

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

L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia

2° Rapporto

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

© Copyright 2010 by Maggioli S.p.A.
Maggioli Editore è un marchio di Maggioli S.p.A.
Azienda con sistema qualità certificato ISO 9001: 2000

47822 Santarcangelo di Romagna (RN) • Via del Carpino, 8
Tel. 0541/628111 • Fax 0541/622020
www.maggioli.it/servizioclienti
e-mail: servizio.clienti@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 ottobre 2010
dalla Litografia Titanlito s.a.
Dogana (Repubblica di San Marino)

Indice

<i>Prefazione</i>	Pag.	5
Antonio Aprile, Fabrizia Lattanzio		
<i>Introduzione</i>	»	9
Anna Banchemo, Enrico Brizioli, Cristiano Gori, Antonio Guaita, Franco Pesaresi, Marco Trabucchi		

PARTE PRIMA

Monitoraggio dell'assistenza. Il quadro dell'Italia

1. La "bussola" di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati	»	13
<i>Carlos Chiatti, Francesco Barbabella, Giovanni Lamura, Cristiano Gori</i>		
2. Le politiche nazionali	»	41
<i>Fabio Cembrani, Renato Cogno, Cristiano Gori, Franco Pesaresi, Fabio Ragaini</i>		
3. La regolarizzazione delle badanti	»	77
<i>Sergio Pasquinelli, Giselda Rusmini</i>		
4. Le politiche regionali	»	91
<i>Cristiano Gori, Laura Pelliccia, Rosemarie Tidoli</i>		

PARTE SECONDA

Approfondimento monografico. Il punto sui servizi domiciliari

5. Le cure domiciliari: caratteristiche e condizioni di successo	»	127
<i>Anna Banchemo, Marco Trabucchi</i>		
6. Dove va la realtà italiana	»	141
<i>Franco Pesaresi</i>		
7. I bisogni e le risposte	»	167
<i>Antonio Guaita, Georgia Casanova</i>		

8. I servizi domiciliari tra reti informali e assistenti familiari	Pag.	181
<i>Mirko Di Rosa, Maria Gabriella Melchiorre, Giovanni Lamura</i>		
9. Italia ed Europa a confronto	»	199
<i>Maria Gabriella Melchiorre, Mirko Di Rosa, Carlos Chiatti, Giovanni Lamura</i>		
<i>Gli Autori</i>	»	207

Prefazione

Antonio Aprile, *Direttore generale - INRCA, Ancona*

Fabrizia Lattanzio, *Direttore scientifico - INRCA, Ancona*

Il Rapporto vede la luce in un momento di intensa trasformazione dell'intero settore sociosanitario, principalmente dovuto alla contrazione delle risorse finanziarie disponibili e al progressivo aumento della domanda di servizi legato a diversi fattori, primo fra tutti l'invecchiamento della popolazione.

Frazioni sempre maggiori della popolazione sono a rischio di perdita dell'autosufficienza a causa della concomitante presenza di patologie croniche, quali malattie neurodegenerative (circa il 25% degli ultra80enni è affetto da demenza) e cardiovascolari, spesso associate a problemi muscolo-scheletrici, respiratori e metabolici.

Tutto ciò rende assai problematica l'attuale situazione delle famiglie italiane investite da ampi processi di mutamento demografico e socio-economico. Superati i concetti di famiglia "estesa" e "nucleare" tipici degli anni Cinquanta-Settanta, le famiglie di inizio secolo sono andate caratterizzandosi sempre più come famiglie "unipersonali" (formate da un solo individuo, spesso anziano), famiglie "bipersonali" (composte in genere da una coppia di anziani soli), famiglie "monogenitoriali" (in cui un genitore, con uno o più figli, è vedovo o separato/divorziato), famiglie "lunghe" (in cui convivono più generazioni per la contemporanea presenza di nonni e nipoti non necessariamente giovanissimi). La diminuzione dell'indice di natalità e di fecondità accompagnandosi ad un aumento della vita media ha, quindi, favorito il processo di invecchiamento anche delle famiglie, con la presenza di un numero straordinariamente ridotto di bambini (più figli unici) e l'estensione di fasce di età centrali su cui pesano sia le responsabilità verso i figli, sia quelle verso i genitori anziani.

Nonostante, dunque, la loro netta e crescente trasformazione, le famiglie sono ancora le principali responsabili della gestione degli anziani, sia quando se ne fanno carico direttamente, sia quando delegano (parzialmente o totalmente) l'assistenza a personale domestico o "di prossimità" che vive sotto lo stesso tetto, con livelli di professionalità limitati o comunque non formalizzati rispetto alle norme del mercato del lavoro e del sistema d'istruzione italiano. Tale scelta garantisce, come è noto, costi di assistenza contenuti, nonché forme di personalizzazione e continuità del "prendersi cura" socialmente apprezzate.

In ciascuna di queste direzioni, la situazione appare ampiamente problematica non solo per i costi finanziari e psicosociali sostenuti dal sistema familiare in senso lato (comprese le condizioni di vita e di lavoro delle badanti), ma soprattutto perché il lavoro di cura viene svolto in termini separati dal contesto dei servizi sociali e sanitari e senza alcuna competenza esplicita da parte dei vari “care-giver” coinvolti. Questi costituiscono una rete sociale che facendosi carico, informalmente e privatamente, della protezione sociale e sanitaria degli anziani dovrebbe interagire ampiamente con il servizio sanitario ed il sistema integrato dei servizi sociali al fine di ottimizzarne risorse e risultati. In prospettiva il sistema di welfare basato sulla famiglia appare non sostenibile per il forte aumento di persone anziane e vecchie e l’altrettanto forte riduzione di figli adulti.

Fondamentale è la progettazione e realizzazione di formule di integrazione fra settore ospedaliero e settore territoriale in una “rete curante” massimamente unitaria, interagente e complementare, che valorizzi le risorse strutturali distrettuali e le funzioni del medico di medicina generale quali snodi sia della continuità assistenziale sia dall’accesso all’insieme integrato alle risorse della rete e che assicurino l’integrazione socio-sanitaria.

Di fronte a questa emergenza demografico-epidemiologica la letteratura internazionale riconosce l’efficacia della creazione di una rete di servizi che, insieme con la valutazione multidimensionale (VMD), rappresenta la tipologia di intervento con impatto diretto sulla gestione clinica dell’anziano e sull’organizzazione sanitaria. Già nel Progetto Obiettivo Anziani (POA), contenuto già nel Piano Sanitario Nazionale 1994-1996, si identificava un modello di rete dei servizi, indicando nell’attivazione dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) un obiettivo prioritario.

In questa ottica, i servizi di assistenza domiciliare, fondati sull’integrazione dei servizi sociali e sanitari, si attivano sulla base di criteri guida, quali:

- gestire l’anziano nel suo ambiente di vita, supportando anche la famiglia e fornendo soluzioni alternative quando il supporto familiare non è presente, viene meno o non è sufficiente;
- assicurare continuità assistenziale mediante “dimissioni programmate” dall’ospedale per acuti, così come dalle strutture riabilitative (post-acute ed estensive) o dalle strutture residenziali (RSA), evitando l’ospedalizzazione impropria o l’istituzionalizzazione tutte le volte che le condizioni sanitarie e socio-ambientali lo permettano.

Per ottenere risultati efficaci ed efficienti, considerando quanto le risorse a disposizione siano limitate, è necessario innanzitutto comprendere i bisogni di coloro che ricevono i servizi socio-sanitari, quale requisito fondamentale per il processo decisionale di allocazione delle risorse stesse. In particolare, è necessario considerare che gli anziani hanno bisogno di risposte molto flessibili e differenzia-

te in un percorso assistenziale individualizzato, che tenga conto della loro diversità e specificità.

L'anziano fragile ha bisogno infatti di interventi combinati ed integrati fra loro, che possono essere garantiti da un "accesso unico ai servizi" come nel modello del "case management" cioè dell'intervento coordinato in cui il "case manager" prende in carico tutte le esigenze della persona assistita considerando nell'insieme la complessità del "caso" e non trattando solo aspetti sanitari o singole patologie.

Nella prospettiva di sviluppare tale sistema reticolare, deve considerarsi tutto il cosiddetto sistema informale attivabile, non solo le famiglie, ma anche le organizzazioni di volontariato, le cooperative sociali, gli enti con finalità religiosa, le libere associazioni; soggetti che devono concorrere, in forma autonoma e collaborativa, alla realizzazione di un più compiuto sistema di servizi alla persona, nella logica di una comunità solidale, che produce le condizioni per il proprio sviluppo.

Per quanto riguarda i servizi, ad un periodo di espansione e diversificazione dell'offerta di prestazioni (pur nel variegato panorama regionale) segue una fase caratterizzata dal miglioramento dell'accessibilità dei servizi e dalla ridistribuzione delle risorse all'interno del settore. La consistenza dei servizi nel territorio dovrebbe comunque essere decisamente aumentata, in modo da arrivare a valori simili a quelli della media di quei Paesi europei, dove l'assistenza all'anziano è di più alta qualità. Si dovrebbe cioè passare, per l'ADI, (dallo 0.5% (Centro-Sud) - 3% (Nord) attuale) ad almeno al 5-6% di tutti gli ultra65enni.

D'altra parte, registrando la fragilità complessiva del sistema del *welfare* italiano, assistiamo preoccupati a fenomeni impensabili fino a pochi decenni fa: le migliorate condizioni di vita e i notevoli progressi della medicina, rischiano paradossalmente, nel centrare l'obiettivo prefissato di produrre una migliore qualità di vita, di determinare problemi per l'intera collettività.

Tutto ciò induce ad un globale ripensamento delle finalità della programmazione, che deve puntare allo sviluppo qualitativo dei servizi ed alla razionalizzazione dell'impiego delle risorse.

Sotto questa prospettiva la fase congiunturale in atto si presenta come una opportunità positiva da cogliere e una sfida da affrontare, sollecitando e contribuendo a concretizzare un modello globale di servizi socio-sanitari, come sistema plurimo di soggetti istituzionali e professionali, in un quadro integrato di responsabilità e di risorse.

Il Rapporto, assumendo il contesto appena delineato rilascia, come costume, informazioni e conoscenze specifiche sui fenomeni sottesi e sulla rete dei servizi resi al domicilio del paziente disponibili nelle diverse "Italie", proprio all'inizio dell'azione delle nuove legislature regionali.

Introduzione

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

Il Secondo Rapporto del Network Non Autosufficienza (NNA) ⁽¹⁾ propone ai lettori un'analisi di come evolvono gli interventi pubblici nel nostro Paese e un approfondimento sui servizi domiciliari.

La prima parte contiene il monitoraggio dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Inizia con un capitolo – la “bussola” di NNA – che presenta i dati più aggiornati disponibili. Successivamente compie un bilancio delle politiche realizzate dal Governo Berlusconi nel periodo maggio 2008-autunno 2010, dedicando uno specifico approfondimento alla sanatoria delle badanti. Infine, esamina quanto è stato realizzato nella legislatura regionale 2005-2010 dalle Regioni che hanno rinnovato la propria Giunta in quest'ultimo anno.

La seconda parte contiene un approfondimento monografico sui servizi domiciliari, intesi come i servizi alla persona a (almeno parziale) finanziamento pubblico forniti nella casa dove l'anziano vive. Comincia con un capitolo che ne introduce i tratti principali e ne mette a fuoco le condizioni per il successo, per poi discutere la loro diffusione nel nostro Paese e i principali modelli organizzativi esistenti. Successivamente si dedica ai bisogni degli utenti e all'adeguatezza delle risposte fornite loro, mentre il passo seguente consiste nell'ampliare lo sguardo così da esaminare l'intreccio tra servizi, famiglie e badanti. In conclusione mette a confronto l'Italia con la realtà europea.

Il testo è acquistabile nella versione cartacea e può venire scaricato gratuitamente da internet (www.maggioli.it/rna) al fine di promuoverne la diffusione. Sul medesimo sito si trova anche il nostro precedente Rapporto.

Quest'ultimo ha suscitato un notevole interesse tra gli operatori, gli studiosi e nel mondo politico-istituzionale. Vogliamo ringraziare tutti coloro i quali hanno mostrato attenzione nei confronti del nostro lavoro e ci auguriamo che pure il presente volume possa suscitare la loro curiosità.

Rispetto al primo Rapporto, la struttura cambia. Quel testo serviva a comin-

⁽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. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.

ciare il cammino, attraverso uno “stato dell’arte” della realtà italiana fondato sui dati e la discussione di alcuni temi cruciali per il futuro, dal federalismo al ruolo dell’UVG. Qui, invece, viene assunta la forma che il nostro Rapporto manterrà anche nelle prossime edizioni, cioè quella che diventerà abituale: una prima parte con il monitoraggio dell’assistenza pubblica e una seconda con un approfondimento monografico.

Come l’altra volta, dopo aver progettato il Rapporto abbiamo coinvolto nella sua preparazione un cospicuo numero di esperti, che desideriamo ringraziare: Francesco Barbabella, Georgia Casanova, Fabio Cembrani, Carlos Chiatti, Renato Cogno, Mirko Di Rosa, Giovanni Lamura, Maria Gabriella Melchiorre, Sergio Pasquinelli, Laura Pelliccia, Fabio Ragaini, Giselda Rusmini e Rosemarie Tidoli.

Anche in questo caso, il Rapporto è promosso dal Network Nazionale per l’Invecchiamento, che ci ha fornito il suo prezioso contributo scientifico e finanziario, secondo le premesse poste dall’introduzione di Antonio Aprile e Fabrizia Lattanzio. A loro va il nostro sentito ringraziamento.

PARTE PRIMA
Monitoraggio dell'assistenza
Il quadro dell'Italia

1. La “bussola” di NNA: lo stato dell’arte basato sui dati

Carlos Chiatti, Francesco Barbabella, Giovanni Lamura, Cristiano Gori

1. Introduzione

Secondo le raccomandazioni della *Policy* basata sulle evidenze ⁽¹⁾ (EBP), l’azione dei decisori pubblici dovrebbe essere rigorosamente informata dalle evidenze oggettive prodotte in ambito scientifico.

Tra gli ostacoli che frenano l’applicazione dell’EBP, oltre a quelli di natura puramente politico-istituzionale, va menzionata l’incertezza nell’ambito delle evidenze stesse.

Il caso dell’assistenza continuativa (in inglese *Long-term Care*, LTC) in Italia è emblematico in tal senso, poiché caratterizzato da un’elevata dispersione delle fonti informative sia in merito alla domanda di assistenza che all’offerta di servizi per le persone non autosufficienti.

Da questa constatazione è nata l’idea di iniziare il secondo Rapporto del Network per la Non Autosufficienza (NNA) con un capitolo denominato la “bussola di NNA”, finalizzato a fornire un quadro informativo il più completo possibile sugli interventi rivolti alle persone non autosufficienti, ricorrendo alle migliori fonti istituzionali esistenti. Tale quadro, che riprende e aggiorna i dati esposti nel Rapporto 2009, verrà aggiornato nei futuri rapporti NNA, permettendo così di verificare sia l’andamento dell’offerta di interventi che gli eventuali miglioramenti del sistema informativo del settore.

Il focus della “bussola”, tuttavia, non è sull’offerta di assistenza continuativa *tout-court* ma, coerentemente con gli obiettivi del Rapporto NNA, sull’offerta a titolarità pubblica rivolta agli anziani non autosufficienti. Sono definiti a titolarità pubblica gli interventi (sia servizi che trasferimenti) il cui finanziamento sia garantito, anche parzialmente, dall’ente pubblico (cfr. Gori e Lamura, 2009). Rientrano in questa definizione anche quegli interventi la cui gestione operativa è affidata ad un soggetto privato (*for* e *non-profit*), ma la cui responsabilità nella definizione dell’utenza, degli standard di qualità e del controllo resta in capo all’ente pubblico.

⁽¹⁾ Il concetto di *Evidence-based Policy*, che rappresenta un’estensione dei presupposti della Medicina Basata sulle Evidenze nell’ambito delle politiche pubbliche, apparve per la prima volta nel 1999 con la pubblicazione nel Regno Unito del libro bianco sulla modernizzazione del Governo pubblico (UK Cabinet Office, 1999).

Gli interventi analizzati sono riconducibili a tre principali tipologie (Box 1):

1. interventi di assistenza domiciliare di natura sociosanitaria (Assistenza Domiciliare Integrata, ADI) e sociale (Servizio di Assistenza Domiciliare, SAD);
2. servizi di assistenza residenziale, considerando tutte le diverse tipologie di presidi sociosanitari per anziani esistenti oggi in Italia;
3. trasferimenti monetari di natura assistenziale, erogati sotto forma di indennità di accompagnamento per invalidità civile ⁽²⁾.

Nel corso del capitolo saranno adottate trasversalmente due chiavi di lettura:

- *la prospettiva del confronto tra Regioni*: come già rilevato da molteplici analisi (Gori, 2008), l'Italia è caratterizzata da profonde differenze territoriali sia per quanto concerne la domanda di assistenza espressa dalle popolazioni che per la disponibilità e le caratteristiche dei servizi offerti. Per queste ragioni, nell'esposizione dei dati verranno evidenziate le disomogeneità nell'offerta dei servizi presenti a livello regionale;
- *la prospettiva temporale*: la "bussola" non si limita a fotografare la situazione odierna, ma fornisce dati sull'evoluzione dell'offerta pubblica di servizi e politiche per la non autosufficienza nell'ultimo decennio, in modo da consentire l'analisi delle trasformazioni in atto.

Box 1 - Gli interventi di assistenza continuativa a titolarità pubblica per anziani non autosufficienti analizzati, le fonti e gli indicatori utilizzati dalla "bussola" NNA 2010

Area d'intervento	Intervento	Fonte istituzionale disponibile ⁽³⁾
Servizi domiciliari	Assistenza Domiciliare Integrata	Indicatori degli Obiettivi di Servizio – QSN 2007-2013 (Ministero dello Sviluppo Economico, 2010) Annuario statistico del servizio sanitario nazionale (Ministero della Salute, vari anni)
	Servizio di Assistenza Domiciliare	Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati (ISTAT, 2009)
Servizi residenziali	Presidi sociosanitari e socio-assistenziali	Indagine sull'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia (ISTAT, vari anni)
Trasferimenti monetari	Indennità di accompagnamento	Beneficiari delle prestazioni pensionistiche: statistiche della previdenza e dell'assistenza (ISTAT, vari anni)
		Bilanci preventivi e rendiconti generali dell'INPS (vari anni)

⁽²⁾ Nel capitolo non sono presi in considerazione gli assegni di cura offerti a livello locale alle persone non autosufficienti da molte amministrazioni comunali. Sul tema si rimanda al precedente Rapporto del NNA, in particolare al lavoro di Lamura e Principi (2009).

⁽³⁾ Le fonti che verranno utilizzate dalla bussola NNA 2010 sono pertanto le seguenti: a) gli *Indicatori degli Obiettivi di Servizio – QSN 2007-2013*, inviati dalle Regioni al Ministero dello Sviluppo Economico nell'ambito della politica nazionale di sviluppo regionale al fine di accedere

Per analizzare gli interventi a sostegno della non autosufficienza saranno utilizzati indicatori ricavati dalle migliori fonti disponibili (Box 1) che come anticipato, tuttavia, risultano frammentate e non sempre esaustive. Tale frammentazione non è imputabile esclusivamente a carenze di tipo organizzativo/gestionale o allo scarso sviluppo dei sistemi informativi in alcune aree del Paese, ma è in parte la naturale conseguenza dell'intreccio di competenze tipico del settore del *Long-term Care* che coinvolge Stato, Regioni e Comuni (Gori, 2006).

I dati utilizzati derivano da archivi istituzionali (delle ASL e delle Regioni) oppure, nel caso dei dati ISTAT, sono raccolti tramite studi primari su larga scala realizzati attraverso collaborazioni interistituzionali. Per tale motivo è possibile che i dati ISTAT di seguito esposti differiscano parzialmente da quelli presentati nei successivi capitoli del Rapporto NNA.

Nonostante la "bussola" di NNA sia focalizzata sulle caratteristiche dell'offerta di LTC, si è ritenuto utile richiamare in avvio alcuni dati sul bisogno di assistenza espresso dalla popolazione anziana del nostro Paese (par. 2). I successivi paragrafi riguardano quindi le tre aree di intervento prese in considerazione: i servizi domiciliari (par. 3.1), i servizi residenziali (par. 3.2) ed i trasferimenti di natura monetaria (par. 3.3). In seguito, è descritto in breve il progetto SINA (par. 4), il nuovo sistema informativo sui servizi per la non autosufficienza in corso di sperimentazione, che permetterà una volta a regime l'interfaccia delle infrastrutture locali con il sistema informativo centrale del Ministero della Salute. Il capitolo si conclude con alcune riflessioni sul sistema di protezione per la non autosufficienza nel suo insieme (par. 5).

2. Il bisogno di assistenza

Per poter riflettere sull'adeguatezza o meno dell'offerta di servizi per persone non autosufficienti in Italia, è necessario partire dall'analisi del bisogno di

al Fondo per le Aree Sottoutilizzate; b) *l'Annuario statistico del servizio sanitario nazionale (Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere)*, realizzato dal Ministero della Salute, che fotografa il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale; c) *l'Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati* dell'ISTAT, che rileva informazioni sugli utenti e sulla spesa sostenuta dai Comuni per servizi che erogano da soli e/o in associazione con altri; d) *l'Assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia* dell'ISTAT, una rilevazione tramite questionario strutturato condotta annualmente dal 1999 presso tutte le strutture che rientrano nella definizione di presidio residenziale socio-assistenziale in Italia (le rilevazioni precedenti al 2008 sono state pubblicate con altri titoli, quali *I presidi residenziali e socio-assistenziali* e *L'assistenza residenziale in Italia: Regioni a confronto*); e) *le Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale* dell'ISTAT sui beneficiari delle prestazioni pensionistiche, un annuario che attinge e rielabora le informazioni contenute nel Casellario Centrale dei Pensionati dell'INPS; f) *Bilanci preventivi e Rendiconti generali INPS*, realizzati annualmente a cura della Direzione Centrale Bilanci e Servizi Fiscali dell'INPS stesso.

assistenza. Nel nostro Paese, in assenza di dati ufficiali sul fenomeno della non autosufficienza, è divenuta prassi fare riferimento ai risultati dell'Indagine Multiscopo dell'ISTAT *Condizioni di salute e utilizzo dei servizi sanitari* (ISTAT, 2008).

Nell'ambito di questa indagine viene definita disabile la persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee e considerando l'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.), dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate⁽⁴⁾. Tale concetto di disabilità, in linea con le raccomandazioni internazionali dell'OMS, è utilizzato come *proxy* del fenomeno della non autosufficienza⁽⁵⁾. Va premesso che il *bisogno* di assistenza rilevato dalla Multiscopo non si traduce immediatamente in *domanda* di assistenza: quest'ultima viene mediata dalle risorse dell'individuo e della sua famiglia, nonché dalle caratteristiche del contesto socio-economico in cui il soggetto è inserito, attraverso un meccanismo tale per cui soggetti affetti da un pari livello di disabilità possono esprimere una domanda assistenziale assai differente (Lamura, 2008).

L'ultima rilevazione della Multiscopo è stata realizzata nel 2004-2005, ha coinvolto oltre 25 mila anziani e ha registrato un tasso nazionale di non autosufficienza tra gli over 65 pari a 18,7%. Le Regioni con la maggiore prevalenza di anziani non autosufficienti sono risultate essere quelle del Sud (Figura 1): in particolare, in Sicilia il tasso stimato raggiunge il 26,1%, in Puglia il 24,2% ed in Calabria il 22,8%. Al Nord, il fenomeno ha dimensioni più contenute e le Province Autonome di Trento e Bolzano si aggiudicano il primato per il livello di autonomia della popolazione anziana. La ricerca epidemiologica da tempo tenta di fornire spiegazioni al gradiente Nord-Sud osservato nella prevalenza della non autosufficienza; le spiegazioni fornite dalla letteratura scientifica in questo ambito sono in gran parte riconducibili alle condizioni di svantaggio socio-economico delle popolazioni dell'Italia meridionale, che nel corso della vita si traducono in un peggior stato di salute nell'età anziana (Costa, Spadea e Cardano, 2004).

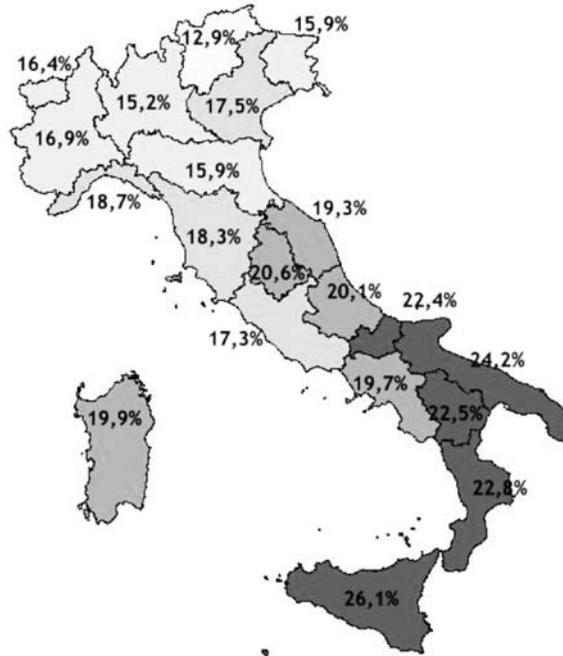
La Multiscopo ha il limite di non considerare le persone che vivono in istituti residenziali e pertanto potrebbe in parte sottostimare il fenomeno. Ad ogni modo, va detto che in Italia il numero di anziani istituzionalizzati è piuttosto contenuto se comparato a quanti ancora vivono presso il proprio domicilio: per co-

(4) Le funzioni sono rilevate attraverso una batteria di quesiti predisposta da un gruppo di lavoro dell'OCSE, sulla base della *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). A seconda della sfera di autonomia funzionale compromessa, l'ISTAT ha individuato quattro tipologie di disabilità: confinamento, difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, difficoltà della comunicazione.

(5) Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, una persona è considerata non autosufficiente quando presenta una riduzione delle capacità funzionali tale da non poter condurre in autonomia la propria esistenza.

noscere il numero totale di non autosufficienti agli oltre 2 milioni e 80 mila disabili indicati dalla Multiscopo (ISTAT, 2008), vanno aggiunte le circa 161 mila persone ospiti dei presidi sociosanitari residenziali, ottenendo così una stima approssimativa di poco superiore ai 2 milioni e 240 mila persone ⁽⁶⁾.

Figura 1 - Tassi di non autosufficienza presso la popolazione con 65 anni e più stimati dalla Multiscopo ISTAT (%), anno 2005



Fonte: ns. elaborazione su dati di ISTAT (2008)

Per quanto riguarda, infine, l'analisi temporale del fenomeno, è stato già osservato (Gori e Lamura, 2009) come il tasso di non autosufficienza stia diminuendo in risposta ai miglioramenti dello stato di salute nella popolazione anziana e in particolare grazie ai progressi nell'assistenza alle persone affette da patologie croniche di lungo periodo. Non bisogna dimenticare, tuttavia, che se si considera il numero complessivo di non autosufficienti anziché il tasso relativo ogni 100 anziani, è evidente come nel nostro Paese il bisogno assistenziale sia aumentato negli ultimi anni e sia lecito attendersi per il prossimo futuro un ulteriore incremento.

⁽⁶⁾ Il numero di anziani in residenze, ricavata dall'indagine ISTAT "L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia" è riferito al 2006, mentre la Multiscopo fa riferimento al 2004-2005. La stima è pertanto da intendersi come puramente indicativa del fenomeno.

3. Le aree d'intervento

3.1. I servizi domiciliari

Nell'ambito dei servizi domiciliari rientrano gli interventi erogati presso l'abitazione dell'utente sulla base di un progetto terapeutico e/o assistenziale finalizzato ad affrontare le patologie in atto, contrastare il declino funzionale dell'assistito e migliorarne la qualità di vita (Gori e Casanova, 2009). Erogare cure presso il domicilio degli utenti significa inoltre contenere i costi dell'assistenza, riducendo il ricorso a prestazioni assistenziali più onerose quali le residenziali e le ospedaliere.

Le modalità attraverso le quali i servizi domiciliari sono erogati variano a seconda della Regione di riferimento, e a volte possono esistere notevoli differenze anche tra le ASL della stessa Regione. Una diffusa classificazione dei servizi domiciliari distingue, in base alle caratteristiche dell'assistenza erogata, tra: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e Ospedalizzazione Domiciliare (OD) ^(?).

Le linee guida della Commissione Nazionale per i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) hanno previsto una riorganizzazione dei servizi di Cure Domiciliari (CD) a carattere sanitario, prevedendo cinque distinti profili di cura (Ministero della Salute, 2006): le CD prestazionali, le CD integrate di primo, secondo e terzo livello, e le Cure Palliative per malati terminali. Tuttavia, non tutte le ASL hanno tradotto operativamente le indicazioni della Commissione ed i flussi informativi esistenti a livello ministeriale forniscono dati sistematici sulla sola offerta di ADI.

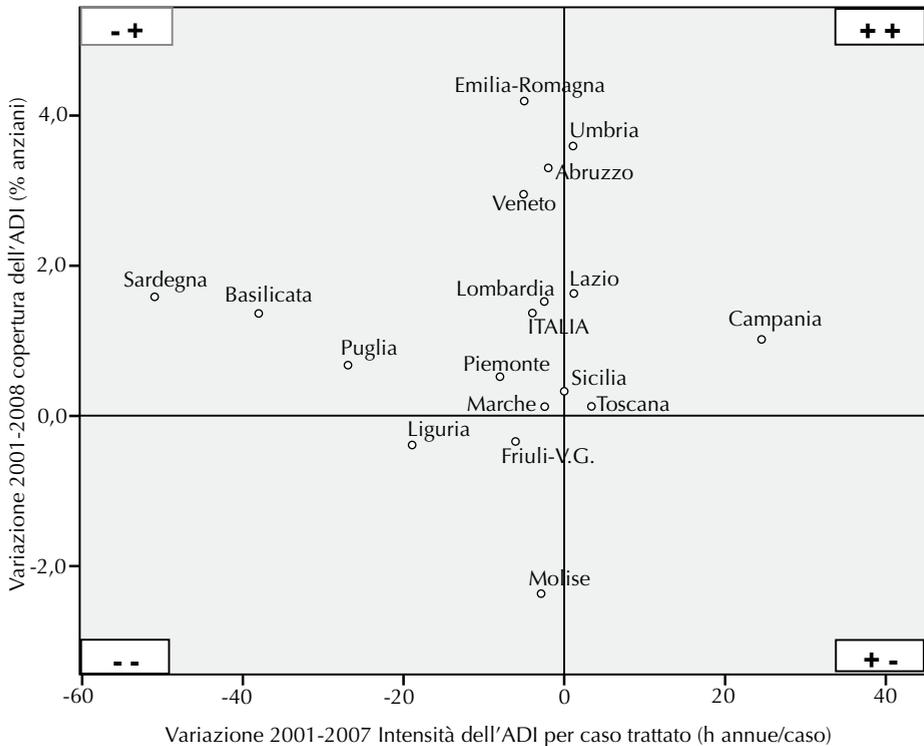
Nel periodo 2001-2008 la copertura del servizio di ADI mostra un trend di crescita positivo: a inizio periodo il servizio raggiungeva in media l'1,9% degli anziani italiani, mentre oggi l'utenza è cresciuta al 3,3% (Ministero dello Sviluppo Economico, 2010). Il bacino di utenza non è uniforme sul territorio e in linea di massima nelle Regioni del Nord il servizio è offerto ad una platea più ampia di anziani. In Friuli-Venezia Giulia e in Emilia-Romagna rispettivamente il 7,3 ed il 6,1% degli anziani sono inseriti nell'ADI (si veda per i dettagli il capitolo 6 di questo volume). Al contrario, solo due Regioni del Sud si trovano tra le dieci Regioni con una copertura superiore alla media nazionale, la Basilicata e il Molise: la situazione del Molise, in particolare, meriterebbe un approfondimento a parte, data l'elevata variabilità dell'indicatore trasmesso al Ministero negli ultimi otto anni disponibili.

La lettura degli indicatori sulla copertura dell'ADI deve essere integrata con il dato sull'intensità dell'assistenza assicurata dal servizio. Per questo indicatore la variabilità tra Regioni è ancora più elevata: pur in presenza di una media nazionale di 22 ore di assistenza annuale erogata per caso trattato, si passa dalle 177 ore/utente nella Valle d'Aosta alle 7 ore/utente in Friuli-Venezia Giulia.

(?) Si veda il capitolo 5 di Banchemo e Trabucchi.

Come già osservato da precedenti analisi (Gori e Casanova, 2009), esiste un'associazione inversa tra l'ampiezza della copertura e l'intensità del servizio, tale per cui più sono gli utenti, meno le ore di assistenza che essi ricevono. Nell'ultimo decennio, inoltre, dai dati disponibili è possibile desumere che, a fronte di un generale incremento della copertura del servizio, ha avuto luogo contemporaneamente una diminuzione della sua intensità (la Figura 2 mostra come questo sia avvenuto in ben 12 Regioni). Solo in quattro Regioni (Toscana, Lazio, Umbria e Campania) è stato osservato un contemporaneo incremento della copertura e dell'intensità del servizio.

Figura 2 - Variazione della copertura (Δ 2001-2008) e dell'intensità (2001-2007) del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) nelle Regioni italiane ⁽⁸⁾



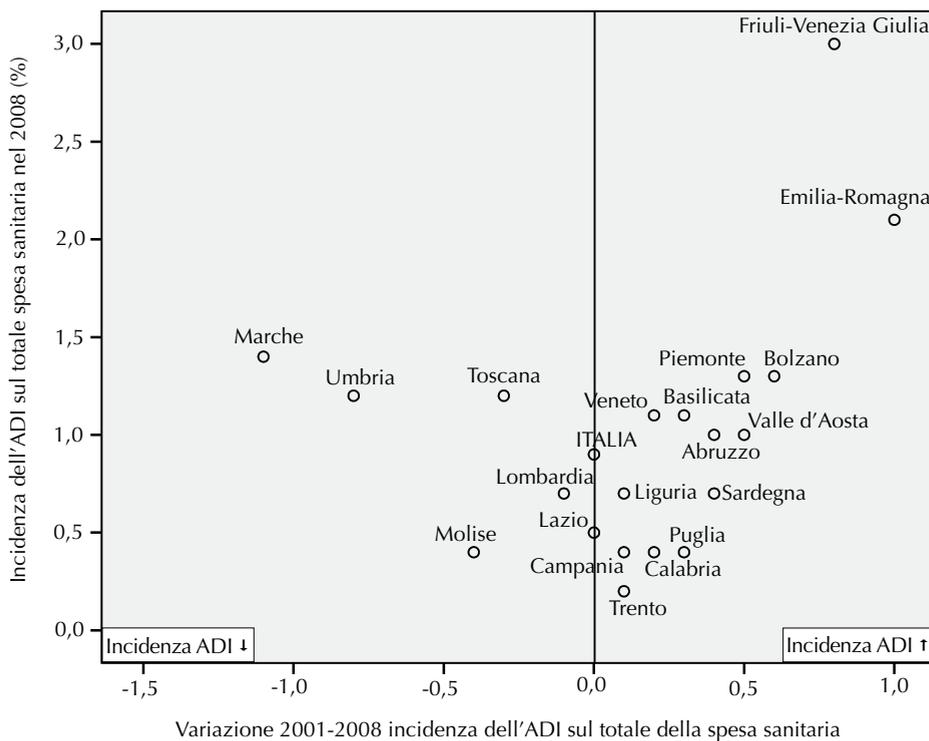
Fonte: ns. elaborazione su dati Ministero dello Sviluppo Economico (2010) e Ministero della Salute (anni vari)

⁽⁸⁾ La variazione dell'intensità ADI è calcolata per il servizio di ADI complessivo, non solo per l'ADI rivolta ad anziani non autosufficienti. Quest'ultimo dato è disponibile, infatti, solo per il 2007. Calabria e Valle d'Aosta non sono presenti nella figura, pur collocandosi nel quadrante (- +), in quanto si presentano come casi outlier: la Calabria ha dichiarato infatti una diminuzione dell'intensità dell'ADI pari a -105 ore, mentre la Valle d'Aosta un decremento pari a -71 ore.

Per conoscere come è variato negli ultimi anni l'impulso delle diverse amministrazioni regionali nella direzione della domiciliarità è utile osservare il dato sull'incidenza della spesa per cure a domicilio sul totale della spesa sanitaria. Pur sorprendendo la sostanziale stabilità dell'indicatore per l'Italia nel suo complesso, emerge chiaramente l'eterogeneità delle politiche regionali nel settore.

Coerentemente con i dati sul livello di copertura del servizio, Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna sono le due Regioni dove la spesa per ADI incide maggiormente sui costi complessivi della sanità. Le Marche, pur attestandosi al terzo posto in Italia per il valore di questo indicatore, nel corso del periodo 2001-2008 hanno visto ridursi la proporzione di spesa per assistenza domiciliare sul totale; per questa Regione, infatti, i dati sulla copertura del servizio sono rimasti pressoché invariati. Caso a parte è quello dell'Umbria (come emerge dalla lettura congiunta delle Figure 2 e 3), dove a fronte di un minore investimento nella domiciliarità si è verificato ugualmente un netto incremento nella copertura del servizio.

Figura 3 - Incidenza della spesa per Assistenza Domiciliare Integrata sul totale della spesa sanitaria nelle Regioni italiane, anno 2008 e variazione periodo 2001-2008



Per quanto invece riguarda il grado di copertura del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), che nel 2006 è stato assicurato solamente all'1,8% degli anziani, lo squilibrio Nord-Sud risulta meno marcato (Tabella 1). Il servizio è stato garantito con maggior frequenza agli anziani della Valle d'Aosta (4,9%) e del Trentino-Alto Adige (3,8%), ma anche ai Siciliani (3,4%) e ai Molisani (3,1%).

Non è possibile conoscere l'intensità del SAD in termini di ore di assistenza effettivamente erogata a ciascun utente, tuttavia l'indagine ISTAT fornisce una stima della spesa sostenuta per ogni anziano trattato. Questo dato indica una spesa media nel 2006 di 1.646 euro per utente, in leggero calo (-82 euro) rispetto all'anno precedente. Come nel caso dell'ADI, l'indicatore dell'intensità del SAD è estremamente variabile: se in Calabria la spesa è di appena 605 euro/utente, il costo medio raggiunge i 3.767 euro per utente in Trentino-Alto Adige e quasi 4.500 euro in Valle d'Aosta.

I trend osservati nello sviluppo dei due interventi domiciliari di sostegno alla non autosufficienza sono pertanto simili e vanno nella direzione di ampliare la platea di beneficiari a scapito dell'intensità dell'assistenza erogata.

Tabella 1 - Anziani utenti del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) e spesa per caso trattato per Regione di residenza (%), anno 2006

Regione	Copertura 2006	Spesa media per utente 2006
1. Valle d'Aosta	4,9	4.487
2. Trentino-Alto Adige	3,8	3.767
3. Sicilia	3,4	1.230
4. Molise	3,1	862
5. Friuli-Venezia Giulia	2,9	2.074
6. Sardegna	2,5	2.641
7. Emilia-Romagna	2,4	1.620
8. Abruzzo	2,4	1.354
9. Lazio	1,8	1.811
10. Lombardia	1,8	1.681
Italia	1,8	1.646
11. Veneto	1,7	1.341
12. Campania	1,6	1.292
13. Piemonte	1,4	1.419
14. Calabria	1,4	605
15. Liguria	1,3	1.939
16. Toscana	1,3	1.828
17. Basilicata	1,1	1.507
18. Marche	1,0	1.736
19. Puglia	0,8	1.387
20. Umbria	0,6	2.035

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2009)

Pur nell'ambito di un quadro informativo non del tutto esaustivo, il supporto offerto dai servizi domiciliari in termini di accessi e "intensità" della presa in carico appare nel complesso limitato, non sufficiente a garantire la permanenza a domicilio di quegli anziani che soffrono di gravi limitazioni dell'autonomia personale. Non sorprende, pertanto, il massiccio ricorso al lavoro privato di cura offerto dalle assistenti familiari straniere che ha avuto luogo in Italia a partire dagli anni Novanta (cfr. capitolo 3 di questo volume).

3.2. I servizi residenziali

Per assistenza residenziale si intende il "complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e sociosanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, all'interno di idonei nuclei accreditati per la specifica funzione" (Ministero della Salute, 2007). Tale assistenza comprende l'insieme di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore all'ospite della struttura. I destinatari di tali interventi sono soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o in presenza di condizioni cliniche stabilizzate: per questa ragione, le prestazioni residenziali vanno distinte dagli interventi di "terapia post-acuzie" (riabilitazione e lungodegenza), che seguono un ricovero e rientrano tra le attività di carattere ospedaliero.

Se si considera il tasso dei degenti ricoverati nei presidi residenziali ogni mille anziani, il ricorso all'istituzionalizzazione in Italia appare sostanzialmente stabile. Nel 2001, il 3,1 per mille degli over 65 è stato ospitato in strutture residenziali; nel 2006, anno dell'ultima rilevazione ISTAT, questo tasso è sceso leggermente al 3 per mille ⁽⁹⁾.

Le Regioni del Nord sono quelle dove maggiore è il ricorso alla residenzialità: 8,1 anziani ogni cento usufruiscono di cure in istituti nel Friuli-Venezia Giulia, 6,5 nel Trentino-Alto Adige, 5,5 nel Piemonte. Di contro, nelle Regioni del Sud il numero di anziani in residenze è piuttosto esiguo.

La leggera diminuzione del tasso di istituzionalizzazione presso gli over 65, tuttavia, non deve nascondere l'aumento complessivo in termini assoluti degli anziani utenti di strutture residenziali connesso al più generale processo di invecchiamento della popolazione italiana.

⁽⁹⁾ Per calcolare il tasso complessivo di degenze in strutture residenziali è stata utilizzata una metodologia in precedenza proposta da Pesaresi e Brizioli (2009). In prima battuta, al numero di anziani ospiti in data 1° gennaio si sono sommate le ammissioni avvenute nel corso dell'anno solare. Quindi il numero risultante è stato rapportato alla media della popolazione anziana residente nella Regione nel corso dell'anno stesso.

Tabella 2 - Anziani ospitati in strutture residenziali dal 1° gennaio al 31 dicembre per Regione di residenza (%), anni 2001-2006

Regioni	Totale degenti 2001	Totale degenti 2006	Variazione degenze '01-06
1. Friuli-Venezia Giulia	6,0	8,1	+2,1
2. Trentino-Alto Adige	6,0	6,5	+0,5
3. Piemonte	5,5	5,5	0,0
4. Liguria	3,4	5,2	+1,6
5. Valle d'Aosta	6,0	5,1	-0,9
6. Veneto	4,0	4,6	+0,6
7. Emilia-Romagna	4,5	4,4	-0,1
8. Lombardia	4,0	3,8	-0,2
9. Marche	2,6	3,1	+0,5
Italia	3,1	3,0	-0,1
10. Molise	2,0	2,3	+0,3
11. Toscana	2,6	2,2	-0,4
12. Abruzzo	2,1	2,1	0,0
13. Sardegna	2,0	1,8	-0,2
14. Umbria	1,8	1,7	-0,1
15. Lazio	1,4	1,5	+0,1
16. Puglia	1,7	1,1	-0,6
17. Sicilia	1,2	1,0	-0,2
18. Calabria	0,8	0,7	-0,1
19. Campania	0,7	0,6	-0,1
20. Basilicata	0,9	0,6	-0,3

Fonte: ns. elaborazione su dati de *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia* (ISTAT, vari anni)

Secondo i dati dell'annuale rilevazione ISTAT, al 31 dicembre 1999 i non autosufficienti ospiti nei presidi erano 140.889; dopo sette anni il loro numero è salito a 162.229. Contemporaneamente, nel periodo esaminato il numero di autosufficienti in strutture diminuiva, contribuendo a contenere la crescita complessiva di ospiti nelle strutture residenziali.

Un'analisi del settore della residenzialità non può essere indicativa se non si prende in considerazione l'elevata eterogeneità dell'offerta di assistenza garantita dalle diverse strutture, che è naturale conseguenza dell'eterogeneità che caratterizza i bisogni sanitari e assistenziali dell'anziano non autosufficiente. Esistono molteplici soluzioni organizzative a livello locale e regionale, all'interno delle quali la componente assistenziale, la sanitaria pura e la riabilitativa hanno un di-

verso “peso” ed è pertanto difficile poter adottare una classificazione che abbia una valenza nazionale. Il miglior tentativo in tal senso è la classificazione adoperata dall’ISTAT, che distingue tra:

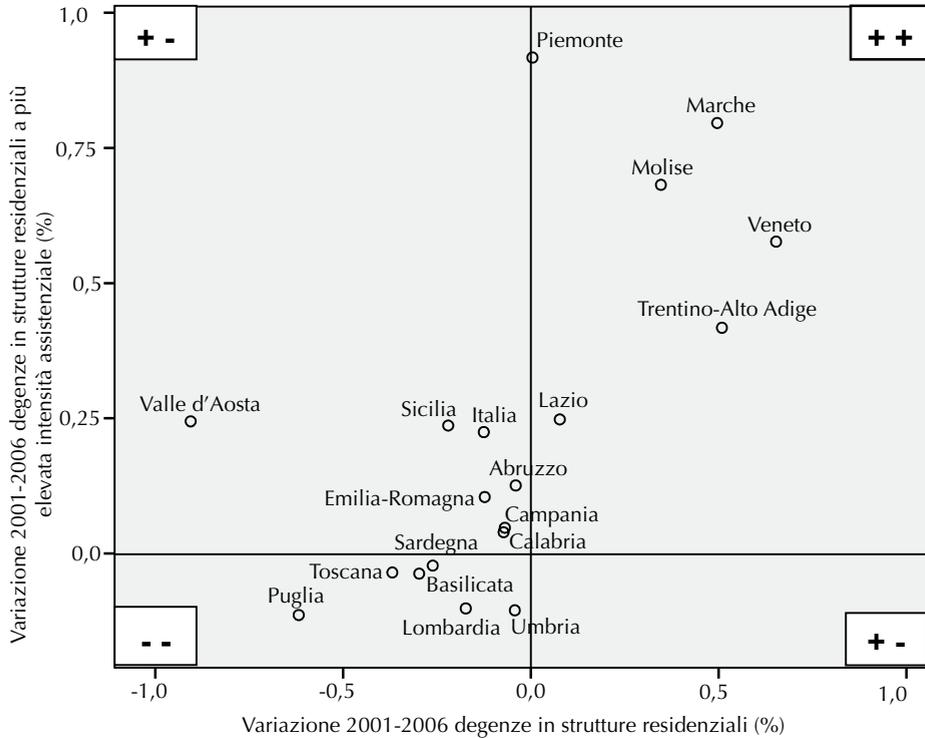
- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): presidi residenziali per anziani non autosufficienti o persone disabili che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative. L’assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un elevato livello di assistenza tutelare e alberghiera;
- Residenze Sociosanitarie (RS): presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani non autosufficienti, dotati di personale medico e infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria e perseguono l’obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile delle capacità psico-motorie degli ospiti (es. Residenze Protette e Comunità alloggio per anziani);
- Residenze Assistenziali (RA): presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani autosufficienti. Gli ospiti delle strutture beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali (es. Case di Riposo).

Anche sotto questo profilo l’offerta regionale di strutture si presenta altamente differenziata (si veda in merito anche l’Allegato 1). Il Trentino-Alto Adige, la Lombardia, la Toscana e il Friuli-Venezia Giulia hanno registrato tassi di degenza in RSA molto superiori alla media nazionale. Nello stesso Friuli, in Veneto, in Liguria, in Valle d’Aosta ed in Emilia-Romagna si rileva invece un elevato utilizzo delle Residenze Sociosanitarie. Queste Regioni, pertanto, al contrario di quanto rilevato nel Sud del Paese, dimostrano di poter disporre di una rete residenziale in grado di farsi carico anche degli anziani non autosufficienti con importanti bisogni di natura sanitaria.

Per quanto riguarda la lettura dei trend in atto si osserva che, a fronte di una leggera diminuzione delle istituzionalizzazioni nel quinquennio 2001-2006, ha avuto luogo un incremento del numero di ospiti nelle strutture a più alta intensità assistenziale (RSA e delle Residenze Sociosanitarie) ed una contemporanea diminuzione del ricorso a strutture meramente assistenziali (Figura 4). L’unica Regione nella quale le degenze in strutture assistenziali resta elevato è il Piemonte, che costituisce un caso anomalo meritevole di ulteriori approfondimenti.

