettive* (Carocci, 2014, 2a ristampa), scritto con Valentina Ghetti, Giselda Rusmini e Rosemarie Tidoli, e *Long-term care reforms in OECD countries. Successes and failures* (Policy Press, 2015), curato con J.L. Fernandez e R. Wittenberg. È il coordinatore di NNA.

Antonio Guaita, geriatra e fisiatra, è direttore della Fondazione Golgi Cenci di Abbiategrosso, che si occupa di studi e ricerche sull'invecchiamento cerebrale e la demenza. Cura la rivista "I luoghi della cura" della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, è membro attivo della Associazione Italiana di Psicogeriatria e della Gerontological Society of America. È autore di molte pubblicazioni divulgative e scientifiche sul tema degli anziani non autosufficienti e con demenza. Ha 29 pubblicazioni su riviste indicizzate in "Pubmed". È componente di NNA.

Matteo Luppi è ricercatore post doc presso il Collegio Carlo Alberto di Torino. In seguito al conseguimento del dottorato Euro PhD SESS, ha lavorato presso l'*Utrecht University* occupandosi di analisi dei sistemi di cura per gli anziani in Europa e delle condizioni delle operatrici migranti di cura. I suoi attuali interessi di ricerca riguardano il processo di invecchiamento della popolazione europea e le sue possibili conseguenze a livello nazionale, familiare ed individuale.

Franco Pesaresi è direttore dell'Azienda Servizi alla Persona "Ambito 9" di Jesi (AN). È stato direttore della Zona territoriale di Senigallia dell'ASUR Marche e Direttore dell'area Servizi alla persona del Comune di Ancona. È autore di oltre 180 pubblicazioni scientifiche sull'organizzazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria. Il suo ultimo libro per Maggioli (2015) si intitola: *Il nuovo Isee e i servizi sociali*. È componente di N.N.A. Blog: <http://francopesaresi.blogspot.it/>.

Arianna Poli, psicologa, è dottoranda di ricerca presso il National Institute for the Study of Ageing and Later Life (NISAL) dell'Università di Linköping in Svezia. Collabora dal 2013 con il Centro Studi e Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento presso l'IRCCS-INRCA di Ancona. I suoi principali interessi di ricerca riguardano il ruolo dell'assistenza informale nel sistema di Long-term Care, la selettività sociale nei servizi di cura per l'anziano e l'utilizzo delle nuove tecnologie a supporto di pazienti anziani e caregiver familiari.

Giselda Rusmini, sociologa, dal 2005 svolge attività di ricerca e consulenza in ambito sociale e socio-sanitario presso l'Istituto per la ricerca sociale di Milano. Ha curato, con Sergio Pasquinelli, il volume *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche* (Ediesse, 2013) e scritto, con Cristiano Gori, Valentina Ghetti e Rosemarie Tidoli, *Il Welfare sociale in Italia. Realtà e prospettive* (Carocci, 2014, 2a ristampa).

Marco Trabucchi è professore ordinario nella Facoltà di Medicina dell'Università di Roma – Tor Vergata, Direttore Scientifico del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia e Presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrica. È stato presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. È autore di oltre 500 pubblicazioni scientifiche su riviste indicizzate, prevalentemente in ambito geriatrico e gerontologico. È componente di NNA.

Opere pubblicate nella stessa collana

- **Giovani, legalità e riqualificazione degli spazi**
Liliana Leone
- **Turismo sociale**
Giuseppe Magistrali (a cura di)
- **Complessità, organizzazione, sistema**
Silvio Coraglia, Giovanni Garena
- **Alzheimer e ambiente**
Marta Roncaglia, Damiano Mantovani,
Letizia Espanoli
- **L'infermiere e la legge**
Marco Cazzola, Giovanni Chilin
- **Alzheimer in movimento**
Gianbattista Guerrini, Giuseppina Giorgi Troletti
- **I servizi dell'infanzia**
Mara Mattesini
- **Assistenza, etica ed economia**
Maila Mislej
- **Distretto e nursing in rete:
dall'utopia alle pratiche**
Ofelia Altomare, Barbara Ianderca,
Loreta Lattanzio, Cristina Stanic
- **Salute mentale e organizzazione che cura**
Livia Bicego, Cristina Brandolin,
Annamaria Cociani, Adriana Fasci,
Nicoletta Semeria
- **Il lavoro minorile**
Paula Benevene
- **Capire la psichiatria**
Maria Isabella Greco
- **Le informazioni e gli operatori sanitari**
Andrea Maccari, Gaetano Romigi
- **Le adolescenze**
Giovanni Amodio (a cura di)
- **Manuale di fund raising e comunicazione
sociale**
Federico Spazzoli, Matteo Matteini,
Marco Mauriello, Roberta Maggioli
- **La comunicazione che cura**
Giuseppe Magistrali (a cura di)
- **Il disabile adulto**
Alain Goussot (a cura di)
- **La dirigenza dei servizi infermieristici**
Patrizia Nappini, Mauro Petrangeli,
Maria Serina
- **Piccoli e grandi:
la comunità protegge i suoi bambini**
Saveria Addotta, Maria Teresa De Camillis
- **Sistema di gestione per la qualità delle
residenze per anziani non autosufficienti**
Adriano Guala, Bettina Gallia,
Laura Cazzulino, Paola Garbella
- **Misurare la complessità assistenziale**
Bruno Cavaliere
- **Alla scoperta del lavoro e dell'organizzazione**
Claudio Ruggiero
- **Nel nuovo welfare**
Giovanni Devastato
- **Accreditamento volontario di eccellenza**
Pierluigi Morosini e Paolo Piergentili
(a cura di)
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti
in Italia - Rapporto 2009**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza (a cura di)
- **L'ansia: conoscerla e superarla**
Erica Elisei
- **Comprendere la povertà**
Francesco Marsico e Antonello Scialdone
(a cura di)
- **Adatti e quasi adatti a scuola**
Antonio Iannaccone e Giuseppina Marsico
- **Assistenza in psicogeriatrica**
Fabrizio Asioli e Marco Trabucchi (a cura di)