Tra le Regioni nelle quali l’utilizzo delle strutture a più elevata intensità assistenziale è diminuito troviamo Puglia, Sardegna e Umbria, dove in generale il ricorso all’istituzionalizzazione dell’anziano è un fenomeno marginale, ma anche la Regione Lombardia che, pur in assenza di un trend positivo, ad inizio periodo presentava valori elevati rispetto alla media nazionale.

Figura 4 - Variazione % nel periodo 2001-2006 del tasso di degenza degli anziani presso strutture residenziali e presso le strutture a più elevata intensità assistenziale nelle Regioni italiane ⁽¹⁰⁾



Fonte: ns. elaborazione su dati de *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia* (ISTAT, vari anni).

Questo andamento è confermato a livello nazionale dalla variazione del numero di posti letto disponibili: nel 2000 i posti letto in presidi residenziali erano rispettivamente 71.359 nelle RSA, 85.490 nelle Residenze Sociosanitarie e 90.522 nelle Residenze Assistenziali. Nel 2006 sono diventati 93.878 nelle RSA (+22.519), 94.843 nelle Residenze Sociosanitarie (+9.353) e 75.033 nelle Residenze Assistenziali (-15.489).

⁽¹⁰⁾ Liguria e Friulia-Venezia Giulia non sono mostrate nella figura, pur collocandosi nel quadrante (+ -), in quanto si presentano come casi outlier. Le variazioni delle degenze in strutture a maggiore intensità assistenziali in Friuli-Venezia Giulia ed in Liguria sono state entrambe pari a +2,6%. Dal momento che non sono pervenuti all'ISTAT i dati relativi alle ammissioni della Provincia di Bolzano, solo in questo caso è stato impiegato il dato relativo all'anno 2005. Tale approssimazione influenza (ma in misura assai contenuta) il tasso totale per l'Italia.

3.3. I trasferimenti monetari

La più importante misura a sostegno della non autosufficienza che esiste oggi in Italia, sia in termini di risorse pubbliche impiegate che per numero di beneficiari, è l'indennità di accompagnamento (Lamura e Principi, 2009; Da Roit, 2006). Originariamente istituita dalla legge n. 18 del 1980, costituisce una prestazione di sostegno economico erogata dall'INPS a soggetti che non sono in grado di deambulare autonomamente e/o richiedono un'assistenza continua per svolgere gli atti della vita quotidiana. Il bisogno che è alla base della concessione, considerato estremo e quindi non graduato, viene valutato da parte di una commissione medica della ASL di competenza esclusivamente da un punto di vista funzionale. L'indennità è concessa indipendentemente dal reddito del beneficiario ed è impiegabile liberamente senza alcun vincolo di destinazione.

L'indennità, come si può chiaramente dedurre dai dati di spesa pubblicati dall'INPS, ha conosciuto nel corso dell'ultimo decennio una diffusione senza precedenti che ha in larga parte determinato l'incremento della spesa complessiva dei trasferimenti agli invalidi civili.

Se nel 2002 le risorse destinate all'erogazione dell'indennità di accompagnamento consistevano in circa 7,5 miliardi di euro, nel 2010 l'INPS ha preventivato per questo intervento una spesa superiore ai 12,5 miliardi (di cui possiamo stimare quasi 11 miliardi per anziani non autosufficienti).

Tabella 3 - Andamento della spesa per prestazioni (pensioni + indennità) agli invalidi civili dal 2001 al 2008 (in euro) e Tasso di fruizione dell'indennità

Anni	Spesa per invalidi civili, al netto maggiorazione ex art. 38 l. 448/2001	% incremento rispetto all'anno precedente	Spesa per indennità	% di anziani fruitori dell'indennità
2001	9.215.520.456	-	-	-
2002	10.911.516.151	18,4%	7.596.640.775	-
2003	11.830.407.276	8,4%	8.349.546.117	-
2004	12.305.422.594	4,0%	8.980.310.048	10,2%
2005	12.927.329.431	5,0%	9.465.063.522	10,8%
2006	13.527.158.478	4,6%	10.129.034.400	11,6%
2007	14.429.944.649	6,7%	10.924.952.914	11,9%
2008	15.252.518.074	5,7%	11.491.583.747	-
2009	15.785.205.656	3,5%	12.082.070.366	-
2010	16.374.505.098	3,7%	12.586.925.972	-

Fonti: per i dati di spesa fino all'anno 2008: *Rendiconti generali* (INPS, vari anni); per i dati di spesa degli anni 2009-2010: *Bilanci preventivi* (INPS, vari anni); per i dati sulla copertura dell'indennità: *I beneficiari delle prestazioni pensionistiche* (ISTAT, vari anni)

Per quanto concerne la copertura dello strumento, nel 2007 il tasso di fruizione dell'indennità di accompagnamento per invalidità civile tra la popolazione anziana (comprendendo anche le prestazioni per non udenti e non vedenti) è stato pari all'11,9% ⁽¹¹⁾. In Umbria, ben 19 anziani ogni 100 hanno beneficiato dell'indennità, mentre nel Trentino-Alto Adige appena 9 anziani su 100. Nel complesso, è presso le Regioni del Sud che lo strumento dell'indennità conosce una maggiore diffusione.

L'elevata eterogeneità riscontrata nei tassi di fruizione dell'indennità di accompagnamento tra le diverse Regioni, in più sedi, è stata attribuita a disfunzioni nella procedura di concessione della misura di sostegno. Recentemente l'INPS ha tentato di ridurre la discrezionalità riscontrata nella valutazione dei requisiti per l'indennità di accompagnamento e il Governo ha dato avvio ad una serie di iniziative volte a contrastare le forme di utilizzo improprie di questo strumento assistenziale (in merito si rimanda al Capitolo 2 di questo volume riguardante le politiche nazionali).

Alla base delle differenze nei tassi di fruizione dell'indennità potrebbero esserci però anche i diversi quadri epidemiologici regionali. Una maggiore prevalenza della non autosufficienza presso gli anziani di alcune Regioni potrebbe contribuire a spiegare le suddette variazioni.

⁽¹¹⁾ Le informazioni relative alla diffusione dell'indennità di accompagnamento a livello regionale sono state tratte dall'indagine ISTAT sui trattamenti pensionistici e, sebbene siano meno recenti di quelle rilasciate dall'INPS, hanno diversi vantaggi sul versante dell'accuratezza dei dati. La fonte utilizzata in questa edizione del Rapporto NNA è differente pertanto rispetto a quella impiegata nella precedente edizione (Lamura e Principi, 2009). Per avere informazioni sugli invalidi civili totali (cioè invalidi civili in senso stretto + non udenti + non vedenti) che beneficiano di indennità di accompagnamento a livello regionale, sono state sommate le prestazioni indicate nelle tavole 6.1 e 6.3 della rilevazione ISTAT. Premesso che la base dati su cui l'INPS e l'ISTAT effettuano le elaborazioni è la medesima (il Casellario dei Pensionati), la discrepanza rilevata tra le due fonti è attribuibile a fattori di natura tecnica tra cui: *a*) il diverso momento di estrazione dei dati: l'ISTAT si avvale dei dati estratti nel mese di luglio dell'anno successivo a quello di riferimento, mentre l'Osservatorio INPS di quelli estratti nel mese di gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento. Ciò implica che nell'archivio utilizzato dall'ISTAT vengano incluse anche le pensioni liquidate fino a luglio con decorrenza anteriore al 31 dicembre, mentre l'Osservatorio include le pensioni attive a gennaio e successivamente eliminate con decorrenza anteriore al 31 dicembre; *b*) l'ISTAT fotografa i dati al 31 dicembre dell'anno, mentre l'Osservatorio al 1° gennaio (rinnovo delle pensioni); *c*) l'ISTAT separa le indennità di accompagnamento dalle pensioni, l'Osservatorio no; *d*) l'ISTAT include anche i dati di Trento, Bolzano e Valle d'Aosta, l'Osservatorio no; *e*) l'ISTAT include i certificati sospesi a gennaio e riattivati prima di luglio, mentre l'Osservatorio include i certificati di pensione attivi a gennaio e sospesi a luglio.

Tabella 4 - Tasso di fruizione dell'indennità di accompagnamento per invalidità civile secondo Regione di appartenenza (%), anno 2007

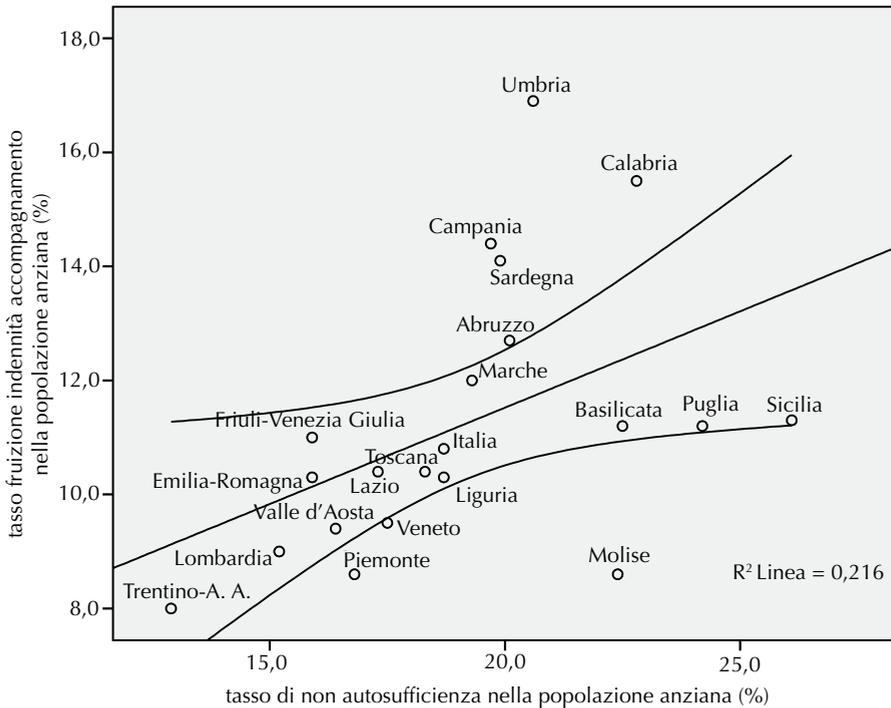
	% Popolazione Anziana
Regione	2007
1. Umbria	19,0
2. Calabria	17,1
3. Campania	16,1
4. Sardegna	15,4
5. Abruzzo	14,0
6. Puglia	13,4
7. Marche	13,1
8. Sicilia	12,2
Italia	11,9
9. Lazio	11,9
10. Friuli-Venezia Giulia	11,8
11. Basilicata	11,6
12. Toscana	11,3
13. Emilia-Romagna	11,2
14. Liguria	11,0
15. Molise	10,8
16. Veneto	10,6
17. Lombardia	9,9
18. Piemonte	9,3
19. Valle d'Aosta	9,1
20. Trentino-Alto Adige	9,0

Fonte: ns. elaborazioni su dati de *I beneficiari delle prestazioni pensionistiche* (ISTAT, vari anni)

In effetti, dall'analisi dei dati disponibili, emerge una certa correlazione tra il tasso di fruizione dell'indennità e il tasso di non autosufficienza rilevato a livello regionale. La linea centrale nella figura 5 rappresenta la retta di regressione ottenuta dalle due variabili considerate (non autosufficienza e tasso di fruizione dell'indennità di accompagnamento nella popolazione anziana), mentre le due curve esterne indicano gli intervalli di confidenza della retta di regressione stessa con un livello di significatività dello 0,95%. Le Regioni oltre gli intervalli costituiscono casi anomali poiché il tasso di fruizione rilevato diverge in maniera si-

gnificativa da quanto osservato nel resto del Paese. Le Regioni posizionate al di sotto dell'intervallo (Molise, Piemonte e Veneto) sono quelle nelle quali il tasso di fruizione è più basso di quanto sarebbe prevedibile dato il tasso di non autosufficienza osservato; quelle al di sopra, al contrario, rappresentano i casi regionali più "generosi" nella concessione dell'indennità di accompagnamento (si tratta appunto di Umbria, Calabria, Campania, Sardegna e Abruzzo).

Figura 5 - Relazione tra tassi di disabilità stimati e tasso di fruizione dell'indennità di accompagnamento nella popolazione anziana delle Regioni italiane, anno 2005



Fonte: ns. elaborazione su dati de I beneficiari delle prestazioni pensionistiche – Anno 2005 (ISTAT, vari anni) e ISTAT (2008)

Il principale limite di questa osservazione è quello di fare riferimento ad un tasso di non autosufficienza stimato dalla Multiscopo ISTAT e non al dato reale, ancora oggi non disponibile in Italia. Inoltre, lo stato di non autosufficienza è auto-dichiarato e non certificato da professionisti.

Al di là di questi limiti, l'analisi svolta suggerisce l'opportunità di condurre ulteriori approfondimenti mirati a chiarire le ragioni delle differenze riscontrate.

4. Il Progetto SINA

Come accennato, una criticità nello studio e nella valutazione degli interventi a sostegno della non autosufficienza è la dispersione dei dati in sistemi informativi autonomi e non comunicanti. Negli ultimi anni, gli enti coinvolti nell'erogazione dei servizi sociosanitari (ASL, comuni, ecc.) si sono dotati di sistemi in grado di gestire solo singoli segmenti dell'intero processo, incapaci di interfacciarsi tra loro per comunicare e condividere informazioni. Questa frammentazione ha ostacolato sinora l'integrazione dei dati sia a livello locale (comunale e regionale) che nazionale, impedendo l'aggregazione delle varie fonti informative di interventi e prestazioni sociosanitarie.

Questa problematica è stata riconosciuta dalla legge n. 328 del 2000 e affrontata dai successivi accordi Stato-Regioni che hanno riordinato l'intera struttura di gestione e condivisione dei dati sociosanitari attraverso la progettazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS), in carico al Ministero della Salute.

Coerentemente con gli obiettivi strategici del NSIS, con il decreto del 17 dicembre 2008 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, sono stati avviati progetti per lo sviluppo di sistemi informativi settoriali, tra cui quelli per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza residenziale e semiresidenziale.

È in questo ambito che è stata avviata la sperimentazione del Sistema Informativo Nazionale sui Servizi Sociali per la Non Autosufficienza (SINA), il cui obiettivo è raccogliere i dati relativi ai servizi erogati alle persone non autosufficienti, collegando le informazioni ai sistemi di monitoraggio del NSIS.

Tale sperimentazione è stata avviata tramite una convenzione stipulata nel dicembre 2008 tra il Ministero e la Regione Liguria, coordinatrice del progetto. Lo sviluppo del SINA vede inoltre coinvolti gli enti locali aderenti alla sperimentazione⁽¹²⁾, l'ISTAT, l'ANCI e l'INPS.

Il progetto è finanziato attraverso il Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze: dal 2007 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali si è impegnato a stanziare annualmente la somma di 1 milione di euro per la realizzazione del SINA. Di questo finanziamento, due terzi sono destinati allo sviluppo delle infrastrutture regionali e un terzo a quella nazionale (attraverso l'INPS).

Il progetto si articola in tre fasi. Nella prima fase (conclusasi ad ottobre 2009) è stato somministrato un questionario ad un campione di oltre 100 enti locali (comuni e associazioni di comuni) per analizzare i loro modelli organizzativi in ba-

⁽¹²⁾ Oltre alla capofila Liguria, sono coinvolti Abruzzo, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana, Valle d'Aosta, Veneto e la Provincia Autonoma di Bolzano.

se ad una serie di criteri prestabiliti riguardanti le prestazioni e gli interventi a favore delle persone non autosufficienti.

La seconda fase del progetto prevede la creazione del cosiddetto set informativo minimo comprendente, per ciascun assistito, informazioni riguardanti la valutazione multidimensionale, le prestazioni INPS e quelle a carattere sociosanitario ⁽¹³⁾.

Il modello di set informativo minimo è stato costruito sulla base di una definizione comune di non autosufficienza, elaborata internamente al progetto SINA (di concerto con un gruppo di esperti coinvolti): una definizione che tiene conto della salute, dell'assetto funzionale (autonomia dei soggetti) e dell'assetto sociale (aiuti formali e informali) delle persone non autosufficienti.

Dal 1° gennaio 2010 le Regioni sono state chiamate all'adeguamento dei propri sistemi informativi o alla loro creazione, laddove ancora non esistessero. Il fine è di mettere a punto il collegamento dei flussi informativi regionali con il sistema centrale gestito dall'INPS: un rapporto di tipo bidirezionale, dal momento che il sistema nazionale potrà usufruire dei dati provenienti dalle Regioni e queste ultime potranno accedere ai dati INPS relativi a certificazioni di invalidità, indennità e pensioni.

La terza fase prevede infine la raccolta dei dati individuali a livello locale e la definizione delle regole di trasmissione delle informazioni e di accesso ai database. Al termine di questa fase il SINA entrerà a pieno regime nelle Regioni aderenti alla sperimentazione e, se i risultati saranno soddisfacenti, verrà esteso anche alle altre Regioni italiane: a quel punto costituirà un importante strumento di *governance* a livello nazionale per il monitoraggio delle prestazioni erogate specificatamente nell'ambito della non autosufficienza, e potrà portare all'ottimizzazione delle risorse e al miglioramento dei servizi al cittadino.

5. Uno sguardo d'insieme

La disponibilità degli interventi di sostegno rivolti agli anziani non autosufficienti in Italia nell'ultimo decennio è leggermente aumentata, pur se in alcuni settori, come nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata, contemporanea-

⁽¹³⁾ Il set informativo minimo conterrà per ciascun assistito le seguenti informazioni: 1) *area della valutazione multidimensionale*: mobilità, attività della vita quotidiana, disturbi dell'area cognitiva, disturbi comportamentali, reddito percepito, supporto familiare e/o relazionale, necessità di cure sanitarie, necessità di interventi sociali, fonte di derivazione della valutazione; 2) *area prestazioni INPS*: certificazione di invalidità civile parziale o totale, indennità di accompagnamento, pensione sociale (*ex* invalidità civile); 3) *area prestazioni a carattere sociosanitario*: servizio sociale professionale, assistenza domiciliare, pasti e/o lavanderia a domicilio, servizi di prossimità, telesoccorso e teleassistenza, trasporto sociale, assegni economici per il sostegno alla domiciliarità e all'autonomia personale, inserimento in centro diurno o semiresidenziale, inserimento in struttura residenziale.

mente all'allargamento della platea dei beneficiari ha avuto luogo una diminuzione dell'intensità del servizio offerto.

I dati relativi alla spesa complessiva per assistenza continuativa rivolta agli anziani non autosufficienti confermano questo trend: secondo i dati della Ragioneria Generale dello Stato, che rappresentano la fonte istituzionale di riferimento in questo ambito, tra il 2004 e il 2008 la spesa per *Long-term Care* in Italia è aumentata dello 0,13% del Pil, passando dall'1,05% all'1,18%. La componente di spesa pubblica che ha conosciuto la crescita superiore è stata quella per l'erogazione dell'indennità di accompagnamento (+0,08% del Pil), seguita dalla componente sanitaria (+0,04%) e infine da quella per le altre prestazioni LTC (+0,02%). Questo dato conferma che la natura prevalentemente monetaria dell'intervento pubblico in Italia negli ultimi anni si è andata ulteriormente rafforzando.

Tabella 5 - Variazione della spesa pubblica per *Long-term Care* per anziani non autosufficienti secondo le diverse componenti di spesa (in % del Pil) anni 2004-2008

	Anni		Variazione 2004-2008
	2004	2008	
Spesa pubblica per LTC per anziani non autosufficienti (in % del Pil)			
A) Componente sanitaria per LTC	0,45	0,49	+ 0,04
B) Indennità di accompagnamento	0,48	0,56	+ 0,08
C) Spesa sociale dei comuni	0,11	0,13	+ 0,02
D) Totale	1,05	1,18	+ 0,13

Fonte: ns. elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato (anni vari)

Confrontando l'incremento della spesa pubblica per l'assistenza continuativa rivolta agli anziani non autosufficienti in relazione al Pil con l'incremento del totale della spesa pubblica in Italia, si nota come le risorse aggiuntive investite in questo settore costituiscono una esigua parte dei costi aggiuntivi sostenuti dalle Amministrazioni Pubbliche nel periodo 2004-2008 (precisamente lo 0,13% del Pil su un incremento totale dell'1,40%) (Banca d'Italia, 2010). Questa recente evoluzione, unita ai timori per l'attuale crisi economica, solleva timori sulle possibilità di superare il problema del cronico sottofinanziamento degli interventi a sostegno della non autosufficienza nel nostro Paese, che ricordiamo essere, a fronte di un livello di longevità senza eguali in Unione Europea, uno tra quelli ad investire meno risorse nel settore (Gori e Lamura, 2009).

Dalla lettura degli indicatori disponibili emerge inoltre l'assenza di un coerente modello nazionale di sostegno alla non autosufficienza: i dati suggeriscono, al contrario, una tale eterogeneità dei contesti regionali per cui non sarebbe corretto parlare di un modello italiano ma di diversi modelli regionali.

A questo riguardo, il supporto metodologico della *cluster analysis* ⁽¹⁴⁾ ha permesso di comprendere meglio le differenze tra i modelli regionali, consentendo di individuare raggruppamenti di Regioni caratterizzate in maniera omogenea per disponibilità dei servizi a sostegno per la non autosufficienza (cfr. Box 2). I risultati dell'analisi dei cluster hanno rivelato l'esistenza di cinque modelli principali:

1. il *modello della residenzialità avanzata*, tipico di Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta. È il modello delle Regioni che più hanno investito nello sviluppo delle soluzioni assistenziali di tipo residenziale e nell'offerta comunale dei servizi di sostegno socio-assistenziale. Gli utenti in ADI sono pochi, così come limitato appare il tasso di fruizione dell'indennità di accompagnamento;

2. il *modello ad elevata intensità assistenziale*, presente in Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e Veneto. È nelle Regioni di questo cluster che il numero di anziani beneficiari di servizi di assistenza continuativa è il più elevato in Italia: in media 6,5% di anziani è in carico al servizio di ADI e il tasso di istituzionalizzazione è di poco inferiore a quello osservato nel precedente modello, ovvero 5,7%. Inoltre, il 2,3% di anziani riceve il SAD e l'11,2% fruisce dell'indennità di accompagnamento;

3. il *modello del cash-for-care*, presente in Abruzzo, Calabria, Campania, Sardegna e Umbria. In queste cinque Regioni il tasso relativo di beneficiari dell'indennità di accompagnamento è il più elevato in Italia. Di contro, la rete residenziale è scarsamente sviluppata (1,4% anziani istituzionalizzati), mentre SAD e

⁽¹⁴⁾ L'analisi dei cluster (o *cluster analysis*) è una tecnica statistica multivariata che ha l'obiettivo di rilevare nell'ambito di una popolazione analizzata la presenza di gruppi di casi simili tra loro (massima somiglianza *within*) e allo stesso tempo il più possibile differenti dagli altri gruppi (diversità *between*). Le fasi procedurali per lo svolgimento di una *cluster analysis* sono quattro: 1) selezione degli indicatori; 2) raccolta dei dati e costruzione del dataset; 3) scelta del criterio di creazione dei cluster; 4) validazione dell'analisi. Nello studio realizzato per la "bussola" di NNA 2010 gli indicatori utilizzati sono stati: a) la percentuale di anziani in ADI, anno 2008; b) la percentuale di anziani in SAD, anno 2006; c) la percentuale di anziani ospiti di strutture residenziali, anno 2006; d) la percentuale di anziani beneficiari di indennità di accompagnamento per invalidità civile, anno 2007. Sono stati quindi seguiti i seguenti accorgimenti metodologici: le variabili utilizzate sono state standardizzate tramite *z-scores*; la distanza tra Regioni calcolata mediante *square euclidean distance*; la metodica impiegata per l'aggregazione dei cluster è stata quella di Ward (1963). Il software statistico impiegato per l'analisi è stato SPSS 17.00.

ADI conoscono una media diffusione, raggiungendo rispettivamente l'1,7% e il 3,2% degli over 65;

4. il *modello a media intensità assistenziale*, dove la diffusione di ADI e SAD sono di poco inferiori alla media nazionale, ma che può caratterizzarsi per:

a. un maggiore *orientamento cash-for-care*, come in Basilicata, Lazio, Marche, Puglia e Toscana, dove la media di fruitori dell'indennità raggiunge il 12,3%;

b. un maggiore *orientamento verso residenzialità*, come in Liguria, Lombardia e Piemonte, dove il tasso di istituzionalizzazione degli anziani è pari al 4,8%;

5. il *modello a bassa intensità assistenziale*, caratteristico di Molise e Sicilia. Con l'eccezione del SAD, di cui usufruisce il 3,2% degli anziani, in queste Regioni gli interventi di *Long-term Care* raggiungono una ridotta platea di beneficiari.

Dall'analisi dei cluster appare quindi, in modo evidente, come sperimentare la condizione di non autosufficienza in una Regione del Paese piuttosto che in un'altra possa influenzare significativamente le possibilità di accesso ai servizi di assistenza continuativa. Una delle principali sfide che in futuro dovranno essere affrontate sarà pertanto quella di coniugare le rinnovate istanze di autonomia regionale con la garanzia dei diritti dei cittadini anziani residenti nelle Regioni caratterizzate da una minore offerta di servizi e risorse fiscali più limitate.

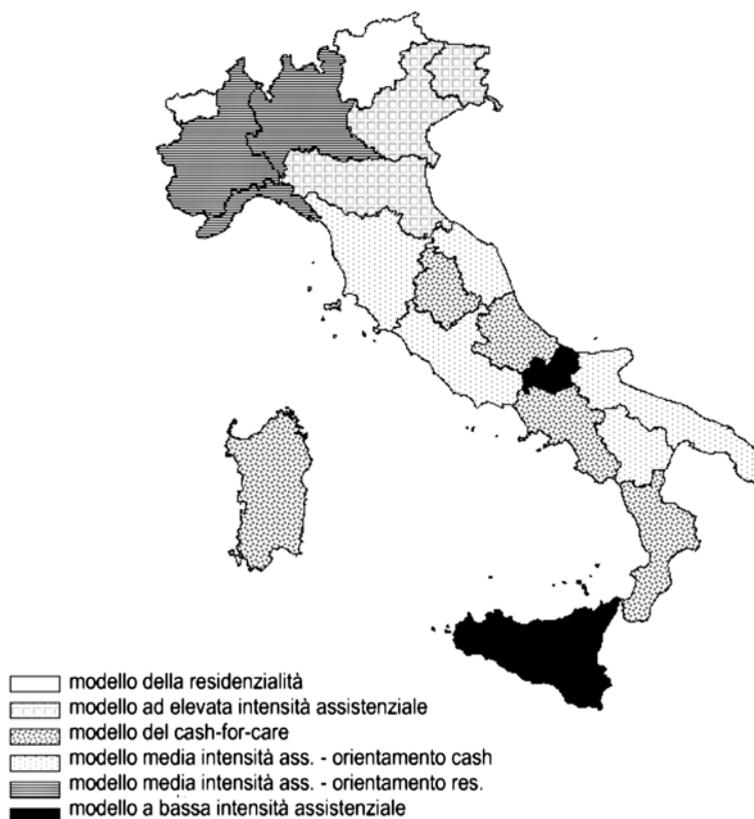
Va comunque sottolineato che i dati utilizzati dalla *cluster analysis* si riferiscono al periodo 2006-2008. Da allora in alcune Regioni sono state avviate importanti riforme del settore, i cui effetti sfuggono necessariamente a questa analisi. Per questo, la lettura dei modelli dovrebbe essere coniugata con quanto descritto nel Capitolo 3 del Rapporto, dedicato alle politiche regionali dell'ultimo quinquennio 2005-2010.

Box 2 - I Modelli regionali di assistenza continuativa per anziani non autosufficienti

Modello (Regioni *)	% Media Gruppo	Copertura servizio	Range
1 Modello della residenzialità (Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta)			
- % anziani utenti in ADI	0,4	+	[0,4 - 0,5]
- % anziani utenti in SAD	4,3	+++++	[3,8 - 4,9]
- % anziani utenti di strutture residenziali	5,8	+++++	[5,1 - 6,5]
- % anziani beneficiari Ind. Acc.	9,0	+	[9,0 - 9,1]
2 Modello a elevata intensità assistenziale (Emilia-Romagna, Veneto e Friuli-Venezia Giulia)			
- % anziani utenti in ADI	6,5	+++++	[6,0 - 7,3]
- % anziani utenti in SAD	2,3	++++	[1,7 - 2,9]
- % anziani utenti di strutture residenziali	5,7	+++++	[4,4 - 8,1]
- % anziani beneficiari Ind. Acc.	11,2	+++	[10,6 - 11,8]
3 Modello del cash-for-care (Abruzzo, Calabria, Campania, Sardegna e Umbria)			
- % anziani utenti in ADI	3,2	+++	[1,8 - 5,1]
- % anziani utenti in SAD	1,7	+++	[0,6 - 2,5]
- % anziani utenti di strutture residenziali	1,4	+	[0,6 - 2,0]
- % anziani beneficiari Ind. Acc.	16,3	+++++	[14,0 - 19,0]
4 Modello a media intensità assistenziale			
a) ... con orientamento cash-for-care (Basilicata, Lazio, Marche, Puglia e Toscana)			
- % anziani utenti in ADI	3,0	+++	[1,8 - 4,1]
- % anziani utenti in SAD	1,2	+	[0,8 - 1,8]
- % anziani utenti di strutture residenziali	1,7	++	[0,6 - 3,1]
- % anziani beneficiari Ind. Acc.	12,3	++++	[11,3 - 13,4]
b) ... con orientamento verso residenzialità (Liguria, Lombardia e Piemonte)			
- % anziani utenti in ADI	3,0	+++	[1,9 - 4,0]
- % anziani utenti in SAD	1,5	++	[1,3 - 1,8]
- % anziani utenti di strutture residenziali	4,8	++++	[3,8 - 5,5]
- % anziani beneficiari Ind. Acc.	10,1	++	[9,3 - 11,0]
5 Modello a bassa intensità assistenziale (Molise e Sicilia)			
- % anziani utenti in ADI	2,1	++	[0,9 - 3,4]
- % anziani utenti in SAD	3,2	++++	[3,1 - 3,4]
- % anziani utenti di strutture residenziali	1,6	++	[1,0 - 2,3]
- % anziani beneficiari Ind. Acc.	11,5	+++	[10,8 - 12,2]

(*) sono sottolineate le Regioni nelle quali il tasso di non autosufficienza rilevato nell'indagine Multiscopo ISTAT è superiore alla media nazionale

Figura 6 - Modelli regionali di assistenza continuativa per anziani non autosufficienti in Italia



Fonte: ns. elaborazione

Nel corso delle prossime edizioni del Rapporto NNA, i modelli verranno analizzati utilizzando i nuovi dati disponibili, così da verificare eventuali cambiamenti occorsi a livello regionale. Questo interesse di ricerca assume particolare importanza nel contesto odierno, in cui il processo federalista in Italia sembra destinato ad ulteriori sviluppi.

Bibliografia

- BANCA D'ITALIA (2010), *Relazione annuale sul 2009*. 31 maggio 2010, Roma, Banca d'Italia, <http://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/relann/rel09/rel09it>.
- COSTA G., SPADEA T., CARDANO M. (a cura di) (2004), *Disuguaglianze di salute in Italia*, in *Epidemiologia e Prevenzione*, 28, pp. 1-161.

- DA ROIT B. (2006), *La riforma dell'indennità di accompagnamento*, in C. GORI (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Bologna, Il Mulino, pp. 287-315.
- FREEDMAN V.A., CRIMMINS E., SCHOENI R.F., SPILLMAN B.C., AYKAN H., KRAMAROW E., LAND K., LUBITZ J., MANTON K., MARTIN L.G., SHINBERG D. E WAIDMANN T. (2004), *Resolving inconsistencies in trends in old-age disability: report from a technical working group*, in *Demography*, August, 41 (3), pp. 417-41.
- GORI C. (a cura di) (2006), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Bologna, Il Mulino.
- GORI C. (a cura di) (2008), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci.
- GORI C., CASANOVA G. (2009), *I servizi domiciliari*, in N.N.A. (Network per la Non Autosufficienza) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pp. 35-52.
- GORI C., LAMURA G. (2009) Lo scenario complessivo, in N.N.A. (Network per la Non Autosufficienza) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pp. 17-34.
- INPS (vari anni), *Bilanci preventivi*, Roma, Istituto Nazionale di Previdenza Sociale.
- INPS (vari anni), *Rendiconti generali*, Roma, Istituto Nazionale di Previdenza Sociale.
- ISTAT (2008), *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica, www.istat.it/dati/dataset/20080131_00/.
- ISTAT (2009), *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – anno 2006*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (vari anni), *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (vari anni), *I beneficiari delle prestazioni pensionistiche. Statistiche della previdenza e dell'assistenza*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- LAMURA G., MNICH E., BIEŃ B., KREVERS B., MCKEE K., MESTHENEOS L., MELCHIORRE M.G., PRINCIPI A., LUCCHETTI M., DÖHNER H. (2008) *Invecchiamento della popolazione e rischi sociali in Europa: alcune dimensioni rilevanti*, paper presentato alla Prima conferenza nazionale ESPANet Italia, Ancona, 6-8 novembre.
- LAMURA G., PRINCIPI A. (2009), *I trasferimenti monetari*, in N.N.A. (Network per la Non Autosufficienza) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pp. 69-82.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2006), *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e dell'assistenza ospedaliera a domicilio*, Roma, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2007), *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, Roma, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.
- MINISTERO DELLA SALUTE (vari anni), *Annuario statistico del servizio sanitario nazionale (Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere)*, Roma, Ministero della Salute.
- MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO (2010), *Indicatori degli Obiettivi di Servizio – QSN 2007-2013*, http://www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio/dati.asp.
- PESARESI F., BRIZIOLI E. (2009), *I servizi residenziali*, in N.N.A. (Network per la Non Autosufficienza) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pp. 53-68.

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

UK CABINET OFFICE (1999), *Modernising Government White Paper*, presented to Parliament by the Prime Minister and the Minister for the Cabinet Office, march 1999, London, The Stationery Office.

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

Allegato 1 - Anziani ospiti per tipologia di presidio residenziale nelle Regioni italiane nell'anno 2006 e variazione rispetto al 2001 (per mille anziani residenti)

Regioni	Degenze nel 2006					Variazione degenze 2001-2006				
	RSA	RS	RA	Altri pres.	Totale	RSA	RS	RA	Altri pres.	Totale
Trentino-Alto Adige	40,4	22,4	0,1	1,8	64,7	+6,1	-1,9	+0,1	+0,8	+5,1
Lombardia	35,3	1,4	1,0	0,7	38,4	+3,1	-4,1	-0,2	-0,6	-1,7
Friuli-Venezia Giulia	34,9	33,6	11,4	1,3	81,2	+21,7	+3,9	-3,3	-1,3	+21,0
Liguria	16,3	32,0	1,9	1,5	51,7	+6,3	+19,2	-7,1	-1,2	+17,3
Toscana	15,4	2,2	4,1	0,3	22,0	+0,7	-1,0	-3,1	-0,3	-3,7
Italia	11,8	10,2	7,0	1,0	30,0	+1,9	+0,3	-2,9	-0,6	-1,3
Marche	8,8	11,2	10,2	0,4	30,6	+4,5	+3,5	-3,2	+0,2	+5,0
Emilia-Romagna	8,6	24,8	10,3	0,3	44,0	+1,0	+0,1	-2,3	+0,1	-1,2
Valle d'Aosta	8,2	38,1	2,2	2,4	51,0	+5,6	-3,1	-11,6	+0,1	-9,1
Piemonte	7,6	16,7	29,5	0,7	54,5	+3,9	+5,2	-8,1	-1,0	0
Abruzzo	7,4	8,1	4,0	1,1	20,6	+1,5	-0,2	-1,4	-0,3	-0,4
Veneto	5,4	32,0	8,7	0,3	46,4	-1,3	+7,1	+5,2	-4,4	+6,5
Lazio	4,7	0,9	7,2	2,0	14,7	+2,6	-0,1	-2,7	+0,9	+0,8
Umbria	4,0	7,8	3,1	2,5	17,4	+2,2	-3,2	-1,0	+1,6	-0,4
Sardegna	3,5	1,5	4,8	7,8	17,7	+3,2	-3,4	-8,3	+5,9	-2,6
Calabria	2,7	1,3	1,4	1,6	7,0	+1,3	-0,9	-1,5	+0,4	-0,7
Sicilia	2,0	3,5	3,5	0,7	9,7	+1,5	+0,9	-3,9	-0,6	-2,2
Campania	0,6	0,7	4,0	0,5	5,8	+0,5	0	-1,0	-0,2	-0,7
Puglia	0,3	4,5	5,1	0,7	10,6	-0,1	-1,1	-3,2	-1,8	-6,2
Basilicata	0	2,0	3,4	0,2	5,7	-0,3	-0,1	-2,4	-0,2	-3,0
Molise	0	16,8	4,1	2,3	23,2	-0,1	6,9	-3,9	+0,6	+3,5

Fonte: ns. elaborazione su dati de *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia* (ISTAT, vari anni)

2. Le politiche nazionali

Fabio Cembrani, Renato Cugno, Cristiano Gori,
Franco Pesaresi, Fabio Ragaini

1. Introduzione ⁽¹⁾

Il presente capitolo intende esaminare le politiche nazionali in materia di assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti in Italia realizzate dal Governo di centro-destra, guidato da Silvio Berlusconi, dal maggio 2008 – quando è entrato in carica – all’autunno 2010.

Per analizzare l’azione dell’Esecutivo nazionale bisogna considerare gli strumenti che ha utilizzato. Questi sono riconducibili alle tre componenti in cui si articola l’assistenza continuativa e al livello di governo che ne è responsabile. I servizi socio-sanitari sono responsabilità delle Regioni, che li gestiscono attraverso le Asl. È la grande maggioranza dei servizi domiciliari e residenziali, la spesa pubblica ammonta allo 0,49% del Pil. Lo Stato interviene attraverso le scelte sul finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e sulle regole per la sua *governance*, scelte che sino a questo punto della legislatura si sono concentrate nel “Patto per la Salute 2010-2012”, oggetto del prossimo paragrafo.

I servizi sociali sono titolarità dei comuni, con qualche responsabilità (minore) delle Regioni, e assorbono lo 0,13% del Pil. Lo Stato agisce su questi attraverso le decisioni che toccano i trasferimenti agli enti locali (quelli generici e quelli finalizzati al sociale, il Fondo nazionale Politiche Sociali), discusse nel paragrafo 3. A essi, inoltre, è stata dedicata una specifica linea di finanziamento, il “Fondo per le non autosufficienze”, esaminato nel paragrafo 4.

L’indennità di accompagnamento è responsabilità diretta dello Stato, e la spesa destinata equivale allo 0,56% del Pil. La forte crescita di quest’ultima ha recentemente ottenuto molta attenzione. Prima, pertanto, esaminiamo tale aumento e le sue ragioni (par. 5) e poi consideriamo gli interventi realizzati in proposito (par. 6).

La disamina di ciò che è stato fatto tocca anche le idee messe in campo per i prossimi anni. Il paragrafo 7, dunque, discute le proposte per il futuro dell’assi-

⁽¹⁾ L’introduzione è di Cristiano Gori, che ha curato il coordinamento del lavoro.

stenza continuativa in Italia avanzate dall'Esecutivo nel "Rapporto sulla non autosufficienza", presentato nel luglio 2010.

Il paragrafo 8 riprende i principali punti emersi nel capitolo al fine di elaborare una valutazione d'insieme dell'azione governativa a metà legislatura (tab. 1). Nel periodo in esame ha avuto luogo, inoltre, una regolarizzazione delle assistenti familiari ("badanti"), densa di implicazione per l'assistenza continuativa, a cui è dedicato il prossimo capitolo.

Tabella 1 - L'assistenza continuativa per intervento e livello di governo responsabile

Intervento	Livello di governo responsabile	Spesa (% Pil)	Strumenti utilizzati dallo Stato (relativo paragrafo)
<i>Servizi socio-sanitari</i>	Regioni	0,49	Patto per la Salute (Par. 2)
<i>Servizi sociali</i>	Comuni	0,13	Trasferimenti agli enti locali (Par. 3) Fondo non Autosufficienze (Par. 4)
<i>Indennità di accompagnamento</i>	Stato	0,56	Crescita della spesa (Par. 5) Interventi sulle prestazioni monetarie d'invalidità (Par. 6)
<i>Proposte per il futuro</i>	Stato		Rapporto sulla non autosufficienza (Par. 7)
<i>Visione complessiva</i>	–	Spesa totale: 1,18	Valutazione d'insieme (Par. 8)

2. Il Patto per la salute ⁽²⁾

Nell'ottobre 2009 è stato definito in Conferenza Stato-Regioni il nuovo Patto per la salute 2010-2012 in un clima di generale soddisfazione espressa dal Governo, dalle Regioni e dalle organizzazioni sindacali confederali. È terminata così una trattativa che andava avanti da 4 mesi e che aveva portato in precedenza le Regioni ad abbandonare il tavolo della trattativa. Il Patto definisce le regole per il finanziamento e la *governance* della sanità sino al penultimo anno della legislatura 2008-2013.

L'accordo, i cui contenuti sono stati poi ripresi nella Legge Finanziaria 2010,

⁽²⁾ Questo paragrafo è di Franco Pesaresi.

si occupa quasi esclusivamente della determinazione e del controllo della spesa sanitaria. In particolare, si segnalano i seguenti contenuti che caratterizzano il complesso dei due atti:

1. il finanziamento del servizio sanitario nazionale, a cui concorre ordinariamente lo Stato, viene determinato rispettivamente in 106.200 milioni di euro per il 2010, in 108.650 milioni per il 2011, ed in 111.544 per il 2012, mentre gli investimenti passano da 23 a 24 miliardi di euro. Il Fondo sanitario è stato poi ridotto con il d.l. 78/2010 a 105.398 milioni per il 2010, a 106.285 per il 2011 e a 108.129 per il 2012;

2. i posti letto sono rideterminati in 4 per mille abitanti (erano 4,5), comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;

3. viene prevista, entro il 30 giugno 2010, la stipula di una nuova intesa Stato-Regioni finalizzata a promuovere adeguati processi di qualificazione e razionalizzazione della rete per l'assistenza ospedaliera⁽³⁾;

4. vengono identificate ulteriori prestazioni da trattare ambulatorialmente (24) o in regime di day hospital (108);

5. la spesa per il personale viene contenuta attraverso: la fissazione di un tetto di spesa massimo (l'ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%), la determinazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, la definizione delle posizioni organizzative e di coordinamento delle aree della dirigenza e del personale del comparto;

6. nel caso di tendenza a sbilanci sanitari superiori al 5% le stesse Regioni si devono attivare con l'abbattimento delle tariffe per la riabilitazione e la lungodegenza ospedaliera, con atti volti a garantire l'equilibrio economico delle attività libero-professionali e con misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte degli utenti;

7. il disavanzo sanitario viene definito strutturale quando supera il 5%; in questo caso le Regioni devono presentare un piano di rientro che viene approvato dal Consiglio dei Ministri. In caso di bocciatura del Piano di rientro da parte del Governo o di mancata presentazione da parte della Regione, il Consiglio dei Ministri nomina il presidente della Giunta regionale Commissario *ad acta* per la predisposizione del Piano di rientro e per la sua attuazione. A seguito della nomina del commissario *ad acta* sono sospesi automaticamente i trasferimenti erariali non obbliga-

⁽³⁾ Tali linee saranno definite prendendo in considerazione standard di dimensionamento complessivo della rete, compiti e funzioni da attribuire ai presidi in ragione della loro collocazione, maggiore o minore dimensione e caratteristiche istituzionali con particolare riferimento all'affidamento di funzioni di erogazione di particolari prestazioni di elevata qualificazione ed alla diffusione delle funzioni di emergenza e urgenza.

tori, sono incrementati automaticamente l'Irap di 0,15 punti percentuali e l'Irpef di 0,30 punti percentuali, decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari delle aziende del servizio sanitario regionale e dell'assessorato regionale competente e si attiva il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso.

Il tema della non autosufficienza viene trattato solo all'art. 9 del Patto per la Salute nel quale però l'unico contenuto nuovo viene rinviato ad un successivo atto di "*programmazione integrata*". Infatti, la Conferenza Stato-Regioni al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte a pazienti anziani non autosufficienti, conviene che:

- saranno oggetto di uno specifico atto di *programmazione integrata* sia la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e sia l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti, anche al fine di agevolare i processi di deospedalizzazione;
- l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale condotta con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali;
- con le modalità concordate in sede di Cabina di regia del NSIS sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale afferenti al NSIS.

All'interno di questo quadro, rimane da capire pienamente a quale tipologia di decreti afferiscano gli "*atti di programmazione integrata*", che formalmente non appartengono a quelli regolati dalle norme vigenti. Si tratta probabilmente di disposizioni programmatiche di competenza regionale, ma che le stesse Regioni hanno accettato di discutere e di condividere con gli organi dello Stato – presumibilmente all'interno della Conferenza Stato-Regioni – al fine di favorire i processi di deospedalizzazione dei pazienti. Gli altri due punti sono invece il prodotto del lavoro fatto all'interno del progetto ministeriale "Mattoni", in buona parte contenuti nei decreti sui flussi informativi domiciliari e residenziali della fine del 2008 e nel testo sui nuovi LEA in attesa di approvazione.

Inoltre, il Patto per la salute prevede altri atti che pur non essendo specifici per la non autosufficienza hanno su di essa un impatto significativo. In questo senso viene contemplata una ulteriore intesa Stato-Regioni, da realizzarsi entro il 30 giugno 2010, sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del paziente. Il richiamo al Patto per la salute del 2006 sembra però limitare questo intervento al percorso che coinvolge i medici di famiglia, i medici della continuità assistenziale e i medici del 118 che sono dei soggetti strategici ma non sufficienti a gestire la continuità assistenziale ospedale-territorio (pensiamo alle cure domiciliari).

Infine, viene programmata una ulteriore intesa Stato-Regioni, da stipulare entro il 30 giugno 2010, per il programma nazionale volta alla promozione della qualità. Il Programma nazionale prevederà l'attuazione di forme costanti e strutturate del gradimento dei servizi da parte dei cittadini/utenti/pazienti che, si auspica, coinvolgono anche i servizi sociosanitari per gli anziani e i disabili.

È all'interno della discussione sul Patto per la Salute che il Governo si è impegnato a ripristinare il Fondo per la non autosufficienza di 400 milioni per il 2010, senza riportare la decisione all'interno del Patto ma confermandola con la Finanziaria 2010 (cfr. par. 5).

A giudicare dai contenuti dell'accordo e dai commenti successivi alla sua sottoscrizione si tratta di una vittoria delle Regioni ⁽⁴⁾ che hanno sostanzialmente conseguito quanto chiedevano per il Fondo sanitario – 106,2 miliardi – e per il Fondo per la non autosufficienza ⁽⁵⁾. Inoltre, in caso di mancata presentazione o insufficienza del piano, le Regioni hanno ottenuto che sia lo stesso Presidente della Regione ad assumere il ruolo di commissario *ad acta* per la redazione e attuazione del piano di rientro.

Da sottolineare a tale proposito il paradosso di fare obbligatoriamente coincidere il commissario *ad acta* con il presidente della Regione. Considerato infatti che il commissariamento è da considerare una sanzione, non ha alcun senso che il commissario sia lo stesso presidente che potrebbe essere, almeno in parte, responsabile del dissesto finanziario. Da una parte abbiamo i cittadini che vengono puniti per il dissesto, tramite l'aumento obbligatorio delle aliquote Irpef e Irap, mentre dall'altra parte nessuna penalizzazione è prevista per i politici. Si può pertanto concludere che, per la responsabilizzazione finanziaria delle Regioni, è ancora molto lunga la strada da percorrere.

Tabella 2 - Le previsioni del Patto per la salute 2010-2012 che interessano la non autosufficienza

Norme e previsioni	Note
La dotazione di posti letto di residenzialità e semi-residenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i non autosufficienti saranno oggetto di uno specifico atto di <i>programmazione integrata</i> , anche per agevolare la deospedalizzazione.	
L'ammissione alla assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero.	

(segue)

⁽⁴⁾ Caruso e Dirindin, 2010.

⁽⁵⁾ Le Regioni hanno ottenuto anche un piccolo aumento di 30 milioni di euro per il Fondo nazionale per le politiche sociali.

Norme e previsioni	Note
Sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e residenziale afferenti al NSIS.	
Nuova intesa Stato-Regioni, da realizzarsi entro il 30 giugno 2010, sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio.	
Nuova intesa Stato-Regioni da stipulare entro il 30 giugno 2010 sul programma nazionale per la promozione della qualità.	Mancano espliciti riferimenti ai servizi coinvolti; l'auspicio è che la nuova intesa Stato-Regioni coinvolga anche i servizi sociosanitari per i non autosufficienti.
Ripristinato del Fondo per la non autosufficienza di 400 milioni di euro per il 2010.	La norma, pur essendo stata discussa a proposito del Patto, non è contenuta in esso ma compare nella Finanziaria 2010.

Fonte: Patto per la salute 2010-2012 e Legge Finanziaria 2010

2.1. Considerazioni di sintesi

Il Patto per la salute ha avuto l'indiscusso merito di far accordare Governo e Regioni sul ripristino del Fondo per la non autosufficienza, che lo stesso governo aveva deciso di eliminare dal 2010. Si tratta di una decisione importante che, seppur non sufficiente a garantire una minima assistenza ai soggetti non autosufficienti, serve comunque a mantenere viva l'attenzione istituzionale e il dibattito su una delle priorità del welfare nazionale. In sostanza, si è scongiurato il rischio di un arretramento dopo il lavoro di rilievo che la maggior parte delle Regioni ha sviluppato su questo fronte e che lo stanziamento nazionale contribuisce a finanziare.

Per il resto il Patto per la salute si occupa delle politiche per la non autosufficienza solo per ribadire che le Regioni devono utilizzare uno degli strumenti di valutazione multidimensionale identificati dal Progetto Mattoni, ma soprattutto per rinviare ad un successivo "atto di programmazione integrata" la definizione della dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti. Analogamente vengono anche rinviati gli atti sulla continuità assistenziale ospedale/territorio e sul programma nazionale per la promozione della qualità.

Al momento, rimangono dunque senza risposta i quesiti sui possibili contenuti dell'atto programmatico sull'assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale che si avvia potenzialmente a diventare un atto strategico per la definizione dell'offerta dei servizi ai soggetti non autosufficienti. Le poche parole spese a questo proposito dal Patto per la salute ci portano a pensare che questo potrebbe essere un atto in grado di influenzare il futuro dell'assistenza ai non au-

tosufficienti e a cui prestare, dunque, la massima attenzione. Per questo non è del tutto inutile qualche esercizio interpretativo sui possibili contenuti di questo atto. All'interno del Patto per la salute un primo importante punto di riferimento è dato dall'affermazione che l'atto sull'offerta dei servizi sociosanitari per i soggetti non autosufficienti viene realizzato anche al fine di agevolare i processi di deospedalizzazione. Questo lascerebbe supporre uno sviluppo di tali servizi, sviluppo legato a dei parametri fissati a livello nazionale che le Regioni sembrerebbero disposte ad accettare. Ma c'è anche un altro punto di cui tenere conto, presumibilmente meno rilevante, visto lo scarso consenso che ha raccolto in Conferenza Stato-Regioni, rappresentato dalla proposta governativa di Patto per la salute presentato nel settembre 2009 alle Regioni. La stessa proposta che le Regioni avevano rifiutato *in toto*, ma che risultava abbastanza circostanziata per quel che riguarda in particolare l'aspetto dell'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti. Si diceva infatti che "al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai pazienti anziani non autosufficienti, si conviene che nelle singole Regioni e province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità per anziani non autosufficienti con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale non superi il parametro di 1 posto letto per 100 anziani >65 anni e 3 posti letto per anziani >75 anni. Gli oneri a carico delle aziende sanitarie eccedenti i limiti di cui al d.P.C.M. 29 novembre 2001, ovvero relativi a posti letto eccedenti la dotazione massima sopra riportata, restano a carico dei bilanci regionali".

La sopraindicata mozione avrebbe comportato una dotazione regionale complessiva di posti letto per anziani pari a circa 2,5 posti letto per 100 anziani (sommando i due parametri indicati). Questo significa che i posti letto in più sarebbero stati pagati dalle Regioni con il loro bilancio e non con fondi del Servizio sanitario. Da precisare che questa percentuale è oggi superata da 6-7 Regioni del centro-nord. In questo modo tali Regioni con dotazioni più elevate sarebbero state penalizzate, ed allo stesso tempo quelle del sud non verrebbero incentivate a raggiungere gli obiettivi. Inoltre, nel vecchio testo, si andavano a colpire anche le Regioni che riconoscono una percentuale di copertura sanitaria superiore al 50% (Piemonte, ecc.) per le strutture residenziali. Tale quota eccedente veniva posta a carico delle Regioni, mentre nulla si diceva a proposito delle tantissime Regioni che non arrivavano a coprire la quota del 50%. In sostanza, nella prima proposta di accordo il Governo cercava di ridurre l'offerta di servizi delle Regioni che hanno una rete più importante di servizi per la non autosufficienza e per contro dimostrava una indifferenza totale verso le Regioni che offrono una rete carente di questi servizi. Il risultato complessivo sarebbe stato un arretramento globale del sistema Italia, dato che chi ha i servizi li avrebbe dovuti comprimere, e chi non li ha non sarebbe stato tenuto ad incrementarli. Nulla a che vedere con l'attuale for-

mulazione del Patto per la salute che rinvia il dimensionamento dei servizi prefigurandone però lo sviluppo.

Rimangono pertanto inalterati i dubbi sull'interpretazione che la Conferenza Stato-Regioni e soprattutto il Governo vorrà dare a questa norma.

Partendo dal nostro particolare punto di vista, che è relativo alle politiche per la non autosufficienza, possiamo pertanto affermare che il Patto per la Salute 2010-2012 non interviene in maniera significativa nella materia rinviando a successivi atti gli interventi nel settore. Dunque, viene così confermata una volta di più la tradizionale disattenzione di questo tipo di accordi verso tutto ciò che è relativo all'assistenza alla cronicità ed alla non autosufficienza (Tabella 2).

3. I trasferimenti agli enti locali ⁽⁶⁾

I comuni forniscono e finanziano dei servizi sociali per gli anziani non autosufficienti, con una spesa comunale nel 2007 stimata in quasi 1 miliardo ⁽⁷⁾. In assenza di vincoli nazionali stringenti, i comuni hanno discreti margini nel definire e organizzarne l'offerta, seppur nell'ambito degli indirizzi e normative regionali. L'offerta di servizi sociali e la sua evoluzione sono quindi condizionate più dallo stato della finanza locale, che da normative settoriali. Le risorse finanziarie disponibili alle amministrazioni sono formate dal gettito dei tributi propri, dai trasferimenti statali non vincolati, da risorse vincolate nella destinazione (come i Fondi Regionali Politiche Sociali; di rilievo anche la compartecipazione del SSN), e dalle tariffe pagate dagli utenti. Ma i margini di manovra delle stesse si sono ridotti molto: la manovra estiva del 2008 ha soppresso l'Ici sulla prima abitazione ed ha bloccato la possibilità di aumentare le aliquote dei tributi locali (Ici, addizionale comunale all'Irpef, altri). Di fatto le entrate proprie incassate dai comuni nel biennio 2008/2009 si sono ridotte del 10% rispetto al biennio precedente con una compensazione risicata da parte dei trasferimenti statali, che sono sempre più opachi e incerti negli andamenti.

Le più recenti misure annuali di controllo della finanza pubblica, il c.d. Patto di stabilità interno ⁽⁸⁾, per il 2011 e 2012 impongono la più elevata manovra cor-

⁽⁶⁾ Questo paragrafo è di Renato Cogno.

⁽⁷⁾ Relativa ai servizi residenziali gestiti dai Comuni e loro associazioni: l'Indagine ISTAT sui servizi sociali (relativa al 2007) ha rilevato, una spesa complessiva di 800 milioni di spesa lorda per servizi in struttura ad anziani, e 190 milioni di spesa in rette erogate ad altre strutture. Tale spesa è realizzata col concorso delle famiglie (per circa 400 milioni); inoltre va aggiunta la quota socio-sanitaria dei servizi, pagata dai SSR, con 564 milioni di compartecipazione. La spesa complessiva dei servizi sociali rilevata ammonta a circa 5 miliardi (esclusi gli asili nido).

⁽⁸⁾ Dal 1999 tutte le amministrazioni pubbliche sono soggette ad una disciplina fiscale,

rettiva degli ultimi anni, richiedendo una riduzione delle spese – infatti le entrate non sono più manovrabili – stimata in circa 1.500 miliardi per il primo anno e 2.500 per il secondo; e dispongono una correlata riduzione preventiva dei trasferimenti erariali. Permangono poi i vincoli sulla gestione (*turn over* e assunzioni) e sulla spesa per il personale (anche per gli enti piccoli, non soggetti al PSI).

Merita poi attenzione il Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS), che trasferisce risorse alle Regioni, le quali a loro volta le girano ai Comuni. I Comuni utilizzano queste risorse abitualmente attraverso una gestione condivisa a livello di ambito territoriale/distretto sociale, legandola al piano di zona. Il Fondo quindi concorre alla spesa dell'insieme dei servizi e interventi sociali, di cui gli anziani costituiscono il gruppo di utenti numericamente maggiore ⁽⁹⁾. Il FNPS viene negli anni progressivamente ridimensionato: dai 745 milioni del 2007, ai 656 del 2008, ai 518 per il 2009. Per il 2010 le risorse stanziare nel Fondo sono stimate intorno ai 300 milioni ⁽¹⁰⁾, quindi con un'ulteriore riduzione. E in merito va ricordato che lo sviluppo del c.d. federalismo fiscale prevede l'abolizione di fondi settoriali di questo genere.

È stata, però, recentemente attivata una nuova linea di finanziamento (il "Fondo per le attività di carattere sociale di pertinenza regionale", legge 102/2009) con una dotazione di 300 milioni annui. Esiste la possibilità che queste risorse siano utilizzate per integrare il FNPS, riportandolo ai valori 2009 o poco sopra. Al momento di concludere questo testo ⁽¹¹⁾, quindi, si può affermare che lo stanziamento 2010 si collocherà nella banda 300-600 milioni di euro (tab. 3). Bisogna notare che in assenza dell'integrazione dovuta a questo nuovo Fondo o ad altri interventi, la parte servizi del FNPS non solo si attesterà a una cifra estremamente ridotta nel 2010 ma, in base alle previsioni normative vigenti, nel 2011 e 2012 arriverà praticamente a scomparire ⁽¹²⁾.

il *Patto di stabilità interno*, definita annualmente nella legge finanziaria in relazione ad impegni comunitari. Tale disciplina si è tradotta in vincoli alla gestione finanziaria e allo sviluppo delle spese, vincoli che sono mutati ogni anno, rendendo difficile una programmazione pluriennale.

⁽⁹⁾ Ci si riferisce alla parte del FNPS destinata ai servizi alla persona forniti localmente, mentre ne esiste anche una per prestazioni monetarie di carattere nazionale (i "diritti soggettivi") che non viene qui considerata.

⁽¹⁰⁾ Al momento di concludere questo contributo (settembre 2010) non esiste un'indicazione ufficiale sull'allocazione del complessivo Fondo Nazionale Politiche Sociali tra servizi e prestazioni monetarie (i "diritti soggettivi") per il 2010. La stima di circa 300 milioni per i servizi è costruita partendo dalla dotazione assegnata al FNPS dalla Finanziaria 2010 (1.174 milioni) e sottraendo le risorse assegnate nel 2009 ai diritti soggettivi (842 milioni).

⁽¹¹⁾ Maggio 2010.

⁽¹²⁾ Lo stanziamento complessivo previsto per il FNPS nel 2011 e 2012 ammonta a 914 milioni annui di euro, immaginando anche qui che ai diritti soggettivi vadano le risorse assegnate nel 2009 (842 milioni) per i servizi rimangono intorno ai 70 milioni di euro.

Tabella 3 - Finanziamenti del Fondo Nazionale Politiche Sociali per servizi e interventi sociali ⁽¹³⁾

Anno	Milioni di euro
2006	775
2007	745
2008	656
2009	518
2010	300-600

Tabella 4 - La spesa sociale dei comuni

L'impatto complessivo del FNPS, a dieci anni dall'avvio, presenta luci ed ombre. Da un lato la spesa per "funzioni in campo sociale", che ammontava a circa 7400 milioni ha registrato la crescita maggiore: +25% di incremento reale (2008 rispetto al 1998), seguito da quelli dell'amministrazione generale e della polizia locale, entrambi +12%; negli altri comparti la spesa è invece diminuita. D'altra parte la spesa è cresciuta là dove era già elevata (Regioni del centro-nord, ad eccezione di Veneto e Liguria), mentre nel Mezzogiorno la spesa si è mantenuta decisamente più bassa, seppur crescendo molto (in alcune Regioni (Campania, Abruzzo, Puglia, Basilicata, Sardegna), ma non nelle altre.	Nord	Centro	Sud	Italia
Spesa procapite 2008	154	122	102	130
Indice spesa procapite 2008 (Italia=1,00)	1,18	0,94	0,78	1
Spesa procapite 1998	94	71	51	75
Indice spesa procapite 1998 (Italia=1,00)	1,25	0,95	0,69	1

Nel 2008 i rinnovi contrattuali e la dinamica dei consumi intermedi hanno portato la spesa corrente complessiva dei comuni a crescere dell'8% rispetto al 2007. La spesa sociale non ha subito ridimensionamenti nel 2009, pur con una bassa dinamica delle entrate. Difficile invece valutare l'impatto sul 2010 che potrebbe contenere anche alcuni interventi locali di contrasto agli effetti della crisi. Più certo invece l'impatto del quadro normativo sugli anni seguenti. Finora

⁽¹³⁾ La serie storica riguarda i finanziamenti distribuiti alle Regioni. Nel 2006 e 2007 bisogna aggiungere 44 milioni assegnati direttamente alle 12 grandi città riservatarie ai sensi della legge 285/1997 (Promozione dei diritti dell'infanzia e adolescenza).

molti enti per mantenere i difficili equilibri tra dinamica delle entrate, spese, gestione del personale e Patto di Stabilità, hanno preferito la strada di accrescere le risorse (recupero evasione, tariffe, ricorso all'ISEE, varia manovre fiscali, uso degli oneri di urbanizzazione) a quella di ridurre le spese (blocco turn-over, riduzione manutenzioni) oppure a quella di ridurre i servizi. Ma la gamma delle strategie finanziarie possibili si è ridotta: con gli spazi di manovre sulle entrate tributarie bloccati, mentre agire su quelle tariffarie è improponibile in un periodo di crisi economica, si dovrà incidere sulla spesa, e in particolare nei settori non rigidi (cioè a basso contenuto di spesa di personale interno), meno vincolati e dove i margini di manovra sono maggiori. I servizi sociali hanno questi caratteri, per una spesa basata spesso su contratti di affidamento a soggetti esterni, spesso di durata annuale, che si prestano bene a revisioni e ridimensionamenti.

È verosimile ipotizzare un discreto impatto nei diversi comparti dei servizi sociali dei comuni, che risulterà differenziato in relazione alle caratteristiche produttive dei servizi. I servizi esplicitamente rivolti alla non autosufficienza sono intrecciati alle politiche sanitarie regionali, che regolano la copertura della componente sanitaria dei servizi, cioè alle rette pagate dalle famiglie. Altri servizi connessi alla disabilità (ad esempio nei trasporti, o nel sostegno domiciliare) sono verosimilmente più onerosi per l'ente ma più flessibili da amministrare. Un impatto potenzialmente maggiore potrebbe aversi dalle riforme ancora appena avviate o in corso, come l'avvio dei provvedimenti attuativi del federalismo fiscale previsti dalla legge 42/2009, oppure l'attuazione della carta delle Autonomie (in discussione) che porterà a definire i LEP regionali per l'assistenza, le funzioni fondamentali e i connessi fabbisogni finanziari per Regioni e Comuni da garantire. Di rilievo anche l'obbligatorietà di "ambiti dimensionali" minimi per la gestione delle principali funzioni, recentemente introdotta nella normativa, e la parallela prescrizione di abolire i consorzi di funzione, che svolgono un ruolo importante in alcune Regioni per questi servizi. Sono processi che richiederebbero cambiamenti "strutturali" di rilievo, redistribuzioni di risorse, e soprattutto risorse aggiuntive (si pensi alla definizione dei LEP). Ma si tratta di condizioni improbabili, visto che il processo non dovrà avere oneri aggiuntivi per la finanza pubblica, e data la resistenza degli enti – sia centrali che locali – a cambiamenti drastici: da un lato il mantenimento delle principali provvidenze assistenziali al Ministero, dall'altro la resistenza dei comuni ad associarsi. Gli enti pubblici più vicini al territorio e ai cittadini, paiono quindi destinati a proseguire ancora in questa condizione di strutturale precarietà e incertezza che ne caratterizza l'operato da tempo.

4. Il Fondo per le non autosufficienze ⁽¹⁴⁾

4.1. Il quadro normativo

Per l'anno 2009 la quota destinata per il *fondo per le non autosufficienze* ⁽¹⁵⁾ è stata pari a 400 milioni di euro, mentre negli anni precedenti – il Fondo è stato istituito nel 2007 – è risultata più contenuta. Quota confermata anche per l'anno 2010 (tab. 5). Va ricordato che il fondo non è destinato esclusivamente agli anziani non autosufficienti ma a tutte le persone in questa condizione dunque anche alle persone con disabilità.

Tabella 5 - Finanziamento fondo non autosufficienze anni 2007-2010, milioni di euro

2007	2008	2009	2010
100	300	400	400

È importante ricordare le finalità (art. 2) del fondo così come indicato nel decreto di riparto per gli anni 2008 e 2009 ⁽¹⁶⁾. Vengono lì indicate tre aree prioritarie “riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni”, così individuate:

a) previsione o rafforzamento di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari;

b) attivazione di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato di assistenza che tenga conto sia delle prestazioni erogate dai servizi sociali che di quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;

c) attivazione o rafforzamento di servizi sociosanitari e socio-assistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

⁽¹⁴⁾ Questo paragrafo è di Fabio Ragaini.

⁽¹⁵⁾ Il Fondo è stato istituito con la legge 296/2006, Legge finanziaria del 2007, art. 1, comma 1264 che così recita “Al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, è istituito presso il Ministero della solidarietà sociale un fondo denominato “Fondo per le non autosufficienze”, al quale è assegnata la somma di 100 milioni di euro per l'anno 2007 e di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009”. Va ricordato che il Fondo nasce con l'obiettivo di dare un segnale di attenzione sui temi della non autosufficienza, in attesa di una riforma complessiva degli interventi. Il governo Prodi II presentò, a tal proposito, nel novembre 2007 un disegno di legge delega da sottoporre al Parlamento. La fine anticipata della legislatura interruppe tale percorso.

⁽¹⁶⁾ Decreto 6 agosto 2009 (G.U. n. 261 del 7 novembre 2008).

S'introducono, inoltre, ulteriori importanti specificazioni: *a)* le risorse sono destinate alla copertura dei costi sociali dell'assistenza sociosanitaria; *b)* sono aggiuntive rispetto a quanto già impegnato da parte delle Regioni e dei comuni; *c)* le prestazioni ed i servizi non sono sostituivi di quelli sanitari.

Il fondo dunque deve coprire le spese sociali dell'assistenza sociosanitaria; in via prioritaria deve essere destinato al sostegno della domiciliarità; riguarda sia persone con disabilità che anziani non autosufficienti; la cifra è aggiuntiva rispetto ai finanziamenti già impegnati da Regioni e comuni; i fondi non possono essere utilizzati per coprire servizi sanitari.

4.2. L'utilizzo dei finanziamenti

Pure significativi, i 400 milioni di euro sono una cifra residuale rispetto ai bisogni delle persone non autosufficienti ⁽¹⁷⁾. Il fondo destinato alle Regioni (cfr. Tabella 6) si è tradotto, inoltre, in una certa misura in una cifra di compensazione, pur con il vincolo della destinazione, rispetto alla riduzione del Fondo Nazionale Politiche Sociali, discussa nel precedente paragrafo.

Tabella 6 - Anno 2009. Fondo destinato alle Regioni

Risorse destinate alle Regioni e province autonome		€ 399.000.000,00
così distribuite:		
REGIONI	Quota (%)	Risorse (€)
Abruzzo	2,49%	9.917.890,63
Basilicata	1,10%	4.402.101,90
Calabria	3,54%	14.117.806,90
Campania	8,41%	33.560.383,96
Emilia Romagna	7,98%	31.839.131,31
Friuli Venezia Giulia	2,33%	9.278.562,14
Lazio	8,66%	34.557.901,31
Liguria	3,51%	14.017.485,77
Lombardia	14,74%	58.827.457,99
Marche	2,95%	11.758.151,62
Molise	0,70%	2.799.540,39

(segue)

⁽¹⁷⁾ Secondo diversi studi per rispondere in maniera adeguata alle esigenze delle persone non autosufficienti sono necessari a regime circa 6-8 milioni di euro. Affinché si possa iniziare ad incidere sul fenomeno la spesa iniziale non dovrebbe essere inferiore a 1 miliardo di euro.

Risorse destinate alle Regioni e province autonome		€ 399.000.000,00
così distribuite:		
<i>P. A. di Bolzano</i>	0,74%	2.955.499,53
<i>P. A. di Trento</i>	0,85%	3.389.109,47
<i>Piemonte</i>	7,86%	31.373.465,74
<i>Puglia</i>	6,36%	25.366.214,76
<i>Sardegna</i>	2,64%	10.539.719,40
<i>Sicilia</i>	8,32%	33.191.690,00
<i>Toscana</i>	7,18%	28.663.655,19
<i>Umbria</i>	1,77%	7.064.821,36
<i>Valle d'Aosta</i>	0,25%	977.967,97
<i>Veneto</i>	7,62%	30.401.442,68
TOTALE	100,00%	399.000.000
Risorse destinate al Ministero del welfare		€ 1.000.000,00
Totale		€ 400.000.000,00

Nel momento in cui scriviamo ⁽¹⁸⁾ non si hanno dati rispetto all'utilizzo del fondo da parte delle Regioni. Dall'esame dei provvedimenti assunti da alcune Regioni ⁽¹⁹⁾ si può vedere come in alcuni casi il fondo nazionale sia confluito in un fondo regionale già istituito (vedi ad esempio: Toscana, Emilia-Romagna, Veneto) ed abbia contribuito a finanziare gli interventi già stabiliti dalle Regioni. In questi casi la destinazione ha riguardato sia anziani non autosufficienti che disabili ed ha compreso l'area dei servizi sociosanitari (residenziali, diurni e domiciliari) e il sostegno economico alle famiglie con un congiunto non autosufficiente (assegni di cura); non è chiaro se – come indicato dal decreto – abbiano coperto i costi sociali dell'assistenza sociosanitaria oppure contribuito al finanziamento complessivo dei servizi sociosanitari.

Altre Regioni (ad esempio: Piemonte, Marche, Campania, Lombardia) invece con specifiche norme hanno definito la modalità di utilizzo del fondo. La Campania ad esempio ha assegnato il finanziamento agli ambiti territoriali disponendo che almeno il 60% del trasferimento deve essere destinato all'assisten-

⁽¹⁸⁾ Settembre 2010.

⁽¹⁹⁾ Non si tratta di un'analisi dell'applicazione regionale del Fondo, che esula da questo lavoro, bensì esclusivamente dell'esame dei provvedimenti di alcune Regioni che si è avuto modo di visionare.

za domiciliare integrata anche attraverso l'assegnazione di titoli validi per l'acquisto del servizio. Le Marche hanno destinato l'intero importo per interventi rivolti ad anziani non autosufficienti attraverso il potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare e gli assegni di cura. La Lombardia ha destinato il fondo per incrementare l'erogazione di buoni e voucher, potenziamento dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza domiciliare integrata, finanziamento della vita indipendente per disabili gravi. Il Piemonte ha utilizzato il fondo finalizzandolo al riordino delle prestazioni di assistenza tutelare sociosanitaria con l'istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti.

Alla luce delle poche normative regionali analizzate andrebbe pertanto verificato se effettivamente l'indicazione, contenuta nei criteri di riparto, che i fondi siano aggiuntivi rispetto a quanto già previsto, viene e verrà rispettata da parte di Regioni ed enti locali, così come se l'entità del fondo coprirà effettivamente solo i costi sociali delle prestazioni sociosanitarie. Ad esempio nei casi di potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare con quali garanzie si potrà accertare che a livello locale, anche alla luce dei tagli sopra indicati, si utilizzeranno questi fondi per l'erogazione di prestazioni aggiuntive e non per coprire la riduzione dei finanziamenti che in molti casi si sono tradotti in riduzione dell'offerta dei servizi? Stessa cosa rispetto all'ipotesi di utilizzo del fondo ai fini dell'erogazione di interventi di trasferimento monetario a sostegno della domiciliarità. A ciò va aggiunta la precarietà del finanziamento che impedisce una programmazione di lungo periodo. Al momento infatti è stato confermato, solo per il 2010 il finanziamento del Fondo (conferma peraltro arrivata negli ultimi mesi del 2009 a seguito della forte pressione delle Regioni) e dunque vi è grande incertezza per il futuro.

Come già accennato il fondo per le non autosufficienze in realtà, anche a causa della sua dotazione finanziaria, non è portatore di alcun progetto rispetto alla risposta da dare alle esigenze degli anziani non autosufficienti; nella situazione attuale, si tratta, nei fatti, di un sostegno agli interventi sociali, prioritariamente domiciliari, dei Comuni (quando non copre, come si è visto, interventi di natura sociosanitaria finanziati anche dalla sanità), attraverso una definizione regionale dei criteri.

L'indicazione prioritaria di utilizzo dei fondi a favore degli interventi sociali per la domiciliarità, insieme all'entità dei finanziamenti, ha, nei fatti, accantonato il problema dell'assistenza diurna e soprattutto residenziale e delle quote sociali a carico degli utenti. Intervenire sulle quote sociali degli utenti appare indispensabile se si vuole che effettivamente anche la residenzialità sociosanitaria sia un livello essenziale cui ogni cittadino, a prescindere dal reddito, può accedere.

5. L'espansione dell'indennità di accompagnamento ⁽²⁰⁾

5.1. I dati

Nel dibattito politico e sui media, recentemente, ha raccolto particolare interesse la crescita della spesa per le prestazioni d'invalidità civile. Non entro qui nelle motivazioni che hanno portato – a partire da tali cifre – a una serie d'inchieste giornalistiche e di dichiarazioni di politici sullo “scandalo dei falsi invalidi”, motivazioni a mio parere dovute a un clima generale stretto tra la complessità dei problemi reali e la ricerca di capri espiatori per le difficoltà del Paese, e mi concentro sui dati.

La spesa per le prestazioni d'invalidità civile è passata da 10.911 milioni di euro nel 2002 a 16.000 milioni nel 2009, vale a dire una crescita del 47% in otto anni (INPS, 2010). La tabella 7 illustra come si è articolata la complessiva crescita della spesa tra le due tipologie in cui si dividono le prestazioni d'invalidità civile, cioè le pensioni d'invalidità e l'indennità di accompagnamento (Box 1). Per arrivare agli attuali 16 miliardi di euro, pari a poco più di un punto di Pil, tra il 2002 e il 2009 la spesa dedicata alle pensioni è cresciuta del 15% mentre quella destinata all'indennità del 61%.

La tabella 8 descrive in che modo si suddivide l'incremento globale di spesa tra le due misure. Dei 5.089 milioni di maggiori stanziamenti nel periodo considerato, 4.605 sono stati per l'indennità e 484 milioni per le pensioni. L'aumento, quindi, è concentrato sull'indennità.

La grande maggioranza dei fruitori (3 su 4) dell'accompagnamento è anziana, e la utilizza perlopiù per remunerare la badante. La percentuale di persone con almeno 65 anni che la ricevono è passata dal 6,0% nel 2002 al 9,5% nel 2008 ⁽²¹⁾. L'utenza anziana dell'indennità, quindi, si è ampliata notevolmente: è cresciuta in sei anni di oltre la metà, il 58% (Tabella 9) ⁽²²⁾.

⁽²⁰⁾ Questo paragrafo è di Cristiano Gori e riprende Gori 2010a.

⁽²¹⁾ In questo caso i dati disponibili arrivano al 2008 e non al 2009, come i dati precedenti. La tabella 9 è stata costruita con modalità leggermente differenti dalle prime due e non è, quindi, perfettamente sovrapponibile. Per gli aspetti metodologici si vedano INPS, 2010 e Lamura e Principi, 2009.

⁽²²⁾ In valore assoluto l'incremento è stato maggiore perché, nel periodo considerato, la popolazione con almeno 65 anni è a sua volta cresciuta sensibilmente. Secondo i dati INPS, il numero di percettori anziani è passato da 639.000 nel 2002 a 1.131.000 nel 2008. Un altro indicatore è il confronto con il periodo precedente: mentre nei sei anni del periodo 2002-2008 l'utenza anziana è cresciuta del 58%, nei precedenti dieci – un arco temporale quasi doppio – è aumentata del 20% (Lamura e Principi, 2009).

Tabella 7 - Spesa per prestazioni d'invalidità civile, Milioni di euro, e crescita percentuale rispetto al 2002; Italia, anni vari

	2002	2005	2009
<i>Pensioni d'invalidità</i>	3.314	3.462 (+ 4%)	3.798 (+ 15%)
<i>Indennità di accompagnamento</i>	7.596	9.465 (+ 25%)	12.201 (+ 61%)
<i>Totale prestazioni d'invalidità civile</i>	10.911	12.927 (+ 18%)	16.000 (+ 47%)

Fonte: INPS, 2010

Tabella 8 - Suddivisione dell'incremento della spesa per l'invalidità civile nel 2002-2009, Milioni di euro, e valori percentuali; Italia

Crescita della spesa e sua suddivisione	Milioni di euro (percentuale)
<i>Crescita totale spesa invalidità civile</i>	+ 5.089
<i>Suddivisione percentuale</i>	
<i>Spesa indennità (% del totale)</i>	+ 4605 (90%)
<i>Spesa pensioni (% del totale)</i>	+ 484 (10%)

Fonte: mia elaborazione su INPS, 2010

Tabella 9 - Utenti anziani dell'indennità di accompagnamento, percentuale sulla popolazione 65+ e crescita percentuale rispetto al 2002; Italia, anni vari

	2002	2005	2008
<i>Percentuale di persone con 65 anni e più che ricevono l'accompagnamento</i>	6,0	7,7 (+ 28%)	9,5 (+ 58%)

Fonte: Elaborazioni di Lamura e Principi, 2009 su banca dati INPS

Box 1 - Le prestazioni d'invalidità civile ⁽²³⁾

Sono trasferimenti monetari assegnati a persone con invalidità per sostenere i costi dovuti alla loro condizione, trasferimenti non legati a precedenti attività lavorative. Il quadro, piuttosto complicato, è riconducibile a due misure principali:

- **la pensione d'invalidità:** erogata a disabili con reddito inferiore a una certa soglia e percentuale d'invalidità tra 74% e 100% compreso. La ricevono persone entro i 65 anni con disabilità non causata da infortuni sul lavoro, quindi in questa condizione dalla nascita o che hanno avuto un incidente (ad esempio automobilistico) o una malattia. Serve a compensare i redditi che l'impossibilità (totale o parziale) di lavorare impedisce di guadagnare e ammonta a 257 euro mensili;
- **l'indennità di accompagnamento:** fornita alle persone con il 100% d'invalidità e che hanno bisogno di assistenza continua per deambulare e/o svolgere gli altri atti quotidiani della vita. È indipendente dalle loro condizioni economiche e dall'età. È pari a 480 euro mensili e serve a sostenere le spese aggiuntive dovute alla necessità di assistenza continua. Chi ha una pensione e vive la disabilità più grave riceve anche l'indennità di accompagnamento. La grande maggioranza degli utenti (3 su 4) è anziana, prevalentemente oltre i 75 anni, e la utilizza per remunerare la badante.

5.2. Alla ricerca di una spiegazione

La peculiarità del recente periodo, dunque, è l'incremento degli anziani che ricevono l'indennità di accompagnamento. Questa crescita non dipende da mutamenti nel profilo della prestazione (criteri di accesso o altro), che non ha subito alcun cambiamento sul piano normativo. Perché, allora, l'utenza anziana è aumentata del 58% in sette anni? Non esiste un'unica risposta ma si possono individuare diverse ragioni che – seppure con un peso differente e con un impatto variabile nei diversi contesti locali – hanno tutte svolto un ruolo significativo.

L'incremento della domanda

L'aumento dei "grandi anziani". L'indennità è l'unica misura nazionale stabile a sostegno delle spese causate agli anziani dalla non autosufficienza. Mentre tutta la popolazione anziana si amplia aumentano in modo particolare le persone con almeno 75 anni di età (+ 23% tra il 2002 e il 2009) ⁽²⁴⁾, che sono i principali percettori dell'accompagnamento.

La crescita d'informazione e consapevolezza. In passato la prestazione era meno conosciuta dalla popolazione e a molti pareva impossibile che la non autosufficienza comportasse il diritto a un sostegno economico indipendente dal reddito

⁽²³⁾ Per chiarezza s'impiegano solo i termini "pensione d'invalidità" e "indennità di accompagnamento", da intendersi come riassuntivi delle diverse prestazioni d'invalidità civile, che sono riconducibili a queste due tipologie principali. Si noti, in particolare, che l'insieme delle "pensioni d'invalidità" comprende gli assegni d'invalidità e le pensioni di inabilità. Per un quadro dettagliato si veda www.handylex.org.

⁽²⁴⁾ Nel medesimo periodo, le persone in età 65-74 anni sono aumentate del 6%.

(si pensava che i diritti si limitassero alla sanità e alle pensioni). Nell'ultimo decennio sono aumentate sia l'informazione in proposito sia la consapevolezza dei propri diritti di anziani e famiglie. Si tratta di un fenomeno non misurabile ma che – in molte aree del Paese – mi pare abbia giocato un ruolo cruciale.

Le peculiarità del welfare italiano

La diffusione delle assistenti familiari. L'indennità costituisce il principale contributo pubblico utilizzabile dalle famiglie nella remunerazione delle badanti, la cui presenza nel nostro Paese è aumentata esponenzialmente durante gli scorsi anni. Il valore delle detrazioni e deduzioni fiscali esistenti è assai minore ⁽²⁵⁾; a differenza di queste, inoltre, l'accompagnamento può essere utilizzato – data l'assenza di controlli sull'effettivo uso – anche quando l'assistente è impiegata in forma irregolare. Il nesso tra aumento delle assistenti familiari e maggiore diffusione dell'indennità è indiretto ma, a mio parere, rilevante. L'esigenza di pagare le badanti, infatti, ha portato un numero crescente di famiglie a domandarsi se esista un sussidio pubblico utilizzabile a tal fine e, di conseguenza, a richiedere l'accompagnamento.

I pochi servizi di cura a domicilio. La diffusione delle assistenti familiari s'intreccia con le debolezze del welfare pubblico. Su questo aspetto, più ancora che sugli altri, bisogna essere cauti nelle generalizzazioni poiché alcune Regioni stanno migliorando notevolmente, grazie ai "Fondi Regionali per la non autosufficienza". Sembra possibile, comunque, rilevare una tendenza valida anche in gran parte delle realtà avanzate. L'offerta a domicilio di servizi a titolarità pubblica è composta perlopiù da interventi di natura sanitaria, prevalentemente infermieristici, concepiti come prestazioni per rispondere a una specifica criticità/patologia ben circoscritta. La presenza di servizi che svolgano funzioni di assistenza tutelare (aiuto nelle attività di base della vita quotidiana), di aiuto domestico, di sorveglianza e più in generale di cura (*care*) è esigua. Infatti, i servizi sociosanitari dell'ADI sono cresciuti costantemente nel decennio ma si concentrano su singole prestazioni, mentre i servizi sociali dei comuni sono assai pochi e in tendenziale diminuzione (cfr. cap. 7). L'unica risposta pubblica alla pressante richiesta delle famiglie di essere sostenute nell'impegno quotidiano di cura, dunque, è l'indennità di accompagnamento.

⁽²⁵⁾ "La disciplina fiscale consente – per chi ha un reddito non superiore a 40 mila euro – una detrazione del 19 per cento di un importo non superiore a 2.100 euro annui per l'assistenza ad anziani non autosufficienti. Il totale dà 399 euro e spetta solo se il reddito complessivo non supera i 40mila euro annui. Esiste inoltre la possibilità di una deduzione fiscale dai redditi del datore di lavoro, entro un limite massimo di 1.549 euro. Anche sommando le due possibilità, le agevolazioni risultano molto limitate. A fronte di oneri contributivi che possono raggiungere i 3.000 euro all'anno, l'attuale sconto fiscale sfiora, nel migliore dei casi, il 15 per cento di tali oneri" (Pasquinelli e Rusmini, 2009, p. 88).

Le carenze degli interventi a tutela del reddito. Le prestazioni d'invalidità civile svolgono, tradizionalmente, una funzione integrativa rispetto alle debolezze delle politiche contro la povertà e la disoccupazione, in particolare nelle aree economicamente più deboli. La recente lettura della storia italiana proposta dal Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, Gianfranco Micciché: "a un'area, quella del Nordest, già piena d'impresе, si è consentito di non pagare tasse, perché per 20 anni non si è fatta una sola indagine fiscale; contemporaneamente, in Sicilia, piuttosto che meccanismi strutturali di compensazione alla disoccupazione, si è permessa la facile concessione dell'invalidità civile" (Micciché, 2010), non è altro che l'attualizzazione della nota affermazione fatta da Ciriaco De Mita negli anni '80: "se al Nord c'è la cassa integrazione al Sud ci deve essere la pensione d'invalidità ⁽²⁶⁾". Nel decennio che sta terminando, l'indennità di accompagnamento – invece che la pensione d'invalidità, come in passato – sembra aver svolto questa funzione integrativa in misura crescente.

Peraltro, il maggior ricorso all'indennità nelle Regioni meridionali non si presta a semplificazioni. Il primo capitolo di questo Rapporto, infatti, mostra una certa correlazione tra il tasso di fruizione della prestazione e il tasso di non autosufficienza in Italia (cap. 1, figura 5). L'elevato impiego dell'indennità nelle Regioni meridionali è in parte dovuto a una presenza della non autosufficienza superiore rispetto al resto del Paese, aspetto che non sorprende poiché la diffusione di quest'ultima è sempre inversamente correlata ai livelli di sviluppo economico e d'istruzione (ISTAT, 2009). In ogni modo, la maggiore diffusione della non autosufficienza spiega solo una parte dell'utilizzo particolarmente esteso dell'accompagnamento in Regioni come Calabria, Campania, Sardegna e Abruzzo.

Gli incentivi insiti nella prestazione

L'assenza di requisiti d'accesso standardizzati. L'accertamento dei requisiti per ricevere l'indennità è basato su criteri generici e non standardizzati (a differenza di quanto accade per le pensioni d'invalidità). Le norme, infatti, indicano che ha diritto all'accompagnamento chi "si trovi nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore" e/o "abbisogni di un'assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita". Le leggi vigenti, però, non esplicitano quali siano gli atti quotidiani della vita cui fare riferimento per individuare tali condizioni e né, tanto meno, in che modo e con quali strumenti valutativi questi debbano essere esaminati sul piano funzionale ⁽²⁷⁾. Esiste, pertanto, un ampio spazio di discrezionalità nel decidere chi possa ottene-

⁽²⁶⁾ Frase riportata da numerose fonti, ad esempio Mafai, 1993.

⁽²⁷⁾ In particolare le leggi 18/1980 e 508/1988, e il decreto legislativo 509/1998. Per una disamina critica della normativa e delle circolari ministeriali applicative si suggeriscono le lucide analisi di Cembrani, 2009 e Cembrani e Cembrani, 2008.

re l'accompagnamento e chi no, discrezionalità che consente di estendere l'utenza nel rispetto delle regole formali.

La separazione tra chi eroga e chi finanzia. L'indennità è finanziata dallo Stato, senza vincoli di bilancio, mentre le decisioni in merito a chi la può ottenere spettano alle Regioni, attraverso le Commissioni delle Asl ⁽²⁸⁾. Queste sono le regole riguardanti la suddivisione delle responsabilità tra i diversi livelli di governo circa l'erogazione e il finanziamento dell'accompagnamento, introdotte con il decreto 112/1998. Dato che ricevono le domande ma non sostengono la spesa, le Regioni hanno un incentivo a rispondere positivamente alle richieste. Si tratta di una constatazione cara ai Ministri Sacconi e Tremonti, i quali probabilmente la sovrastimano poiché la individuano come il problema principale delle prestazioni d'invalidità civile (che il federalismo dovrebbe – nelle loro dichiarate intenzioni – risolvere). Una parte di verità, in ogni modo, pare esserci.

Tabella 10 - Perché è cresciuta l'utenza anziana dell'indennità di accompagnamento?

L'incremento della domanda	<ul style="list-style-type: none"> ■ La popolazione con almeno 75 anni è aumentata particolarmente ■ Rispetto al passato, le famiglie sono più informate sugli interventi pubblici disponibili e più consapevoli dei propri diritti
Le peculiarità del welfare italiano	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'indennità costituisce il principale sostegno pubblico alla spesa per remunerare le badanti ■ L'offerta di servizi pubblici a domicilio è esigua ■ Gli interventi a tutela dei redditi bassi sono carenti
Le caratteristiche dell'indennità	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mancano requisiti d'accesso standardizzati ■ Le Regioni erogano l'indennità e lo Stato la finanzia

Fonte: Gori, 2010a

5.3. Spesa e qualità degli interventi

La diffusione dell'accompagnamento si può prestare a strumentalizzazioni. Prima di concludere, pertanto, vorrei richiamare alcuni punti essenziali, anche se ben noti ai lettori del Rapporto NNA: *a*) la spesa pubblica per l'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia è inadeguata e inferiore al resto d'Europa (Huber, Rodrigues, Hoffmann, Gasior e Marin); *b*) bisognerebbe incrementare le risorse pubbliche dedicate e anche, in diversi casi, utilizzare meglio quelle disponibili; *c*) l'indennità di accompagnamento rientra in quest'ultimo caso, basti pensare ad alcuni suoi limiti: l'ammontare uguale per bisogni diversi ⁽²⁹⁾, l'esiguità dell'importo

⁽²⁸⁾ La descrizione del meccanismo è evidentemente semplificata ma quelli illustrati paiono i punti chiave. Dall'inizio del 2010 questo meccanismo è stato – come noto – oggetto di alcuni cambiamenti, i cui esiti saranno da monitorare nei prossimi anni.

⁽²⁹⁾ Tranne il caso dei ciechi, qui non considerato.

per le situazioni più gravi, la mancanza di un collegamento con la rete dei servizi, l'assenza di verifiche sull'utilizzo (Facchini, 2007; Lamura e Principi, 2009).

L'Italia risulta l'unico Paese europeo dove queste criticità sono tutte presenti, negli altri di prestazioni simili ne hanno solo alcune e, da anni, si lavora per ridurle. Ad esempio, la riforma tedesca del 2008 ha introdotto un collegamento con i servizi e forme di *case management* (Rotghang, 2010), e nel dibattito inglese si discute su come superare la separazione tra la prestazione monetaria comparabile all'accompagnamento (*attendance allowance*) e la rete dei servizi (Humphries, Forder e Fernandez, 2010).

Quando si esamina la crescita dell'indennità, quindi, bisogna ricordare che il problema italiano non è che si spende troppo per gli anziani non autosufficienti, anzi è il contrario. Il problema italiano è che si spende male.

6. Le prestazioni d'invalidità civile ⁽³⁰⁾

Saranno qui analizzati i provvedimenti normativi approvati, nel biennio 2009-2010 per far fronte al progressivo incremento della spesa assistenziale per le prestazioni d'invalidità civile, discusso nel paragrafo precedente. Tre ne sono gli assi portanti: *a*) il piano straordinario di verifiche sanitarie e reddituali iniziato nell'aprile 2009 (che si protrarrà, a quanto è dato sapere, fino al 2012) nei confronti di 800 mila titolari di prestazioni economiche di invalidità civile, cecità civile e sordomutismo; *b*) la modifica del processo di riconoscimento dell'invalidità civile, della cecità civile, del sordomutismo, dell'handicap e della disabilità; *c*) l'inasprimento delle sanzioni (penali, disciplinari e patrimoniali) nei riguardi dei medici che attestano, intenzionalmente, uno stato di disabilità che dà luogo al riconoscimento di benefici economici.

Questi cambiamenti riguardano solo in parte gli anziani non autosufficienti, tema del nostro Rapporto, ma la loro analisi pare necessaria perché le prestazioni d'invalidità civile (cfr. box 1 sopra) vengono abitualmente discusse nel loro insieme, collocando le prestazioni rivolte alle persone con disabilità non anziane e quelle per gli anziani nell'ambito di un unico ragionamento. Come si vedrà, è quanto accaduto anche nel corso dell'ultimo biennio.

6.1. Il piano straordinario di verifiche sanitarie e reddituali

Il piano straordinario di verifiche sanitarie e reddituali iniziato nell'aprile 2009 è stato affidato all'INPS in attuazione a quanto disposto dall'art. 80 del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto

⁽³⁰⁾ Questo paragrafo è di Fabio Cembrani.

2008, n. 133 (*“Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria”*).

Il campione delle persone disabili sottoposte a verifica è stato selezionato utilizzando i criteri selettivi individuati dall’art. 3 del decreto ministeriale 29 gennaio 2009 (*“Attuazione di un piano straordinario di verifica delle invalidità civili”*): a questo campione (400 mila persone) sono stati addizionati due ulteriori sottoinsiemi formati, rispettivamente, dai titolari di prestazioni economiche in attività lavorativa (n. 112.000 di cui 22 mila già presenti nel campione) e dai titolari di prestazioni economiche di invalidità civile che riscuotono direttamente la prestazione (n. 227.000 di cui 50 mila già presenti nel campione). Dal piano di verifiche straordinarie sono stati, pertanto, esclusi, per quanto previsto dallo stesso decreto ministeriale, gli invalidi civili ed i sordomuti ultra-65enni (art. 1, comma 5) nonché le persone portatrici di menomazioni e/o patologie stabilizzate o ingravescenti di cui al decreto ministeriale 2 agosto 2007, incluse quelle affette da sindrome da talidomide, riconosciute nel diritto all’indennità di accompagnamento e, rispettivamente, di comunicazione, previo esame della documentazione agli atti (art. 2, comma 6); solo le persone ultra-65enni titolari di provvidenze economiche di cecità civile sono state, pertanto, inserite nel piano di verifiche straordinarie finalizzato al contenimento della spesa pubblica.

Ad oggi non è dato conoscere quali sono stati i risultati complessivi del piano straordinario di verifiche (anche se, recentemente, l’On. Sacconi, rispondendo ad una interrogazione presentata l’8 giugno 2010 dall’On. Reguzzoni e da altri 55 esponenti della Lega Nord-Padania, lo ha stimato in un risparmio per l’erario di 100 milioni di euro), il numero di contenziosi giurisdizionali che ne sono derivati e, soprattutto, i costi che sono stati sostenuti dall’attivazione della macchina tecnico-amministrativa incardinata nella Pubblica Amministrazione (Tabella 12).

Tabella 12 - Le verifiche straordinarie

Azione	Risultati attesi
Piano di revisione straordinaria dei requisiti sanitari e reddituali di 800 mila invalidi civili, ciechi civili e sordomuti	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lotta ai c.d. “falsi invalidi” ■ Contenimento della spesa pubblica ■ Stabilizzazione finanziaria

6.2. La modifica del processo di riconoscimento dell’invalidità civile, della cecità civile, del sordomutismo, dell’handicap e della disabilità

La legge 3 agosto 2009, n. 102 (che ha convertito con modifiche il decreto legge 1° luglio 2009, n. 78 recante provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini e della partecipazione italiana a missioni internazionali) è più di interesse perché, sul piano pratico, (ri)-disegna l’iter tecnico-amministrativo finalizzato non solo al riconoscimento dell’invalidità civile, della cecità civile e del sordomu-

tismo ma anche dell'handicap e del collocamento mirato al lavoro, ponendolo in capo all'INPS. È, nel concreto, l'art. 20 della legge che ha trasferito all'INPS il governo di tutta la materia assistenziale ed anche se qualcuno ha strumentalmente ritenuto che l'avvenuto trasferimento delle funzioni dal Servizio sanitario nazionale (le ASL) all'Ente previdenziale è stato motivato dall'"... affidabilità dell'INPS e della sua area sanitaria, alimentando aspettative di maggiore efficienza, trasparenza e qualità dei nuovi campi affidati" (Circolare n. 92 dd. 17 luglio 2009 della Direzione Generale dell'INPS), il titolo dell'art. 20 ("*Contrasto alle frodi in materia di invalidità civile*") testimonia le reali intenzioni del Legislatore prioritariamente indirizzate a contrastare, in questo complesso settore della vita pubblica, le frodi.