- **La progettazione terapeutica nelle strutture socio-sanitarie**
Monica Zanolla
- **Integrazione socio-sanitaria**
Luca Degani, Raffaele Mozzanica
- **Servizio sociale professionale e medicina legale**
Laura Brizzi, Claudia Cannoni
- **Cooperazione sociale Legacoop in Emilia-Romagna**
Alberto Alberani e Luciano Marangoni (a cura di)
- **Il capitale umano del terzo settore**
Paula Benevene
- **Siamo tutti stakeholder**
Marisa Parmigiani (a cura di)
- **Democrazia e nursing**
Maila Mislej
- **Riabilitazione psicosociale nell'infanzia e nell'adolescenza**
Giovanni Battista Camerini ed Enzo Sechi (a cura di)
- **Elementi di etica per operatori socio-sanitari**
Renzo Zanon
- **Adolescenza: stili di vita e comportamenti a rischio**
Susanna Testa (a cura di)
- **Il personale nelle RSA e nelle strutture per anziani**
Franco Iurlaro
- **Attraversare il dolore per trasformarlo**
Letizia Espanoli e Nicoletta Todesco (a cura di)
- **Elementi di Clinical Governance in Pneumologia**
Roberto Walter Dal Negro, Davide Croce, Antonio Sebastiano
- **Viva gli Anziani!**
Comunità di Sant'Egidio
- **Errore e apprendimento nelle professioni di aiuto**
Alessandro Sicora
- **Il personale nel non profit**
Federico Spazzoli e Francesco Liuzzi
- **Innovazione gestionale in sanità Riorganizzazione dei processi tecnico-amministrativi in materia di acquisti e logistica**
Esperienze a confronto
Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto
- **Accordi e contratti nel "rinnovato" sistema di remunerazione delle prestazioni e delle funzioni ospedaliere**
Francesco Ciro Rampulla, Livio Pietro Tronconi
- **Uscire dal buio**
Tommaso Mola
- **Esperienze di welfare locale**
Daniela Gatti e Paolo Rossi (a cura di)
- **La formazione sul campo**
Antonio Pignatto, Costantina Regazzo, Paolo Tiberi
- **Bisogni sospetti**
Emilio Vergani
- **Il mestiere dell'educatore**
Francesca Mazzucchelli (a cura di)
- **Oltre il motivo del profitto**
Maria Vella
- **Schiavitù di ritorno**
Francesco Carchedi (a cura di)
- **La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze**
Stefano Bugnoli (a cura di)
- **Nursing narrativo**
Silvia Marcadelli, Giovanna Artioli
- **Qualità e Accreditamento dei Servizi Sociali**
Giovanni Garena, Anna Maria Gerbo
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 2° Rapporto**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza (a cura di)
- **Benchmarking e activity based costing in ambito socio-sanitario**
Antonio Sebastiano ed Emanuele Porazzi (a cura di)