Ecco, in breve sintesi, le modifiche più salienti introdotte, dal 1° gennaio 2010, dall'art. 20 della legge 3 agosto 2009 n. 102 e dalla circolare n. 131 della Direzione generale dell'INPS dd. 28 dicembre 2009:

- realizzazione di un sistema di presentazione, gestione, trattamento e archiviazione elettronica di tutte le domande presentate per contenere i tempi di attesa entro i 120 giorni (contro l'attuale media di 345 giorni);
- individuazione di una rete di medici abilitati alla compilazione telematica del certificato medico introduttivo realizzata attraverso una procedura che genera una ricevuta che lo stesso medico deve stampare e consegnare alla persona;
- assegnazione ad ogni cittadino che presenta la domanda e ad ogni Ente a ciò abilitato (Enti di Patronato, AMNIC, ENS, UIC e ANFASS) di un codice PIN rilasciato dall'Istituto previdenziale;
- trasmissione delle domande dall'INPS all'Azienda sanitaria locale che le esamina attraverso apposite Commissioni sanitarie "*integrate*" da un medico dell'INPS;
- successiva validazione, da parte del Responsabile del Centro medico-legale dell'INPS competente per territorio, delle decisioni assunte procedendo sugli atti documentali o disponendo una ulteriore visita medica da effettuare entro 20 giorni;
- effettuazione, da parte di una Commissione medica superiore, nominata dal Coordinatore generale medico-legale dell'INPS, di una verifica campionaria (tra il 2 ed il 5% di tutti i verbali di invalidità), per finalità di omogeneizzazione valutativa.

Si tratta di modifiche che toccano, dunque, il solo *iter* procedurale abdicando, ancora una volta, ad imboccare con decisione la strada di quella auspicata riforma strutturale di un *welfare* che, ancora, vive sulle sabbie-mobili dell'anacronistico riferirsi alle variabili etiologiche-categoriali produttive della disabilità all'origine di profonde disequità sociali ⁽³¹⁾, cambiando le sole regole procedura-

⁽³¹⁾ Basti ricordare, a questo proposito, che l'indennità di accompagnamento per i ciechi civili assoluti è (anno 2009) di 755,71 euro mensili mentre quella prevista per gli invalidi civili

li-amministrative, con l'obiettivo di contenere le frodi e, quindi, la spesa pubblica. L'azione reitera, peraltro, scelte in passato già assunte dal legislatore ⁽³²⁾ che non hanno sortito i risultati attesi (Tabella 13).

Tabella 13 - Le modifiche del processo di riconoscimento dell'invalidità civile

Azione	Risultati attesi
Modifica dell' <i>iter</i> per il riconoscimento dell'invalidità civile, della cecità civile, del sordomutismo e dell'handicap nonché dell' <i>iter</i> finalizzato al collocamento mirato al lavoro	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contenimento della spesa pubblica ■ Contrasto alle frodi in materia di invalidità civile ■ Contenimento dei tempi d'attesa per l'erogazione delle prestazioni economiche ■ Semplificazione delle procedure amministrative ■ Informatizzazione delle procedure con trasmissione telematica del certificato medico introduttivo

6.3. Il potenziamento del programma di verifica e l'inasprimento delle sanzioni contro i medici che attestano falsamente l'invalidità

La legge 30 luglio 2010, n. 122 (*"Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica"*):

- ha potenziato il piano di verifiche straordinario prevedendo, per il biennio 2011-2012, l'ulteriore accertamento della permanenza dei requisiti sanitari e reddituali di 500 mila persone titolari di benefici economici di invalidità civile (art. 10, comma 4);
- ha inasprito le sanzioni per chi attesta, falsamente, uno stato di malattia o di handicap da cui origina il pagamento di trattamenti economici di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità (art. 10, comma 2).

Più in particolare ai professionisti sanitari che attestano falsamente l'esistenza del diritto si applicano le disposizioni previste dall'art. 55-*quinquies*, comma 1, del decreto legislativo n. 165/2001 (reclusione da 1 a 5 anni e multa da 400 a 1.600 euro) e, oltre al danno erariale, la loro radiazione dall'albo professionale e, se dipendenti o convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, il licenziamento per giusta causa (Tabella 14).

non autosufficienti è di 472,04 euro mensili ed ancora che, mentre l'indennità speciale per i ciechi parziali non è soggetta ad alcun limite reddituale, gli invalidi civili al 100% per poter ottenere la pensione non devono avere un reddito annuo superiore a 14.886,28 euro.

⁽³²⁾ Ci si riferisce a quanto a suo tempo previsto dalla legge 26 luglio 1988, n. 291 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 30 maggio 1988, n. 173, recante misure urgenti in materia di finanza pubblica per l'anno 1988. Delega al Governo per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti e dei relativi benefici") che trasferì, in maniera fallimentare, la competenza degli accertamenti sanitari dalle Unità sanitarie locali alle Commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra.

Tabella 14 - Potenziamento delle verifiche e inasprimento delle sanzioni per i medici

Azione	Risultati attesi
<ul style="list-style-type: none"> ■ Potenziamento del piano di revisione straordinaria dei requisiti sanitari e reddituali di 500 mila invalidi civili ■ Inasprimento delle misure repressive contro i medici che attestano falsamente e volontariamente la disabilità 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lotta ai c.d. "falsi invalidi" ■ Contenimento della spesa pubblica ■ Stabilizzazione finanziaria

6.4. Considerazioni di sintesi

L'impossibilità di reperire un filo conduttore capace di collegare, sinergicamente, i provvedimenti normativi che il nostro Paese ha approvato nel biennio 2009-2010 riguardo le prestazioni d'invalidità civile testimonia la mancanza di una *vision* strategica di intervento da parte del legislatore che appare, invece, strenuamente impegnato in una inequivoca *mission*: il contenimento della spesa pubblica e, più in particolare, di quella pensionistica.

È impossibile, in questa fase storica, fornire un bilancio complessivo riguardo le azioni decise a livello politico, ma si possono proporre alcune considerazioni preliminari.

Primo: sul piano delle verifiche straordinarie non esistono, al momento, dati ufficiali sui quali si possa riflettere in maniera ragionevole e pacata. La decisione, assunta con la legge finanziaria e con la legge n. 122/2010, di estendere tale piano fino al 2012, non sembra, pertanto, basata su risultati statistici oggettivi e la domanda che sorge spontanea è come quest'azione possa realmente portare ad un risparmio della spesa pubblica se si considerano i costi (purtroppo non dichiarati) della macchina amministrativa nonostante sul web sia apparsa recentemente la notizia che l'INPS ha dovuto assumere oltre 400 nuovi medici per adempiere alle nuove funzioni e quelli processuali che origineranno, inevitabilmente, dalle revoche delle prestazioni pensionistiche.

Secondo: il dibattito sulla crescita della spesa pensionistica (dibattito pubblico, decisioni politiche e prese di posizione mediatiche) è stato "schizofrenico". Al di là delle analisi tecniche sui contenuti, ciò che balza all'occhio è che la crescita della spesa pensionistica sostenuta dal nostro Paese si concentra sull'utenza anziana essendo, dunque, provocata non già dalle pensioni di invalidità ma dall'indennità di accompagnamento sulla quale non si è concentrata alcuna verifica straordinaria.

Terzo: realizzare una campagna straordinaria di verifica dei requisiti significa riconoscere, almeno in via indiretta, che le modalità ordinarie per determinare l'accesso alla prestazione non funzionano, ma non fare nulla per cambiarle.

Quarto: è altrettanto impossibile, in questa fase, tentare un bilancio riguardo al nuovo ruolo affidato all'INPS che annulla pericolosamente la tradizionale

distinzione tra “assistenza” e “previdenza”, delegittima, di fatto, quanto previsto dallo stesso Legislatore con la legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale (artt. 14 e 19) ed affida, impropriamente, all’Ente previdenziale compiti che restano in capo alla magistratura ordinaria (repressione delle frodi).

Un bilancio, tuttavia, può essere comunque fatto ed esso appare, purtroppo, ancora del tutto negativo; anche il biennio 2009-2010 conferma l’inerzia politica a rivedere, sistematicamente, il sistema delle prestazioni monetarie d’invalidezza per renderlo davvero aderente ai reali bisogni delle persone disabili alimentando, al contempo, un clima di “caccia alle streghe” pericoloso per la nostra credibilità istituzionale.

7. Il “Rapporto sulla non autosufficienza” del Governo ⁽³³⁾

Nel luglio 2010 l’Esecutivo ha presentato il proprio “Rapporto sulla non autosufficienza”, dove, dopo una parte di analisi della situazione attuale, avanza la sua proposta per il futuro dell’assistenza continuativa in Italia. La proposta riprende quanto affermato nel precedente “Libro bianco sul futuro del modello sociale – La vita buona nella società attiva” ⁽³⁴⁾, pubblicato nel maggio 2009, e presenta un punto di vista oggi condiviso da molti osservatori.

Il Rapporto, dopo aver sottolineato l’inadeguatezza delle risorse pubbliche attualmente dedicate, individua la strada da seguire non nel loro incremento bensì nello sviluppo dei fondi integrativi privati. Si tratta di varie forme di assicurazione collettiva contro il possibile insorgere della non autosufficienza e ne beneficiano gli appartenenti alle categorie professionali che le inseriscono nel proprio contratto collettivo, a livello aziendale o di settore. Tra quelle esistenti, gli esempi più noti riguardano i contratti collettivi dei dipendenti delle assicurazioni e dei bancari: prevedono l’erogazione di un contributo economico ai pensionati e ai lavoratori del settore, con regolarità, in tutto l’eventuale periodo di non autosufficienza.

In nessun Paese europeo, però, soluzioni simili hanno conosciuto un’ampia diffusione e il risultato migliore l’ha ottenuto la Francia, dove viene coperto il 10% della popolazione. In Italia – nel 2009 – le persone assicurate erano circa 320.000 ma il fermento in atto in questo ambito fa prevedere un’espansione nei prossimi anni (Rebba, 2010). Le stime sulla crescita attesa sono discordi, le più ottimistiche ipotizzano una copertura del 15% della popolazione entro il 2020 e non

⁽³³⁾ Il paragrafo è di Cristiano Gori e riprende Gori, 2010b.

⁽³⁴⁾ Entrambi i documenti sono scaricabili dal sito www.lavoro.gov.it.

esistono ipotesi di diffusione ulteriore in seguito. Si tratta, quindi, di una risposta per una parte minoritaria degli italiani.

Il dibattito scientifico internazionale concorda nel ritenere che lo sviluppo dei fondi integrativi non possa costituire la risposta principale alla crescente presenza della non autosufficienza, dovuta all'invecchiamento della società. Non ci si può attendere, infatti, che arrivino a coprire la parte maggioritaria della popolazione, anche mettendo in campo tutti i possibili incentivi (a partire dalle agevolazioni fiscali, peraltro già esistenti in Italia). Tre ragioni – in varia misura – lo impediscono. Primo, molte persone non vengono assicurate a causa della loro condizione lavorativa (accade sempre se non rientrano in un contratto collettivo o non lavorano proprio; accade spesso se non hanno un impiego stabile, non sono dipendenti o non operano nei servizi). Secondo, altre hanno difficoltà ad accedere perché più avanti nell'età o per le condizioni fisiche (presenza di patologie sanitarie e/o maggiore probabilità di diventare disabili). Terzo, mantenere i fondi in equilibrio finanziario nel tempo è complicato (per le peculiarità della non autosufficienza e per l'inevitabile crescita della percentuale d'iscritti anziani).

Dunque, è necessario sviluppare i fondi ma con una funzione complementare a un maggior impegno pubblico, sapendo che quest'ultimo potrà comunque coprire – nella migliore delle ipotesi – una parte circoscritta dei bisogni. E tenendo a mente che i fondi integrativi si sviluppano maggiormente proprio laddove si potenzia la responsabilità pubblica e le due modalità di finanziamento vengono collegate, come dimostra il caso francese.

La proposta governativa riprende il dibattito sui fondi integrativi in sanità. Qui il "primo pilastro" – cioè il Servizio Sanitario Nazionale – esiste ed è quindi auspicabile costruire il "secondo pilastro" (i fondi integrativi, appunto), forme assicurative in cui veicolare le tante risorse che le famiglie oggi spendono privatamente, così da utilizzarle meglio. Nell'assistenza agli anziani non autosufficienti, invece, si deve ancora dar vita al "primo pilastro", cioè a un sistema pubblico degno di questo nome.

La situazione dei conti pubblici impedirà, probabilmente, di ampliare gli interventi nel biennio corrente ma questa non è un'esigenza solo di breve periodo, stiamo parlando della sfida principale davanti al welfare italiano nei prossimi 20 anni. Peraltro, non si tratta di un ambito particolarmente oneroso: la spesa pubblica dedicata è l'1,18% del Pil e la soglia minima da raggiungere entro il 2020 per rispondere adeguatamente ai bisogni della popolazione ammonta all'1,5% mentre quella auspicabile all'1,7% (Gori, 2010c). Per valutarne l'impatto sulla finanza pubblica basti ricordare che la spesa complessiva destinata alla protezione sociale (principalmente sanità e previdenza) equivale al 26% del Pil.

La sfida è adattare il sistema di welfare al mutare della società. Il welfare attuale ha preso forma nel trentennio tra la fine dell'ultimo conflitto mondiale e l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (1978), un'epoca con assai meno an-

ziani. Oggi la realtà è cambiata e la non autosufficienza figura tra i grandi eventi critici che numerosi cittadini sperimentano nella propria vita. Non si vede ragione, dunque, perché non debba ricevere la medesima tutela pubblica della malattia (sanità) e delle necessità economiche della vecchiaia (previdenza). Il recente passato, però, invita al pessimismo. Il livello di governo più deficitario su questo fronte è lo Stato e da 15 anni si discute di una riforma nazionale che ne incrementi gli stanziamenti. Un'infinità di disegni di legge, proposte e discussioni che non ha portato a nulla.

I possibili scenari dei prossimi anni sono chiari. Se si vogliono tutelare gli anziani non autosufficienti e le loro famiglie non esistono alternative all'incremento dei finanziamenti pubblici. La scelta è tra trovare più risorse pubbliche o lasciare la gran parte delle famiglie italiane senza adeguato sostegno davanti ai costi economici della non autosufficienza, facendone un moltiplicatore di diseguaglianze. Il fenomeno, peraltro, è già in atto e basta guardare il livello delle rette in tante strutture residenziali per verificarlo.

8. Una valutazione d'insieme ⁽³⁵⁾

8.1. *Il quadro* ⁽³⁶⁾

A chi è un anziano non autosufficiente o un familiare, a chi lavora in una struttura residenziale o gestisce un servizio di assistenza domiciliare le decisioni del Governo centrale possono apparire lontane o, comunque, poco legate alla propria condizione. Ma non è così. Le scelte del Governo centrale – sia quelle di agire sia quelle di non agire – hanno un impatto cruciale sull'assistenza erogata nel territorio, solo è un impatto meno immediatamente percepibile rispetto a quello di comuni e Regioni. Ovviamente non sta al livello centrale entrare negli aspetti organizzativi o fornire indicazioni specifiche, dovrebbe intervenire su pochi punti chiave riguardanti risorse, diritti e regole.

Il confronto con gli altri Paesi mostra che l'assenza delle politiche nazionali ha rappresentato una carenza cruciale degli ultimi 15 anni ed è risultata pure una peculiarità italiana, poiché nel resto d'Europa questo livello di governo si è mostrato molto attivo. Quando si guardi a quanto avvenuto dalla metà degli anni '90 a oggi l'assenza dello Stato ricorre costantemente, si tratti di stanziamenti inadeguati (i servizi), di risorse non governate (l'indennità di accompagnamento) o

⁽³⁵⁾ Questo paragrafo è di Cristiano Gori.

⁽³⁶⁾ Qui non consideriamo solo gli interventi discussi nel capitolo bensì guardiamo al quadro complessivo di quelli rilevanti per l'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti nella prima metà della legislatura.

di regole non definite (ad esempio quelle mai emanate per l'applicazione del decreto 130/2000 sull'ISEE).

In questo scenario collochiamo la valutazione dell'operato dell'Esecutivo Berlusconi nel periodo maggio 2008-autunno 2010. Le scelte sinora compiute – o non compiute – dal Governo si possono dividere in quattro gruppi.

a) Le azioni direttamente rivolte all'assistenza continuativa degli anziani non autosufficienti. Ci riferiamo qui alle decisioni che toccano esplicitamente il settore in esame. Alcune tra queste hanno originato interventi senza progettualità.

- *L'assenza di un progetto legato al Fondo per le non autosufficienze.* Quest'ultimo è stato confermato sino al 2010 ⁽³⁷⁾. Dal punto di vista finanziario, come detto, rappresenta un intervento positivo seppure limitato, anche se il giudizio complessivo deve essere collegato alle riduzioni degli altri finanziamenti, in particolare del Fondo Nazionale Politiche Sociali ⁽³⁸⁾. Dal punto di vista dei contenuti una misura simile dovrebbe essere pianificata su base triennale, così da offrire riferimenti certi. Inoltre, la sua erogazione alle Regioni dovrebbe essere legata alla definizione di obiettivi di sviluppo precisi e misurabili, da verificare attraverso il monitoraggio. Oggi esiste esclusivamente il vincolo per le Regioni all'utilizzo del Fondo in alcuni servizi, vincolo che peraltro pare rispettato in misura parziale (cfr. par. 4).
- *La promulgazione del decreto sulle assicurazioni integrative avulsa da un progetto di complessivo sviluppo del sistema.* Il decreto del Ministero del welfare del 11 novembre 2009 intende promuovere le assicurazioni integrative in sanità, assicurando uno spazio di particolare rilievo all'assistenza continuativa ⁽³⁹⁾. Si tratta di un'indicazione coerente con la proposta in tal senso formulata nel successivo "Rapporto sulla non autosufficienza" (cfr. par. 7). L'esperienza internazionale e la letteratura, però, indicano che le assicurazioni private si sviluppano solo quando vengono potenziate le politiche pubbliche, e non è il caso dell'Italia.

⁽³⁷⁾ Al momento di concludere il capitolo, ottobre 2010, non è ancora chiaro se questo Fondo sarà finanziato nel prossimo e negli anni successivi. Le considerazioni proposte sulla prima metà della legislatura paiono comunque valide.

⁽³⁸⁾ Il quadro del Fondo Nazionale Politiche Sociali per il 2010 non è chiaro al momento di concludere il presente contributo (settembre 2010). Per questo motivo mentre l'importanza dei servizi sociali ha suggerito di dedicare un paragrafo allo scenario dei trasferimenti agli enti locali (par. 3), questi ultimi non vengono approfonditi in sede di bilancio della prima metà di legislatura.

⁽³⁹⁾ Il decreto – sulla scorta del precedente decreto del Ministro della salute del 31 marzo 2008 – prevede una serie di requisiti operativi che enti, casse assistenziali, società di mutuo soccorso e fondi sanitari devono soddisfare per beneficiare delle attuali agevolazioni fiscali, tra cui in particolare la condizione di erogare prestazioni odontoiatriche e/o di assistenza continuativa in misura non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite al netto delle spese gestionali.

Altre scelte direttamente rivolte all'assistenza continuativa sono classificabili come occasioni perse. Ci si riferisce alle azioni con le quali si è deciso di intervenire su parti del sistema segnate, da tempo, da forti criticità, ma poi si è agito solo sui loro sintomi, senza attaccarne le cause.

- *Gli interventi sulle prestazioni monetarie d'invalidità civile che non toccano i problemi reali.* Davanti all'evidenza di un aumento della spesa complessiva per le invalidità del 47% tra il 2002 e il 2009, si è puntato sui controlli straordinari tesi a scovare i "falsi invalidi". Il 90% dell'incremento di spesa, però, è dovuto all'indennità di accompagnamento (cfr. par. 5), fruita perlopiù da anziani. Qui il problema non è l'eccessiva crescita degli stanziamenti – considerando l'invecchiamento della popolazione e il complessivo ridotto sforzo pubblico in Italia – bensì la qualità della prestazione. I nodi da affrontare sono noti: l'introduzione di uno strumento valutativo che permetta di indicare chiaramente chi vi ha diritto, la differenziazione dell'importo (elevandolo per le situazioni di maggiore gravità), il collegamento tra l'indennità e la rete dei servizi, l'introduzione di verifiche sull'effettivo utilizzo delle risorse economiche erogate.
- *L'opportunità perduta di aver considerato la sanatoria del settembre 2009⁽⁴⁰⁾ un intervento esclusivamente di politiche migratorie.* Ha riguardato, invece, nodi centrali dell'assistenza continuativa, cioè quelli concernenti il *care* fornito agli anziani dalle badanti (assistenti familiari). Era l'occasione per affrontare il problema del costo delle badanti troppo elevato per le famiglie con modeste risorse economiche e di legare la possibilità di ricevere contributi monetari a loro sostegno all'impiego di personale adeguatamente formato. Azione su costi e qualità insieme, come negli altri Paesi europei. Date le diffuse situazioni d'irregolarità, solo nel momento di una sanatoria è possibile affrontare le criticità legate al ruolo delle badanti nel sistema di assistenza continuativa, non attraverso interventi "normali".

b) Le azioni con forti ricadute sull'assistenza continuativa. Si tratta delle scelte che non sono esplicitamente rivolte al nostro settore ma sono destinate a produrre un notevole impatto su di esso. Il nocciolo qui è la riduzione dei posti letto nella sanità acuta prevista dal Patto per la Salute 2010-2012. Questa diminuzione, infatti, incrementerà ulteriormente le domande d'intervento per la rete di assistenza continuativa nel territorio.

- *La crescente pressione dovuta alla riduzione dei posti in ospedale.* Il Patto per la Salute prevede che lo standard di posti letto passi da 4,5 a 4 per mille abitanti e questo cambiamento porterà, evidentemente, maggiori domande d'intervento al sistema di assistenza continuativa. La deospedalizzazione è da condividere, la sfida è mettere il territorio in condizione di affrontarla. Dipende, quindi, dalla misura in cui alla riduzione dei posti in ospedale si accompagnano azioni per lo sviluppo

(40) La sanatoria è esaminata in dettaglio nel capitolo 3, di Pasquinelli e Rusmini.

dell'assistenza continuativa (Trabucchi, 2010). L'insieme di scelte esaminate nel capitolo solleva rilevanti perplessità in proposito. Similmente le misure di controllo della finanza pubblica si sono inasprite dal 2010 e sono destinate a incidere sia sulle spesa che sull'offerta complessiva dei servizi comunali. In particolare, la manovra correttiva per il biennio 2011-2012 è destinata a produrre un forte impatto sui bilanci dei Comuni, mettendo in difficoltà la loro già non ampia disponibilità di servizi e interventi per gli anziani.

c) Le azioni riguardanti gli strumenti. Non toccano direttamente l'erogazione di servizi o prestazioni bensì gli strumenti a essa funzionali. In proposito si segnala lo sviluppo di un'infrastruttura informativa nazionale, che dovrebbe permettere, nell'arco di 2/3 anni, un decisivo salto in avanti nella disponibilità d'informazioni riguardanti i sistemi regionali (e nella loro confrontabilità).

- *Il progressivo rafforzamento dell'infrastruttura informativa nazionale.* Il Patto per la Salute ha previsto la definitiva attivazione dei flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale afferenti al NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario). A essi si aggiunge la progressiva introduzione del SINA (Sistema informativo per la non Autosufficienza). Si prosegue così un percorso iniziato anni fa con il progetto Mattoni e che dovrebbe permettere di ottenere, nell'arco di 2-3 anni, un insieme d'informazioni comparabili a livello regionale su prestazioni erogate e profilo dell'utenza. È un percorso molto utile per analisi e decisioni, teso a colmare tradizionali carenze su questo fronte (cfr. cap. 1 e Banchemo e Ricci, 2009).

d) Le azioni tese a disegnare scenari futuri. Sono le decisioni che costruiscono il sistema di domani. In proposito si può parlare di assenza della non autosufficienza dalle riflessioni sulle politiche nazionali future.

- *La sostanziale assenza della non autosufficienza dal dibattito sul federalismo* ⁽⁴¹⁾. È un'assenza che riguarda sia il mondo politico sia il più ampio confronto pubblico e che rischia di produrre conseguenze negative nel tempo. Il dibattito su federalismo e welfare si è sinora dedicato, infatti, perlopiù a sanità ospedaliera e istruzione. La scarsa attenzione rivolta alla non autosufficienza è, però, particolarmente problematica date le sue peculiarità, che la distinguono dai settori menzionati: un dibattito tecnico meno sviluppato (per quanto in aumento) dovuto alla relativa "giovinezza" delle sue politiche, una minore disponibilità di dati su scala nazionale da impiegare per determinare i costi standard, l'appartenenza non ad una bensì a tre filiere istituzionali, ognuna con le proprie regole (sanità, servizi sociali, prestazioni monetarie d'invalidità). Continuare a prestare poca attenzione alla non autosufficienza, peraltro, alimenterebbe i timori di una definizione dei livelli es-

(41) Nel Rapporto NNA 2009 Anna Banchemo propone una disamina delle possibili applicazioni del federalismo nell'assistenza continuativa (Banchemo, 2009).

senziali – il perno del meccanismo federalista – priva di significato sostanziale. Ingrosserebbe altresì le fila di coloro i quali temono l'ipotesi estrema, cioè il varo del federalismo senza l'introduzione dei livelli essenziali per la non autosufficienza⁽⁴²⁾. Se si considera che quest'ultima costituisce la principale area scoperta del welfare italiano e che l'assenza di una strategia statale è una nostra tradizionale criticità si tratterebbe di un esito paradossale.

- La proposta, avanzata dall'Esecutivo, di *puntare prioritariamente sui fondi integrativi rappresenta una strada senza sbocchi*. Sono, come detto, varie forme di assicurazione collettiva contro il possibile insorgere della non autosufficienza e ne beneficiano gli appartenenti alle categorie professionali che le inseriscono nel proprio contratto collettivo, a livello aziendale o di settore. In nessun Paese dell'Ocse si sono sviluppate in misura rilevante e il dibattito internazionale concorda nel ritenere che non possano costituire la principale risposta alla crescente presenza della non autosufficienza. Possono solo svolgere un efficace ruolo complementare nell'ambito di una strategia che metta al centro l'ampliamento della responsabilità pubblica.
- Infine, e coerente con quanto rilevato sopra, si tratta della *prima legislatura da metà anni '90 con il tema della riforma nazionale dell'assistenza continuativa totalmente assente dall'agenda politica*, un punto evidentemente coerente con il precedente. La necessità di una riforma nazionale è stata sollevata per prima dalla "Commissione Onofri" nominata dall'allora Governo Prodi nel 1997 e da allora è stata – con alterne fortune – oggetto di numerose proposte, tutte senza esito⁽⁴³⁾. Da ultimo, nel novembre 2007 il Ministro Ferrero (Governo Prodi II) ha presentato un disegno di legge delega. Negli altri Paesi europei, intanto, sono state approvate numerose riforme statali. Molte delle proposte presentate negli anni erano, effettivamente, piuttosto deboli tecnicamente ma l'esperienza maturata e le acquisizioni del relativo dibattito permetterebbero oggi di meglio affrontare l'impegno della riforma nazionale.

Nel complesso, quindi, il bilancio del periodo 2008-2010 non può che essere negativo. Le criticità hanno riguardato sia i singoli interventi sia l'assenza di una visione d'insieme, per il presente e per il futuro. Invertire questa situazione rappresenta la sfida del domani.

Le criticità elencate rappresentano un insieme di punti su cui si potrebbe iniziare ad agire da subito. Per ottenere una più incisiva azione di governo, però, è necessaria una maggiore attenzione della politica, in questa legislatura sinora assente. Di fatto l'unico momento in cui si è discusso di assistenza continuativa è stato quando bisognava decidere se confermare il "Fondo non autosufficienze"

⁽⁴²⁾ Ipotesi tecnicamente possibile senza alcuna difficoltà, come ha efficacemente illustrato Stefania Gabriele (Gabriele, 2009).

⁽⁴³⁾ Per una rassegna si veda Gori, 2008.

per il 2010 ma il confronto si è svolto tra Governo e Regioni, senza un effettivo interessamento delle parti politiche. Difficilmente un tema divenuto importante per così tante famiglie ma ancora marginale nelle scelte dello Stato potrà compiere un salto in avanti senza che i personaggi di spicco della politica – di maggioranza e di opposizione – lo facciano proprio.

Tabella 15 - Il punto a metà legislatura: quadro di sintesi

Tipologia di azioni	Risultati prima metà di legislatura
<i>Direttamente rivolte all'assistenza continuativa</i>	<i>Interventi senza progettualità</i> <ul style="list-style-type: none"> ■ Fondo non autosufficienze ■ Decreto assicurazioni integrative <i>Occasioni mancate</i> <ul style="list-style-type: none"> ■ Controlli straordinari invalidità civili ■ Sanatoria badanti
<i>Con forti ricadute sull'assistenza continuativa</i>	<i>Aumento della pressione sul sistema</i> <ul style="list-style-type: none"> ■ Riduzione dei posti letto ospedalieri
<i>Riguardanti strumenti</i>	<i>Costruzione di un'infrastruttura informativa</i> <ul style="list-style-type: none"> ■ Flussi informativi domiciliare e residenziale ■ SINA
<i>Finalizzate a disegnare il futuro</i>	<i>Mancanza di progettualità per domani</i> <ul style="list-style-type: none"> ■ Nel federalismo non autosufficienza assente ■ Fondi integrativi privati senza sbocchi se da soli ■ Riforma nazionale fuori da agenda politica

Bibliografia

- BANCHERO A., 2009, *Federalismo e non autosufficienza: aspetti positivi e criticità*, in NNA (a cura di), "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009", Rimini, Maggioli, pp. 101-115.
- BANCHERO A., RICCI E., *Sistema informativo nazionale per la non autosufficienza: evoluzione e stato dell'arte*. Tendenze Nuove n. 6/2009, Bologna, Il Mulino, pp. 456-478.
- CEMBRANI F., 2009, *La valutazione medico-legale delle disabilità in psicogeriatría (la frammentazione e le disequità del welfare)*, in "Psicogeriatría", 1, pp. 33-63.
- CEMBRANI F., CEMBRANI V., 2008, *Welfare e demenza: una proposta di lavoro per una assunzione (forte) di responsabilità*, in "I luoghi della cura", 2, pp. 19-24.
- CEMBRANI F., *La perdita di status della Medicina legale del Servizio sanitario nazionale nelle politiche del welfare (...ovvero sulla necessità di (ri)tarare la Disciplina per renderla davvero coerente con le esigenze della persona e del territorio*, in "Rivista italiana di Medicina legale", in progress.
- DIRINDIN N., CARUSO E., 2010, *Sanità: un decennio di contraddizioni e prove tecniche di stabilità*, in GUERRA M.C., ZANARDI A. (a cura di), "La finanza pubblica in Italia – Rapporto 2010", Bologna, Il Mulino, pp. 205-239.

- FACCHINI C., 2007, *Anziani non autosufficienti e assegni di accompagnamento*, in "I luoghi della cura", 1, pp. 7-12.
- GABRIELE S., 2009, *Livelli essenziali e federalismo fiscale: la solidarietà poggia su due gambe*, in www.nelmerito.com, 15 maggio 2009.
- GORI C., 2008, *Il dibattito sulla riforma nazionale*, in Id. (a cura di), "Le riforme regionali per i non autosufficienti", Roma, Carocci, pp. 237-282.
- GORI C., 2010a, *La corsa dell'indennità di accompagnamento: cosa c'è dietro?*, in "I luoghi della cura", pp. 3.
- GORI C., 2010b, *Asse Stato-privati per l'assistenza agli anziani non autosufficienti*, in "Il Sole 24 Ore", 22 agosto.
- GORI C., 2010c, *Il futuro dell'assistenza continuativa in Italia*, in "Politiche sanitarie", 2, pp. 133-145.
- HUBER M., RODRIGUES R., HOFFMANN F., GASIOR K., MARIN B., 2009, *Facts and Figures on Long-Term Care in Europe and North America*, Averbury, Aldershot.
- HUMPHRIES R., FORDER J., FERNANDEZ J.L., 2010, *Securing Good Care for More People. Options for reform*, The King's Fund, Londra.
- INPS, 2010, *Rapporto annuale*, Roma, INPS, in www.inps.it.
- ISTAT, 2009, *La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale*, Roma, ISTAT.
- LAMURA G., PRINCIPI A., 2009, *I trasferimenti monetari*, in NNA (a cura di), "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009", Rimini, Maggioli, pp. 69-82.
- MAFAI M., 1993, *Italia, belpaese d'invalidi*, in "Repubblica", 11 novembre.
- MICCICHÈ G., 2010, *Miccicchè: falsi invalidi figli di Stato buon padre di famiglia*, in superando.it, 8 giugno.
- PASQUINELLI S., RUSMINI G., 2009, *I sostegni al lavoro privato di cura*, in NNA (a cura di), "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009", Rimini, Maggioli, pp. 83-97.
- REBBA V., 2010, *Il long-term care in Italia: il mix pubblico-privato e il possibile ruolo delle assicurazioni integrative*, in "Politiche sanitarie", 2, pp. 113-132.
- ROTHGANG H., 2010, *L'assicurazione per il long-term care in Germania. Quali lezioni per i primi 15 anni?*, in "Politiche sanitarie", 2, pp. 82-97.
- TRABUCCHI M., 2010, *Ospedale e territorio: una problematica sempre nuova*, in "Tendenze nuove", 1, pp. 5-8.

3. La regolarizzazione delle badanti

Sergio Pasquinelli, Giselda Rusmini

1. Introduzione

In tema di lavoro di cura l'evento dell'ultimo anno è stata la regolarizzazione di colf e badanti (o "assistenti familiari"). Provvedimento di poco preceduto dalla legge 94/2009, con cui si è introdotto il reato di immigrazione clandestina: una norma che punisce l'ingresso e il soggiorno illegale, con conseguenze penali – è utile precisarlo – per i datori di lavoro che assumono stranieri irregolari.

La regolarizzazione, nei fatti una sanatoria, ha così rappresentato la possibilità, per decine di migliaia di famiglie e di lavoratori, di legalizzare la propria posizione. I datori di lavoro hanno potuto chiedere di mettere in regola colf e badanti che al 30 giugno 2009 erano occupate da almeno tre mesi, presentando una dichiarazione di emersione corredata da diversi documenti.

Ripercorriamo qui i risultati di questa sanatoria, con l'intenzione di arrivare a un primo bilancio a partire dai riscontri raccolti. Cercheremo poi di mettere a fuoco le conseguenze di questo provvedimento, i cui termini principali sono riassunti nel box che segue, e i messaggi che manda alle politiche migratorie e alle politiche sociali nel nostro Paese.

Il dispositivo in sintesi

Con la legge 102/2009 le famiglie che impiegavano colf e assistenti familiari irregolarmente soggiornanti in Italia hanno potuto presentare una "richiesta di emersione".

Le famiglie interessate hanno avuto un mese di tempo (settembre) per versare un contributo "forfettario" di 500 euro per ogni lavoratore e inoltrare domanda attraverso un programma informatico, scaricabile dal sito del Ministero dell'Interno. Ogni datore di lavoro ha avuto la possibilità di mettere in regola al massimo una colf e due badanti extracomunitarie.

Per la regolarizzazione di una colf era richiesto al datore di lavoro un reddito di almeno 20mila euro l'anno, se unico percettore di reddito in famiglia, altrimenti non inferiore a 25mila euro, inoltre l'orario di lavoro minimo necessario per l'assunzione era pari a 20 ore settimanali. Per l'emersione delle badanti era indispensabile presentare un certificato medico attestante le limitazioni dell'autosufficienza della persona assistita.

Una volta verificata l'ammissibilità della domanda, è stato assegnato agli Sportelli unici per l'immigrazione, presenti in ogni Prefettura, il compito di convocare datore di lavoro e lavoratore per la stipula del contratto.

2. Che cosa è successo

Sono state 294.774 le domande presentate al Ministero dell'Interno, di cui solo una minoranza – 114mila, pari al 38% – ha riguardato assistenti familiari anziché colf. Naturalmente, non tutte le domande si stanno traducendo in regolarizzazioni effettive, ma rimaniamo per ora al numero delle istanze presentate.

Successo o insuccesso? Un risultato chiaramente inferiore alle aspettative di molti e soprattutto, noi riteniamo, inferiore alla platea potenziale. Inferiore cioè sia alle attese iniziali, sia alle stime sulle dimensioni del lavoro sommerso. Vediamo distintamente questi due versanti.

Iniziamo dalle attese. Il procedimento di emersione è stato accompagnato da previsioni molto ottimistiche. Mentre il documento tecnico ministeriale che accompagnava il provvedimento stimava – realisticamente – la regolarizzazione di 300.000 lavoratori domestici, si sono poi moltiplicate previsioni molto più fiduciose, variamente riprese dai mezzi di stampa, anche da parte degli stessi promotori del provvedimento, che si stavano preparando ad accogliere fino a 750.000 istanze ⁽¹⁾. “Si calcolano 700.000 regolarizzazioni. Ci arriveremo presto” rassicurava il 9 settembre Attilio Befera, direttore dell’Agenzia delle Entrate, mentre il Dipartimento Immigrazione ne prevedeva a sua volta mezzo milione. Pochi altri avevano abbassato l’asticella, chi per una stima più contenuta dei potenziali beneficiari (Blangiardo, 2009), chi per la previsione di una scarsa adesione da parte delle famiglie (Pasquinelli, intervista a Superabile.it, 28 agosto 2009).

Le previsioni ottimistiche sul risultato della regolarizzazione si sono basate su stime approssimative della platea, in termini di lavoratori potenzialmente interessati dal procedimento. E qui veniamo al secondo punto, le stime.

In questi anni si sono moltiplicate le stime su quante sono le badanti in Italia, e quante di esse sono irregolari. Si va per approssimazione perché sappiamo che la maggior parte lavora senza un contratto e, di queste, una parte è sprovvista di documenti validi di soggiorno. Il Dossier statistico immigrazione Caritas/Migrantes del 2009 arriva a quantificare la presenza di un milione di assistenti familiari e stima in 500mila le presenze irregolari nel lavoro domestico (colf più badanti). A una cifra analoga arriva anche uno studio promosso da Acli Colf (Iref, 2007).

All’opposto troviamo l’Indagine multiscopo sulle famiglie condotta dall’ISTAT, secondo cui impiega un’assistente familiare il 2,2 per cento delle famiglie italiane, pari a circa mezzo milione (non ci si spinge a calcolare il tasso di irregolarità). In termini complessivi si tratta di una stima inferiore a ogni altra, che sottodimensiona il fenomeno. Peraltro, suscita perplessità il fatto che questo dato sia rimasto uguale negli ultimi dieci anni (Catanzaro, Colombo, 2009, p. 14), in un pe-

⁽¹⁾ Cfr. A. MANGANARO, *La sanatoria vale subito 450 milioni. Il Ministero dell’interno si aspetta fino a 750 mila istanze di regolarizzazione*, in “Il Sole 24 Ore”, 21 agosto 2009.

riodo in cui è innegabile sia avvenuta una crescita rilevante del lavoro privato di cura. Solo stando ai rapporti di lavoro domestico regolarmente registrati all'INPS, essi sono saliti da 260mila nel 2000 a oltre 640mila nove anni dopo (Giorgi, 2010).

La nostra stima ci porta a un valore intermedio. Si basa su un calcolo che utilizza i dati INPS relativi ai lavoratori domestici, i dati sugli ingressi di cittadini non comunitari attraverso le quote flussi, nonché la testimonianza di molti interlocutori incontrati in cinque anni di ricerca su questo tema, con i quali abbiamo messo a fuoco le dimensioni dell'irregolarità (Pasquinelli e Rusmini, 2008). Le assistenti familiari risultano così essere intorno alle 840mila, di cui il 90 per cento straniere e, tra queste, circa il 40 per cento stimiamo essere sprovvisto di documenti di soggiorno, per una cifra intorno alle 300mila unità. Una quota che si è ridotta dopo l'entrata della Romania nell'Unione europea, ma che rimane evidentemente rilevante.

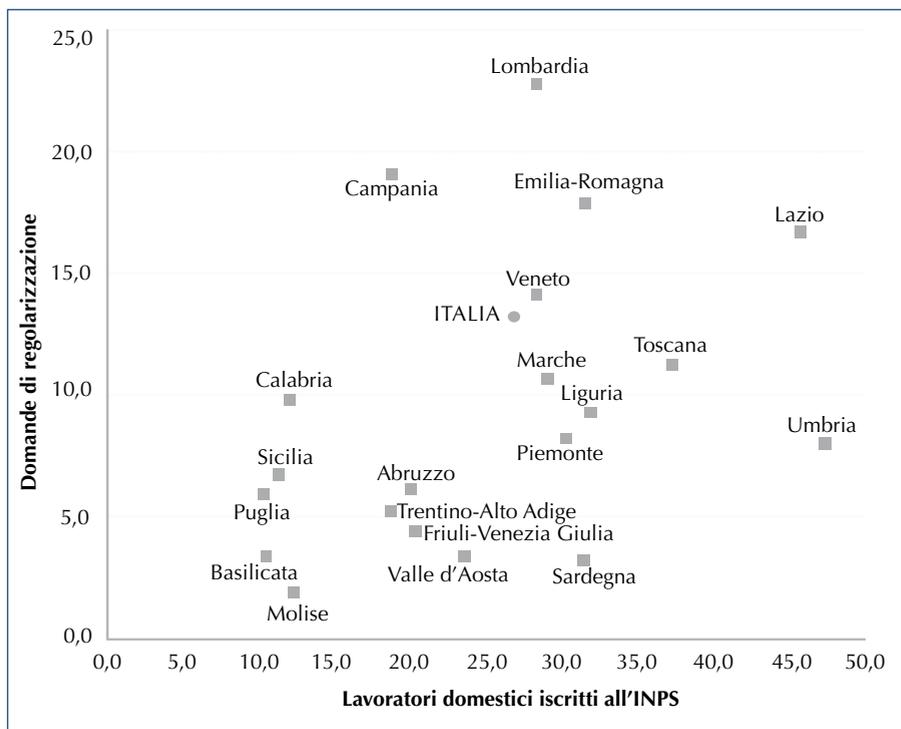
A fronte di questa cifra, le 114mila domande presentate da badanti rivelano che solo poco più di una su tre ha aderito a questa sanatoria. Un *take up rate* basso, una propensione all'emersione contenuta e, inoltre, territorialmente disomogenea. Il numero di domande ogni mille famiglie residenti varia da un minimo di 1,9 del Molise, ad un massimo del 22,7 della Lombardia, con una media di 13,2 richieste ogni mille famiglie residenti (Tabella 1).

Tabella 1 - *Ranking* delle Regioni per numero di domande presentate

Regione	Numero domande	Numero domande per 1.000 famiglie residenti
Lombardia	83.460	22,7
Campania	36.671	19,1
Emilia-Romagna	30.124	17,8
Lazio	36.659	16,7
Veneto	23.954	14,1
Toscana	15.863	11,2
Marche	5.983	10,7
Calabria	7.061	9,8
Liguria	6.729	9,3
Piemonte	14.998	8,2
Umbria	2.543	8,0
Sicilia	12.231	6,7
Abruzzo	2.887	6,1
Puglia	8.421	5,9
Trentino Alto Adige	1.929	5,2
Friuli Venezia Giulia	2.246	4,4
Valle d'Aosta	180	3,4
Basilicata	712	3,4
Sardegna	1.852	3,2
Molise	241	1,9
Totale	294.744	13,2
<i>di cui per assistenti familiari</i>	<i>114.000</i>	<i>5,1</i>

Fonte: nostre elaborazioni su dati ISTAT e Ministero dell'Interno

Figura 1 - Regolarizzazione del lavoro domestico (valori per mille famiglie residenti)



Fonte: nostre elaborazioni su dati INPS, ISTAT e Ministero dell'Interno

Sorprende la Campania fra le Regioni che riportano la maggiore quota di richieste: 19 ogni 1.000 famiglie residenti, subito dopo la Lombardia. La presenza di lavoratori domestici risulta infatti più diffusa dove le donne sono più occupate, in particolare nelle Regioni settentrionali. La Figura 1 mostra sull'asse delle ascisse l'incidenza dei contratti di lavoro domestico sulla popolazione residente: con qualche eccezione le Regioni meridionali stanno tutte sotto la media italiana, pari a 27 contratti ogni mille famiglie.

Il grafico inoltre ben rappresenta la disforme distribuzione delle Regioni in rapporto alle domande presentate. La Campania rappresenta un outlier: pur in presenza di un tasso di lavoro regolare relativamente basso osserviamo un'alta quota di domande presentate. Le ragioni che spiegano questa collocazione possono essere diverse: il modo con cui l'informazione sulla sanatoria è stata diffusa e percepita, la propensione a emergere dall'irregolarità, la tendenza a usare in modo improprio questa sanatoria da parte di persone prive dei requisiti necessari.

La presenza di richieste di tipo fittizio è stata sottolineata a più riprese dalla stampa (per tutti: Milano, 2010a). I sospetti di una certa quota di domande im-

proprie sono legati anche alla nazionalità dei lavoratori interessati (tab. 2). Ai primi posti troviamo infatti lavoratori provenienti dal Marocco e dalla Cina (21.000 lavoratori, corrispondenti al 7,2% dei richiedenti), oltre che da Egitto, Senegal e Pakistan. Tutti Paesi di provenienza oggi irrilevanti nel lavoro di cura (Pasquini, Rusmini, 2008).

Tabella 2 - Domande di regolarizzazione per nazionalità del lavoratore

Nazionalità	Domande inviate	Percentuale
Ucraina	37.178	12,6
Marocco	36.112	12,3
Moldavia	25.588	8,7
Cina Popolare	21.090	7,2
Bangladesh	18.557	6,3
India	17.572	6,0
Egitto	16.325	5,5
Senegal	13.646	4,6
Albania	11.147	3,8
Pakistan	10.784	3,7
Altre nazionalità	86.745	29,4
Totale	294.744	100,0

Fonte: Ministero dell'Interno

Un ulteriore elemento che sembra confermare un numero non marginale di domande improprie è dato dalla *nazionalità dei datori di lavoro*: si tratta di 8mila marocchini, 5mila senegalesi, 3.500 pakistani, 3mila cinesi. Il sospetto è che in questi casi cittadini stranieri abbiano impropriamente coinvolto dei connazionali nel procedimento di regolarizzazione, generando quella che è stata definita la "autosanatoria" (Padula, 2009). A Milano addirittura il 40 per cento dei datori di lavoro sarebbero stranieri, mentre a Brescia la Direzione provinciale del lavoro stima che su 11.221 domande, il 10 per cento siano inoltrate da falsi datori di lavoro ⁽²⁾.

Le verifiche effettuate tramite le convocazioni delle parti presso gli Sportelli unici per l'immigrazione rivelano un certo numero di irregolarità. Ciononostante le istanze vagliate con esito positivo risultano essere finora la stragrande maggioranza, pari al novanta per cento del totale (Milano, 2010b).

⁽²⁾ Cfr. "Corriere della Sera", 2 novembre 2009, e "Brescia oggi", 17 gennaio 2010.

3. Le ragioni di un risultato modesto

Per quali motivi si è giunti a un risultato così modesto: poco più di una domanda presentata su tre potenziali? Un risultato al di sotto di molte aspettative. Individuiamo tre ordini di ragioni, rispettivamente legate alla selettività della procedura, ai lavoratori, e ai datori di lavoro. Vediamole distintamente.

Motivi legati al procedimento. La complessità e il grado di restrizione dell'*iter* procedurale hanno giocato una parte importante.

La procedura di emersione, caratterizzata da una gestione di tipo informatico, si è svolta utilizzando più fonti informative: siti web del Ministero dell'Interno, del Ministero del Lavoro, dell'Agenzia delle Entrate, dell'INPS. Tali siti hanno presentato circolari, moduli e brochure in maniera differenziata e ciò ha reso difficoltoso reperire le informazioni necessarie al corretto e completo svolgimento della pratica.

Nell'arco di un mese, settembre 2009, le famiglie sono state chiamate a versare un contributo forfettario di 500 euro, dimostrare un reddito superiore a 25mila euro nel caso di regolarizzazione di una colf (20mila per nuclei monoreddito), documentare l'idoneità alloggiativa in caso di co-residenza, certificare la non autosufficienza della persona da assistere e infine inoltrare la richiesta attraverso un programma informatico scaricabile dal sito del Ministero dell'Interno. Il tempo ridotto e la complessità del procedimento hanno fatto la loro parte nel limitare e disincentivare le richieste.

Un vincolo ulteriore è stato quello relativo all'impegno minimo richiesto di 20 ore settimanali di lavoro. Un vincolo certamente più selettivo nel caso delle colf, ma presente anche nel lavoro privato di cura, oggi sempre più orientato verso il lavoro a ore, multi-cliente (Pasquinelli, Rusmini, 2008).

Motivi legati ai lavoratori immigrati. Il risultato della sanatoria in termini di domande presentate è certamente dovuto anche alla propensione (più bassa del previsto) a regolarizzarsi da parte dei lavoratori stranieri.

Nel nostro Paese sarebbe in atto il passaggio da un'immigrazione prevalentemente composta da singoli individui, animati da progetti migratori di tipo lavorativo e di durata limitata, ad una in cui crescono nuclei familiari orientati all'insediamento (Colombo, 2009). Anche nel campo dell'assistenza familiare si rileva la tendenza ad un tipo di immigrazione meno transitoria, più orientata a una presenza stabile nella società e più autonoma dal punto di vista alloggiativo (Pasquinelli e Rusmini, 2008). Questo tipo di immigrazione risulta particolarmente interessata a regolarizzare la propria posizione, proprio nell'ottica di un radicamento duraturo.

Rimane tuttavia la presenza, forse sottovalutata, di chi ha progetti migrato-

ri temporanei. Sono quegli individui che intendono trattenersi per poco, lavorare senza contratto per massimizzare i profitti e fare ritorno nel Paese d'origine, oppure che vedono la sosta in Italia come un passaggio verso altri Paesi. In questi casi l'interesse verso la regolarizzazione può essere limitato.

Questa sanatoria rivela quanto significativa sia ancora questa quota di immigrazione temporanea e transitoria, poco interessata a regolarizzarsi. Quanto essa abbia determinato il numero ridotto di domande è difficile dire, un ruolo comunque l'ha avuto. Questa bassa propensione alla regolarizzazione può anche essere letta come segnale di un calo di attrattiva del lavoro privato di cura nel suo complesso, almeno nei confronti dei Paesi che lo hanno tradizionalmente alimentato, calo che inizia a essere rilevato da più fonti (Piperno, 2009; Colombo, 2009).

Motivi legati alle famiglie. Il terzo ordine di motivi è stato, secondo noi, il più rilevante. La regolarizzazione ha avuto costi e benefici. Il problema è stato che i benefici sono andati quasi solo a favore del lavoratore (colf e badanti), i costi prevalentemente a carico del datore di lavoro (le famiglie). Per la popolazione immigrata irregolare la sanatoria è risultata l'occasione per ottenere il tanto agognato permesso di soggiorno: in molti non ci speravano più. Non è stato così per le famiglie, per le quali l'unico beneficio consisteva nell'uscire dall'illegalità, dando lavoro a un clandestino ed evitando le possibili sanzioni introdotte dal "pacchetto sicurezza", con multe fino a 5mila euro e la reclusione da sei mesi a tre anni (decreto legge 92/2008).

Tante famiglie, tuttavia, non hanno assegnato a questo rischio sanzionatorio un peso particolare, per diversi motivi: alcune non conoscevano le sanzioni perché il governo non ha compiuto un'adeguata campagna informativa in proposito, altre non le hanno ritenute una minaccia realistica. Oppure, e paradossalmente, diverse famiglie non hanno regolarizzato per timore di possibili rivalse legate alle irregolarità pregresse. Le vertenze da parte di badanti e colf nei confronti delle famiglie sono infatti aumentate negli ultimi anni, assieme ad una accresciuta consapevolezza dei propri diritti da parte delle lavoratrici.

Sulle famiglie è ricaduta la maggior parte degli oneri. I quali presi uno a uno avevano un peso relativo mentre la loro somma, sottovalutata, ha fatto la differenza. Non tanto i 500 euro forfettari, deterrente relativo perché è risaputo quanto in realtà costi di questo tipo ricadano sul lavoratore immigrato, soggetto debole e facilmente esposto a una dinamica di tipo ricattatorio.

La resistenza maggiore è in realtà dovuta al dover assumere e pagare tutti gli oneri contributivi, rientrando in un contesto di regole, di diritti e di doveri: molte famiglie non se la sono sentita, non hanno voluto, non ci sono state. Passare dall'irregolarità a un regolare contratto comporta un aggravio dei costi mensili delle famiglie mediamente tra il 30 e il 40 per cento. Per esempio, in caso di coabitazione un'assistente familiare inquadrata come "non formata" costa intorno

ai 18mila euro all'anno (una cifra che comprende 13 mensilità, i contributi INPS, il trattamento di fine rapporto, il vitto e l'alloggio), mentre in nero il costo scende intorno ai 12-13mila euro annui.

A ciò si aggiungono i diritti del lavoratore: il riconoscimento di riposi, ferie e malattie comporta per le famiglie un aggravio e una "complicazione" nel rapporto di lavoro che si è poco disposti a sopportare. Secondo una nota delle Acli, le famiglie che si sono rivolte ai patronati per richiedere informazioni sulla sanatoria e che successivamente vi hanno rinunciato anche per questi motivi sono stimabili fra il 30 ed il 40 per cento ⁽³⁾.

L'attuale offerta di sostegni monetari da parte dello Stato – a partire dall'indennità di accompagnamento – per molte famiglie non è sufficiente al fine di sostenere economicamente il passaggio all'occupazione regolare. La maggioranza delle famiglie ha così preferito rimanere "sotto il pelo dell'acqua", senza attribuire grande credito al pericolo di perseguibilità penale della propria posizione.

4. Un bilancio della sanatoria

I risultati di questa regolarizzazione possono essere delineati ormai con buona attendibilità, anche se l'esame delle domande, al momento in cui scriviamo (estate 2010), è ancora di là dall'essere completato. A nove mesi dalla chiusura dei termini, le istanze che si sono tradotte in contratti firmati erano il 58 per cento. Benché il ritmo di convocazione delle parti nelle prefetture sia andato accelerando nel corso dei mesi (Milano, 2010b), sembra improbabile che la procedura si possa concludere, su tutto il territorio nazionale, prima del 2011.

Nel frattempo possiamo osservare gli effetti emergenti. Intanto un risultato, non voluto e non previsto, questa sanatoria l'ha già prodotto: la diminuzione del numero complessivo delle assistenti familiari occupate, perché diverse famiglie, che stimiamo essere almeno 10mila, hanno deciso di interrompere il rapporto di lavoro pur di non correre il rischio di avere problemi con la giustizia. E può darsi che anche l'attuale congiuntura economica abbia contribuito a prendere una decisione in questo senso.

Veniamo ora alle ricadute sul lavoro privato di cura. Secondo i risultati emersi dall'esame di più della metà delle istanze, in nove casi su dieci l'esito è positivo. Un rapporto che tuttavia tenderà a diminuire con il passare del tempo, per diversi motivi: può cessare la disponibilità o l'interesse delle parti, possono sopravvenire fatti imprevisti, non ultimo il decesso della persona anziana.

Sulla base di questi elementi prevediamo che le 114mila domande che han-

⁽³⁾ Si veda www.agensir.info, quotidiano del 30 settembre 2009.

no riguardato le badanti si traducano in 95-100mila regolarizzazioni. Una cifra che porta a riconfigurare almeno in parte questo settore lavorativo nel nostro Paese. La tabella 3 illustra questo cambiamento: diminuisce la quota di assistenti familiari irregolarmente presenti sul territorio nazionale, dal 39 al 26 per cento. Aumenta in compenso la presenza delle badanti in regola, sia col permesso di soggiorno che con il contratto di lavoro: queste ultime passano da un terzo a quasi la metà (46%) del totale.

Tabella 3 - Badanti straniere occupate, prima e dopo la regolarizzazione, per condizione

	Prima della sanatoria	%	Dopo la sanatoria	%
Irregolari	300.000	39	193.000	26
Senza contratto di lavoro	217.000	28	214.000	28
Con contratto di lavoro	247.000	32	347.000	46
Totale	764.000	100	754.000	100

Fonte: stime Irs e Qualificare.info

La sanatoria per colf e assistenti familiari apre dunque possibilità nuove non trascurabili nel settore dell'assistenza agli anziani, facendo emergere diverse decine di migliaia di lavoratrici dal mercato nero. Il tasso di clandestinità scende di almeno dieci punti percentuali rispetto alla situazione precedente: rimarranno clandestine meno di un terzo delle badanti straniere, oggi poco meno di 760mila persone (stime Irs e Qualificare.info). E un'ulteriore riduzione la produrrà il nuovo decreto flussi 2010 che, analogamente a quello del 2008, si prevede con oltre centomila nulla osta riservati a lavoratori domestici.

Questa emersione riconfigura un mercato tradizionalmente molto segmentato. Secondo due linee. La prima linea è quella che distingue mercato regolare e mercato sommerso. Il primo segmento si amplia: perché diverse clandestine non lo sono più, e perché diversi rapporti di lavoro si sono regolarizzati. La seconda linea distingue lavoro fisso e lavoro a ore: i vincoli posti nella sanatoria, richiamati più sopra, hanno favorito la regolarizzazione del primo, la co-residenza, o comunque il lavoro a tempo pieno e mono-cliente.

Si tratta di due risultati importanti. Perché sappiamo quanto sia difficile fare emergere l'irregolarità in questo settore, e perché sappiamo quanto sia in particolare la co-residenza il segmento più nascosto e segregato.

È importante valorizzare, non disperdere questi risultati. Il rischio che ciò avvenga è reale. L'esperienza dei provvedimenti *una tantum* del passato lo dice chiaramente: i benefici generati si riassorbono nel giro di pochi anni. Tanto più se mancheranno investimenti per motivare e qualificare questo settore, renderlo meno aleatorio, collegarlo con la rete pubblica dei servizi.

5. Messaggi per il futuro

Che cosa ci insegna la sanatoria del 2009? Per come è andata e per i risultati conseguiti, cosa ci dice questa esperienza? I messaggi riguardano i lavoratori immigrati e i loro datori di lavoro, le famiglie. Iniziamo dai primi.

I lavoratori immigrati

Se lo scarso successo di questa regolarizzazione è imputabile almeno in parte a un'adesione tiepida da parte della popolazione migrante, questo ci dice che la crescita di un'immigrazione orientata verso un insediamento stabile, con progetti di vita e non solo di lavoro radicati nella società italiana, sta avvenendo in modo lento, forse più lento di quanto si pensi. I numeri sembrano infatti accreditare una presenza maggioritaria di flussi ancora transitori, poco propensi a regolarizzarsi, o a farlo nei termini e con le regole proposte dal governo. Flussi in transito, a tempo e scopo limitati, i cui componenti hanno visto più i costi dei benefici di questa sanatoria.

Scarso interesse dunque da una parte della popolazione immigrata. Si tratta di un segnale importante, anzitutto per la stessa formula delle sanatorie e delle regolarizzazioni nel nostro Paese, che sembrano aver conosciuto un'efficacia decrescente. Inoltre, si tratta di un segnale rilevante per lo stesso settore del lavoro privato di cura. Diventa infatti legittimo iniziare a chiedersi fino a quando questo lavoro continuerà ad essere attraente, se iniziano a emergere flessioni nell'offerta di lavoro in questo settore: "è probabile che anche una parte dei flussi migratori oggi più dinamici possa esaurirsi nei prossimi anni, e quelli del lavoro domestico, per varie caratteristiche, sono forse tra i candidati preferenziali di questo processo" (Colombo, 2009, p. 910). E ancora: "nel futuro la presenza in Italia di un'offerta disponibile a lavorare nel settore della cura dipenderà dalla capacità del nostro Paese di vincere la concorrenza di altri Paesi europei nell'attrarre manodopera migrante" (Piperno, 2009).

Oggi i segnali di un ridimensionamento del fenomeno del lavoro privato di cura ci sono, palpabili, nel mondo dei servizi. Rimane da capire se si tratta di una scossa congiunturale o l'inizio di una tendenza. Una dinamica che dovrà essere tenuta sotto controllo nei prossimi anni, per le forti ricadute che può generare sulle famiglie italiane, sulla domanda di cura che riguarda i servizi sociali e, complessivamente, sulla tenuta del nostro sistema di welfare.

Le famiglie

Le lezioni di questa sanatoria riguardano poi le famiglie. Le domande sono state poche principalmente per un disequilibrio tra costi e benefici: con famiglie che non hanno visto benefici tali da giustificare i costi di una regolare assunzio-

ne del lavoratore. E con famiglie che continuano a preferire, nel lavoro di cura, rapporti deregolati, apparentemente più semplici e accessibili, spesso marcati da due solitudini, quella delle famiglie e quella delle donne immigrate.

Il riconoscimento dei costi sostenuti dalle famiglie è, da parte dello Stato, molto limitato. E così gli oneri contributivi rimangono nel contratto colf uno degli ostacoli più rilevanti all'emersione dal mercato nero. A fronte di un costo complessivo per una badante co-residente, a tempo pieno, pari a oltre 18.000 euro annui, è possibile una deduzione massima dal reddito imponibile di 1.550 euro e una detrazione dalle imposte che non arriva, nel migliore dei casi, a 400 euro. Se pensiamo che gli oneri fiscali possono raggiungere una cifra otto volte superiore, si capisce la scarsa rilevanza di queste agevolazioni.

Il divario economico tra mercato regolare e irregolare risulta consistente, particolarmente pronunciato nel caso della convivenza (tabella 4). In questo caso un'assunzione comporta un costo di circa il 30 per cento superiore rispetto a un impiego irregolare, senza contratto, una percentuale che varia a seconda del livello di inquadramento e a seconda dei prezzi in uso nel mercato nero.

Tabella 4 - Costo medio mensile di un'assistente familiare, in euro

	Co-residente (54 ore settimanali)	25 ore settimanali
Con contratto colf (*)	1.400	950
In nero	1.000-1.200	700-800

(*) Il costo fa riferimento a un'assistente per non autosufficienti (categoria C super). Comprende il Tfr, la sostituzione durante le ferie e il costo di gestione della busta paga.

È necessario porre la questione in agenda: detrazioni rilevanti per rendere l'assunzione regolare meno penalizzante. Le possibilità di riforma sono diverse e le simulazioni finora effettuate mostrano quanto il loro costo possa essere compensato dai maggiori introiti derivanti dall'emersione dei rapporti di lavoro.

Baldini e colleghi (2008, pp. 294 e ss.) hanno discusso la possibilità di aumentare l'importo degli sconti fiscali e di fiscalizzare gli oneri contributivi a carico delle famiglie. Di queste due proposte, largamente condivisibili, colpisce il costo relativamente contenuto che esse avrebbero sui conti dello Stato, oscillante tra 184 a 636 milioni di euro.

Una proposta ulteriore riguarda la possibilità di introdurre un credito di imposta per i datori di lavoro che assumono un'assistente familiare, pari al 25 per cento dei contributi INPS versati. "Il costo della misura risulterebbe ampiamente coperto dalle maggiori entrate conseguibili attraverso il processo di emersione indotto [...]. La misura comporta naturalmente l'abrogazione del meno convenien-

te vantaggio fiscale rappresentato dall'attuale deduzione dal reddito personale dei contributi INPS" (Zulli 2008, p. 157).

In assenza di un regime fiscale amico delle famiglie gli interventi regionali e locali, su cui spenderemo ora qualche riflessione finale, continueranno a subire l'handicap di una potente forza attrattiva da parte del mercato sommerso.

Quali politiche?

Per dare valore agli esiti di questa regolarizzazione occorre ricercare una maggiore simmetria. Ciò significa mettere in atto, per lavoratori e datori di lavoro, interventi dove a ogni possibile onere deve legarsi un beneficio chiaro e apprezzabile. E dove questi benefici si leghino il più possibile tra loro (Pasquinelli, 2009a).

Facciamo tre esempi. Primo, la formazione. Sono undici le Regioni che hanno definito *iter* formativi, in ordine molto sparso. Come ben sanno gli enti di formazione, oggi rimane però faticoso trovare badanti disponibili a formarsi, per ragioni che non ci devono sorprendere. Che ne è delle assistenti familiari una volta formate? Se non esiste un mercato regolato che le accoglie e le valorizza, la formazione interessa e serve a poco. Corsi di formazione sospesi nel vuoto, non inseriti in un disegno più ampio, sono inefficaci e anche poco ricercati, perché privi di sbocchi attraenti (Rusmini, 2009).

Secondo, gli "sportelli assistenti familiari", oggi in costante crescita i servizi per l'incontro tra domanda e offerta di lavoro sono molto apprezzati perché riducono la solitudine del mercato sommerso. Essi intercettano sempre numeri importanti, ma quando si arriva al dunque, cioè la stipula del contratto di lavoro, molte famiglie si tirano indietro per gli imprevisi oneri collegati. Peraltro, un accordo formale tra le parti non garantisce di per sé alcuna stabilità: i problemi possono nascere dal giorno dopo. Da qui l'importanza di sportelli che si colleghino ai servizi sociali e che facciano da sponda rispetto a rapporti caratterizzati da una ricorrente instabilità.

Terzo, gli assegni di cura regionali rivolti a chi impiega un'assistente familiare: misure istituite da diverse Regioni, che compensano l'assenza di sostegni statali e di agevolazioni fiscali rilevanti. Tuttavia, i fruitori reali di questo tipo di assegni, vincolati alla regolare assunzione di una badante, sono molti meno di quelli potenziali. In Veneto per esempio nel 2007 hanno usufruito di questo tipo di contributi solo 2.800 famiglie, a fronte di 24mila beneficiari degli assegni di cura tradizionali, cioè senza vincoli di utilizzo (Gori, Pasquinelli, 2008).

Cosa ci dicono questi esempi? Che interventi isolati hanno il fiato molto corto e un impatto ridotto. Perché hanno pochi sbocchi, benefici limitati. Va cercata una simmetria maggiore tra costi e benefici proposti alle due parti: il datore di lavoro e il lavoratore. Per esempio tra il costo di seguire un corso di formazione e

ciò che si otterrà dopo; tra i costi di assumere un'assistente familiare e la possibilità di usufruire di servizi, agevolazioni, sostegni mirati e stabili. Legando tra loro gli interventi, facendo sistema tra azioni diverse.

La formazione può allora generare albi, o elenchi di badanti accreditate, che hanno seguito un percorso formativo o che dimostrano competenze specifiche nel fare questo lavoro. Da cui gli sportelli attingono per proporre alle famiglie lavoratori dotati di un minimo di garanzie professionali. Peraltro, la costituzione di albi di assistenti familiari appositamente formate è sostenuta da "Italia 2020", recente programma di inclusione delle donne nel mercato del lavoro, promosso dai Ministeri del Lavoro e per le Pari Opportunità.

Il maggiore sostegno statale alla non autosufficienza – l'indennità di accompagnamento – alimenta paradossalmente il mercato sommerso. Infatti, i 480 euro mensili dell'indennità sono erogati senza alcun controllo sul loro impiego. Come abbiamo ricordato, inoltre, le possibilità di detrazione degli oneri contributivi per chi assume regolarmente rimangono oggi irrisori. L'entità di agevolazioni efficaci dovrebbe competere con i risparmi derivanti dal mercato nero.

In assenza di sostegni statali rilevanti per quelle famiglie che cercano garanzie minime di qualità, assegni di cura e contributi economici sono andati proliferando a livello regionale e locale. Essi incentivano davvero l'emersione se hanno una consistenza economica significativa, e soprattutto se si collegano a una piattaforma coordinata di servizi.

I sostegni economici possono allora orientare i beneficiari verso sportelli e albi delle assistenti familiari che hanno seguito un percorso formativo. A sua volta chi viene formato può entrare in un circuito regolato, a cui accedono le famiglie interessate ad avere un minimo di garanzie e qualità assistenziali. Le famiglie beneficiarie di sostegni economici mirati, come gli assegni di cura, potrebbero avere una priorità di accesso a questo circuito (Pasquinelli, 2009b).

Il valore aggiunto dell'ente pubblico, rispetto al mercato privato, sta proprio nella possibilità di offrire interventi diversi e complementari: facilitazione dell'incontro tra domanda e offerta, sostegni continuativi nel tempo, garanzie minime di qualità, interventi nelle emergenze.

Per depotenziare le convenienze del mercato nero occorre lavorare su diversi piani: fiscali, di sostegno diretto ai costi, di sviluppo di servizi dedicati. Tenendo a mente che l'obiettivo dell'emersione è importante ma non il solo. La presenza di un contratto non è di per sé garanzia di un rapporto corretto, qualificato, privo di criticità. Pensiamo alla vasta area del cosiddetto "lavoro grigio" dove, pur in sua presenza, riscontriamo sfruttamenti, richieste improprie, non rispetto di quanto stabilito contrattualmente (per esempio in tema di riposi, ferie e malattie). Per questo è necessario che i sostegni non si fermino alla stipula del contratto ma vadano oltre, considerando gli interessi delle famiglie da una parte e delle badanti dall'altra.

Occorre per questo mettere a sistema i sostegni alla domanda con i sostegni all'offerta. Da un lato attraverso servizi di informazione, accompagnamento, e *counselling* alle famiglie sull'utilizzo di servizi diversi e coordinati. Dall'altro attraverso formazione, processi di accreditamento, albi. È questa la sfida che abbiamo davanti, pena il rischio di vedere rapidamente svanire l'esito anche di questa ultima, ennesima sanatoria.

Bibliografia

- BALDINI M., GORI C., MAZZAFERRO C., MORCIANO M., *Costi e argomenti*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci.
- BLANGIARDO G.C., 2009, *Le statistiche, i numeri, le caratteristiche*, in "Il Sole 24 Ore", 31 agosto.
- CATANZARO R., COLOMBO A. (a cura di) (2009), *Badanti & Co.*, Bologna, Il Mulino.
- COLOMBO A., 2009, *Immigrazione: il fallimento della sanatoria*, in "Il Mulino", n. 6.
- GIORGI C., 2010, *Stretta INPS sulla colf in nero*, in "Il Sole 24 Ore", 7 giugno.
- GORI C., PASQUINELLI S., 2008, *Gli assegni di cura*, in GORI C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci.
- IREF (2007), *Il welfare "fatto in casa"*, Rapporto di ricerca, Roma.
- ISTAT (2008), *Indagine multiscopo sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana*, in www.istat.it/dati/dataset/20070504_00.
- MILANO F., 2010a, *Badanti, una su dieci ce l'ha fatta*, in "Il Sole 24 Ore", 25 gennaio.
- MILANO F., 2010b, *Metà delle colf "vince" il permesso*, in "Il Sole 24 Ore", 26 aprile.
- PADULA F., 2009, *L'esercito dell'"autosanatoria"*, in "Il Sole 24 Ore", 24 ottobre.
- PASQUINELLI S., 2009a, *Perché la sanatoria ha fatto flop*, in www.lavoce.info, ottobre.
- PASQUINELLI S., 2009b, *Cura degli anziani ancora sommersa*, in "Il Sole 24 Ore", 9 novembre.
- PASQUINELLI S., RUSMINI G., 2008, *Badanti: la nuova generazione*, Dossier di ricerca, in www.qualificare.info, area download.
- PIPERNO F., 2009, *Se le badanti iniziano a diminuire*, in www.qualificare.info, luglio.
- RUSMINI G., 2009, *Formare le assistenti familiari: percorsi a confronto*, in www.qualificare.info, marzo.
- ZULLI F. (a cura di), 2008, *Badare al futuro*, Milano, Franco Angeli.

4. Le politiche regionali

Cristiano Gori, Laura Pelliccia e Rosemarie Tidoli⁽¹⁾

1. Introduzione. Non una qualunque legislatura regionale

La maggior parte delle Regioni italiane ha rinnovato la propria Giunta nella primavera 2010, quando si è conclusa una legislatura regionale (2005-2010) di particolare significato per l'assistenza agli anziani non autosufficienti. Il quinquennio, infatti, ha visto numerose Regioni compiere in questo settore un investimento notevole per progettualità e per risorse dedicate. Se confrontiamo la realtà di oggi con quella del 2005 in termini sia di dibattito sia di interventi, elaborazioni e progetti delle Regioni, ci pare che, nonostante lo sviluppo fosse già in atto in precedenza, gli ultimi cinque anni siano stati quelli nei quali l'assistenza agli anziani non autosufficienti si è imposta come una delle attività fondamentali delle amministrazioni regionali. In alcuni casi questo passaggio si è evidenziato nelle azioni concrete, in altri nella consapevolezza maturata dai soggetti coinvolti.

Il capitolo prova a cogliere le principali direzioni di cambiamento seguite dalle Regioni nel recente passato, e a tratteggiarne il profilo. Abbiamo scelto alcune sfide che ci paiono cruciali per lo sviluppo delle politiche regionali. Per rispondere a ognuna di esse le Regioni hanno dovuto modificare i propri interventi; noi abbiamo cercato di individuare le principali direzioni di cambiamento seguite. La nostra ipotesi, infatti, è che l'ampio insieme di trasformazioni e di interventi compiuti nelle differenti realtà sia riconducibile ad alcune linee d'azione predominanti⁽²⁾.

⁽¹⁾ Desideriamo ringraziare Alessandro Savi per il prezioso aiuto nella raccolta del materiale qui discusso e nella sua prima analisi. La responsabilità di quanto scritto è esclusivamente nostra.

⁽²⁾ Per ogni linea di azione faremo qualche esempio ma il nostro obiettivo consiste nell'individuare direttrici di cambiamento alle quali sia riconducibile la maggior parte delle Regioni italiane. Nel preparare il capitolo ci siamo concentrati non solo sulle realtà che hanno votato nella primavera 2010 bensì su quanto accaduto nell'insieme delle Regioni italiane negli ultimi anni, in particolare nel periodo 2005-2010.

I paragrafi sono organizzati nello stesso modo. Ognuno è dedicato a una sfida (si veda il box 1) e il relativo testo illustra le direzioni di cambiamento scelte dalle Regioni, accompagnandole con qualche esempio. Un box, infine, sintetizza l'eredità del periodo 2005-2010.

Le prossime pagine non propongono una fotografia dell'esistente poiché i più aggiornati dati comparabili si trovano già nel primo capitolo. Né abbiamo voluto discutere i risultati dei cambiamenti introdotti: ciò non sarebbe possibile perché il quadro delle politiche regionali è in costante evoluzione. Quello che ci interessa è cercare di comprendere come stiano cambiando le politiche regionali e proporre una prima ricostruzione. Analizzeremo a fondo il tema in un successivo approfondimento di NNA su cui stiamo iniziando a lavorare insieme a gruppi di referenti nelle varie Regioni ⁽³⁾.

Il paper si pone in continuità con il capitolo 10 del precedente Rapporto ("Il welfare futuro: una mappa del dibattito") nel quale si discutono le scelte riguardanti le politiche di assistenza continuativa. L'attenzione alla discussione delle differenti strade che si possono seguire nel costruire il welfare per gli anziani non autosufficienti, infatti, costituisce un tratto distintivo di NNA ⁽⁴⁾.

Box 1 - Struttura del capitolo: le direzioni di cambiamento delle Regioni

Su quali servizi e interventi puntare?

Lo sviluppo dei diversi interventi e il loro mix (paragrafo 2)

Come erogarli?

Il rafforzamento del percorso assistenziale (paragrafo 3)

Le azioni per incrementare l'equità territoriale (paragrafo 4)

Come finanziarli?

Le modalità per incrementare gli stanziamenti pubblici (paragrafo 5)

La suddivisione della spesa tra individui e famiglie (paragrafo 6)

Conclusioni (paragrafo 7)

⁽³⁾ Cogliamo l'occasione per ringraziare i referenti regionali per il grande contributo che ci stanno dando, sia fornendoci approfondite informazioni sulle diverse Regioni sia confrontandosi con noi in merito. Nella stesura del capitolo abbiamo beneficiato delle analisi che ci hanno fornito, che saranno – come detto – presentate in dettaglio in seguito. La responsabilità di quanto scritto è esclusivamente nostra. L'elenco dei referenti regionali sarà presto disponibile sul sito www.maggioli.it/rna

⁽⁴⁾ Le differenze sono che mentre lì si discuteva del sistema di welfare nel suo insieme e si esprimeva anche il punto di vista di NNA, qui ci si concentra sulle Regioni e si vuole esclusivamente individuare le differenti direzioni di cambiamento.

2. Su quali servizi e interventi puntare?

2.1. Il mix

Nella legislatura 2005-2010 tutte le Regioni hanno – in varia misura – incrementato l’offerta di servizi e interventi dedicati agli anziani non autosufficienti, e diverse hanno scelto di legare l’aumento all’introduzione dei Fondi regionali per la non autosufficienza. Nelle varie realtà, l’istituzione di un Fondo regionale ha avuto due differenti significati:

– *il ridisegno complessivo delle politiche per i non autosufficienti*. In alcune Regioni introdurre il Fondo ha significato ripensare l’insieme dei servizi e degli interventi rivolti alla non autosufficienza, singolarmente e nelle loro interazioni. È stato avviato un percorso di sviluppo pluriennale, con un progetto unitario tradotto in una serie di obiettivi specifici, tra loro coerenti (ad esempio Emilia Romagna, Liguria, Toscana) ⁽⁵⁾ (Ceda *et alii*, 2009; Carrera e Pellegrino, 2008) (Tabella 1);

– *l’introduzione/il rafforzamento di singoli interventi*. In altre Regioni l’attivazione del Fondo si è tradotta nell’introduzione o nel rafforzamento di specifici interventi, senza ridisegnare il sistema complessivo (ad esempio Basilicata, Sardegna, Friuli Venezia Giulia). In alcune realtà si è puntato sulla domiciliarità – perlopiù assegni di cura ma anche servizi – in modo esclusivo (ad esempio Friuli Venezia Giulia, Provincia di Bolzano) o preminente (ad esempio Lazio, Sardegna). In altre la maggior parte delle risorse è stata indirizzata verso i servizi residenziali, benché gli obiettivi di crescita riguardino anche quelli domiciliari (Agnas, 2009). A volte, dunque, si è puntato su un intervento e altre volte su due, ma non è questo il punto dirimente. La differenza fondamentale con l’opzione descritta sopra consiste nel fatto che qui si è ragionato sui singoli interventi senza considerare il sistema nel suo complesso.

Tabella 1 - Il Fondo regionale per la non autosufficienza come occasione di ridisegno complessivo delle politiche dedicate: alcuni esempi

Regioni	Strategia/mix d’interventi
Liguria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2007-2009: utenza dei servizi domiciliari dal 3,1% al 7% degli anziani ▪ Introduzione della “misura economica per la non autosufficienza” (assegno di cura vincolato) ▪ Utenza dei servizi residenziali e semi-residenziali dal 2% al 3% degli anziani ▪ Istituzione dei distretti socio-sanitari, dei punti unici di accesso e rafforzamento del ruolo dell’Unità di valutazione distrettuale.

⁽⁵⁾ Un tema cruciale del ridisegno delle politiche per la non autosufficienza riguarda il ruolo rispettivo degli anziani non autosufficienti e delle persone con disabilità. L’argomento esula dai nostri obiettivi, in merito si rimanda a Barbieri, 2010.

Regioni	Strategia/mix d'interventi
Emilia Romagna	<ul style="list-style-type: none"> ■ Forte potenziamento delle strutture residenziali. ■ Incremento di assegni di cura e dei servizi domiciliari ■ Introduzione di interventi innovativi (servizi di <i>e-care</i>, consulenze per l'adeguamento dei domicili alle esigenze dei non autosufficienti, portierato sociale, ecc.) ■ Recente introduzione dell'accREDITAMENTO delle strutture sociosanitarie e socio assistenziali
Toscana	<ul style="list-style-type: none"> ■ Potenziamento dei posti letto in RSA (obiettivo individuato entro fine 2010: più 30%) e introduzione di 1.300 quote sanitarie aggiuntive. ■ Maggior copertura dei servizi domiciliari (obiettivo: raddoppio degli utenti). ■ Potenziamento dell'UVG, con ruolo chiave nel garantire l'appropriatezza delle risposte e nell'evitare i ricoveri nel caso sia possibile ricorrere a soluzioni alternative

Fonte: ns. rielaborazione di documenti regionali

La scelta di utilizzare il Fondo come strumento per il complessivo ridisegno delle politiche di assistenza continuativa porta con sé conseguenze positive, di rilievo a diversi livelli. Il primo è il piano politico-istituzionale. L'introduzione del Fondo ha significato che le Regioni interessate hanno, per la prima volta, considerato la non autosufficienza come un'area di welfare autonoma, un settore differente rispetto alla sanità e ai servizi sociali, che li "taglia" trasversalmente ma è altra cosa, con una sua precisa specificità. Ciò ha voluto dire attribuire all'assistenza continuativa una dignità politico-istituzionale e una visibilità mai avute prima (cfr. conclusioni). Dignità e visibilità si sono tradotte in un livello particolarmente alto di stanziamenti, che non a caso sono stati maggiori dove è stata introdotta questa concezione di Fondo ⁽⁶⁾.

Il secondo è il piano degli interventi. Ridisegnare il complessivo insieme di servizi e prestazioni disponibili, abitualmente significa sforzarsi di dare all'offerta nei territori la maggior articolazione possibile tra servizi residenziali, semi-residenziali, domiciliari, assegni di cura e interventi innovativi di vario genere. L'impegno in questa direzione viene solitamente accompagnato da un rafforzamento dell'Unità di Valutazione Geriatrica (o altrimenti detta) allo scopo di assicurare la miglior appropriatezza possibile della risposta rispetto al bisogno. Il tema è ancora da studiare in modo approfondito, ma l'impressione – basata sulle realtà conosciute – è che il pacchetto composto da articolazione dell'offerta e rafforzamento dell'UVG produca risultati particolarmente positivi per i cittadini (box 2).

⁽⁶⁾ Non stiamo qui sostenendo un determinismo secondo il quale "introduzione del Fondo come strumento complessivo di ridisegno dell'assistenza continuativa = elevata crescita di finanziamenti". Stiamo, invece, notando che attribuzione all'assistenza continuativa di una dignità e visibilità come mai prima, introduzione del Fondo quale strumento di suo complessivo ridisegno e stanziamenti particolarmente alti vanno, di solito, di pari passo.

Box 2 - **L'eredità 2005-2010**: modelli di Fondo regionale per la non autosufficienza

Una crescita diffusa

– Tutte le Regioni hanno, in varia misura, incrementato l'offerta di servizi e d'interventi dedicati agli anziani non autosufficienti

Due modelli di Fondo

– Alcune Regioni hanno legato l'aumento dell'offerta all'introduzione di un Fondo regionale per la non autosufficienza. La sua istituzione ha avuto due differenti significati:

- a) l'occasione per ridisegnare complessivamente le politiche per i non autosufficienti. Un ripensamento dell'insieme dei servizi e degli interventi dedicati, che ha portato a un progetto unitario di sviluppo pluriennale
- b) l'introduzione/il rafforzamento di singoli interventi. L'attivazione o il potenziamento di uno o due interventi (prevalentemente domiciliari), senza ridisegnare il sistema nel suo insieme

Il Fondo come occasione per un ridisegno complessivo del sistema

La scelta di adottare questo modello di Fondo ha due conseguenze:

- per la prima volta la non autosufficienza viene considerata un'area di welfare autonoma, cioè un settore differente rispetto a sanità e sociale
- si compie lo sforzo di articolare il più possibile l'offerta nel territorio e, allo stesso tempo, di rafforzare l'Uvg

2.2. Le aree d'intervento ⁽⁷⁾

Individuare le tendenze dell'ultima fase per le singole aree d'intervento risulta particolarmente complesso, data l'eterogeneità dei contesti regionali e l'impossibilità di comprendere – a oggi – se e come gli obiettivi annunciati cinque anni fa si siano effettivamente tradotti in realtà. Si possono, comunque, proporre alcuni spunti, suddivisi tra territorio e residenzialità.

2.2.1. Il territorio

I servizi domiciliari sono approfonditi nella parte monografica ⁽⁸⁾ e qui vogliamo esclusivamente riprendere i punti chiave del più recente periodo, puntando l'attenzione sull'assistenza domiciliare integrata (ADI), di responsabilità regionale. L'utenza dell'ADI come percentuale della popolazione anziana vive una crescita costante, tendenza in atto da prima dell'ultima legislatura regiona-

⁽⁷⁾ Per la preparazione di questo paragrafo dobbiamo molto alle idee e agli stimoli di Franco Pesaresi, che ringraziamo. La responsabilità di quanto scritto è esclusivamente nostra.

⁽⁸⁾ Per approfondire obiettivi, filosofie ed esperienze concrete di domiciliarità si consiglia l'associazione "La bottega del possibile", le sue riflessioni e la sua attività. La Bottega, nata a Torre Pellice (Provincia di Torino) e oggi nota in tutta Italia, è da tempo impegnata in un ampio lavoro di sensibilizzazione e approfondimento sulle diverse tematiche legate alla domiciliarità. Maggiori informazioni sul sito www.bottegedelpossibile.it/.

le. All'aumento dell'utenza si accompagna la riduzione dell'intensità media degli interventi, di nuovo un trend che ha segnato l'intero decennio. Un'ulteriore caratteristica che si conferma da tempo consiste nell'esigua percentuale di anziani che ricevono interventi effettivamente integrati con i servizi sociali del Comune. Tradotto in dati, tutto ciò significa che l'utenza è oggi al 3,3% degli anziani, di cui tre quarti ricevono esclusivamente interventi sanitari e un quarto anche interventi sociali; il numero medio di ore complessive per utente equivale a 22 ⁽⁹⁾.

Negli obiettivi dichiarati di molti Fondi regionali per la non autosufficienza recentemente introdotti rientra l'ampliamento dell'Adi. A oggi, però, non è chiaro quale sia stato l'impatto di questi obiettivi sulla realtà e, anzi, si diffonde l'impressione che – negli ultimi anni – molte Regioni abbiano concentrato l'investimento nella domiciliarità sugli assegni di cura (si veda oltre).

Storicamente, l'utenza dell'ADI è più diffusa nelle zone centro-settentrionali del Paese mentre nel Sud si registra un maggiore ricorso all'indennità di accompagnamento. Negli ultimi anni, però, le Regioni meridionali hanno compiuto significativi passi in avanti che, se non hanno ridotto le distanze con il Nord, quantomeno hanno permesso di raggiungere il medesimo tasso di crescita. Si vedono qui i positivi risultati della politica di sviluppo regionale prevista dal "Quadro Strategico Nazionale" (QSN) 2007-2013, che ha assegnato loro l'obiettivo di raggiungere il 3,5% degli anziani assistiti entro il 2013 e ha previsto un finanziamento dedicato. La principale novità è consistita nello stanziare risorse da destinare come premi da destinare alle Regioni che raggiungano gli obiettivi definiti (Tabella 2) ⁽¹⁰⁾.

⁽⁹⁾ Ci riferiamo qui ai più aggiornati dati disponibili di fonte istituzionale, riferiti al 2007 o 2008. I dati sui servizi domiciliari e le rispettive fonti sono presentati in dettaglio nella parte monografica.

⁽¹⁰⁾ "La politica italiana di sviluppo regionale (QSN 2007-2013) attribuisce un ruolo chiave al miglioramento dei servizi essenziali per ampliare le opportunità degli individui e creare condizioni favorevoli per l'attrazione di investimenti privati. I divari tra le Regioni meridionali e il resto del Paese riguardano infatti non solo le dimensioni economiche più conosciute – PIL e mercato del lavoro – ma anche l'offerta di beni e servizi disponibili per i cittadini. Il CIPE, con la delibera n. 82 del 2007, ha stanziato risorse pari a 3 miliardi di euro del Fondo per le Aree Sottoutilizzate (FAS) da assegnare come premi alle Regioni del Mezzogiorno che conseguiranno gli obiettivi fissati (*target*) per il miglioramento dei servizi essenziali in quattro ambiti strategici per le politiche di sviluppo regionale" di cui è lo sviluppo dei servizi di cura per anziani e bambini. Con riferimento agli anziani si pone l'obiettivo di elevare l'utenza dall'1,6 al 3,5 nel periodo considerato", fonte: www.dps.mef.gov; su quest'ultimo sito (del Dipartimento per lo sviluppo e coesione economica) è possibile recuperare altri materiali di notevole interesse sul percorso dell'Adi nel QSN 2007-2013.

Tabella 2 - Lo sviluppo dell'ADI nelle Regioni meridionali

Regione/ Macroripartizione	Baseline (valore 2005)	Valore attuale (valore 2008)	Miglioramento sì/no*	Target 2013**	% distanza colmata rispetto al target***	Variazione % tra ultimo valore e baseline
Abruzzo	1,8	4,2	Sì	3,5	100%	133%
Molise	6,1	3,4	No	3,5	–	–44%
Campania	1,4	1,8	Sì	3,5	19%	29%
Puglia	2,0	1,8	No	3,5	–	–10%
Basilicata	3,9	4,0	Sì	3,5	100%	3%
Calabria	1,6	2,6	Sì	3,5	53%	63%
Sicilia	0,8	0,9	Sì	3,5	4%	13%
Sardegna	1,1	2,1	Sì	3,5	42%	91%
Mezzogiorno	1,6	2,0	Sì	3,5	21%	25%
Centro-Nord	3,5	3,9	Sì			
Italia	2,9	3,3	Sì			

Fonte: Ministero dello Sviluppo Economico, 2009

Gli obiettivi delle amministrazioni regionali riferiti all'ADI – al Nord come al Sud – sinora si sono concentrati perlopiù sulla dimensione dell'utenza mentre la qualità è rimasta sullo sfondo. Se per gli altri servizi sanitari o socio-sanitari il quadro normativo relativo alle regole e ai requisiti per l'accreditamento è completato nella grande maggioranza delle Regioni, per le cure domiciliari tale quadro è stato realizzato solo da poche tra esse (Basilicata, Puglia, Toscana Lombardia), peraltro con risultati alterni. Ci si chiede se nel prossimo futuro le amministrazioni regionali inizieranno, in maniera più ampia, a occuparsi della qualità dell'ADI. Negli altri paesi europei ciò accade con una certa frequenza, ma da non molto tempo, e ovunque il percorso storico seguito è stato il medesimo: gli enti di governo regionali (in alcuni casi nazionali) prima si sono occupati di regolare la qualità delle strutture, poi di quella della semi-residenzialità e infine sono giunti a regolare la qualità della domiciliarità, evidentemente con un insieme di strumenti *ad hoc* (Fernandez *et alii* 2009; Glendinning e Moran, 2009). Sarà la qualità la prossima sfida delle Regioni italiane per l'ADI?

Passiamo ora agli assegni di cura, cioè i contributi economici forniti da Asl o Comuni agli anziani non autosufficienti o ai loro familiari per finanziare l'assistenza ai primi, da impiegare liberamente. Nel periodo 2005-2010 si è assistito a una loro notevole espansione, con ingenti finanziamenti da parte di numerose amministrazioni regionali. Oggi la percentuale di anziani che ricevono gli assegni raggiunge l'1% in quasi tutto il centro-nord e, al suo interno, molte Regioni si collocano tra l'1% e il 2% (ad es. Liguria e Friuli-Venezia-Giulia) men-

tre alcune sono sopra il 2% (ad es. Veneto ed Emilia-Romagna). L'assegno è assai meno diffuso nel mezzogiorno (mai l'utenza è superiore allo 0,4% degli anziani) ⁽¹⁾ ma negli ultimi anni alcune Regioni, ad esempio la Puglia, vi hanno investito (Tabella 3).

L'utilizzo degli assegni di cura cresce costantemente da un decennio ed è atteso aumentare ancora nel prossimo futuro, poiché tutte le Regioni vi stanno puntando fortemente. Se esaminiamo i contenuti delle varie riforme regionali introdotte negli ultimi anni, infatti, notiamo che sono piuttosto eterogenee e che condividono un solo obiettivo: tutte prevedono un ampio stanziamento negli assegni di cura (Gori e Pasquinelli, 2008). Pur non avendo dati sistematici per provarlo, l'impressione è che sovente – nel Centro-Nord – l'investimento delle Giunte Regionali nella domiciliarità si concretizzi più nello sviluppo degli assegni di cura che in quello dei servizi.

Gli assegni di cura hanno visto, perlopiù, alla crescita della percentuale di anziani che li riceve accompagnarsi una progressiva riduzione dell'importo medio mensile (Gori e Pasquinelli, 2008). Si tratta dello stesso fenomeno – aumento dell'utenza accompagnato da riduzione dell'intensità – verificatosi pure nell'ADI e anche la logica che lo genera è la medesima: le domande dei cittadini crescono / i finanziamenti pubblici aumentano ma in misura inferiore / per rispondere ad un maggior numero di utenti viene ridotta l'intensità media.

La crescita degli assegni va esaminata insieme all'impennata nella diffusione dell'indennità di accompagnamento (cfr. capitolo 2, paragrafo 5). Complessivamente, pertanto, nel territorio la crescita dei trasferimenti monetari è maggiore di quella dei servizi e – come meglio illustrerà il capitolo 7 – l'assistenza pubblica tende a fondarsi sempre più su due capisaldi: i contributi economici e gli interventi prestazionali / di bassa intensità dell'ADI.

Esiste la possibilità che gli assegni di cura siano considerati interventi a sé stanti che si esauriscono con la corresponsione del denaro, o, addirittura, che possano costituire l'occasione per una dismissione di responsabilità da parte degli Enti. Se così fosse, le famiglie riceverebbero un altro contributo economico ma continuerebbero a gestire da sole pesanti situazioni di cura. Per evitare che ciò accada è indispensabile che le persone, insieme all'erogazione dell'assegno, possano ricevere il sostegno e l'accompagnamento dei servizi, e che il contributo venga inserito in una progettualità specifica. Gli obiettivi dichiarati di tutte le Regioni convergono su questa linea, anche se i risultati sono variabili (si veda il paragrafo 3).

⁽¹⁾ Non esistono statistiche regionali comparabili sugli assegni di cura, come accade invece – ad esempio – per ADI e SAD. I dati e i relativi confronti, dunque, presentano un inevitabile grado di aleatorietà. Nel testo si fa riferimento ai dati raccolti in Lamura e Principi, 2009.

Tabella 3 - Tasso di copertura ed importo degli assegni di cura in alcune Regioni del Centro-Nord

Regione	Denominazione (anno di riferimento)	% Persone 65+	Importo medio mensile
Veneto	Assegno di cura (2007)	2,2	200
Emilia-Romagna	Assegno di cura anziani (2007)	2,1	246
Liguria	Misura economica del Fondo regionale per la non autosufficienza (2008)	1,6	330
Friuli- Venezia-Giulia	Assegno per l'autonomia (APA) (2008)	1,3	375

Fonte: Lamura e Principi, 2009

L'altro principale tassello delle politiche regionali per il territorio sono stati – negli ultimi anni – gli interventi per le assistenti familiari. Grazie ad una progressiva presa di coscienza del fenomeno, le azioni di sostegno al care privato, negli anni 2000-2005 attuate solo in alcune realtà “pilota” (ad esempio Emilia Romagna e Lazio), nella legislatura 2005-2010 sono state al centro della policy di molte Regioni, sia al Nord che al Sud. Gli ultimi cinque anni hanno visto un ampio sviluppo del dibattito, molteplici interventi, numerose sperimentazioni, un insieme – detto altrimenti – di azioni e riflessioni che hanno permesso di costruire un diffuso sapere “concreto” sugli interventi di sostegno al lavoro privato di cura (Tabella 4).

I contenuti di questi interventi sono approfonditi nei contributi di Pasquini e Rusmini nei Rapporti NNA e sul sito www.qualificare.info, ora si vuole solo evidenziare la differenza tra gli ultimi cinque anni e i prossimi. La gamma d'interventi messi in campo dalle Regioni sinora ha raggiunto, nell'insieme, un numero di badanti ridotto rispetto sia alle attese sia alla complessiva utenza del welfare regionale. Qui si presenta, secondo noi, la sfida della nuova legislatura regionale. Il periodo 2005-2010 è servito a sviluppare la consapevolezza dell'importanza di agire in questo ambito e di costruire competenze diffuse. L'interrogativo per il futuro è se queste competenze rimarranno dedicate a un numero circoscritto di utenti o se gli interventi regionali per le assistenti familiari passeranno dallo status di sperimentazioni/azioni di nicchia a quello di interventi strutturati capaci di raggiungere un'utenza più ampia. È evidentemente complicato, ma non può che essere questo il prossimo passo. Come andrà, dipenderà principalmente da due aspetti. Primo, l'utilizzo d'incentivi economici che favoriscano il ricorso alle assistenti familiari in modo regolare e qui solo lo Stato – attraverso la riforma dell'indennità di accompagnamento e/o nuove agevolazioni fiscali – può fare la differenza perché l'esperienza ha mostrato che gli assegni di cura regionali finalizzati all'emersione delle badanti non funzionano. Secondo, la capacità di collegare le diverse azioni regionali (formazione, albi, sportelli e così via) tra loro

e con le più ampie politiche per la non autosufficienza (in proposito si vedano il capitolo 3 e Pasquinelli e Rusmini, 2009) (box 3).