- **L'analisi di bilancio nelle Aziende pubbliche di Servizi alla Persona**
Enrico Bracci
- **Governo clinico e cure primarie**
Carmelo Scarcella e Fulvio Lonati (a cura di)
- **Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche**
Claudia Caula e Alberto Apostoli (a cura di)
- **Come cambia il welfare lombardo**
Cristiano Gori (a cura di)
- **Strategie per la fragilità**
Carmelo Scarcella, Fausta Podavitte, Marco Trabucchi
- **Cooperare per l'infanzia**
Alfredo Morabito (a cura di)
- **Le disabilità complesse**
Alain Goussot (a cura di)
- **Tra normalità e rischio**
Cristina Faliva (a cura di)
- **Non autosufficienza e territorio**
Koinè
- **Riflettere e agire relazionalmente**
Giovanna Rossi e Lucia Boccacin (a cura di)
- **Metodi e strumenti per la qualità dell'integrazione scolastica della persona disabile**
Sabrina Paola Banzato, Loretta Mattioli
- **La relazione come cura nell'assistenza geriatrica**
Giovanni Braidì, Giovanni Gelmini
- **Il problema obesità**
Paola Gremigni e Laura Letizia (a cura di)
- **Il tempo del morire**
Marta Roncaglia, Roberto Biancat, Luca Bidoglia, Francesca Bordin, Maurizio Martucci
- **Comunicazione profonda in Sanità**
Francesco Calamo Specchia
- **Sette paia di scarpe**
Paola Rossi
- **Manuale di empowerment con i genitori**
Anna Putton, Angela Molinari
- **Professione Counseling**
Piera Campagnoli (a cura di)
- **Manuale di movimentazione del paziente**
Samanta Cianfrone
- **Guida al welfare italiano: dalla pianificazione sociale alla gestione dei servizi**
Raffaello Maggian
- **Contro la contenzione**
Maila Mislej, Livia Bicego
- **Assistere a casa**
Giuseppe Casale e Chiara Mastroianni (a cura di)
- **Anziani da slegare**
Maria Luisa Vincenzoni (a cura di)
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 3° Rapporto**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza (a cura di)
- **Incontri di Mondi Saperi, luoghi e identità**
Giovanni Amodio e Milli Ruggiero (a cura di)
- **1° Rapporto provinciale delle politiche sociali territoriali comasche**
- **Costellazione RSA**
Carmen Primerano e Valter Tarchini (a cura di)
- **Agorà**
Daniela Catullo, Barbara Mazzardis
- **L'aggressività nei servizi sociali**
Renata Fenoglio, Laura Nardi, Adriana Sumini, Aurelia Tassinari
- **L'educatore professionale**
ANEP
- **Vita da OSS**
Gianluigi Rossetti, Patrizia Beltrami
- **Metodologie e strumenti per la gestione delle cure primarie**
Carmelo Scarcella, Fulvio Lonati (a cura di)

- **Manuale dell'Operatore Socio-Sanitario**
Luca Cecchetto e Gianluigi Romeo
- **Oltre la crisi**
Giovanni Devastato
- **La programmazione sociale**
Angelo Mari (a cura di)
- **Fatica e bellezza del prendersi cura**
Beatrice Longoni, Enrica Picchioni,
Antonio Musto (a cura di)
- **Animazione e demenze**
Walther Orsi, Clelia D'Anastasio,
Rosa Angela Ciarrocchi (a cura di)
- **Take Care**
Giuseppe Imbalzano, Maria Grazia Silvestri
- **Alzheimer: idee per la qualità della vita**
Letizia Espanoli
- **Nuove sfide per la salute mentale**
Giuseppe Biffi, Giorgio De Isabella
- **Diritto Sanitario**
Giampiero Cilione
- **Scherzo, litigio, bullismo, reato?**
Susanna Testa
- **Il progetto girasole**
AA.VV.
- **Tra cambiamenti e continuità**
Daniela Gatti, Graziano Maino, Anna Omodei
(a cura di)
- **Le parole dell'immigrazione**
Daniela Pompei
- **Il controllo di gestione nelle aziende
sanitarie pubbliche**
Emidia Vagnoni, Laura Maran
- **Alzheimer: curarlo e gestirlo in RSA**
Sara Angelini
- **Autismo e competenze dei genitori**
Alain Goussot (a cura di)
- **Servizio sociale e crisi del welfare**
Carmelo Bruni, Giovanni Devastato
Enzo Nocifora, Lluís Francesc Peris Cancio
Enrico Pugliese, Giuseppe Ricotta
Giovanna Sammarco, Elena Spinelli
- **Primary Nursing**
Giorgio Magon, Tiziana Suardi (a cura di)
- **RSA Residenze Sanitarie Assistenziali**
Franco Pesaresi
- **Liberare la qualità**
Simone Peruzzi
- **Le demenze: mente, persona, società**
Antonio Monteleone, Antonio Filiberti
Patrizia Zeppegno (a cura di)
- **Voci dalla strada**
Francesca Zuccari, Laura Paolantoni
- **La leadership nella RSA**
Oscar Zanutto
- **Anziani.
Salute e ambiente urbano**
Rita Cutini
- **Immigrazione**
Daniela Pompei
- **La metodologia pedagogia dei genitori**
Augusta Moletto, Riziero Zucchi
- **Le procedure disciplinari delle professioni
sanitarie**
Mauro Di Fresco
- **Sala operatoria e terapia intensiva**
Francesca Ciruolo, Francesca Giofrè (a cura di)
- **Pediatri e bambini**
Giancarlo Cerasoli, Francesco Ciotti (a cura di)
- **Fondamenti di infermieristica in salute mentale**
Vincenzo Raucci, Giovanni Spaccapeli
- **OSS operatore socio-sanitario manuale e quiz
per il concorso**
Luca Cecchetto, Gianluigi Romeo