Tabella 4 - Obiettivi e interventi in materia di care privato introdotti dalle Regioni

Obiettivo	Intervento	Note
Sostenere la domanda	1 Assegni di cura vincolati per chi si avvale di una badante 2 Agevolazioni fiscali	Gli assegni possono avere due fini differenti: 1) sostenere e regolarizzare, oppure 2) sostenere, regolarizzare e qualificare le assistenti familiari.
Sostenere l'offerta	1 Percorsi formativi 2 Albi o elenchi di assistenti accreditate	I percorsi formativi sono normati in 11 Regioni. Gli albi sono ancora poco diffusi.
Sostenere domanda ed offerta	1 Sportelli e centri d'ascolto, informazione, orientamento e di incontro domanda/offerta 2 Iniziative di supporto a famiglie ed assistenti (<i>tutoring</i> domiciliare)	Gli sportelli sono in grande aumento sia al Nord sia al Sud. Il <i>tutoring</i> domiciliare è recentemente stato previsto da Sicilia, Lombardia, Emilia Romagna e Piemonte.

Fonte: Pasquinelli, Rusmini, 2009 (modificato)

Box 3 - **L'eredità 2005-2010:** il territorio

Adi: più utenza e meno intensità

- A livello nazionale continua la tendenza a incrementare la percentuale di anziani utenti riducendo l'intensità
- La maggior parte delle Regioni meridionali sta crescendo in modo significativo
- Solo poche Regioni si occupano di regolare la qualità dell'Adi, è un tema del futuro? (La domiciliarità è discussa più dettagliatamente nell'approfondimento monografico)

Lo sviluppo degli assegni di cura: l'unico obiettivo condiviso da tutte le riforme regionali

- La crescita dell'utenza degli assegni di cura, in atto da tempo, non accenna a diminuire. Riguarda perlopiù le Regioni del centro-nord
- L'unico obiettivo condiviso da tutte le riforme regionali degli ultimi anni è l'ampliamento degli assegni di cura
- È ragionevole attendersi, pertanto, un ulteriore aumento della loro diffusione

Assistenti familiari

- Legislatura 2005-2010: costruzione di un ampio sapere "concreto" sugli interventi regionali per le assistenti familiari e contenuta diffusione di questi interventi
- Legislatura 2010-2015: gli interventi regionali passeranno dallo status di sperimentazioni/azioni di nicchia a quello d'interventi strutturati capaci di raggiungere un'utenza più ampia?

2.2.2. La residenzialità

Sul fronte delle strutture residenziali si possono provare a individuare alcune tendenze dell'ultima legislatura, pure con le difficoltà dovute al fatto che i più recenti dati comparabili tra le Regioni si riferiscono al 2006 (cfr. Tabella 2 e Al-

legato 1 del primo capitolo). Emerge un quadro teso alla ricerca di un equilibrio tra disponibilità di finanziamenti, costo da sostenere per gli utenti, strategie della qualità e incremento dell'offerta.

Tra i temi che hanno raccolto interesse negli ultimi anni vi è la crescita delle rette e il loro impatto sugli utenti, interesse da collocare nella sempre più diffusa consapevolezza del legame tra l'insorgere della non autosufficienza e il rischio di cadere in povertà. Al diffuso trend d'incremento delle rette in atto da tempo si contrappone – più recentemente – una maggiore consapevolezza, in tante amministrazioni regionali, della necessità di affrontare l'argomento. Molte amministrazioni s'interrogano su come agire, alcune hanno compiuto uno sforzo per tenere ferme le rette e altre (come l'Emilia-Romagna) per ridurle in alcuni casi (sull'argomento si veda anche il paragrafo 6).

È stata, inoltre, una legislatura regionale segnata da interventi per elevare la qualità delle strutture. In merito le Regioni hanno spesso completato (o quasi) le norme sui requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture residenziali, negli anni indicati nella tavola 1. Il completamento di queste norme si colloca in un più generale sforzo d'incremento della qualità dell'offerta, dai contenuti piuttosto eterogenei tra le varie realtà e di cui alcuni esempi sono in Tabella 5.

L'incremento della qualità è legato alla riconversione della rete delle strutture residenziali, in atto da tempo. Queste, infatti, si trasformano da strutture assistenziali per autosufficienti in strutture sanitarie o sociosanitarie per non autosufficienti, in grado di accogliere anziani che richiedono livelli assistenziali ben più elevati che nel passato ⁽¹²⁾. La maggior offerta è conseguente sia all'apertura di nuove RSA sia alla riqualificazione e all'adeguamento di strutture già esistenti. Intanto, aumenta costantemente il carico assistenziale richiesto per far fronte ad un mix di ospiti progressivamente più gravemente non autosufficienti (Pesaresi e Brizioli, 2009).

L'offerta è cresciuta negli ultimi anni e molte Regioni si pongono un obiettivo d'incremento per il futuro prossimo. L'impressione è che si potrà – nella maggior parte dei casi – annullare l'effetto dell'invecchiamento della popolazione (cioè il maggior numero di anziani in valore assoluto) così da mantenere le attuali percentuali di posti letto per anziani, non a elevarle. Dovrebbe essere diverso nelle Regioni meridionali, dove l'offerta è storicamente più bassa ma, anzi, alcune di queste negli ultimi anni l'hanno vista ridursi ulteriormente e le prospettive future non sono chiare (box 4).

⁽¹²⁾ Crescono solo i posti letto con contenuti sanitari e mentre le case di riposo subiscono una lieve riduzione.

Tavola 1 - Anno di completamento dei requisiti per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO ⁽¹³⁾

Abruzzo:	2008
Bolzano:	2009
Calabria:	2009
Campania:	2009
Emilia Romagna:	2009
Friuli:	2008
Marche:	2006
Molise:	2006 e 2008
Piemonte:	2009
Puglia:	2007
Toscana:	2010
Umbria:	2010
Valle d'Aosta:	2007
Veneto:	2007

Tabella 5 - Obiettivi di riqualificazione delle strutture residenziali nelle Regioni: alcuni esempi

Regione	Azione
<i>Piemonte</i>	La D.g.r. 17-15226/2005 introduce un nuovo modello residenziale per gli anziani ultra65enni "impostato verso l'obiettivo di integrare le strutture residenziali a gestione diretta o accreditate (...) con il Servizio sanitario regionale nell'ambito della rete complessiva dei servizi sociosanitari per gli anziani, governati e programmati unitariamente dall'Asl (...)". La D.g.r. 2/2006 dispone l'attuazione del nuovo modello residenziale "con una realistica gradualità, fondata sul necessario collegamento fra l'incremento del livello tariffario, finalizzato a rendere più uniformi le tariffe applicate nel territorio regionale e l'incremento non solo quantitativo, ma anche qualitativo del livello essenziale offerto dalle strutture erogatrici del servizio". La D.g.r. 39/2008 prevede un monitoraggio e stabilisce la conclusione del percorso di adeguamento delle strutture entro il 31 dicembre 2010.
<i>Marche</i>	Negli anni 2005-2010 la Regione dispone la riqualificazione dell'offerta nelle residenze protette per raggiungere il livello assistenziale socio sanitario stabilito (100' giornalieri per ospite). L'intervento viene realizzato a tappe stabilendo il minutaggio raggiungibile nel corso degli anni e il numero di posti letto da riqualificare (individuati come fabbisogno massimo). Poiché sono presenti strutture che ospitano pazienti con demenza o con bisogni complessi che comportano l'erogazione di prestazioni assistenziali superiori ai limiti previsti, dal 2010 verrà attivato un percorso finalizzato a garantire loro un livello assistenziale di 120' giornalieri pro capite nelle RP, o ad inserire idonei moduli nel livello di Residenze Sanitarie.
<i>Sardegna</i>	Il decreto del Presidente della Regione N. 4/2008 individua i criteri per l'organizzazione e il funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali introducendo tipologie più flessibili in termini organizzativi non previste dalla precedente normativa. Viene prevista una maggiore differenziazione delle tipologie d'intervento, ma anche un'organizzazione che prevede più nuclei assistenziali nella stessa struttura, differenziati sulla base delle prestazioni delle intensità delle cure, ma collegati funzionalmente al fine di evitare un'eccessiva specializzazione delle strutture.

⁽¹³⁾ La tavola si riferisce all'ultima legislatura regionale (2005-2010). Pertanto, ad esempio, manca la Lombardia che ha completato il proprio *iter* sui criteri di autorizzazione e accreditamento prima del 2005.

Box 4 - L'eredità 2005-2010: la residenzialità

Alla ricerca di un equilibrio: come tenere insieme disponibilità di finanziamenti pubblici, livello delle rette, strategie della qualità e incremento dell'offerta?

- Cresce la consapevolezza dell'insostenibilità delle rette per diverse utenti e alcune Regioni iniziano ad agire in proposito
- Quasi tutte le Regioni hanno completato le norme sui requisiti di autorizzazione e accreditamento
- Si registra una generale tendenza a elevare la qualità e a incrementare la componente sociosanitaria
- I posti sono aumentati e dovrebbero farlo anche nel prossimo futuro, ma l'impressione è che perlopiù non si potrà andare oltre il mantenimento delle attuali percentuali di posti per anziani
- Il meridione ha storicamente un'offerta più bassa ma la sua situazione non pare modificarsi (in alcune Regioni addirittura diminuzione dell'offerta)

2.2.3. I centri diurni

I centri diurni hanno conosciuto una certa diffusione negli anni recenti, con eterogeneità tra le differenti Regioni, anche se la loro presenza rimane assai circoscritta. L'assenza di dati istituzionali di scala nazionale e le poche informazioni disponibili impediscono di provare a individuare le tendenze dell'ultima legislatura regionale. Vogliamo, altresì, proporre il più aggiornato quadro comparativo in merito, che – a nostra conoscenza – si trova in un contributo di Pesaresi e Brizioli (Pesaresi e Brizioli. 2010), da cui è tratta la tabella 2 (riferita al 2006) ⁽¹⁴⁾.

La tabella 6 evidenzia la scarsità complessiva di posti disponibili, stimati in una forchetta tra 1,02 e 1,29 per mille anziani ⁽¹⁵⁾, e le abituali ampie differenze tra le Regioni. Gli Autori, inoltre, segnalano che anche la ricettività dei centri varia molto fra le Regioni (perlopiù è compresa fra i 5 e i 40 utenti), con una media complessiva di 18 posti per struttura, e che – allo stesso modo – cambiano sensibilmente i minuti di assistenza garantita nei centri dagli operatori sanitari e sociosanitari. Gli Autori, inoltre, calcolano che ogni utente – in media – ha fruito del centro per 123 giorni annui.

Con riferimento al target di utenza, le normative mostrano come questo si articoli tra vari gradi di non autosufficienza (e per l'eventuale presenza dell'Alzheimer). In proposito, si fa notare che "nei centri diurni vengono accolti anche anziani che sono parzialmente autosufficienti e che per le loro condizioni sociali e sanitarie sono a rischio di istituzionalizzazione. Anzi, se scorriamo le delibere regionali che stabiliscono le caratteristiche organizzative dei centri diurni per

⁽¹⁴⁾ Le tendenze che emergono dalla tabella paiono valide a tutt'oggi ma nel leggerla si consideri che è riferita al 2006 e che – in particolare per un servizio come questo, più "giovane" degli altri – è ragionevole attendersi che da allora in varie realtà si siano registrati cambiamenti significativi.

⁽¹⁵⁾ Si noti che l'indicatore di utenza qui è posti per 1000 anziani, mentre i dati presentati nel resto del capitolo considerano sempre posti o utenti per 100 anziani.

anziani scopriamo che quelli che contemplano l'accoglienza dei soggetti parzialmente autosufficienti sono in larga maggioranza. Questo ultimo dato non è il prodotto del caso, ma risponde ad una precisa necessità delle politiche per gli anziani (contrastare le istituzionalizzazioni)" (Pesaresi e Brizioli, 2010).

Tabella 6 - Centri diurni per anziani: denominazione, utenza e posti per 1000 anziani, Regioni, 2006

Regione	Denominazione (Relativa utenza)	Posti per 1000 anziani
<i>Abruzzo</i>	Semiresidenze anziani (Anziani) Semiresidenze demenze (Soggetti con demenza senile)	n.d.
<i>Calabria</i>	Centri diurno assistenziale (Anziani con disagio sociale)	n.d.
<i>Campania</i>	Centro diurno integrato per anziani (Anziani affetti da demenza)	0,04
<i>E. Romagna</i>	Centro diurno dedicati per demenze (Anziani con demenza) Centro diurno per anziani (Anziani non autosufficienti)	3,27
<i>Lazio</i>	Struttura semiresidenziale per anziani (Anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti) Rsa in regime di semiresidenzialità (Persone non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti)	0,20
<i>Liguria</i>	Centro diurno di 1° livello (Anziani in condizioni di limitata autonomia fisica senza prevalente disturbo cognitivo) Centro diurno di 2° livello (Anziani non autosufficienti con prevalente disturbo cognitivo)	0,82
<i>Lombardia</i>	Centro diurno integrato (Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti)	2,47
<i>Marche</i>	Centro diurno per anziani (Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti)	1,09
<i>Molise</i>	Centro diurno per anziani (Anziani) Centro diurno Alzheimer (Anziani con Alzheimer)	n.d.
<i>Piemonte</i>	Centri diurno per anziani (Anziani autosufficienti) Centro diurno integrato (Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti) Centro diurno Alzheimer autonomo (Soggetti affetti da demenza)	0,26
<i>Puglia</i>	Centro diurno per anziani (Anziani)	n.d.
<i>Sardegna</i>	Centro diurno integrato (Soggetti non autosufficienti)	0,20
<i>Sicilia</i>	Centro diurno per anziani non autosufficienti (Anziani non autosufficienti)	n.d.
<i>Toscana</i>	Struttura residenziale per persone anziane (Anziani non autosufficienti, o in situazioni di disagio, o a rischio di isolamento o di perdita di autonomia)	1,66
<i>Umbria</i>	Centro diurno (Anziani) Centro diurno per Alzheimer (Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti)	0,54
<i>Valle d'Aosta</i>	Struttura semiresidenziale per Alzheimer (Soggetti affetti da Alzheimer) Centro diurno (Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti)	5,18
<i>Veneto</i>	Centro diurno per anziani non autosufficienti (Anziani non autosufficienti)	0,93
ITALIA		1,02-1,29

Fonte: documenti e normative citate in Pesaresi e Brizioli, 2010

3. Come rafforzare il percorso assistenziale?

La legislatura regionale 2005-2010 ha visto al centro del dibattito e della produzione normativa la necessità di accompagnare l'anziano e la famiglia nelle diverse fasi del percorso assistenziale. Si è registrata, per la prima volta, la convergenza di tutte le Regioni verso un medesimo orientamento, cioè quello di collocare tra i propri obiettivi il sostegno del percorso assistenziale e di procedere progressivamente – con varie velocità e partendo da situazioni ben diverse – alla costruzione di un sistema capace di presidiare ognuna delle fasi fondamentali del percorso: l'accesso (attraverso il punto unico d'accesso, pua), la valutazione iniziale e la progettazione personalizzata (Uvg/Uvm), la responsabilità nel tempo (case manager). Non si era mai avuta, in passato, una siffatta concordanza di vedute tra le Regioni.

La tabella 7 sintetizza gli obiettivi delle Regioni, traendoli dalla relativa normativa, e individua quattro posizioni. Ai due estremi abbiamo il caso in cui nessuna fase del percorso sia presidiata ("percorso deregolato") e il suo opposto ("percorso regolato"), nel mezzo due posizioni intermedie (Gori e Pesaresi, 2009; Avanzini e De Ambrogio, 2010). L'opzione deregolata è stata a lungo sostenuta dalla sola Lombardia, che ha proposto un modello teso a evitare la funzione pubblica di presidio del percorso assistenziale per lasciare il cittadino gestire in piena autonomia il rapporto con gli enti gestori. La Lombardia – si vedrà oltre – ha di recente modificato il proprio indirizzo, togliendo questa ipotesi dal novero di quelle proposte nel nostro paese.

Rimangono, dunque, le posizioni a partire dalla "intermedia 1". L'osservazione di quanto accaduto negli ultimi anni mostra che le Regioni sono – con tempi e modalità differenti – in cammino verso il percorso regolato e che l'evoluzione in questa direzione segue perlopiù una stessa scansione temporale (prima l'introduzione dell'Uvg, poi la porta unica e infine il case manager). Nella maggior parte dei casi, la misura in cui le Regioni si avvicinano al "percorso regolato" è direttamente proporzionale allo sviluppo del loro sistema di welfare.

La discussione sul percorso assistenziale richiede particolare cautela perché, sovente, esiste una notevole distanza tra gli obiettivi dichiarati dalle Regioni e quanto viene effettivamente realizzato nel territorio. L'investimento di risorse, personale, strumenti di affiancamento con cui le amministrazioni regionali accompagnano questi obiettivi è assai variabile e, comunque, le specificità di ogni territorio sono decisive per la qualità del percorso assistenziale. Si pensi, da ultimo, alle difficoltà incontrate in varie realtà a tradurre l'enfasi della normativa regionale sul Punto unico d'accesso – o come altrimenti definito – nella realtà. Dunque, la tabella 7 va considerata con estrema cautela e valorizzata per ciò che può trasmettere: esclusivamente un inquadramento degli orientamenti regionali e dei loro recenti sviluppi.

Tabella 7 - Le Regioni e il percorso assistenziale: obiettivi dichiarati

Tipologia di percorso	Percorso deregolato	Posizione intermedia 1	Posizione intermedia 2	Percorso regolato
<i>Fasi del percorso: presidio pubblico</i>				
<i>Accesso: pua</i>	NO	NO	SI	SI
<i>Valutazione e progettazione: UVG</i>	NO	SI	SI	SI
<i>Responsabilità nel tempo: case manager</i>	NO	NO	NO	SI
<i>Esempi</i>	Lombardia 2000-2008	Calabria, Molise	Liguria, Piemonte	Toscana, Marche

Fonte: Gori e Pesaresi, 2009; Avanzini e De Ambrogio, 2010

Diversi motivi hanno portato alla situazione descritta. Da una parte, nei soggetti a vario titolo coinvolti nel welfare regionale si è rafforzata la consapevolezza dell'importanza di accompagnare il percorso assistenziale; hanno spinto in questa direzione le crescenti richieste provenienti dal territorio e le indicazioni sulla stessa linea che giungono dal mondo della ricerca, in Italia come all'estero. Dall'altra parte, Uvg e case manager sono da tempo noti mentre solo nell'ultima legislatura il Punto unico di accesso è diventato patrimonio di gran parte delle Regioni (ancora nella prima metà del decennio il Pua raccoglieva un interesse limitato⁽¹⁶⁾).

Inoltre, come anticipato, è venuta meno l'unica opzione strategicamente alternativa, cioè quella del percorso "deregolato", proposta dalla Giunta Lombarda nel periodo 2000-2008. La più recente legislazione lombarda⁽¹⁷⁾, infatti, pur senza normare la costituzione formale di un'équipe di valutazione integrata, rivolge l'attenzione al *case management*, alla valutazione ed alla progettazione integrata, sia nell'ambito della progettualità prevista dal Fondo nazionale non autosufficienze (Pai integrato), sia nell'ambito dei Centri di Assistenza Domiciliare (CeAD) istituiti alla fine del 2009, che dovrebbero costituire punti distrettuali di accesso unitario per l'area della non autosufficienza (Avanzini e De Ambrogio, 2010). Le indicazioni operative in proposito sono ancora piuttosto vaghe e l'impatto sulla realtà per adesso esiguo, ma il cambio di posizionamento strategico risulta chiaro.

⁽¹⁶⁾ Ricordiamo che il punto unico di accesso è una delle tre possibili destinazioni del Fondo non autosufficienze nazionale (si veda il paragrafo 4 del secondo capitolo).

⁽¹⁷⁾ D.g.r. 8243/08, punto 4 dell'allegato B relativo al "Fondo per le non autosufficienze", D.g.r. 8551/08 Linee attuative dei piani di zona per il triennio 2009-2011, D.g.r. 10757/09 istitutiva del "Centro per l'assistenza domiciliare (CeAD) nelle Aziende Sanitarie Locali.

L'esito della legislatura 2005-2010 è stato, dunque, di uniformare l'orientamento generale delle Regioni in materia di percorso assistenziale e di individuare un medesimo cammino di sviluppo. Nel futuro i punti di attenzione principali dovrebbero riguardare, secondo noi, gli aspetti tecnici e le modalità attuative. Da una parte, si tratta di approfondire la discussione sulla varietà di configurazioni specifiche che ogni strumento di presidio pubblico (Pua, Uvg, case manager) può assumere, e di comprendere – nelle diverse realtà – quale risulti la più adatta. Dall'altra, bisogna lavorare maggiormente sulla capacità di tradurre in pratica le indicazioni in merito al percorso assistenziale, a partire dall'insieme di risorse e strumenti di accompagnamento del territorio che una Regione può mettere in campo a tal fine (box 5).

Non proseguiamo oltre nella discussione del percorso assistenziale perché se ne occupano – con riferimento agli interventi domiciliari – i capitoli 5 e 6 del Rapporto.

Box 5 - **L'eredità 2005-2010**: il rafforzamento del percorso assistenziale

La strategia: una legislatura di convergenza

- Per la prima volta tutte le Regioni concordano sull'esigenza di collocare tra i propri obiettivi strategici il sostegno del percorso assistenziale
- Le Regioni, inoltre, concordano oggi sulla necessità di procedere progressivamente, ognuna con la propria velocità, alla costruzione di un sistema capace di presidiare le fasi fondamentali del percorso: l'accesso, la valutazione iniziale e la progettazione personalizzata, la responsabilità nel tempo

L'attuazione: tra dichiarato e realizzato

- Sovente la distanza tra le indicazioni regionali riguardo al percorso e le realtà dei territori è ampia
- In merito a Pua, Uvg, case manager, il nodo oggi è comprenderne la configurazione più adatta e gli strumenti che le amministrazioni regionali possono mettere in campo per favorirne l'effettivo funzionamento nel territorio

4. Come incrementare l'equità territoriale?

Da almeno un decennio, e in particolare dopo la riforma del titolo V della Costituzione (2001), si discute l'introduzione di politiche nazionali tese ad assicurare una distribuzione degli interventi per gli anziani non autosufficienti nel territorio italiano che sia equa e corrispondente ai bisogni. È il dibattito sui livelli essenziali ⁽¹⁸⁾, la cui effettiva realizzazione è stata sinora molto limitata ⁽¹⁹⁾. L'av-

⁽¹⁸⁾ La letteratura sulle politiche regionali ha sinora trascurato, a mia conoscenza, il confronto tra le strategie di equità territoriale. Per chi volesse approfondire il tema, la strada consigliabile è esaminare la letteratura sui livelli in ambito nazionale, applicando le analisi lì condotte al contesto regionale. Si veda, ad esempio, Ranci Ortigosa, 2008, a cura di.

⁽¹⁹⁾ Ha riguardato esclusivamente la suddivisione della spesa tra servizi sanitari e sociali, con esiti parziali (Pesaresi, 2010).

vento del federalismo dovrebbe, almeno in teoria, portare con sé la loro vera e propria definizione anche se – al momento di concludere questo contributo ⁽²⁰⁾ – non se ne vedono segni.

Intanto, la ricerca dell'equità territoriale si è spostata dal territorio nazionale a quello delle Regioni. I medesimi obiettivi evocati per anni con riferimento all'intera Italia, infatti, da qualche tempo sono considerati rispetto al territorio di singole Regioni ⁽²¹⁾. Le amministrazioni se ne occupano sempre più (o se non lo fanno ricevono richieste in tal senso) per diversi motivi: la crescente consapevolezza dell'eterogenea distribuzione territoriale degli interventi in tante Regioni, la diffusa esistenza di meccanismi di distribuzione dei finanziamenti tra Asl o tra distretti sovente poco legati all'effettiva presenza dei bisogni e – più in generale – la loro complessiva maggiore assunzione di responsabilità nel settore. Questi stessi motivi inducono a ritenere l'equità territoriale un tema cruciale per le politiche regionali del prossimo futuro.

Oggi quasi tutte le Regioni collocano una maggiore equità territoriale nei propri obiettivi, mentre si dividono tra diverse principali strade percorribili per arrivarci:

– *Aggiustamenti nell'ambito dei meccanismi esistenti.* Una possibilità consiste nel mantenere il vigente sistema di distribuzione dei finanziamenti e dell'offerta di servizi e nel ridurre le differenze territoriali utilizzando i margini di movimento esistenti. Senza, detto altrimenti, riforme che modifichino sostanzialmente la distribuzione infraregionale delle risorse o dei meccanismi di accesso ai servizi, ma semplicemente sfruttando gli spazi che la configurazione attuale consente. È quanto accaduto in Lombardia, dove l'equità nella distribuzione delle risorse tra le Asl è migliorata rispetto a cinque anni fa, pur rimanendo ancora una notevole eterogeneità non dovuta a differenti bisogni. Sono stati mantenuti criteri di riparto delle risorse economiche tra i territori regionali fondati perlopiù sulla spesa storica e si è agito nella negoziazione con le singole Asl per variare gradualmente la distribuzione nella direzione di una maggiore corrispondenza ai bisogni (Pelliccia, 2010).

– *Riforma per omogeneizzare la disponibilità di servizi e interventi.* Si prevede di modificare il welfare regionale così da distribuire l'offerta di servizi e interventi nel territorio in modo omogeneo rispetto ai bisogni. Una declinazione consiste nell'introdurre criteri di assegnazione dei fondi tra i vari territori (Asl, distretti, ambiti) che siano proporzionali alla presenza dei bisogni. Cruciale è qui è l'in-

⁽²⁰⁾ Ottobre 2010.

⁽²¹⁾ In concreto, ad esempio, non si discute più di livelli essenziali nazionali che garantiscano la presenza di risposte omogenee tra il Piemonte e la Liguria, mentre si discute in misura crescente di come assicurare risposte omogenee tra i differenti distretti all'interno della Liguria.

dividuaione di parametri che rappresentino il diverso fabbisogno di assistenza all'interno della Regione: la distribuzione infraregionale degli anziani ultra-settantacinquenni (per questioni di semplicità) è l'indicatore più frequentemente utilizzato a tale scopo. Emblematico, al riguardo, è il caso dell'Emilia Romagna che proveniva da una situazione in cui le risorse sociosanitarie per la non autosufficienza erano distribuite in base alla spesa storica; in pochi anni si è arrivati a ripartire interamente il proprio fondo regionale sulla base della popolazione over 75 e l'esigenza di garantire risorse uniformi a tutte le Asl è divenuto uno dei pilastri della relativa riforma regionale.

Un'altra applicazione di questa ipotesi consiste nel definire standard quantitativi di offerta cui devono attenersi le diverse aree della Regione; tale seconda possibilità viene sovente abbinata alla precedente. Nei recenti documenti di programmazione di molte Regioni si nota proprio la tendenza ad individuare target che devono essere rispettati a livello infraregionale. Ad esempio, la Puglia fissa per tutti i singoli ambiti territoriali uno standard circa la popolazione servita dall'Adi (3,5% dei residenti) e richiede che in tutti i distretti sia aperto un nuovo Pua. L'Emilia Romagna sembra agire anche su questo fronte (oltre che su quello della spesa), richiedendo che nei distretti con minore dotazione di posti letto per CP/RSA sia garantita una dotazione pari almeno al 3% della popolazione ultra-settantacinquenne. Gli esempi potrebbero essere ancora tanti ma occorre particolare prudenza nel considerare questa ipotesi perché non sempre alla facilità con cui si dichiarano obiettivi di standard di offerta nei vari piani regionali segue la loro effettiva traduzione pratica ⁽²²⁾.

– *Riforma per assicurare una risposta certa a chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno.* Si tratta di modificare il sistema di welfare regionale così da prevedere per ogni persona che superi una certa soglia di bisogno la possibilità di accedere agli interventi pubblici, in qualunque area della Regione si trovi. La soglia è calcolata utilizzando una stessa scheda di valutazione multidimensionale nell'intero territorio regionale, così da fornire una definizione chiara ed esplicita di chi può accedere alla rete dei servizi e da tradurla in un indice misurabile. Gli esempi più noti sono l'utilizzo della scheda Svama in Veneto e la riforma della non autosufficienza in Toscana ⁽²³⁾.

⁽²²⁾ Nel discutere le strategie legate alla disponibilità di servizi e interventi bisogna ricordare che la collocazione territoriale delle strutture residenziali esistenti introduce un evidente vincolo – almeno nel breve periodo – alla riallocazione delle risorse economiche. Non a caso queste strategie sono introdotte perlopiù in fasi di espansione dei finanziamenti, quando alla riallocazione delle risorse esistenti si aggiunge la distribuzione di nuovi fondi.

⁽²³⁾ In Toscana, sono stati definiti vari livelli di isogratività ed individuati i pacchetti di prestazioni che il fondo assicura a ciascuna tipologia di bisogno, una strategia che anche l'Umbria – ad esempio – sembra si appresti ad imitare.

Strumento di valutazione multidimensionale e soglia precisa per l'accesso alla rete pubblica costituiscono i tratti comuni a tutte le versioni di questa ipotesi, che poi si differenziano. Quella maggiormente diffusa prevede che sopra la soglia d'accesso l'utenza sia suddivisa in diversi gruppi – secondo l'intensità del bisogno o dell'assistenza necessaria – e che, per ognuno di questi, siano possibili diverse risposte (varie tipologie di servizi, servizi o prestazioni monetarie).

L'utilizzo di strumenti valutativi del bisogno (isobisogno) o della necessità di risorse assistenziali (isorisorse) dell'anziano validi per un intero territorio regionale è ampiamente diffuso, ma il fine del loro impiego può essere differente. Sovente, infatti, lo scopo consiste nel valutare le condizioni dell'anziano al fine di progettare l'intervento assistenziale oppure nel classificare gli utenti così da individuare la conseguente remunerazione del soggetto gestore che eroga le prestazioni (tipicamente il caso delle strutture). Qui, invece, lo strumento valutativo serve a governare la domanda, cioè a definire chi può avere accesso alla rete del welfare e chi no ⁽²⁴⁾ (Tabella 8).

Le strategie non sono mutualmente esclusive, a volte vengono impiegate in modo combinato e altre in misura parziale, ma ciò che conta qui è evidenziare gli obiettivi prioritari che si possono perseguire. Le due strategie di riforma indicate corrispondono, come anticipato, alle maggiori ipotesi prospettate nel dibattito italiano degli scorsi anni sui livelli essenziali. Collimano, altresì, con le principali strategie di equità territoriale impiegate in Europa: in Francia e Germania si è puntato sull'introduzione di una risposta certa per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno ⁽²⁵⁾, in Inghilterra e Svezia sull'omogeneizzazione delle risorse disponibili nelle diverse aree (AA.VV., 2010). Le corrispondenze non sono casuali e mettono in risalto un aspetto complessivo: per incrementare

⁽²⁴⁾ Per un'analisi delle schede di valutative utilizzate nelle Regioni si vedano Francesconi e Razzanelli (2008), i quali illustrano i vari metodi di valutazione del bisogno e discutono gli usi cui questi strumenti possono prestarsi (tra cui vi può essere quello del governo della domanda tramite la creazione di gruppi omogenei di bisogno oppure di attribuzione di punteggi per graduatorie che possano servire come base oggettiva per la distribuzione delle risorse). Alla luce di questa ricognizione gli Autori analizzano le strategie adottate dalle Regioni italiane per identificare e quantificare il bisogno assistenziale: le Regioni, oltre a differenziarsi per il considerare o meno alcune dimensioni (tutti considerano la valutazione funzionale e quella sanitaria, quasi tutte quella cognitiva, poche quella comportamentale e quella sociale), si distinguono per l'obiettivo della valutazione degli utenti. Gli obiettivi, come detto, possono essere: a) progettare l'intervento, b) remunerare i gestori, c) governare la domanda, cioè definire la possibilità o meno di accedere alla rete di welfare.

⁽²⁵⁾ In Italia, una modalità simile esiste su scala nazionale solo nell'indennità di accompagnamento che però, unico caso in Europa, non è dotata di una scheda valutativa con cui determinare la possibilità o meno di riceverla, cfr. capitolo 2.

l'equità territoriale tutte le strade percorribili si suddividono tra omogeneizzare la disponibilità di servizi e interventi o introdurre risposte certe per determinati bisogni.

Tabella 8 - Strategie per aumentare l'equità territoriale

Strategia	Significato	Esempi
<i>Aggiustamento nell'ambito dei meccanismi esistenti</i>	Ridurre le differenze tra i territori nei finanziamenti che ricevono dalla Regione senza modificare il sistema regionale di welfare	Lombardia
<i>Riforma per omogeneizzare la disponibilità di servizi e interventi</i>	Modificare il sistema regionale così da assicurare in tutti i territori finanziamenti e/o standard di offerta parametrati ai bisogni presenti	Emilia-Romagna, Puglia
<i>Riforma per assicurare una risposta certa a chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno</i>	Modificare il sistema regionale così da assicurare che in qualunque area della Regione chi ha bisogni superiori a una certa soglia acceda alla rete dei servizi	Toscana, Veneto

Le possibili strategie di riforma hanno profili differenti sotto numerosi punti di vista. Basti pensare che in una – “omogeneizzare la disponibilità di servizi e interventi” – il punto di partenza è l'ampiezza dell'offerta nei diversi contesti mentre nell'altra – “una risposta certa a chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno” – il punto di partenza sono le necessità del singolo individuo. La prima assegna un ruolo centrale agli operatori del territorio nel decidere chi accede alla rete dei servizi mentre la seconda poggia sull'“automatismo” del punteggio prodotto dalla scheda valutativa. Si potrebbe proseguire a lungo perché le implicazioni sono innumerevoli, ma non è questa la sede per discuterle.

Qui si vuole evidenziare ciò che emerge dall'osservazione di quanto accaduto nelle Regioni nel periodo 2000-2005. L'equità territoriale ha acquistato un rilievo crescente e – almeno laddove il sistema abbia già raggiunto un certo grado di sviluppo – le amministrazioni regionali se ne sono, in varia misura, occupate. Quelle che decidono di affrontarlo alla radice sono chiamate a scegliere tra due opzioni strategiche, le stesse intorno a cui si dividono – con riferimento al territorio nazionale – i paesi europei e che in Italia sono state al centro del dibattito sui livelli essenziali. La legislatura 2005-2010 ha visto alcune Regioni scegliere decisamente la propria strada e altre aprire una riflessione in merito. È una decisione cruciale per una Regione perché densa d'implicazioni per cittadini, utenti, operatori e rete dei servizi. L'impressione, pertanto, è che costituirà uno snodo cruciale delle politiche regionali future (box 6).

Box 6 - **L'eredità 2005-2010:** l'equità territoriale nelle Regioni*Un tema ineludibile*

- La ricerca di una distribuzione degli interventi per gli anziani non autosufficienti, all'interno del territorio regionale, equa e corrispondente ai bisogni è diventata un obiettivo in alcune Regioni e un argomento di confronto in altre
- È ragionevole attendersi che sarà un tema sempre più importante nel welfare regionale futuro

Due strade di riforma

- Se s'intende modificare il welfare regionale così da ottenere maggiore equità territoriale bisogna scegliere tra due opzioni strategiche: omogeneizzare la disponibilità di servizi e interventi o introdurre risposte certe per determinati bisogni
- Si ripropongono con riferimento al territorio delle Regioni le medesime ipotesi avanzate, ma non applicate, con riferimento all'intera Italia per i livelli essenziali

5. Come aumentare i finanziamenti pubblici?

Il recente passato ha visto crescere in tutto il Paese le risorse destinate alla non autosufficienza da parte delle amministrazioni regionali. Poiché la necessità di elevare gli stanziamenti pubblici si porrà anche nel prossimo futuro risulta di particolare interesse mettere a fuoco quanto è recentemente accaduto. Le Regioni hanno utilizzato tre modalità di finanziamento al fine di reperire risorse aggiuntive per la non autosufficienza: la fiscalità regionale, la redistribuzione delle risorse all'interno dei bilanci regionali e i trasferimenti dello Stato. Consideriamo ora le principali tendenze per ognuna di queste.

5.1. La fiscalità regionale

Le Regioni possono reperire maggiori risorse grazie ad un aumento della pressione fiscale, ponendo gli oneri del finanziamento a carico dell'intera collettività (famiglie o imprese, a seconda dei soggetti interessati). Nell'attuale assetto della finanza regionale, le leve su cui principalmente possono agire le Regioni a statuto ordinario sono i due tributi devoluti, ovvero l'addizionale Irpef e l'Irap⁽²⁶⁾. A partire dal 2007, dopo alcuni anni di sospensione, le Regioni hanno potuto nuovamente elevare l'aliquota dell'Irap e quella dell'addizionale regionale Irpef, possibilità che si è interrotta nel 2009, quando la definizione dei margini di autonomia impositiva delle Regioni è stata congelata in attesa della riforma federalista (DI 93/2008). Quindi, gli spazi per una manovra fiscale per finanziare la non autosufficienza vi sarebbero stati nel biennio 2007-2008.

Il dibattito scientifico e politico, in particolare nella prima metà degli anni 2000, ha ampiamente discusso la possibilità di legare un incremento della tassa-

(²⁶) Le Regioni a statuto speciale avrebbero invece potuto istituire anche un tributo *ad hoc*.

zione regionale a una esplicita finalizzazione verso la non autosufficienza, introducendo le cosiddette “tasse di scopo” su base regionale. Le Giunte avrebbero dovuto elevare le imposte di propria competenza impegnandosi davanti alla cittadinanza a utilizzare le risorse ricavate al fine di sviluppare servizi e interventi per i non autosufficienti. Legare le maggiori tasse all’aumento degli interventi per rispondere a un bisogno sempre più sentito dalla popolazione – questa la logica – avrebbe permesso almeno di attenuare la radicata avversione dei cittadini verso l’incremento delle imposte.

Nei fatti, però la sola Regione Emilia-Romagna ha seguito questa strada, rendendola uno degli elementi strategici della propria legislatura: sono state aumentate sia l’addizionale Irpef che l’Irap⁽²⁷⁾, dando ampia visibilità al legame tra l’implementazione dei servizi dedicati ai non autosufficienti e l’inasprimento fiscale⁽²⁸⁾ (Fabrizio, 2007). Altre Giunte, invece, pur avendo pensato di utilizzare questa leva durante la progettazione dei Fondi regionali, al momento di decidere non vi hanno fatto ricorso perché l’hanno ritenuta troppo difficile da sostenere politicamente, una valutazione condivisa da Governatori di diversi schieramenti politici. È il caso della Toscana e della Provincia Autonoma di Bolzano, che hanno introdotto le proprie riforme finanziandole diversamente. Oltre al diffuso clima di disaffezione nei confronti della fiscalità che contraddistingue oggi il nostro paese, le complessive difficoltà dell’economia italiana degli ultimi anni non hanno certo incoraggiato politiche fiscali restrittive (Casanova, 2008)⁽²⁹⁾.

In altre Regioni, invece, la possibilità di impiegare questa leva era, di fatto, impedita dalla situazione complessiva delle proprie finanze: sono le realtà interessate dai piani di rientro per coprire i cospicui disavanzi sanitari pregressi. Le Regioni coinvolte (Liguria⁽³⁰⁾, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna) hanno dovuto ricorrere, infatti, a rialzi dell’Irap e dell’Irpef (fino alle aliquote massime) destinando obbligatoriamente l’extra gettito al ripiano della sanità.

⁽²⁷⁾ Con L.R. 19/2006 l’Emilia Romagna ha innalzato l’addizionale regionale Irpef (individuando aliquote crescenti in base a 4 fasce di reddito nel range 1,1%-1,4%) e maggiorato, solo per alcune attività produttive, l’Irap (che diventa il 5,25%). Attraverso questa manovra sono stati reperiti circa 100 milioni di Euro addizionali da destinare al Fondo regionale per la non autosufficienza.

⁽²⁸⁾ Recentemente anche l’Umbria ha reperito nuove risorse per la non autosufficienza aumentando l’Irap (solo per alcuni settori produttivi).

⁽²⁹⁾ Beltrametti (2008) ricorda che tra le ragioni per cui il fondo di Bolzano non è stato finanziato da una nuova tassa ad hoc, oltre all’ostilità verso l’aumento della pressione fiscale vi è il fatto che si ritenesse iniquo che in una Regione così ricca ci fosse bisogno di un tributo specifico per sostenere un bisogno tanto importante

⁽³⁰⁾ La Liguria ha elevato l’addizionale regionale Irpef per ripianare i disavanzi sanitari, ma ha comunque destinato una quota residua del gettito ottenuto da questa manovra al proprio fondo regionale per la non autosufficienza (7,5 milioni nel 2006) (Banchemo, 2009).

Su questo fronte, come noto, gli scenari futuri sono legati alla riforma federale, la cui attuazione renderà nuovamente possibile alle Regioni ricorrere ai propri tributi. A oggi, tuttavia, non è chiaro in quale momento questa possibilità diventerà effettiva e che spazi di manovra vi saranno per le amministrazioni regionali. Quando anche le Regioni potranno introdurre nuovamente le proprie imposte, in ogni modo, è difficile immaginare il venir meno degli elevati ostacoli di natura politica incontrati sinora – quasi ovunque – dalla tassa di scopo regionale per la non autosufficienza.

5.2. I trasferimenti statali

Un'altra strada percorribile dalle Regioni consiste nel reperire maggiori stanziamenti da destinare ai propri servizi grazie a finanziamenti dello Stato. Per 15 anni si è discussa la possibilità di realizzare in Italia una riforma orientata all'istituzione di un programma nazionale per la non autosufficienza, in una prospettiva di sistema, superando l'attuale frammentarietà delle azioni dai vari livelli di governo e gli squilibri territoriali; una riforma con l'obiettivo primario di sviluppare l'offerta di servizi (Gori, 2008). Tale discussione, però, non ha prodotto esiti tangibili.

Nel 2007 lo Stato ha introdotto il "Fondo nazionale per le non autosufficienze", esaminato nel capitolo 2, un trasferimento annuo di 400 milioni di Euro alle Regioni per i loro servizi. 400 milioni costituiscono un importo che tutti i tecnici giudicano solo simbolico rispetto alle necessità della rete locale di welfare.

L'esiguità di risorse immesse in questo Fondo, però, non deve far ritenere che lo Stato non abbia incrementato in maniera significativa i propri stanziamenti per le persone non autosufficienti. Parallelamente all'introduzione del Fondo, infatti, si è registrata la forte crescita della spesa per le prestazioni d'invalidità civile, illustrata anch'essa nel capitolo 2.

Consideriamo il periodo 2005-2010, quello, appunto, dell'ultima legislatura regionale. È stato introdotto il Fondo nazionale, che – con una crescita graduale – è arrivato a 400 milioni di Euro annui: quest'ultima cifra equivale, dunque, all'incremento del trasferimento statale per i servizi. Nel medesimo periodo, le prestazioni d'invalidità civile sono aumentate di 2.847 milioni annui. Dunque, se confrontiamo la spesa dello Stato nel 2010 con quella del 2005 le risorse statali dedicate alla non autosufficienza sono aumentate di 3.247 annui, dei quali il 12% è andato a servizi (il Fondo) e l'88% a trasferimenti monetari (prestazioni d'invalidità civile, perlopiù indennità di accompagnamento) ⁽³¹⁾ (Tabella 9).

⁽³¹⁾ A differenza del resto del capitolo qui consideriamo la spesa per le persone non autosufficienti di ogni età. Poiché i 400 milioni del Fondo per le non autosufficienze sono rivolti a individui di ogni età per comparabilità ci è parso opportuno considerare l'insieme

La spesa statale, pertanto, è aumentata sensibilmente nel periodo in esame ma è andata in gran parte ai contributi economici, mentre solo una piccola fetta è finita alle Regioni per i servizi alla persona. I motivi della crescita delle prestazioni d'invalidità civile sono discussi nel capitolo 2, un aspetto da ricordare qui è che mentre questa è il frutto di una dinamica non governata dal decisore, puntare sui servizi richiederebbe una scelta esplicita in tal senso.

Tabella 9 - Crescita della spesa statale annua per la non autosufficienza durante l'ultima legislatura regionale, 2005-2010

	Aumento tra 2005 e 2010	Composizione incremento spesa annua (%)
Spesa per prestazioni di invalidità civile*	+2.847 annui	88
Fondo nazionale per le non autosufficienze	+400 annui	12
Totale spesa statale	+3.273	100

* Fonte Inps 2010 (cfr. capitolo 2)

5.3. La redistribuzione delle risorse all'interno del bilancio regionale

La forma di finanziamento alternativa consiste nel redistribuire le risorse disponibili nell'ambito dei bilanci regionali, aumentando la quota impiegata a favore della non autosufficienza e riducendo altri capitoli di spesa. Frequentemente le risorse sono state reperite dalla sanità, in una logica di trasferimento dall'ospedale al territorio (Longo e Tanzi (a cura di), 2010).

In casi differenti, lo sforzo di reperire nuovi finanziamenti, tagliandone altri, ha riguardato l'intero bilancio regionale, cioè sono state recuperate risorse non soltanto dalla sanità (occorre precisare che questo settore assorbe più del 65% delle spese delle Regioni italiane⁽³²⁾). Ad esempio, una grossa fetta del Fondo to-

delle prestazioni d'invalidità civile e non solo l'indennità di accompagnamento per gli anziani. Si ricordi, in ogni modo, che il 90% della crescita delle prestazioni d'invalidità è andato all'indennità di accompagnamento, della quale sono anziani tre utenti su quattro (cfr. capitolo 2).

⁽³²⁾ Nella Relazione sul federalismo fiscale presentata alle Camere il 30/6/2010, gli impegni delle Regioni per il 2008 sono stati classificati in base alla funzione di spesa (i vari settori). Abbiamo calcolato il rapporto tra la spesa complessiva delle Regioni di ogni funzione e il totale della spesa ripartita (tralasciando la voce delle spese non attribuite): emerge che la sanità assorbe da sola per il 65,7% della spesa e, a confronto, l'incidenza degli altri settori è alquanto esigua. Per dare un'idea di ciò che pesa nei bilanci regionali oltre la sanità, riportiamo le quote dei primi altri dieci settori che incidono di più dopo la difesa della salute: Amministrazione gene-

scano per la non autosufficienza proviene da risorse proprie prelevate da altri settori non sanitari. Evidentemente, in termini di consenso politico, si è ritenuto meno dannoso un taglio ad alcuni capitoli piuttosto che il prospettato incremento delle imposte regionali.

L'effettiva capacità di utilizzare questa strategia di finanziamento si è rivelata, negli ultimi anni, variabile tra le Regioni ma, nei fatti, è diventata una via obbligata poiché il ricorso alla fiscalità regionale è stato ritenuto politicamente insostenibile da quasi tutte le Giunte e i trasferimenti statali per i servizi sono rimasti contenuti. Nell'immediato futuro, dato che è irragionevole attendersi finanziamenti aggiuntivi dallo Stato (anzi, come noto, il rischio è opposto) e considerate tutte le criticità della tassa di scopo regionale, la redistribuzione delle risorse all'interno del bilancio regionale rimarrà probabilmente l'unica strada possibile. Non è chiaro, però, in quale misura sarà effettivamente percorribile. Le Regioni, infatti, potrebbero incontrare particolari difficoltà nel recuperare risorse all'interno dei propri bilanci poiché saranno già alle prese con i cospicui tagli riservati dalla manovra estiva 2010 ai trasferimenti che ricevono dallo Stato per settori alternativi alla sanità (ad esempio per il trasporto pubblico locale)⁽³³⁾.