- **Nuove dimensioni del servizio sociale**
Franca Dente (a cura di)
- **I principi dell'organizzazione professionale dell'infermiere**
Paola Ripa, Piera Bergomi, Enrico Frisone, Duilio Loi
- **Principi di risk management nei servizi sanitari e socio-sanitari**
Luca Degani, Oliviero Rinaldi, Massimo Monturano, Andrea Lopez, Marco Ubezio
- **La rendicontazione sociale nelle RSA**
Maura Marangon
- **Dove l'acqua si ferma: la cura e il benessere degli anziani fragili con il metodo gentlecare**
Marco Fumagalli, Fabrizio Arrigoni
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia**
N.N.A. Network Non Autosufficienza (a cura di)
- **Ginnastica mentale**
Cristina Gueli
- **Manuale dell'animatore sociale**
Irene Bruno, Rabih Chattat, Stefano Canova (a cura di)
- **Il lavoro con gli anziani in casa di riposo**
Luca Fazzi
- **Organizzazione e gestione delle strutture per il benessere fisico**
Carlo Bottari, Pasqualino Maietta Latessa, Giovanni Paruto
- **Malati per forza**
Ferdinando Schiavo
- **I tumori cerebrali infantili: relazioni di cura**
Rosapia Lauro Grotto, Massimo Papini, Debora Tringali
- **Nordic Walking e salute**
Luca Cecchetto
- **La fragilità degli anziani**
Cristina Malvi, Gabriele Cavazza (a cura di)
- **Contenzione o protezione?**
Sara Saltarelli, Silvia Vicchi (a cura di)
- **Peer Counseling della disabilità**
Maurizio Fratea
- **Gestire l'impresa sociale**
Federico Spazzoli, Marta Costantini, Monica Fedeli
- **Quasi schiavi**
Enzo Nocifora (a cura di)
- **Il mobbing infermieristico**
Mauro Di Fresco
- **La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze**
Stefano Bugnoli (a cura di)
- **Schiavitù latenti**
Francesco Carchedi (a cura di)
- **Dal valore della produzione alla produzione di valore**
Elena Meroni (a cura di)
- **La pratica del welfare locale**
Monia Giovannetti, Cristiano Gori, Luca Pacini (a cura di)
- **De-mente? No! Sente-mente**
Letizia Spanoli
- **Nuova domiciliarità**
Massimiliano Di Toro Mammarella (a cura di)
- **Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale**
Enrico Brizioli, Marco Trabucchi (a cura di)
- **Il consenso informato e le misure di contenzione in RSA**
Luca Degani, Marco Ubezio, Andrea Lopez
- **Progettare sociale**
Alessandro Sicora, Andrea Pignatti
- **Il nuovo ISEE e i servizi sociali**
Franco Pesaresi (a cura di)
- **Guida alla gestione di IPAB/ASP, Fondazioni, RSA**
Adelaide Biondaro, Ladi De Cet, Virgilio Castellani, Egidio Di Rienzo (a cura di)

- **Non autosufficienza e qualità della vita**
Antonio Monteleone
- **Outcome infermieristici: documentare e fare ricerca**
Giorgio Magon, Alessandra Milani (a cura di)
- **Bullismo e cyberbullying**
Maurizio Bartolucci (a cura di)
- **La comunità-officina**
Maria Sellitti
- **Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia**
Sergio Pasquinelli (a cura di)
- **L'attrazione speciale**
Giovanni Merlo
- **Servizio sociale e complessità**
Giovanni Viel
- **L'educatore professionale**
ANEP (Associazione Nazionale Educatori Professionali)
- **Social link**
Ricerche e azioni sui ricongiungimenti familiari dei minori
Luca Salmieri, Lluís Francesc Peris Cancio (a cura di)
- **Corso di lingua italiana (L2) per operatori socio-sanitari**
Antonio Bria, Renzo Colucci
Associazione Seneca - Bologna
- **Business intelligence nelle RSA**
Paolo Galfione, Oscar Zanutto
- **Manuale critico di sanità pubblica**
Francesco Calamo-Specchia (a cura di)
- **Persone non autosufficienti: responsabilità degli operatori e delle strutture**
Antonio Caputo
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 5° Rapporto**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza (a cura di)
- **Gli operatori sanitari e la demenza: case management e programmi di intervento**
Marco Fumagalli, Fabrizio Arrigoni