La sanità costituisce ancora, per molti aspetti, una risorsa certa poiché le Regioni sono finora riuscite a ottenere almeno il mantenimento dei livelli storici di finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale. Quindi, in futuro, le Regioni potrebbero proseguire lo sforzo d'indirizzare una sempre maggior quota di queste risorse a favore dei servizi sociosanitari per anziani. Fino ad oggi, come detto, non è stata sempre una strada ovvia e facilmente praticabile. Lo mostrano, ad esempio, i dati riguardanti l'andamento dell'incidenza dell'ADI sulla spesa sanitaria presentati nel capitolo 1 (figura 3)⁽³⁴⁾, un indicatore che ci si dovrebbe aspettare in aumento, in risposta al crescente bisogno di lungo assistenza e alla tradizionale scarsità d'investimenti nella domiciliarità. Nel periodo 2001-2008, invece, in molte Regioni (sia del meridione, come Molise e Sicilia, sia di aree più avanzate, come Lombardia e Toscana), si registra una diminuzione nella percentuale di spesa sanitaria dedicata all'ADI. Questo trend inatteso mostra efficacemente le difficoltà da affrontare nello spostare risorse dalla sanità acuta al sociosanitario (box 7).

rale (9,5%), Trasporto su strada (2,9%), Assistenza sociale (2,2%), Interventi per la finanza locale (1,9%), Oneri finanziari (1,7%), Trasporto ferroviario (1,5%), Istruzione (1,5%), Altre opere pubbliche (1,4%), Agricoltura e Zootecnia (1,3%), Orientamento e formazione professionale (1,2%).

⁽³³⁾ Tagli, come noto, riferiti al biennio 2011-2012.

⁽³⁴⁾ I medesimi dati sono ripresi, con un altro formato grafico, nella tabella 2 del capitolo 6.

Box 7 - **L'eredità 2005-2010:** le strategie di finanziamento delle Regioni

Il timore di ricorrere alla leva fiscale

- L'introduzione di una tassa di scopo regionale, che leghi esplicitamente un incremento delle imposte all'aumento dell'offerta di assistenza continuativa è stata ritenuta insostenibile politicamente ovunque, tranne che in Emilia-Romagna

L'esiguo sostegno statale

- La spesa statale per la non autosufficienza è cresciuta sensibilmente nell'ultima legislatura regionale
- L'88% dell'incremento, però, è andato alle prestazioni monetarie (soprattutto indennità di accompagnamento) e solo il 12% ai servizi delle Regioni (attraverso il Fondo non autosufficienze)

La redistribuzione all'interno del bilancio regionale come via obbligata

- Recuperare risorse all'interno del bilancio regionale è diventata, di fatto, una via obbligata
- In futuro, per praticarla bisognerà superare gli ostacoli dovuti ai robusti tagli alla spesa non sanitaria regionale e alla ridotta forza del sociosanitario rispetto alla sanità acuta

6. Come suddividere la spesa tra individui e famiglie?

Le Regioni – si è visto nel paragrafo 2.2.2 – ricevono pressioni crescenti ad agire sul costo della residenzialità per gli utenti. In questo ambito si collocano i possibili interventi riguardanti la definizione del nucleo familiare da considerare nell'applicazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) agli anziani ospiti di strutture residenziali.

Come noto, l'ISEE fu introdotto nel 1998 e poi modificato con d.lgs. 130/2000, che prevedeva l'emanazione di un successivo decreto, che permettesse a disabili gravi e anziani non autosufficienti di evidenziare il reddito ISEE del solo assistito, seppur con alcuni limiti stabiliti dallo stesso decreto, e per le sole prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria ⁽³⁵⁾. Questo Decreto non è mai stato approvato e la conseguen-

⁽³⁵⁾ L'art. 3, comma 2-ter del decreto legislativo n. 130/2000 recita: "Limitatamente alle prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria, erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo, rivolte a persone con handicap permanente grave, di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertato ai sensi dell'articolo 4 della stessa legge, nonché a soggetti ultra sessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle aziende unità sanitarie locali, le disposizioni del presente decreto si applicano nei limiti stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri per la solidarietà sociale e della sanità. Il suddetto decreto è adottato, previa intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, al fine di favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza e di *evidenziare la situazione economica del solo assistito*, anche in relazione alle modalità di contribuzione al costo della prestazione, e sulla base delle indicazioni contenute nell'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 3-septies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni" (Corsivo mio).

te incertezza ha lasciato lo spazio al diffondersi di comportamenti eterogenei e di controversie nei vari territori.

Da una parte si sono registrati gli interventi di associazioni operanti nel settore che ritengono il 130 già precettivo e operativo e chiedono, quindi, di considerare il solo soggetto destinatario della prestazione come nucleo familiare di riferimento ai fini dell'ISEE ⁽³⁶⁾. Questi orientamenti si vanno diffondendo sostenuti anche da una serie di pronunciamenti giurisprudenziali che hanno riconosciuto l'attuale validità della clausola del d.lgs. 130/2000 concernente l'ISEE individuale (Perino, 2007). Dall'altra parte si sono schierati molti enti locali, preoccupati dell'impatto di una simile strategia per il bilancio pubblico, e vari esperti, non persuasi che si tratterebbe di una strada equa (ad es. Gori, 2008).

Il tema è cruciale e ricco di implicazioni, che non vi è lo spazio qui per discutere. Ai nostri fini interessa evidenziare come si è suddiviso l'orientamento delle Regioni nell'ultima fase storica. Tre sono state le opzioni:

– *non occuparsene*. È la scelta sinora prevalente, dovuta sia al giudizio che non sia compito della Regione legiferare su questo tema sia al timore di affrontare una tematica "calda" e inevitabilmente portatrice di tensioni politiche. Diversi motivi, però, stanno spingendo diverse Regioni a considerare con sempre maggiore attenzione la possibilità di intervenire in materia: *a)* la loro crescente assunzione di responsabilità nell'assistenza continuativa, *b)* il venir meno dell'aspettativa di un intervento risolutore da parte dello Stato, *c)* il riconoscimento della necessità di incrementare l'equità territoriale nel proprio territorio (cfr. anche paragrafo 4), ponendo fine all'attuale difformità di comportamenti in materia. Da quanto si apprende informalmente, varie Regioni si stanno preparando a intervenire in merito ed è ragionevole attendersi una tendenza in tal senso nei prossimi anni. Nel prendere posizione, ogni Regione dovrà scegliere tra le seguenti due strade.

– *ISEE individuale*. Per definire l'ISEE si considera il reddito e il patrimonio del solo assistito. Ne deriva che il soggetto è considerato in quanto individuo svincolato dal nucleo di appartenenza. Una scelta che ha inizialmente contraddistinto il Piemonte e che recentemente è stata adottata anche da Lazio e Umbria

– *ISEE familiare*: si calcola l'ISEE del suo nucleo familiare (in genere inteso come coniuge e parenti entro il primo grado). Nei casi in cui l'anziano abbia una condizione reddituale bassa o nulla ma la sua famiglia disponga di ulteriori risorse vengono conteggiate anche quest'ultime. La Toscana ha recentemente normato il sistema in questo senso e l'impressione è che tra le Regioni che intendono intervenire in materia nel prossimo futuro questo sia l'orientamento prevalente (Toso, 2010).

⁽³⁶⁾ Si vedano, in particolare, le posizioni della Fondazione Promozione Sociale (<http://www.fondazionepromozionesociale.it>).

ISEE individuale e ISEE familiare sono – nella varietà di possibili interpretazioni tecniche ⁽³⁷⁾ – le due opzioni strategiche che si fronteggiano da anni e che si riproposero nella discussione del “disegno di legge delega sull’assistenza ai non autosufficienti”, presentato nel novembre 2007 dall’allora Ministro per la Solidarietà Sociale, Ferrero. Il testo non venne poi discusso in sede parlamentare per la caduta del Governo Prodi II pochi mesi dopo ma rimane l’unico disegno di legge sulla non autosufficienza mai presentato da un governo italiano. Si prevedeva lì nella fase di transizione – di 5 anni – verso l’entrata a regime dei Liveas che il calcolo dell’ISEE, nel caso di prestazioni residenziali rivolte a non autosufficienti non gravi avrebbe dovuto considerare la famiglia (coniuge e parenti in linea retta di primo grado); quando la riforma sarebbe andata a regime si sarebbe invece fatto riferimento alle condizioni economiche del solo assistito. Detto altrimenti, nella transizione si accoglieva, in buona parte, la posizione dell’ISEE familiare mentre nello scenario prospettato a regime quella dell’ISEE individuale.

In questi anni si sono avute aspre battaglie sul piano giuridico, tra ricorsi e sentenze, in materia di definizione del nucleo familiare da considerare nell’applicazione dell’ISEE agli anziani ospiti di strutture residenziali. L’argomento, però, dovrebbe essere affrontato per quello che è, cioè una decisiva questione politico/valoriale, la cui portata ben l’oltre l’ISEE stesso e che – non a caso – è al centro del dibattito in molti paesi europei. Si tratta, detto altrimenti, della decisione riguardante – qualora qualcuno di noi diventi non autosufficiente – come deve essere suddivisa la spesa economica conseguente tra egli, i suoi familiari e la collettività. Il tema, secondo noi, infiamma tanto gli anziani proprio perché tocca alcuni valori di fondo delle politiche di welfare. Valori che meriterebbero una discussione esplicita (box 8).

Box 8 - **L’eredità 2005-2010**: la suddivisione della spesa tra individui e famiglie

Una sfida per il welfare regionale

- Cresce la pressione sulle amministrazioni regionali affinché si occupino della definizione del nucleo familiare da considerare nell’applicazione dell’ISEE agli anziani ospiti di strutture residenziali.
- Sinora poche lo hanno fatto ma l’impressione è che nel prossimo futuro un numero crescente interverrà
- La scelta strategica è tra ISEE individuale e ISEE familiare
- È necessario discutere il tema per quello che è, cioè una decisiva questione politico/valoriale riguardante la suddivisione del costo economico della non autosufficienza tra individuo, famiglia e collettività

⁽³⁷⁾ Il tema considerato in questo paragrafo è piuttosto complicato sul piano tecnico. Qui se ne presenta una discussione estremamente semplificata, tesa ad evidenziare le diverse opzioni strategiche di fondo. Per un approfondimento tecnico si veda Toso, 2010. Nel discuterlo è cruciale considerare separatamente la realtà degli anziani non autosufficienti – oggetto di questo Rapporto – da quella delle persone con disabilità.

7. Conclusioni

Abbiamo iniziato il capitolo scrivendo che il periodo 2005-2010 ha visto l'assistenza agli anziani non autosufficienti imporsi come una delle attività fondamentali delle Regioni, se non nelle azioni almeno nella consapevolezza dei soggetti coinvolti. Abbiamo poi provato a mostrare come questa consapevolezza si sia tradotta in linee di cambiamento, tra miglioramenti e difficoltà. Giunti al termine, vogliamo riprendere alcuni aspetti della nostra analisi per guardare avanti.

In diverse realtà, si è detto, l'introduzione del Fondo regionale per la non autosufficienza ha costituito l'occasione per un riesame complessivo dell'insieme di servizi e interventi dedicati, e per una loro progettazione unitaria. È stata la prima volta che le Regioni hanno considerato l'assistenza continuativa come un settore complessivo e autonomo del welfare, diverso dai servizi sanitari e da quelli sociali. Anche se finora solo nel dibattito, un fenomeno simile riguarda pure le politiche nazionali, dove l'abituale ripartizione del welfare in previdenza, sanità e assistenza non è più presa come riferimento e – in misura crescente – si considera l'assistenza agli anziani non autosufficienti un settore a se stante⁽³⁸⁾. In tutti i paesi europei, peraltro, si sta diffondendo la tendenza a ritenere la *long-term care policy* (politiche pubbliche di assistenza continuativa) un settore autonomo dello stato sociale. A ben vedere si tratta di un cambiamento logico perché l'attuale suddivisione in settori del welfare pubblico è stata definita vari decenni fa, quando la società era assai diversa e gli anziani molti meno di oggi.

La nostra analisi si è concentrata sulle direzioni di cambiamento perché le politiche regionali per la non autosufficienza rappresentano il cantiere aperto di un edificio in costruzione. La disamina della legislatura recentemente conclusa ha evidenziato così la differenza cruciale, oggi evidente, tra l'assistenza continuativa e la sanità: è quella tra costruire un nuovo settore del welfare (Nocentini e Soli, 2009) e gestire l'ammodernamento di uno che già esiste. Non abbiamo un sistema pubblico di assistenza continuativa adeguatamente strutturato e l'obiettivo della fase attuale consiste nel dargli forma, mentre c'è il Servizio Sanitario Nazionale, introdotto nel 1978, la cui evoluzione richiede di essere gestita in modo consono.

⁽³⁸⁾ Simbolica, in tal senso, è l'evoluzione del "Rapporto sulle tendenze di medio-lungo periodo della spesa sociale" elaborato annualmente dalla Ragioneria Generale dello Stato, punto di riferimento per i dati sul welfare. Fino al 2004 il Rapporto considerava esclusivamente la spesa per pensioni e sanità, mentre dal 2005 ha introdotto una terza categoria, il *long-term care*, che considera autonomamente rispetto alle altre (Ragioneria Generale dello Stato, anni vari). La titolazione è stata di conseguenza modificata da "Le tendenze di medio lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario" a "Le tendenze di medio lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario".

Lo sguardo alle politiche regionali degli ultimi anni ha restituito, dunque, un'effervescente fotografia di "lavori in corso", con una diffusa aspettativa di ulteriore sviluppo – sia nella qualità sia nella quantità degli interventi – per la legislatura 2010-2015. Si tratta, però, di una fotografia scattata prima della nuova stagione di contenimento della spesa pubblica, segnata dalla manovra straordinaria dell'estate 2010 e non solo. Al momento di terminare il capitolo, la portata complessiva degli interventi di contenimento ⁽³⁹⁾ e le conseguenze concrete sulle politiche regionali per i non autosufficienti non sono ancora chiare, anche se l'aspettativa è cambiata, almeno per la prima parte del quinquennio (box 9).

Box 9 - **L'eredità 2005-2010**: opportunità e rischi per il futuro

Un nuovo settore del welfare pubblico?

- Le tradizionali ripartizioni del welfare pubblico (tra sanità, previdenza e assistenza; tra servizi sanitari e servizi sociali) non sono adeguate alla realtà di oggi
- I Fondi regionali per la non autosufficienza, dove intesi in senso "pieno", hanno rappresentato la prima occasione nella quale l'assistenza continuativa è stata considerata un settore autonomo del welfare

La differenza tra costruire e gestire

- Le politiche regionali per la non autosufficienza sono un cantiere aperto
- La differenza cruciale tra l'assistenza continuativa e la sanità è quella che intercorre tra costruire un nuovo settore del welfare e gestire l'ammodernamento di un settore già esistente

Un possibile rallentamento

- Per lungo tempo è stata diffusa l'aspettativa che nella legislatura regionale 2010-2015 si sarebbe realizzato un ulteriore sviluppo quali-quantitativo degli interventi per la non autosufficienza
- Ora le politiche nazionali di contenimento della spesa hanno modificato tale aspettativa, almeno per la prima parte del quinquennio

Bibliografia

- AA.VV., 2010, *Long-term care in Europe*, numero monografico di "Social policy and administration", 4, pp. 357-528.
- AGENAS, 2009, *I fondi e le politiche per la non autosufficienza nelle Regioni*, Roma, Agenas, novembre.
- AVANZINI K., DE AMBROGIO A., 2010, *Il percorso nei servizi*, in GORI C. (a cura di), "Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali", Maggioli, Rimini, in corso di pubblicazione.

⁽³⁹⁾ A inizio ottobre 2010, quando terminiamo il capitolo, vari sono gli aspetti ancora non chiari. Tra questi il destino del Fondo nazionale per le non autosufficienze, che lo Stato distribuisce alla Regioni (400 milioni annui, cfr. paragrafo 4 del capitolo 2). Tale Fondo non è stato ancora rifinanziato per il 2011 ma l'impressione degli osservatori è che ciò possa accadere nel corso dell'autunno.

- BANCHERO A., 2009, *Le misure per la non autosufficienza: l'esperienza della Liguria*, in "I Luoghi della Cura", 1, pp. 7-16.
- BARBIERI P., 2010, *Gli interventi per le persone con disabilità: un approfondimento*, in GORI C. (a cura di), "Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi", Roma, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, disponibile su www.lavoro.gov.it.
- BELTRAMETTI L., 2008, *Le strategie di finanziamento*, in GORI C. (a cura di), "Le riforme regionali per i non autosufficienti", Carocci, Roma, pp. 47-73.
- CARRERA F., PELLEGRINO M., 2008, *Regionalizzazione e politiche per la non autosufficienza*, in "La rivista delle politiche sociali", 3, pp. 313-342.
- CASANOVA G., 2008, *I fondi regionali per i non autosufficienti*, in "Prospettive sociali e sanitarie", 14, pp. 14-19.
- CEDA C., FOSTI G., TEDIOSI F., 2009, *Il fondo per le non autosufficienze: implicazioni per la governance dei servizi socio-sanitari regionali e locali*, in CANTÙ E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, Milano, Egea.
- FABRIZIO R., 2007, *Regione Emilia-Romagna. Innovazione nelle politiche di sostegno al domicilio. Il secondo atto di indirizzo del FRNA*, in "Servizi Sociali Oggi", 6, pp. 27-30.
- FERNANDEZ J.L. et alii, 2009, *How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people?*, Who regional office for Europe and European Observatory on Health Systems and policies, Policy brief 11.
- GLENDINNING C., MORAN N., 2009, *Reforming Long-Term Care: Recent Lessons from Other Countries*, York, SPRU.
- GORI C., 2008, *Il dibattito sulla riforma nazionale*, in ID (a cura di), "Le riforme regionali per i non autosufficienti", Carocci, Roma, pp. 237-282.
- 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., PESARESI F., 2009, *Il welfare futuro: una mappa del dibattito*, in N.N.A. (a cura di) "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009", Maggioli, Rimini, pp. 156-175.
- LONGO F., TANZI E., (a cura di), 2010, *I costi della vecchiaia. Il settore del long-term care di fronte alle sfide del futuro*, Milano, Egea.
- FRANCESCONI P., RAZZANELLI M., 2008, *La valutazione del caso*, GORI C. (a cura di), "Le riforme regionali per i non autosufficienti", pp.123-155.
- MINISTERO PER LO SVILUPPO ECONOMICO, 2009, *Obiettivi di servizio*, in www.dps.mef.gov.it/obiettivi_servizio/
- NOCENTINI P., SOLI M., 2009, *Monitoraggio e valutazione dei servizi per i non autosufficienti in Toscana*, in "PSS"; 15-16, pp. 21-24.
- PASQUINELLI S., RUSMINI G., 2009, *I sostegni al lavoro privato di cura*, in NNA (a cura di), "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009", Rimini, Maggioli, pp. 83-98.
- PELLICCIA L., 2010, *Il finanziamento e la spesa*, in GORI C. (a cura di), "Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali", Maggioli, Rimini in corso di pubblicazione.
- PERINO M., 2007, *Regione Piemonte. Parenti esentati dalla compartecipazione alle spese di ricovero*, in "Servizi Sociali Oggi", 6, pp. 24-26.

- PESARESI F., 2010, *La ripartizione della spesa tra utenti e servizi*, in GORI C. (a cura di), "Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi", Roma, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, in www.lavoro.gov.it.
- PESARESI F., BRIZIOLI E., 2009, *I servizi residenziali*, in NNA (a cura di), "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009", Rimini, Maggioli, pp. 53-68.
- PESARESI F. e BRIZIOLI E., 2010, *Lo sviluppo dell'offerta di servizi residenziali e semi-residenziali*, in GORI, C (a cura di), "Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi", Roma, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, in www.lavoro.gov.it.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO, anni vari, *Le tendenze di medio lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Roma, Ragioneria Generale dello Stato.
- RANCI ORTIGOSA E., (a cura di), 2008, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali, "I quid"*, Prospettive Sociali e Sanitarie, Irs, Milano.
- TOSO S., 2010, *L'Isce*, in GORI C. (a cura di), "Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi", Roma, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, in www.lavoro.gov.it.

PARTE SECONDA
Approfondimento monografico
Il punto sui servizi domiciliari

5. Le cure domiciliari: caratteristiche e condizioni di successo

Anna Banchemo, Marco Trabucchi

1. L'assistenza domiciliare oggi, evoluzione e assetti organizzativi

L'assistenza domiciliare in Italia negli anni '60, a differenza di ciò che è accaduto in altri Paesi europei, (Inghilterra, Francia, Germania) non nasce e si sviluppa all'interno del servizio sanitario (ricordiamo che era in atto un regime di assistenza sanitaria di carattere mutualistico con pesanti differenze tra enti), ma alla fine degli anni Sessanta sono in gran parte i comuni ad iniziare esperienze di assistenza a domicilio, soprattutto a favore di anziani o persone con gravi disabilità.

Solo con la riforma sanitaria (legge 833/1978) si è introdotto il principio delle cure a domicilio, infatti l'articolo 25 recita che le prestazioni *di cura, mediche e infermieristiche sono erogate in forma ambulatoriale e domiciliare*. Da lì, sono iniziate le prime sperimentazioni di assistenza domiciliare integrata, i comuni tramite intese maturate con le USL, hanno dato vita a diverse forme di assistenza a domicilio, sperimentazioni che comunque hanno trovato forti limitazioni quando il decreto legislativo 502/1992 ha sostituito le USL con le Aziende Sanitarie.

L'evoluzione dei servizi, l'introduzione del principio dei livelli essenziali con lo stesso d.lgs. 502/1992 ed il perseguimento dell'integrazione sociosanitaria, che pur con alterni destini è giunta alla fine degli anni 2000 come principio fissato da una norma (d.lgs. 229/1999 di modifica e integrazione al d.lgs. 502/1992), hanno permesso lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, il cui consolidamento, almeno su un piano giuridico, è assicurato dal d.P.C.M. 29 novembre 2001 "*Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria*".

Dobbiamo anche al Piano Sanitario 1994/1996 l'introduzione *ufficiale* tra le forme di cura agli anziani, dell'assistenza domiciliare, rafforzando il dettato del primo Progetto Obiettivo Anziani (1992), che si propone di raggiungere nel triennio 1992/94 l'obiettivo del 2% di anziani assistiti a domicilio. Il Progetto Obiettivo introduce anche la processualità necessaria per garantire una valutazione ed un programma integrato sociosanitario, ovvero: l'Unità di Valutazione Geriatrica ed il Piano personalizzato, con l'ausilio del *case manager* come responsabile/garante del progetto assistenziale ed una verifica degli *outcome* per valutare l'appropriatezza dei programmi di assistenza.

Tutto questo è cresciuto all'interno di un servizio sanitario che ha dedicato limitate risorse all'assistenza domiciliare e le note vicende dei contenimenti della spesa pubblica, messi in atto dai diversi Governi dal 1990 ad oggi non hanno certo favorito un servizio *gracile* e diffuso tra le Regioni in maniera assolutamente disomogenea tra le Regioni italiane.

L'assistenza domiciliare rispetto agli anni '60 si è fortemente modificata, come si sono modificate le patologie, particolarmente quelle croniche, ci troviamo oggi di fronte a bisogni molto più strutturati a cui non è possibile rispondere con una semplice assistenza infermieristica, è necessario aggiungere riabilitazione, forme diverse di nutrizione e altri interventi e strumenti (es.: ventilazione polmonare) che richiedono anche per l'assistenza domiciliare performance complesse. Le attuali tecnologie e i dispositivi applicati all'assistenza domiciliare, peraltro, possono cambiare la vita e le capacità delle persone (Banchero, 2005).

In questa prospettiva, l'assistenza a domicilio viene spesso presentata come alternativa a ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale da preferire per i vantaggi di natura economica che potrebbe offrire. In realtà, l'assistenza domiciliare è una modalità assistenziale che difficilmente può sostituire il ricorso al ricovero ospedaliero in condizioni di acuzie, mentre se effettuata in maniera adeguata può evitare il ricorso a ricoveri ripetuti. Invece, l'assistenza domiciliare può essere considerata a tutti gli effetti un'alternativa ad altre forme assistenziali a medio-lungo termine di natura residenziale (RSA o residenzialità protetta), se effettuata con competenze e secondo i requisiti che verranno di seguito descritti (Trabucchi, 2009).

2. Le definizioni di assistenza domiciliare

Per meglio definire la materia delle Cure domiciliari e comprendere le terminologie in uso nelle diverse Regioni, intendiamo riprendere in esame le diverse definizioni di assistenza domiciliare:

a) **Assistenza domiciliare prestazionale (AP)**: trattasi di interventi semplici e di carattere sporadico, che non richiedono piano personalizzato quali ad esempio, prelievo ematico, pulizia e sostituzione cateteri, terapie iniettive e flebo, ecc.;

b) **Assistenza Domiciliare (AD)**: è un acronimo usato per indicare prestazioni erogate sia dal settore sanitario che da quello sociale al domicilio dell'utente;

c) **Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)**: si usa in ambito sanitario, per fare riferimento a prestazioni erogate dal Medico di Medicina Generale (MMG) al domicilio di un proprio assistito, previa autorizzazione del servizio sanitario pubblico competente e secondo una calendarizzazione predefinita;

d) **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**: con questa definizione s'intende

l'erogazione contestuale, secondo un Piano assistenziale individualizzato e concordato, di prestazioni di natura sanitaria e di natura sociale.

e) **Ospedalizzazione Domiciliare (OD)**: sono così definite diverse forme assistenziali che vedono al domicilio del paziente l'intervento di specialisti e tecnologie di pertinenza ospedaliera.

In alcune Regioni sono stati coniati ulteriori termini (per esempio, assistenza domiciliare organizzata ADO), che non si ritiene configurare perché non hanno rilievo rispetto alle definizioni sopra indicate.

La forma che si ritiene illustrare è l'assistenza domiciliare integrata (ADI), derivata dal sistema inglese di *home care*, legata alla contemporanea erogazione di prestazioni sanitarie e assistenziali. Tale tipologia, con diverse intensità/gradualità, può soddisfare i molteplici bisogni della persona non autosufficiente. In Italia, il merito della promozione e diffusione dell'ADI, così come dell'approccio multidisciplinare che le è indissolubilmente legato, va riconosciuto all'ambito geriatrico.

La geriatria, è stata la prima disciplina medica che ha dovuto confrontarsi con l'evidenza che i bisogni di cui è portatore l'anziano non autosufficiente sono di natura multidimensionale e che l'efficacia dell'intervento non può essere ricercata se non con l'integrazione di altri interventi ugualmente necessari per rispondere ai bisogni della persona.

Non è casuale che la prima definizione di ADI sia stata effettuata nel Progetto Obiettivo "Tutela degli anziani" (1995/2000) che definisce questa forma di assistenza come: "complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali, rese al domicilio dell'ammalato, in forma integrata nel rispetto di standard minimi di prestazione, secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al caso".

Lo stesso documento poneva come obiettivo, al termine del quinquennio, di attivare o potenziare i servizi di Assistenza domiciliare integrata (ADI) in modo da assistere almeno il 2% degli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti o parzialmente autosufficienti o a grave rischio di invalidità, estendendo l'applicazione dell'ADI non solo all'ambito geriatrico, ma a tutte le persone adulte che necessitano di cure a domicilio.

Definizioni più recenti, sono collocate nel Piano Sanitario Nazionale valido per il triennio 1998-2000 dove: "l'assistenza domiciliare diventa integrata (ADI) quando professionalità diverse, sanitarie e sociali, collaborano per realizzare progetti unitari, cioè mirati sulla diversa natura dei bisogni. La programmazione dell'ADI deve prevedere la complementarietà tra i diversi moduli assistenziali, la valorizzazione del *nursing*, la collaborazione delle famiglie, tenendo conto che

una stretta collaborazione tra ospedale e distretto può favorire la permanenza a casa anche di persone non autosufficienti”.

Mentre nel Manuale Home Care 2002-2003, frutto della collaborazione di autorevoli Società Scientifiche e Fondazioni, l'ADI viene definita: “Insieme coordinato di attività sanitarie, mediche, infermieristiche riabilitative integrate fra loro e con gli interventi socio-assistenziali, per la cura della persona nella propria casa, dove può mantenere il legame con le proprie abitudini e le persone che gli sono care. L'ADI è parte integrante e fondamentale della rete dei servizi”.

3. Gli obiettivi e la processualità dell'ADI

I principali obiettivi dell'ADI sono sostanzialmente orientati alla soddisfazione di bisogni plurimi correlati ad una condizione di non autosufficienza parziale o totale, attraverso la continuità e l'integrazione assistenziale, con una particolare attenzione alla qualità di vita del paziente, perseguita attraverso il mantenimento nel suo ambiente di vita e delle sue relazioni significative; sono molti gli studi in materia che individuano la presenza degli elementi citati come rassicuranti per la persona e quindi alla base di una migliore *compliance* e di migliori esiti.

L'assistenza domiciliare, nelle sue diverse forme di applicazione, viene ricompresa tra i Livelli Essenziali di Assistenza definiti dal d.P.C.M. del 29 novembre 2001. Ciò comporta che le Aziende Sanitarie Locali si rendono garanti dell'erogazione di tale modalità assistenziale – laddove ritenuta efficace ed appropriata – per tutti i cittadini iscritti nella loro Anagrafe, attingendo il finanziamento di tali prestazioni dalla quota capitaria. I servizi aziendali deputati alla gestione dell'assistenza domiciliare sono variamente denominati nelle diverse Regioni italiane: Centri di Assistenza Domiciliare (CAD), Servizi domiciliari, Cure Primarie, ecc. per arrivare alle più recenti definizioni di Cure Domiciliari erogate dal Distretto Sanitario o Sociosanitario.

Più schematicamente, un corretto utilizzo dell'assistenza domiciliare soddisfa le seguenti condizioni:

- a) fondare la presa in carico sulla verifica di criteri di eleggibilità predefiniti dei pazienti da assistere;
- b) garantire una gestione esauriente e coordinata degli interventi;
- c) valutare concretamente gli interventi attuati.

Le condizioni necessarie per la Pianificazione dell'ADI sono:

- la pianificazione organica delle unità di offerta nel distretto
- la valutazione multidimensionale che analizza lo stato fisico, mentale, funzionale, le aree economica e relazionale della persona, preferibilmente con scale

- la globalità e completezza dei piani di cura
- la continuità terapeutica degli interventi
- la collaborazione tra operatori sanitari e sociali
- la collaborazione della famiglia
- la valutazione evolutiva degli esiti
- la valutazione dei costi.

Inoltre, è indispensabile un buon funzionamento del sistema informativo di Distretto, per un'analisi sistematica della intensità e complessità assistenziale degli interventi erogati nonché per le attività di verifica e di valutazione dei risultati e dei costi (Banchero, Ricci, 2009).

L'équipe multiprofessionale è stabilmente composta da un medico (MMG), un infermiere professionale, un'assistente sociale e personale di aiuto domestico familiare, con l'eventuale coinvolgimento di altre figure mediche specialistiche in base alle caratteristiche del paziente. Obiettivo dell'équipe di ADI è quello di predisporre un *Piano individualizzato di assistenza*, che illustri le prestazioni da erogare e la loro periodicità.

L'efficacia, l'efficienza e la qualità dell'assistenza domiciliare, si misura analizzando processi e modalità operative con particolare riferimento a:

- garanzia che le diverse prestazioni professionali siano gestite in maniera coordinata con disponibilità a collaborare da parte di tutte le figure professionali che devono essere *adeguatamente formate*;
- disponibilità di risorse strutturali e tecnologiche: automezzi e apparecchiature per telemedicina, presidi sanitari (dai farmaci al materiale di medicazione) ai presidi di assistenza integrativa e protesica, laddove necessari;
- esistenza di un idoneo sistema informativo e di raccolta dati: da computer portatili ad applicazioni informatiche necessarie per la gestione e l'archiviazione dei casi.

Per monitorare il caso, gestire aspetti di coordinamento tra i diversi fattori produttivi del sistema e provvedere alla soluzione di *nodi* che possono sorgere nell'evoluzione del Piano di cura individuale, è importante la figura del *case manager*, (anch'esso di derivazione geriatrica) generalmente figura infermieristica o assistente sociale se il "caso" ha peculiarità da ascrivere a questo comparto. Certamente, una funzione determinata nel Piano di cura, è da attribuirsi al MMG per il quale, solo un mutamento dei rapporti convenzionali potrà portare ad un maggior coinvolgimento e soprattutto a svolgere quel ruolo fondamentale di *trainer* a partire dall'UVM, alla quotidianità di cura.

I problemi più frequenti dell'ADI nei confronti di persone non autosufficienti sono le prestazioni definite complesse o di alta intensità: dalla ventilazione meccanica, alla nutrizione artificiale enterale e parenterale, al trattamento di piaghe da decubito di 3° e 4° stadio, a cui si aggiungono terapie palliative per le

persone con patologie oncologiche o gravi affezioni neurologiche e in fase terminale. Pensiamo al grado di sofisticazione e alla complessità tecnologica delle cure a favore di persone con *sclerosi laterale amiotrofica* (SLA) conclamata, che siano portatori di paralisi motoria, con problemi di deglutizione e di articolazione della parola.

Per la erogazione delle cure domiciliari le ASL o i Distretti, mantenendo sostanzialmente il ruolo di committenza, esercitato attraverso la pianificazione ed il controllo dei casi trattati, possono avvalersi per le prestazioni infermieristiche e riabilitative, di gestori esterni: cooperative, o altri gestori di servizi domiciliari (Lombardia, Calabria, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Abruzzo, Molise, Puglia). Sulla base del modello adottato, variano ovviamente la tipologia e la quantità delle figure professionali dell'équipe domiciliare. Il ruolo centrale è sempre svolto dagli infermieri a cui si aggiungono i terapisti della riabilitazione nelle diverse specializzazioni disponibili (fisiokinesiterapista, logopedista, terapeuta della motricità per i minori, ecc.).

La possibilità di disporre in modo continuativo di tutte le informazioni ritenute necessarie sulle caratteristiche dei pazienti trattati, le prestazioni agli stessi erogate, le modalità e tempi di erogazione, sono la base per poter effettuare valutazioni relative all'appropriatezza, all'efficienza, alla qualità e alla sostenibilità economica del servizio, e per poter pianificare organicamente le Unità di Offerta per le cure domiciliari in base alla *popolazione target* a cui rispondere. Avere chiarezza sulle prestazioni disponibili e sui tempi in cui le stesse possono essere impiegate, può consentire di creare *pacchetti di prestazioni* con diversi livelli di intensità assistenziale, cui attribuire anche tariffe differenziate.

La scelta corretta e appropriata degli assistiti ed uno stabile collegamento con i comparti ospedalieri o le strutture semiresidenziali e residenziali extraospedaliere (Istituti/centri di riabilitazione, RSA, Residenze Protette, Hospice, Centri diurni, ecc.), permette di rispondere con celerità ed efficacia alla domanda assistenziale e soprattutto garantire quella continuità assistenziale, obiettivo primario nell'area della non autosufficienza.

4. Il contesto organizzativo delle cure domiciliari: i distretti e le cure primarie

Le cure domiciliari sono nella quasi totalità delle Regioni italiane inserite nei servizi di assistenza primaria che comprendono: medicina generale, farmaceutica, specialistica ambulatoriale extraospedaliera, residenzialità e semiresidenzialità e servizi per la prima infanzia (attività consultoriali).

L'ambito territoriale *elettivo* di collocazione delle cure primarie è il Distretto che rappresenta, per la sua dimensione territoriale, anche il luogo ottimale di rea-

lizzazione delle attività di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità, in base a programmi intersettoriali, messi in atto dalle Aziende Sanitarie insieme agli Enti locali (Piani di salute, Piani territoriali, Piani sociosanitari distrettuali, Piani di Zona, ecc.) per perseguire l'integrazione tra politiche e servizi sanitari e sociali. Le Cure primarie sono spesso strutturate in Dipartimenti territoriali inseriti nei Distretti.

È nell'ambito delle cure primarie e dei processi integrati sociosanitari che si realizza anche la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, è qui che si formulano e si attuano i protocolli per le dimissioni protette e per forme di ospedalizzazione domiciliare, cure di lunga durata, ecc. Oggi, anche se con approcci diversi e differenti soluzioni tecniche, per l'evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico che ha portato a forte cambiamento dei contenuti assistenziali e ad una rilevante evoluzione dei *setting* assistenziali, a cui va aggiunta la necessità di **governare i processi**, la maggior parte delle Regioni italiane, particolarmente per la cura delle cronicità, segue il paradigma organizzativo del Distretto/Cure primarie.

Uno dei maggiori problemi sul funzionamento del modello integrato di cure primarie è l'*integrazione professionale*, che in questo caso mette insieme figure appartenenti anche a diversi servizi: dalle figure infermieristiche a quelle della riabilitazione, con figure a carattere sociale e comunitario (assistenti sociali), a ciò si deve aggiungere anche la unificazione degli ingressi (punto unico di accesso), e la complessità dei processi di presa in carico, diagnosi (con valutazione multidimensionale), progetto terapeutico e verifica degli outcome che, in maniera imprescindibile, richiedono operatività integrata dei diversi saperi professionali, comunicazioni efficienti e semplificate.

Oggi, molte attività di accudimento e cure degli anziani sono affidati a personale esterno di assistenza (badanti) che svolgono servizi sostitutivi alla famiglia. È quindi importante ed essenziale da parte dell'équipe domiciliare, comunicare con questo personale di assistenza fornendo loro supporto e contando sul loro apprendimento, come è indispensabile fare con i *caregiver*. Sono frequenti le iniziative regionali che si occupano anche di una formazione di base delle badanti, il cui costo è spesso oggetto di misure finanziarie alle famiglie che provvedono alla cura dei non autosufficienti (voucher, Fondi regionali per la non autosufficienza, assegni di cura, ecc.).

5. Cure domiciliari e livelli essenziali di assistenza

Come si è avuto modo di sottolineare in apertura del lavoro, l'assistenza domiciliare è stata (ed è) assai disomogenea, anche perché la definizione scaturita

dai LEA nel d.P.C.M. 29 novembre 2009, è molto sintetica e si presta anche ad una *diminutio* rispetto al concetto di cure domiciliari. Si parla infatti nel d.P.C.M. del 2001, di “*assistenza programmata a domicilio, compresa l’assistenza infermieristica distrettuale*”. È ovvio che tale definizione, facendo riferimento anche alla contrattualistica della medicina generale non abbia portato ad una omogeneità interpretativa tra le Regioni italiane che hanno costruito e strutturato i servizi domiciliari in base al loro *background* culturale e operativo.

Nel 2004 il Ministero della sanità, insieme alle Regioni ha inteso *ridisegnare* la situazione “LEA”, attivando una Commissione mista Ministero/Regioni che partendo dal dettato dei LEA del 2001 rivedesse le parti più controverse. Nel 2006, all’interno della Commissione si sviluppa il lavoro di un gruppo con il compito di approfondire *l’assistenza domiciliare e quella residenziale*, aggiornandole e specificandole maggiormente, in modo che si potesse migliorare e uniformare tra le Regioni il livello di offerta per renderlo più rispondente alla domanda dei cittadini e ai loro diritti soggettivi. Innanzitutto, la Commissione ha definito in maniera chiara le cure domiciliari (CD):

“Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l’assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Nell’ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l’integrazione con i servizi sociali dei comuni. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse”.

In base alla definizione, sono stati individuati anche i diversi profili di cura:

1. **“Cure domiciliari prestazionali”** caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato;
2. **“Cure domiciliari integrate di primo-secondo e terzo livello”**. Le cure di primo e secondo livello assorbono quelle già definite ADI ⁽¹⁾ mentre quelle di terzo livello assorbono l’OD ⁽²⁾. Questa tipologia di cure domiciliari – in funzione della differente complessità/intensità – è caratterizzata dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale. Le prestazioni sono erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;
3. **“Cure domiciliari palliative a malati terminali”**, assorbono l’OD-CP ⁽³⁾ e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogate da un’équipe in possesso di specifiche competenze.

(1) ADI: Assistenza Domiciliare Integrata.

(2) OD: Ospedalizzazione Domiciliare.

(3) OD-CP: Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative.

6. Aspetti determinanti/qualificanti per l'efficacia delle cure domiciliari

Per l'efficacia delle cure domiciliari è indispensabile il rispetto di alcuni valori e di modelli organizzativi senza i quali la stessa efficacia viene meno:

a) rispetto della persona da curare e valorizzazione delle risorse del paziente, della sua famiglia e del tessuto sociale in cui la stessa è inserita;

b) globalità dell'intervento terapeutico con l'obiettivo della qualità della vita, non limitandosi al controllo dei sintomi fisici, ma estendendo l'intervento agli aspetti psicologici, relazionali e sociali;

c) forte riferimento alla collaborazione professionale tra le figure coinvolte nei piani di cura e forte integrazione delle cure domiciliari con la rete complessiva dei servizi sanitari e sociali;

d) assistenza in grado di fornire risposte specifiche, tempestive, efficaci ed adeguate al cambiamento dei bisogni della persona malata e continuità delle cure fino alla stabilizzazione del quadro clinico o, per i pazienti terminali, fino "all'ultimo istante di vita";

e) adozione di protocolli per dimissioni protette e ricoveri programmati;

f) effettiva disponibilità di risorse multidisciplinari sanitarie e sociali, qualificate e fortemente integrate, collegate con la comunità locale, associazioni, enti di promozione sociale e di volontariato;

g) adozione di programmi per il miglioramento continuo della qualità (standard di struttura/processo, adozione di indicatori di risultati attraverso specifici indicatori di esito).

Su piano dell'efficacia vanno considerati anche i supporti tecnologici ai sistemi *home care*, con particolare riferimento al **sistema informativo e informatico** da parte delle "centrali operative", che dovrà adottare:

- scheda clinica informatizzata con gestione in rete delle informazioni cliniche e assistenziali dei pazienti, parte delle quali acquisite direttamente tramite procedure automatiche (lettura ottica, cooperazioni applicative tra i sistemi dei servizi sanitari, ivi compresi i MMG);
- processi di programmazione e controllo di gestione per profilo assistenziale, per assistito e per operatori, finalizzati alla pianificazione delle risorse dedicate, alla verifica delle attività degli operatori e delle prestazioni erogate;
- monitoraggio degli indicatori di processo e risultato finalizzati alla valutazione della qualità del servizio;
- sistema di contabilità analitica dei costi, orientato alla valorizzazione economica dei percorsi di cura;
- collegamento telematico per la gestione informatizzata delle procedure di erogazione dell'assistenza protesica;
- trasmissione dal domicilio dei tracciati elettrocardiografici e l'invio dei relati-

vi referti alle centrali operative o alle Unità Cardiologiche ospedaliere connesse all'ADI;

- utilizzo di Card per le persone con fragilità che contengano i dati necessari per interventi anche urgenti, ovviamente nella garanzia di sicurezza della privacy per la trasmissione di dati sensibili.

7. I “pacchetti assistenziali” di cure domiciliari per interventi urgenti

Spesso l'accesso urgente alle cure domiciliari diventa problematico e difficile da attuare in condizioni di emergenza. Per far sì che le cure domiciliari possano considerarsi una risposta assistenziale organizzata e finalizzata a sostenere il benessere delle persone con problemi di salute che vivono a casa, come peraltro previsto dai “Livelli essenziali di assistenza” del Servizio Sanitario Nazionale, alcune Regioni ⁽⁴⁾ (Veneto, Emilia, Lombardia, Toscana, Umbria, ecc.), hanno costruito “pacchetti di prestazioni domiciliari”, che basandosi sul principio della sussidiarietà orizzontale, integrano diverse prestazioni (sanitarie, sociali e familiari), cercando di trovare la risposta più adatta all'ambiente familiare, ma conservando nel contempo, parametri di efficacia e di efficienza propri di un adeguato sistema di cure domiciliari.

Più volte abbiamo dovuto rilevare i punti di crisi dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI), che emergono dai diversi territori con particolare riferimento a:

- difficoltà dei servizi socio-sanitari pubblici di attivarsi con tempestività per gestire eventi critici collegati all'esordio della non autosufficienza o a fasi di decadimento post-acuzie (che modificano in maniera radicale la routine di cura-protezione praticata dalla famiglia);
- difficoltà di integrare nella medesima tempistica, diversi tipi di prestazioni incluse nei sistemi sanitario e sociale.

Di fronte ad eventi che modificano la “tenuta familiare”, la domanda delle famiglie è prevalentemente sul *che fare*, si chiedono consulenza e sostegno tempestivi per fronteggiare situazioni che trovano i familiari impreparati a fornire risposte ai propri congiunti. In questa fase, risulta centrale la capacità di attivare interventi ad elevata integrazione socio-sanitaria, in forma prevedibile e certa, in modo da attutire il senso di abbandono, in attesa che la rete familiare ed i servizi pubblici o accreditati di routine, siano in grado di predisporre l'intervento. Spesso, esaurita questa fase, le famiglie riescono ad organizzarsi, ricercando il migliore equilibrio possibile fra costo e qualità del servizio, rivolgendosi anche al mercato privato, chiedendo in alcune situazioni una integrazione parziale da parte servizi pubblici.

⁽⁴⁾ L'evoluzione dei sistemi regionali è esaminata nel prossimo capitolo.

Di fronte ad una domanda in forte espansione, con risorse purtroppo limitate, è strategico per i servizi territoriali (Distretti e cure primarie), saper offrire una gamma di interventi diversificati, finalizzati a supportare e stimolare la maggior autonomia possibile delle famiglie, nella gestione del proprio anziano non autosufficiente (si ricordano in proposito anche le criticità collegate agli stati involutivi delle demenze).

Per rispondere a questa domanda si individuano, in prevalenza, servizi territoriali promossi da erogatori del terzo settore ed anche da strutture residenziali, che possano rendere “immediatamente disponibili”, per il domicilio, interventi caratterizzati da un elevato grado di integrazione socio-sanitaria, maturata per la presenza al loro interno di competenze professionali diverse, in grado di operare stabilmente in forma coordinata. In questo caso, gli erogatori sono chiamati ad offrire una gamma di interventi domiciliari che privilegiano l’aspetto di cura e quello riabilitativo, a cui si aggiunge la promozione di un apprendimento da parte delle famiglie, di tecniche e strategie finalizzate ad accudire la persona non autosufficiente.

Gli obiettivi di questa *domiciliarità* sono così sintetizzabili:

- a) fornire “pacchetti assistenziali” flessibili, ad elevatissima integrazione, per tempi brevi, costi certi, in grado di migliorare sensibilmente le potenzialità dell’ADI soprattutto per i tempi di accesso;
- b) intervenire con *strategie di urgenza* nei momenti di crisi familiare per il verificarsi di “eventi avversi” a carico di una persona non autosufficiente;
- c) migliorare la percezione dei servizi pubblici da parte dei cittadini, diminuendo la distanza tra domanda e offerta;
- d) migliorare le performance delle strutture residenziali: da luoghi “chiusi” di assistenza e cura, a centri di servizi per la comunità;
- e) produrre una modificazione culturale negli operatori della domiciliarità.

Nelle situazioni illustrate, il “pacchetto assistenziale tipo”:

- costituisce un servizio “aggiuntivo” rispetto la sistematicità delle cure domiciliari per far fronte, in maniera immediata ai casi più urgenti e/o più complessi, con l’obiettivo di consentire la successiva messa a punto di modalità “ordinarie” di assistenza domiciliare, (integrata o meno);
- è composto da un insieme integrato di prestazioni di riabilitazione, assistenza infermieristica, assistenza alla persona, supporto psicologico, consulenza tecnica, fornitura di ausili e modificazioni ambientali.

Le modalità per l’accesso, in linea di massima, sono le seguenti:

- a) la persona, appena i familiari o chi ne fa le veci, segnalano la situazione di disagio, viene valutata (entro le 24/36 ore) da parte della UVM del Distretto o delle Cure Primarie, si stabiliscono gli obiettivi assistenziali e la quantità-qualità complessiva delle prestazioni da erogare (pacchetto assistenziale);

- b) si individua l'erogatore del pacchetto (pubblico o accreditato);
- c) le prestazioni di dettaglio e gli outcome vengono valutati dal servizio che offre il pacchetto con l'Ente erogatore e la famiglia.

All'interno di queste forme innovative di assistenza domiciliare, il Distretto continua ad essere il titolare della valutazione multidimensionale del caso, della presa in carico, mentre il progetto assistenziale di dettaglio è formulato dall'Ente erogatore con l'MMG. Il progetto assistenziale prevede – se del caso – dopo gli interventi urgenti e di adattamento familiare, la prosecuzione dell'assistenza “ordinaria” a carico delle Cure primarie.

Il Comune, che rappresenta una valida risorsa, per il supporto domestico familiare dei non autosufficienti, nei casi di criticità e di urgenza, si trova sbilanciato, sia per la tipologia del personale che vi opera, che per il sistema organizzativo non abituato alle urgenze, deve comunque essere coinvolto nella valutazione multidimensionale e nella definizione del progetto assistenziale, per provvedere ad eventuali interventi successivi all'emergenza, ma anche per supportare particolari condizioni reddituali della famiglia.

Va infine sottolineato, che queste nuove forme di domiciliarità d'urgenza, possono essere anche una valida alternativa a fronte dei processi di riduzione dei posti letto ospedalieri per restare nei parametri del nuovo Patto per la salute 2010/2012 ⁽⁵⁾, per impiegare il personale sanitario e sociosanitario in eccedenza, che potrebbe, in questo caso collegarsi ai servizi del Distretto, mantenendo però una connotazione di utilizzo per le situazioni di urgenza come sopra descritto.

È bene anche ribadire che le tipologie di intervento illustrate, impongono come elemento regolatore del sistema, la compartecipazione alla spesa da parte del richiedente (compartecipazione che potrà anche essere eliminata per redditi inferiori agli 8000 euro annui). Si potranno anche stabilire “fasce” reddituali che differenziano la compartecipazione. Il costo medio di un pacchetto assistenziale è valutato intorno ai 400/450 euro e la compartecipazione può orientarsi dal 30 al 50% o verso il pagamento totale per chi ha un ISEE superiore ai 40.000 euro.

8. Conclusioni

Con l'aumento della popolazione anziana e soprattutto dei *grandi vecchi (ultraottantenni)*, aumentano le persone fragili con bisogni di salute complessi. È possibile oggi rispondere in modo efficace a questi nuovi bisogni anche attraverso le cure domiciliari, ma da sole non bastano, indispensabili sono la correlazione e il coordinamento tra tutti gli interventi assistenziali: dai servizi ospedalieri alle cure primarie, alle strutture residenziali.

⁽⁵⁾ Il Patto per la salute 2010/2012 è esaminato nel capitolo 2.

Per concretizzare l'impostazione illustrata è necessario impegnare risorse finanziarie per le cure domiciliari anche riconvertendo la spesa ospedaliera che deriverà dall'applicazione del Patto per la salute 2010/2012, che propone una contrazione dei posti letto ospedalieri, impegnandosi per:

- sviluppare, anche a livello specialistico, competenze in grado di gestire la complessità dei percorsi di cura/riabilitazione con la variabilità dei bisogni espressa dalle fragilità, promuovendo e perseguendo una cultura capace di fornire "risposte concrete" ai problemi, ricercando ogni possibile soluzione, affiancando a capacità tecnico-scientifiche, competenze gestionali e informatiche utili a favorire il cambiamento;
- procedere ad una lettura adeguata della complessità dei problemi da affrontare, con valutazioni multiprofessionali e multidimensionali, atte a misurare in maniera puntuale le diverse componenti della fragilità;
- predisporre un modello adeguato ai tempi e ai bisogni di cure domiciliari che rispetti percorsi di cura e qualificazione professionale dei *team assistenziali*, dove, come si può osservare dalle proposte dei nuovi LEA, sono necessarie professionalità adeguate, tempi di cura e supporto ai *caregiver*. Su questo piano, un ruolo determinante è assegnato ai medici di medicina generale;
- operare uno stretto collegamento con il volontariato e con le risorse informali della comunità, ovvero con il capitale sociale.

Anche sotto il profilo economico, le cure domiciliari sono convenienti. Si può osservare come Canada ⁽⁶⁾ e Stati Uniti puntino fortemente a "pacchetti" di cure domiciliari in alternativa a lungodegenze o a residenzialità extraospedaliera: il costo annuo di un ricovero in lungodegenza consente di trattare a domicilio una media di dieci pazienti per un ciclo annuale di ADI. In questi termini, le cure domiciliari potranno diventare un *pilastro assistenziale* che risponderà alle nuove emergenze del terzo millennio.

Bibliografia

- BANCHERO A., *I livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana: riflessioni sul modello organizzativo e sulle risorse finanziarie*, in Rapporto Sanità 2005, Bologna, Il Mulino.
- BANCHERO A., RICCI E., *Sistema Informativo Nazionale per la non autosufficienza: evoluzione e stato dell'arte*, Tendenze Nuove n. 6/2009, Bologna, Il Mulino.
- BERNABEI R., LANDI F., GAMBASSI G. ET AL., *Randomised trial of impact of model of integrated*

⁽⁶⁾ La spesa per ADI in Canada dal 1990 (dove rappresentava il 4% della spesa sanitaria) al 2000 è aumentata con un incremento medio/annuo dell'11%.

care and case management for older people living in the community, in *BMJ* 1998; 316: 1348-1351.

CANCELLI A., AQUARO S., NAPOLETANO A., ROSI L., COCLITE D., GUERRA R., *Indagine conoscitiva nazionale sullo stato attuale dell'assistenza domiciliare in Italia (ISSN 1123-3117 Rapporti ISTISAN)*. *Atti del I Congresso Nazionale di Assistenza Domiciliare*, Livorno, 21-23 novembre 2002, pp. 136-146.

CASAGRANDE S., MARCECA M., PASQUARELLA A., *L'ADI: il punto e le prospettive*, in *Prospettive sociali e sanitarie* 2001; 1: 2-6.

FONDAZIONE FLORIANI, AIMEF, SIMG, FIMMG, SOCIETÀ ITALIANA DI CURE PALLIATIVE, *Manuale home care 2002-2003: guida all'Assistenza Domiciliare Integrata*, Meditor Italia srl, Milano, 2002.

GORI C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, 2006, Bologna, Il Mulino.

MINISTERO DELLA SANITÀ. SERVIZIO CENTRALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA. PROGETTO OBIETTIVO, *Tutela della salute degli Anziani 1991-1995*, Roma, 1992.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Home-based long-term care. WHO Technical Report Series, No. 898*, 2000 (trad it: *Quaderni di Sanità Pubblica* 2001, vol. 24, n. 123).

TRABUCCHI M., *I vecchi, la città e la medicina*, 2005, Bologna, Il Mulino.

TRABUCCHI M., *L'ammalato e il suo medico*, 2009, Bologna, Il Mulino.

6. Dove va la realtà italiana

Franco Pesaresi

1. Introduzione

Quanti sono gli anziani che fruiscono di servizi pubblici a domicilio in Italia? Che tipi di servizi ricevono e con quale intensità? Quali differenze esistono tra le varie Regioni? E come vengono organizzati i servizi nelle diverse aree del Paese? Queste sono le principali domande cui le prossime pagine vogliono rispondere.

Il presente capitolo intende offrire, infatti, una disamina della dimensione dell'utenza e degli interventi che riceve, da una parte, e dell'organizzazione delle cure domiciliari, dall'altra. Così facendo s'intende offrire un quadro d'insieme sull'evoluzione della realtà italiana, con esclusione dei servizi di assistenza domiciliare (SAD) di competenza comunale. Un quadro che contestualizzi l'inquadramento concettuale del precedente capitolo e ponga le basi su cui poggiare gli approfondimenti condotti nei contributi successivi, riguardanti i bisogni degli utenti e l'intreccio tra servizi pubblici, famiglia e badanti. Per concludere, si considererà il punto di vista degli utenti sulla situazione del nostro Paese.

2. I servizi domiciliari in Italia

Questo paragrafo intende offrire un quadro sullo stato dei servizi domiciliari in Italia. Sarà compiuto un percorso complessivo, teso a mettere in evidenza i principali punti chiave. Poiché alcuni dati vengono discussi in maniera più approfondita in altre parti di questo Rapporto (il prosieguo della presente sezione monografica e il capitolo 1) e del precedente (NNA, 2009), a volte si richiamerà qui il solo concetto principale, indicando la sede dove poter condurre maggiori approfondimenti. Questo paragrafo, detto altrimenti, vuole servire sia per i suoi contenuti sia come "guida alla lettura" del complessivo lavoro di NNA sulla domiciliarità ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Entrambi i Rapporti sono scaricabili gratuitamente da www.maggioli.it/rna.

2.1. *L'evoluzione*

2.1.1. I servizi domiciliari nel quadro dell'assistenza continuativa

Cominciamo il nostro percorso guardando l'evoluzione storica degli ultimi 20 anni e mettendo i servizi domiciliari a fianco degli altri interventi a finanziamento pubblico. Ne emerge l'estensione dei servizi domiciliari in termini di utenza, la stabilità delle strutture residenziali e la crescita particolarmente accentuata dell'indennità di accompagnamento. Il primo capitolo del Rapporto 2009 si sofferma sul commento di questi dati.

Tabella 1 – Gli anziani ⁽²⁾ utenti di assistenza continuativa in Italia, %, anni vari

	Inizi anni 90	Inizi anni 2000	Seconda metà anni 2000
Servizi domiciliari	2	3,8	5,0
Servizi residenziali	2,9	3	3
Ind. accompagnamento	5,0	5,5	9,5

Fonte: Gori e Lamura, 2009 aggiornato ⁽³⁾

2.1.2. Le fasi dei servizi domiciliari

Per quanto riguarda lo specifico della domiciliarità, Gori e Casanova (Gori e Casanova, 2009) suddividono la recente storia italiana in tre fasi:

La fase pionieristica (anni '70 e '80)

I primi passi significativi hanno luogo nella seconda metà degli anni '70 quando, dopo alcune esperienze sporadiche, il SAD inizia a svilupparsi in diversi comuni. Le esperienze di ADI – perlopiù in forma di autonomi interventi infermieristici o riabilitativi sotto la responsabilità delle Asl – cominciano a prendere corpo, a loro volta, negli anni '80.

Il primo consolidamento (anni '90)

All'inizio degli anni '90 fruisce dei servizi domiciliari circa il 2% degli anziani. Prende avvio, allora, la fase di maggior crescita quantitativa, che porterà i be-

⁽²⁾ Nei dati presentati si considera anziana la popolazione con 65 anni e più, seguendo il criterio in uso nella raccolta dei dati istituzionali.

⁽³⁾ I valori di "seconda metà anni 2000" si riferiscono rispettivamente a: indennità di accompagnamento 2008, servizi domiciliari rispettivamente ADI 2008 e SAD 2006, strutture residenziali 2006. Si tratta dei più recenti dati di fonte istituzionale (Ministeri, ISTAT, INPS) disponibili. Le fonti sono presentate in dettaglio nel capitolo 1.

neficiari quasi a raddoppiare nell'arco del decennio. Il Progetto obiettivo anziani del 1992 – recepito nel Piano sanitario nazionale del 1994 – contiene, altresì il primo riconoscimento statale di rilievo. Il Progetto indica l'attivazione dell'ADI come obiettivo prioritario e prevede la valutazione multidimensionale del bisogno attraverso l'Unità valutativa geriatrica (Uvg); pone la soglia del 2% degli anziani da raggiungere entro cinque anni, risultato che sarà effettivamente ottenuto, indicando pure l'obiettivo di diffondere l'ospedalizzazione domiciliare (scopo ancora da realizzare adeguatamente). Si tratta di una fase particolarmente stimolante per la riflessione scientifica e operativa: l'esito è l'imporsi, nel dibattito, del modello d'intervento cosiddetto "a rete" – fondato su Uvg, stesura del progetto assistenziale individualizzato (Pai), individuazione di un responsabile del caso, azione coordinata tra servizi sanitari e sociali – come punto di riferimento.

La ricerca di un nuovo sviluppo (2000-2010)

L'avvio del decennio successivo vede i servizi domiciliari raggiungere il 3,8% degli anziani, di cui il 2% in ADI ⁽⁴⁾ e l'1,8% in SAD ⁽⁵⁾. È approvata allora la legge quadro dell'assistenza sociale (l. n. 328/2000), che prevede l'istituzione di un Fondo nazionale per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare agli anziani: tale indicazione sarà raccolta dal legislatore, in forma poco più che simbolica, nel 2006. La crescita continua e porta l'utenza – nella seconda metà del decennio 2000 – a toccare il 5,0% degli anziani, di cui il 3,3% in ADI e l'1,7% in SAD. Per quanto riguarda le proporzioni tra ADI e SAD, il *trend* recente consiste nella crescita costante della prima e nella stabilizzazione del secondo intorno all'1,6-1,8%. A livello nazionale, nel 2006 il Governo Prodi ha introdotto un piccolo programma triennale finalizzato allo sviluppo dell'assistenza continuativa, il "Fondo per le non autosufficienze 2007-2009", con uno stanziamento di 400 milioni annui da distribuire alle Regioni per il perseguimento di tre obiettivi, tra cui lo sviluppo della domiciliarità, confermato dal Governo Berlusconi sino al 2010 ⁽⁶⁾. Il principale documento di carattere nazionale è la proposta per le cure domiciliari presentata nel 2006 dalla Commissione per la revisione dei LEA ⁽⁷⁾.

Questa fase vede la domiciliarità sospesa tra i miglioramenti realizzati e la complicata ricerca degli ulteriori, e necessari, passi in avanti. L'utenza cresce ma

⁽⁴⁾ I dati riferiti all'ADI comprendono l'insieme d'interventi oggi definiti come "cure domiciliari" e di responsabilità dell'ASL, cioè oltre all'ADI, l'assistenza domiciliare programmata (ADP), l'assistenza domiciliare prestazionale e l'ospedalizzazione a domicilio (OD). Sulle definizioni si veda il capitolo 5.

⁽⁵⁾ I dati sul SAD si riferiscono agli interventi di sostegno nelle attività della vita quotidiana e nella cura della persona di responsabilità dei comuni.

⁽⁶⁾ Il "Fondo per le non autosufficienze" è esaminato nel secondo capitolo.

⁽⁷⁾ In merito si veda il capitolo 5 di questo Rapporto e Gori e Casanova, 2009.

la sua dimensione rimane limitata rispetto ai bisogni e, in molte situazioni, il numero di accessi per anziano risulta inadeguato. Il modello a rete occupa, ormai, una centralità unanimemente condivisa negli obiettivi dichiarati ma incontra sovente difficoltà a concretizzarsi. Le Regioni dedicano risorse crescenti alla domiciliarità ma i loro stanziamenti dovrebbero aumentare ancora ed essere accompagnati da uno sforzo statale di nuove proporzioni.

Il box 1 sintetizza il profilo attuale dei diversi interventi pubblici nel territorio, come è venuto formandosi nell'ultimo decennio. La crescita dell'utenza ADI si accompagna a un riduzione dell'intensità dell'intervento (il numero medio di ore complessive dedicate ad ogni utente) e a una sostanziale stabilità dell'utenza SAD. La percentuale di anziani beneficiari dell'indennità di accompagnamento è cresciuta di oltre la metà, nell'ambito di una tendenza a un ricorso sempre più ampio alle prestazioni monetarie che ha riguardato anche la diffusione degli assegni di cura erogati dalle Regioni, in particolare nel centro-nord. I temi presentati nel box 1 sono approfonditi nei capitoli 7 e 8.

Box 1 - L'utenza anziana degli interventi pubblici nel territorio, % di anziani, 2000-2010

- ADI: utenza da 1,9% (2001) a 3,3% (2008); intensità da 26 (2002) a 22 (2006) ore totali per utente
- SAD: utenza stabile intorno a 1,6-1,8%
- Indennità di accompagnamento: utenza da 5,5% (2001) a 9,5% (2008)
- Nelle Regioni del centro-nord forte crescita degli assegni di cura

2.2. La realtà di oggi

Le quattro tabelle che seguono forniscono il quadro dell'offerta di servizi domiciliari agli anziani. La prima presenta i dati sull'assistenza domiciliare integrata (ADI). L'utenza ammonta al 3,3% degli anziani – come detto – mentre all'inizio del decennio equivaleva all'1,9%. L'intensità è di 22 ore, con una riduzione di 4 ore rispetto all'inizio del decennio. Questi valori medi nascondono, tuttavia, profonde differenze tra Regioni, rivelate dall'eterogeneità di percentuali contenute in tabella 1. L'ultima colonna indica la percentuale della spesa sanitaria complessiva che ogni Regione dedica all'ADI ⁽⁶⁾. La maggior parte delle Regioni si colloca intorno all'1% e il decennio ha visto percorsi fortemente differenziati in proposito. Infatti, mentre in alcune la percentuale è cresciuta, in altre è addirittura diminuita. Le cifre sulla percentuale di spesa sanitaria dedicata all'ADI e il tormentato percorso di molte realtà in proposito indicano la difficoltà che si registra – alla prova dei fatti – quando al di là della retorica sulla necessità di potenziare

⁽⁶⁾ I dati su percentuale di utenti e intensità sono presentati anche nella figura 2 del primo capitolo. I dati sull'incidenza del costo ADI compaiono anche nella figura 3 del primo capitolo.

la possibilità per gli anziani di permanere nel territorio si cerca effettivamente di spostare verso i servizi domiciliari una parte crescente, per quanto assolutamente esigua rispetto al bilancio complessivo, di risorse.

Tabella 2 - Anziani in assistenza domiciliare integrata (ADI) (%), intensità del servizio ADI erogato (ore di assistenza per caso trattato su base annua) e incidenza del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria per Regione e anno ⁽⁹⁾.

Regione (*)	Anziani in ADI (%)		Intensità ADI (ore)		Incidenza costo ADI (%)	
	2008	differenza 2001-08	2007	differenza 2002-07	2008	differenza 2001-08
Abruzzo	4,2	3,3	21	-2	1,0	0,4
Basilicata	4,0	1,4	42	-38	1,1	0,3
Calabria	2,6	2,0	14	-105	n.d.	n.d.
Campania	1,8	1,0	44	26	0,4	0,1
Emilia-Romagna	6,1	4,2	21	-5	2,1	1,0
Friuli-Venezia Giulia	7,3	-0,3	7	-7	3,0	0,8
Lazio	3,3	1,6	18	1	0,5	0
Liguria	3,2	-0,4	21	-19	0,7	0,2
Lombardia	4,0	1,5	16	-3	0,7	-0,1
Marche	4,1	0,1	27	-2	1,4	-1,1
Molise	3,4	-2,4	19	-3	0,4	-0,4
Piemonte	1,9	0,5	20	-8	1,3	0,5
Puglia	1,8	0,7	48	-27	0,4	0,3
Sardegna	2,1	1,6	68	-51	0,7	0,5
Sicilia	0,9	0,3	31	0	0,4	-4,0
Toscana	2,0	0,1	22	3	1,2	-0,4
Trentino-Alto Adige	0,5	0,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Umbria	5,1	3,6	35	1	1,2	-0,9
Valle d'Aosta (*)	0,4	0,1	177	-71	1,0	0,5
Veneto	6,0	3,0	9	-5	1,1	0,3
Italia	3,3	1,4	22	-4	n.d.	n.d.

(*) in assenza del dato sulla copertura dell'ADI per il 2001 e il 2002, la differenza è stata calcolata con riferimento all'anno 2003

Fonte: ns. elaborazioni su dati Ministero dello Sviluppo Economico (2010) e Ministero della Salute (vari anni)

⁽⁹⁾ Mentre il dato sull'intensità dell'ADI si riferisce ai soli utenti anziani, il dato sulla variazione dell'intensità, in mancanza dell'indicatore riferito ai soli anziani negli anni precedenti, fa riferimento alla platea complessiva degli utenti.

La tabella 3 mostra la percentuale di anziani utenti del servizio di assistenza domiciliare (SAD) e la spesa per caso trattato, l'unico indicatore dell'intensità dello sforzo compiuto. I valori medi sono 1,7 e 1973 euro e – anche in questo caso – le differenze tra le Regioni risultano notevoli. Come già detto, il SAD si è da qualche anno assestato intorno al 1.6-1.8 di anziani raggiunti. È da notare che – qui come per tutti i dati presentati sull'offerta, le differenze tra Regioni non toccano solo l'attesa distanza tra nord e sud, ma rivelano significative differenze anche all'interno di uno stesso Paese.

Tabella 3 - Anziani utenti del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) e spesa per caso trattato per Regione di residenza (%), anno 2007

Regione	Copertura 2007	Spesa media per utente 2007
1. Valle d'Aosta	4,3	4.487*
2. Trentino-Alto Adige	3,8	4.475
3. Molise	3,2	796
4. Friuli-Venezia Giulia	2,7	1.771
5. Sardegna	2,5	3.790
6. Sicilia	2,5	2.001
7. Abruzzo	2,3	1.337
8. Campania	2,1	628
9. Lombardia	1,9	2.563
Italia	1,7	1.973
10. Veneto	1,7	1.550
11. Emilia-Romagna	1,6	1.742
12. Basilicata	1,5	1.088
13. Toscana	1,4	1.686
14. Piemonte	1,4	1.532
15. Calabria	1,4	89
16. Liguria	1,3	2.256
17. Lazio	1,2	999
18. Marche	0,9	2.554
19. Puglia	0,9	1.119
20. Umbria	0,5	1.462

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2010). * dato del 2006

Gli anziani che ricevono una assistenza domiciliare davvero integrata sanitaria e sociale sono pari all'8,2 per mille anziani. Un risultato modesto e per giunta in tendenziale diminuzione. Le differenze tra le Regioni sono grandi ⁽¹⁰⁾. Gli anziani che ricevono l'ADI integrata sociale e sanitaria rispetto al totale degli anziani che ricevono l'ADI costituiscono un quarto. È giusto così o è poco? Non ci sono standard di riferimento. Diversamente da quello che alcuni pensano lo standard non è il totale di tutti coloro che ricevono l'ADI. L'assistenza domiciliare sociale ad integrazione dell'ADI non è sempre necessaria. Bisogna valutare di volta in volta. Quando, per esempio, a casa dell'assistito vi è una famiglia disponibile che garantisce ogni forma di assistenza igienica, tutelare e domestica l'erogazione del SAD non viene giustamente prevista. Bisogna poi tener conto che in qualche caso l'assistenza domiciliare sociale ad integrazione dell'ADI viene rifiutata dall'assistito perché per questa parte viene chiamato a partecipare alla spesa.

Ci sono però alcuni dati che determinano l'impressione che la quota di anziani che possa beneficiare di un'ADI davvero integrata debba ancora crescere sensibilmente. Attualmente, questo tipo di servizio è garantito solo nel 41,3% dei comuni. In un terzo delle Regioni, i comuni che garantiscono l'integrazione sociale dell'ADI sono meno del 25%. Il problema ha dimensioni così eclatanti che non coinvolge solo i comuni piccolissimi (tabella 4). Si tratta di un dato sorprendente che preoccupa perché giunge dopo un gran parlare pluridecennale di integrazione e assistenza domiciliare.

Tabella 4 - Anziani che ricevono l'ADI integrata con i servizi sociali. Anno 2007

Regioni	% Utenti ADI	% Utenti ADI integrata	% di comuni coperti dal servizio di ADI integrata
Piemonte	1,7	0,7	77,7
Valle d'Aosta	0,3	0,05	28,4
Lombardia	3,6	1,1	18,7
Bolzano	0,5	0	0
Trento	1,0	0,2	89,7
Veneto	6,4	4,2	88,6
Friuli Venezia Giulia	7,2	0,3	42,9
Liguria	3,2	0,05	16,6
Emilia Romagna	5,7	0,6	42,2
Toscana	2,1	0,4	74,9

(segue)

⁽¹⁰⁾ I dati non sono perfettamente comparabili con quelli della tabella 2 perché si riferiscono al 2007 mentre la tabella 2 si riferisce al 2008.

Regioni	% Utenti ADI	% Utenti ADI integrata	% di comuni coperti dal servizio di ADI integrata
Umbria	4,3	0,9	41,3
Marche	3,8	0,2	6,5
Lazio	3,8	5,2	57,4
Abruzzo	3,6	0,3	43,0
Molise	3,7	0,2	3,7
Campania	1,6	0,2	26,0
Puglia	1,6	0,5	45,7
Calabria	2,7	0,4	4,6
Basilicata	4,3	0,3	16,0
Sicilia	1,0	0,01	9,0
Sardegna	1,2	0,2	26,0
Italia 2007	3,2	0,8	41,3

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute (2009) e ISTAT (2010)

La continuità dell'assistenza è un aspetto importante per i pazienti affetti da patologie che, all'uscita dall'ospedale, continuano ad avere la necessità di essere assistiti, anche per lungo tempo, al loro domicilio. Tuttavia, i dati delle SDO (schede di dimissione ospedaliera) evidenziano che solo lo 0,2% dei ricoverati viene dimesso con le procedure della "dimissione protetta" con l'attivazione immediata dell'ADI. L'ADI viene addirittura superata dalla ospedalizzazione domiciliare che viene attivata nello 0,3% dei ricoverati ospedalieri che tornano a casa. In sostanza, dunque, solo 41.189 pazienti dimessi dall'ospedale pari allo 0,5% di tutti i dimessi continuano a ricevere al domicilio una qualche forma di assistenza sanitaria (cfr. tab. 5). I dati sono così sconcertanti da farci dubitare della affidabilità degli stessi.

Se spostiamo il confronto all'interno dei dati dell'ADI possiamo verificare che gli utenti dell'ADI che fruiscono della dimissione protetta costituiscono solo il 4,8% che salgono al 10,3% se teniamo conto anche dell'ospedalizzazione a domicilio. Per valutare questi dati dovremmo sempre ricordare che la quota principale delle persone assistite in ADI dovrebbe essere di provenienza ospedaliera ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Questo paragrafo presenta le principali differenze tra le Regioni nei dati sull'offerta mentre il prossimo si dedica ai modelli organizzativi. Per ampliare l'analisi dei dati all'intero sistema di assistenza continuativa, invece, bisogna andare al capitolo 1.

Tabella 5 - Dimissioni protette dall'ospedale. Anno 2008

Reparto di dimissione	% dimissione protetta con ADI su totale dimessi	% dimissione protetta con ospedalizzazione domiciliare su totale dimessi
Acuti	0,2	0,3
Riabilitazione	0,5	0,1
Lungodegenza	3,3	0,3
Totale	0,2	0,3

Fonte: Ministero della Salute (2010)

2.2. Alcuni punti di attenzione

Il capitolo 5 ha messo sul tappeto le condizioni per il successo della domiciliarità, che sono state articolate nei dati illustrati sin qui nel capitolo. Qui si vuole procedere ulteriormente in tale direzione, segnalando alcuni punti di attenzione la cui azione (o non azione) in merito sarà cruciale nel determinare gli sviluppi futuri. Il box 2 sintetizza i dati riguardanti la spesa pubblica dedicata ai servizi domiciliari per gli anziani. La spesa complessivamente ammonta allo 0,29% del Pil, mentre quella totale per l'insieme dell'assistenza continuativa (servizi domiciliari, residenziali e indennità di accompagnamento) all'1,18%. La percentuale di Pil complessivamente dedicata al welfare (previdenza, sanità, assistenza) equivale a circa il 26%. Dunque, si tratta di un settore che assorbe poche risorse pubbliche e che potrebbe crescere sensibilmente grazie ad un investimento assai contenuto per il bilancio pubblico complessivo. A confermare questa osservazione è anche la percentuale di spesa sanitaria dedicata all'ADI, pari all' 1,08% del totale.

Il box 3, infine, presenta le peculiarità dell'Italia meridionale rispetto al centro-nord del Paese ⁽¹²⁾. Una differenza concerne un maggiore sbilanciamento verso le prestazioni monetarie rispetto ai servizi e un'altra riguarda la maggiore intensità media dell'ADI. Quest'ultima si può spiegare con il fatto che l'esigua utenza ADI è composta da anziani in condizioni fortemente critiche, per i quali non si può prescindere da un più robusto intervento. La più bassa percentuale di spesa sanitaria dedicata all'ADI pare potersi motivare, invece, con la maggiore difficoltà a governare la complessiva spesa sanitaria. In questa situazione, le risorse tendono a concentrarsi verso i segmenti che hanno maggiore capacità di influenzare il decisore politico, in particolare il segmento ospedaliero. Ulteriori approfondimenti sulle differenze tra le diverse aree del Paese si trovano nel secondo capitolo del Rapporto dello scorso anno.

⁽¹²⁾ Per Italia meridionale s'intendono le 8 Regioni che l'Istat classifica come sud e isole: Campania, Abruzzo, Puglia, Molise, Basilicata, Calabria, Sardegna e Sicilia.

Box 2 - La spesa

- Percentuale di Pil dedicato ai servizi domiciliari: 0,29
- Percentuale di Pil dedicato all'assistenza continuativa: 1,18
- Percentuale di Pil dedicata al welfare: 26
- Percentuale di spesa sanitaria destinata all'ADI: 1,08

Box 3 - Le peculiarità meridionali

- Il sud a confronto con il centro-nord:
- L'utenza dell'indennità di accompagnamento è superiore
 - La complessiva utenza di servizi domiciliari è inferiore
 - L'intensità dell'ADI è superiore
 - La percentuale di spesa sanitaria dedicata all'ADI è inferiore

2.4. *Il confronto internazionale*

Alla comparazione con la realtà dei servizi domiciliari negli altri Paesi europei è dedicato l'intero capitolo 9, cui si rimanda, e del quale il Box 4 anticipa i principali contenuti.

Box 4 - Italia ed Europa a confronto

- L'offerta di servizi domiciliari pubblici è cresciuta ma rimane una delle più basse in Europa
- L'Italia è uno tra i Paesi europei con il maggiore coinvolgimento dei familiari nell'assistenza agli anziani non autosufficienti
- Le badanti si sono diffuse anche in altri Paesi del centro-sud Europa – come Austria, Germania e Grecia – ma in nessuno la loro presenza è diventata estesa come nel nostro
- Nel rapporto con i servizi domiciliari, gli italiani – messi a confronto con i concittadini europei – spiccano per la forza con cui sottolineano, allo stesso tempo, tanto il valore della tradizione quanto la richiesta di cambiamento. Siamo tra le nazioni dove più s'insiste che la responsabilità dell'assistenza agli anziani è innanzitutto familiare ma siamo anche tra le nazioni dove più viene sottolineata la necessità di ampliare gli interventi pubblici a domicilio.

3. Il modello organizzativo per l'erogazione delle cure domiciliari

Quasi tutte le Regioni hanno regolamentato in modo dettagliato l'organizzazione dell'ADI. Senza entrare troppo nei dettagli possiamo identificare 4 diverse fasi nel processo di erogazione, che sono ⁽¹³⁾:

1. *la segnalazione-accettazione;*
2. *la valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione del piano assistenziale;*
3. *l'esecuzione delle attività di cura;*
4. *la dimissione.*

⁽¹³⁾ Per ognuna di queste fasi, oltre alla illustrazione del quadro nazionale, viene presentata una esperienza regionale.

3. La segnalazione/accettazione

Nelle diverse Regioni, la fase della segnalazione dell'intervento da attivare, è allargata a più soggetti: possono effettuarla medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), medici ospedalieri all'atto della dimissione, familiari, volontari, servizi sociali comunali, ecc. In metà delle Regioni (Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Puglia, Sicilia, Veneto) la segnalazione è già una proposta di intervento mentre nelle altre (Lazio, Lombardia, Molise, Sardegna, Toscana, Umbria) le segnalazioni, per diventare proposta di intervento, hanno bisogno della formalizzazione da parte del MMG. Alcune Regioni utilizzano la conoscenza che i MMG hanno dei loro pazienti per confermare le segnalazioni delle proposte di intervento. Nel Molise ed in Sardegna, per esempio, nel caso che la segnalazione consegnata al PUA non provenga dal MMG, la stessa dovrà essere trasmessa tempestivamente al medico di medicina generale per la corretta identificazione del bisogno e la redazione dell'apposita scheda. Si tratta probabilmente di una modalità più efficace delle altre perché utilizza in modo ottimale le risorse e le competenze disponibili nel territorio e perché, coinvolgendo il MMG, garantisce una migliore continuità assistenziale al paziente.

Tutte le segnalazioni e le proposte hanno un luogo di raccolta, di accettazione formale e di attivazione operativa dell'intervento domiciliare. In metà delle Regioni (Abruzzo, Lombardia, Molise, Puglia, Sardegna, Toscana, ecc.) le domande vengono accolte nel Punto unico di accesso (PUA), in Basilicata, Emilia-Romagna, Sicilia e Veneto vengono accettate in uffici dedicati alle cure domiciliari ed infine nel Lazio e nell'Umbria le domande sembrano essere accolte dal MMG che effettua la valutazione preliminare di tutti i casi ed attiva il sistema operativo (cfr. Tabella 6). Gli sportelli multifunzionali o monofunzionali per l'accesso alle prestazioni, in genere, svolgono le seguenti funzioni:

- fornire informazioni sui servizi esistenti e accessibili per gli utenti del territorio;
- raccogliere le domande di accesso a prestazioni e servizi e, se del caso, inoltrarle ai servizi competenti;
- effettuare una prima lettura dei bisogni, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno;
- inviare a servizi e operatori specialistici le situazioni complesse e/o delicate, che possono necessitare di una successiva valutazione e presa in carico integrata.

La tendenza che si va affermando è quella di concentrare in sportelli pluri-funzionali l'accoglienza di tutte le richieste di prestazioni territoriali sociali, sociosanitarie e sanitarie. Questo vale soprattutto per quelle Regioni che sono intervenute più recentemente nell'organizzazione delle cure domiciliari. Il modello alternativo è quello che affida al MMG il compito di raccogliere le domande di assistenza domiciliare e di provvedere alla loro prima valutazione.

Tabella 6 - Cure domiciliari: la fase della segnalazione/accettazione

Regioni	Chi fa la segnalazione	Proposta obbligatoria del MMG?	Dove si accolgono le domande
Abruzzo	Singolo cittadino o familiare, MMG o PLS, servizi sociali, Servizi sanitari, servizi istituzionali (scuola, ecc.), servizi non istituzionali (volontariato, cooperative, ecc.)	No	Punto unico di accesso
Basilicata	MMG, medico ospedaliero all'atto della dimissione, struttura residenziale, servizi sociali, volontariato, cooperative, familiari	No	Centro di coordinamento delle Cure domiciliari e delle cure palliative
Emilia Romagna		No	Sportello sanitario: in ogni distretto un unico punto di riferimento
Lazio	Chiunque	Sì	MMG
Lombardia		Sì	Punto unico di accesso
Molise	Diretto interessato, famiglia, vicinato, volontariato	Sì	Porta unitaria di accesso
Puglia		No	Punto unico di accesso
Sardegna	MMG, PLS, reparto ospedaliero, servizio sociale, familiari, altri soggetti della rete informale	Sì	Punto unico di accesso
Sicilia	Famiglia, medico, comune, ospedale, altro	No	Ufficio assistenza domiciliare del distretto
Toscana	MMG, Medico ospedaliero, Operatore sociosanitario, Familiari, volontariato	Sì	Punto unico di accesso
Umbria	MMG. Possono farla anche la famiglia, i servizi sociali, la RSA, il reparto ospedaliero	Sì	MMG
Veneto		No	Punto di accesso unitario per la domiciliarità

Fonte: bibliografia

L'aspetto della sede di accoglienza delle domande è meno decisivo per il funzionamento del sistema delle cure domiciliari ciononostante non si può fare a meno di rilevare che esistono modelli che andrebbero preferiti rispetto ad altri. Da questo punto di vista vanno privilegiate le scelte di quelle Regioni che hanno identificato l'accoglienza delle domande nel PUA a cui, in genere, spetta anche il compito di avviare il percorso di individuazione del bisogno e della risposta più idonea. Questa soluzione, ipotizzando che i PUA accolgano davvero le domande relative a tutti i servizi di carattere sociosanitario e sociale di ASL e comuni, è in grado di garantire all'assistito, senza peregrinazioni, una pluralità di interventi

sociali e sociosanitari che in qualche caso sono necessari ad integrazione o in prosecuzione di quello domiciliare.

Già dall'analisi di questo primo e relativamente semplice aspetto dell'accoglienza delle domande di intervento domiciliare si rilevano differenze significative nei modelli organizzativi regionali. C'è chi ha privilegiato quale luogo di accoglienza delle richieste il Punto unico di accesso e chi invece il MMG; solo tre Regioni – il Molise, la Sardegna e la Toscana – hanno scelto tutti e due gli elementi rilevanti del modello organizzativo dell'accoglienza: un ruolo significativo del MMG e il passaggio attraverso il Punto unico di accesso (PUA).

La segnalazione/accettazione in Sardegna

In Sardegna, la segnalazione del bisogno di assistenza domiciliare può provenire da chiunque ravveda la necessità di prestazioni sociosanitarie per una persona non autosufficiente. Le fonti di segnalazione più frequenti sono:

- il Medico Medicina Generale (MMG) o Pediatra Libera Scelta (PLS);
- il responsabile di unità operativa ospedaliera;
- i servizi sanitari territoriali;
- i servizi residenziali;
- il servizio sociale comunale;
- i familiari e/o altri soggetti della rete informale.

Qualunque sia la fonte di segnalazione sono ammissibili tutte le modalità di segnalazione (diretta, telefonica, fax, ecc.): qualora si tratti di professionisti del settore sanitario o del servizio sociale del comune è prevista la compilazione della scheda di contatto, inviata al Punto unico di accesso (PUA) ed accompagnata da contatto telefonico; nel caso in cui si tratti di familiari e/o altri soggetti della rete informale, la scheda di contatto deve essere compilata direttamente dagli operatori del PUA. Se le informazioni contenute nella scheda di contatto sono scarsamente dettagliate o insufficienti è necessario l'avvio di un processo di tipo "istruttorio" per integrare le conoscenze sul caso tramite raccordo informativo con il segnalante, il MMG ed i servizi sociali comunali.

Se la segnalazione non proviene dal MMG, il PUA si attiva tempestivamente sia per l'integrazione di ulteriori informazioni sul caso ma, soprattutto, per il suo coinvolgimento attivo. Se la segnalazione è sufficientemente dettagliata, il PUA procede alla decodifica del bisogno: se il bisogno viene classificato come "semplice", indirizza la persona al Servizio competente per l'erogazione diretta della prestazione; se invece è complesso coinvolge attivamente il MMG ed i servizi sociali comunali e avvia la procedura per la Valutazione Multidimensionale.

La lettura del bisogno, in termini di prima valutazione sulla necessità di attivazione dell'Unità valutativa, deve essere fatta da figure professionali qualificate, quali l'Infermiere, l'Assistente Sociale o il Medico di distretto.

Il bisogno “semplice” è un bisogno che non presuppone né una Valutazione Multidimensionale né una presa in carico globale della persona da parte di un'équipe multiprofessionale. Il bisogno “complesso” presuppone la presa in carico globale della persona da parte di un'équipe multiprofessionale con l'integrazione socio-sanitaria, una Valutazione Multidimensionale con la definizione di un progetto personalizzato, la programmazione, l'erogazione degli interventi e la valutazione dei risultati.

Nei casi in cui la persona sia ricoverata in una struttura ospedaliera o inserita in una struttura residenziale, la segnalazione del caso viene inviata dal reparto direttamente al PUA del Distretto di residenza, almeno quattro giorni prima della data presunta di dimissione, con obbligo da parte della Unità valutativa di esprimere un parere entro tre giorni dalla richiesta.

3.1. *La valutazione multidimensionale dei casi*

L'Unità valutativa multidimensionale (UVM) effettua l'individuazione e la misurazione del bisogno sanitario e sociale attraverso sistemi di valutazione sperimentati e validati su ampia scala in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali. La valutazione può essere effettuata con visita domiciliare o in ospedale. Il primo *output* del processo è l'ammissione o meno al servizio domiciliare. L'UVM definisce gli obiettivi di cura e predispose il piano assistenziale individualizzato orientato per problemi assistenziali.

Tutte le Regioni hanno previsto sia la valutazione multidimensionale da parte di una unità valutativa sia la redazione del Piano assistenziale individualizzato con l'unica eccezione della Lombardia dove l'ammissione dell'utente alle prestazioni è effettuata dal MMG senza l'ausilio formale di strumenti di valutazione multidimensionale.

Alcune Regioni, come l'Emilia Romagna e il Veneto, hanno previsto la valutazione multidimensionale per l'accesso alle cure domiciliari solo nei casi più complessi. Nelle altre situazioni viene utilizzata una procedura semplificata realizzata da un singolo professionista in grado di fornire una risposta tempestiva.

Un aspetto decisivo per il funzionamento delle cure domiciliari integrate (sanitarie e sociali) è costituito dalla composizione e dalle modalità di funzionamento delle Unità valutative. Le Unità valutative, infatti, devono essere dotate di effettivo potere decisionale sia per gli aspetti sanitari che per quelli sociali in modo che le indicazioni terapeutiche e assistenziali contenute nei progetti di assistenza possano essere attuate concretamente attraverso prestazioni adeguate. Questo comporta che uno dei membri partecipi all'Unità valutativa in rappresentanza dell'ambito sociale o del comune (di solito un'assistente sociale) e che lo faccia potendo disporre di un “pacchetto” di risorse affidategli dai comuni che rappresenta. Sul primo aspetto le cose stanno andando avanti dato che ormai so-

no in maggioranza le Regioni che hanno previsto che l'assistente sociale, componente stabile dell'unità valutativa, debba essere indicato dall'ambito territoriale sociale (Campania, Marche, Umbria, ecc.), o dagli enti locali interessati territorialmente (Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Trento, Veneto, ecc.). Sul secondo aspetto, quello della responsabilizzazione del membro comunale dell'Unità valutativa, le risposte sono ancora scarse ma qualcosa si sta muovendo. Le Regioni Veneto e Toscana, per esempio, hanno previsto la stipula di protocolli di intesa fra le ASL ed i Comuni per conferire ai loro referenti all'interno delle Unità valutative deleghe operative, risorse tecnico professionali ed economiche per poter approvare i Piani assistenziali individualizzati (cfr. tab. 7).

Tabella 7 - Le scelte regionali relative alla valutazione multidimensionale

Percorsi della valutazione	Strumenti di valutazione	Composizione dell'UVM	Il potere di spesa del membro comunale
<i>Valutazione uguale per tutti:</i> tutti i casi vengono sottoposti alla UVM (es. Sicilia)	Vengono usati <i>strumenti di valutazione monodimensionali</i> (es. Abruzzo)	I membri dell'UVM sono indicati <i>solo dalla ASL</i> . (es. Calabria)	Il membro comunale dell'UVM <i>non ha potere di spesa</i> . (Marche)
<i>Valutazione differenziata:</i> I casi complessi vengono sottoposti alla UVM mentre è prevista una procedura semplificata per i casi semplici (es. Emilia Romagna, Sardegna, Veneto)	Vengono usati <i>strumenti di valutazione multidimensionali</i> . (Veneto, Puglia, Trento, ecc.)	Un membro dell'UVM viene <i>indicato dall'ambito sociale o dal comune</i> (es. Campania, Friuli, Umbria, Marche, ecc.)	Il membro comunale dell'UVM <i>ha potere di spesa</i> . (es. Veneto, Toscana)

La valutazione multidimensionale in Veneto

Il Veneto, in particolare, ha stabilito che i casi complessi – che sono sottoposti all'unità valutativa – ricorrono quando si ha la necessità di una presa in carico integrata e dell'attivazione di risorse sia sociali che sanitarie. In questi casi interviene l'unità valutativa multidimensionale (UVM) la cui composizione minima è di tre persone: il medico di medicina generale della persona, l'assistente sociale competente per la presa in carico sociale in rappresentanza dell'Ente locale, lo specialista geriatra o infermiere o altro operatore distrettuale che interviene in caso di assistenza domiciliare sanitaria, in rappresentanza dell'Azienda ULSS. L'aspetto importante, e troppe volte sottovalutato, è costituito dal fatto che i diversi livelli istituzionali sono rappresentati dai professionisti che intervengono nella valutazione e che dispongono delle risorse dell'Ente che rappresentano. In questo senso, per esempio, l'assistente sociale comunale è responsabile per la parte di competenza comunale.

Per le situazioni meno complesse la valutazione multidimensionale viene condotta dai singoli professionisti in maniera semplificata, in modo da snellire le

procedure e garantire la necessaria tempestività nelle risposte. Si effettua la valutazione multidimensionale semplificata nei seguenti casi:

- assistenza domiciliare integrata, con interventi sanitari di tipo infermieristico e con assistenza medica programmata;
- erogazione di “pacchetti assistenziali ADI” volti a supportare in condizioni di urgenza la permanenza a domicilio di una persona non autosufficiente.

Responsabile della valutazione semplificata diretta all'erogazione di prestazioni sanitarie è il responsabile dell'UVMD.

La Regione Veneto è quella che ha fissato con maggiore precisione i tempi entro i quali deve avvenire la valutazione multidimensionale da parte dell'UVMD proponendo i seguenti criteri e standard di servizio (da rispettare almeno nell'80% dei casi):

- Condizione: la salute (fisica, psichica, sociale) del paziente è messa in pericolo da un ritardo nella valutazione (urgente); Tempi: UVMD il prima possibile (al massimo entro 3 gg lavorativi);
- Condizione: dimissione protetta; Tempi: UVMD entro 5 giorni totali;
- Condizione: la rete informale è in grave difficoltà nell'assicurare assistenza; Tempi: UVMD entro 10 giorni;
- Condizione: domanda di valutazione per consulenza sul progetto assistenziale richiesta da uno dei servizi della rete e necessità di coordinamento fra servizi (in casi che non rientrano fra i precedenti); Tempi: entro 3 settimane.

La definizione del piano assistenziale

Tutte le Regioni hanno previsto che l'UVM dopo la valutazione elabora il Piano assistenziale individualizzato (PAI) ⁽¹⁴⁾ per ogni singolo caso complesso. Il PAI, che pochissime Regioni descrivono, definisce le prestazioni sanitarie e gli interventi assistenziali (aiuto per il governo della casa, ecc.) da erogare, i risultati attesi, le verifiche e la presumibile durata dell'intervento.

In molte Regioni, all'Unità valutativa viene affidato anche il compito di verificare e valutare l'andamento e l'efficacia del PAI a distanza di alcuni mesi o a seguito di cambiamenti del quadro sociosanitario, della situazione psicosociale e di quella sanitaria dell'assistito. Nel caso in cui le verifiche e le valutazioni periodiche diano esiti diversi da quelli previsti, è necessario procedere ad una riformulazione del progetto personalizzato.

In Lombardia, dove non è prevista l'Unità valutativa, viene però recuperata la necessità della formulazione del PAI anche se con caratteristiche diverse ri-

⁽¹⁴⁾ La Basilicata lo chiama Piano individualizzato di trattamento (PIT), in provincia di Trento si chiama progetto personalizzato di intervento (PPI), in Toscana si chiama Piano assistenziale personalizzato (PAP) mentre in Lazio e Liguria si chiama Piano individualizzato di assistenza (PIA).

spetto a quelle presenti nel resto d'Italia. Nel sistema lombardo dell'ADI/Voucher la progettazione del piano di cura è particolarmente semplificata, oltre che molto diversificata nei vari distretti sanitari (vedi paragrafo sulla Lombardia in questo capitolo).

La formulazione del PAI segue percorsi diversi nelle diverse Asl e non sempre implica una valutazione domiciliare; può essere redatto a partire dalle sole informazioni amministrative. Ad esempio, nell'Asl Milano 2 il MMG fa la sua richiesta e il distretto valuta la proposta sotto il piano amministrativo, assegna il profilo e formula il PAI. A Monza, invece, la fase istruttoria prevede una valutazione domiciliare iniziale, ripetuta periodicamente. Queste modalità, fra l'altro, hanno portato ad un progressivo abbassamento dell'integrazione fra le prestazioni sanitarie e quelle assistenziali domiciliari tanto che le prestazioni integrate rappresentano in Lombardia una quota molto più bassa di quella media nazionale.

Piuttosto sottovalutati sono i tempi che occorrerebbe rispettare nella redazione del PAI dato che è indubbio che un intervento posticipato per motivi organizzativi ne riduce fortemente l'efficacia. Sembrano davvero eccessivi i tempi massimi previsti in 60 giorni dal Piemonte (mentre la Sardegna 15) mentre sono apprezzabili quelle Regioni che hanno previsto, nei casi in cui è necessario un intervento urgente, un avvio delle prestazioni rispettivamente entro 48 ore (Molise e Sardegna) o entro 15 giorni (Toscana), in attesa del PAI.

In buona sostanza si può affermare che i due passaggi strategici relativi alla valutazione dell'UVM e alla redazione del PAI, previsti anche dal documento della Commissione LEA (2006), sono ormai diventati patrimonio culturale e professionale degli operatori che non vengono più messi in discussione da nessuna Regione, eccezion fatta per la Lombardia. Rimangono evidentemente differenze e ritardi ma il percorso è ampiamente condiviso.

3.2. *L'esecuzione delle attività di cura*

La fase delle cure domiciliari erogate al paziente viene gestita direttamente dal distretto sanitario con una unità operativa dedicata che utilizza personale proprio e/o esternalizzato. Il responsabile terapeutico delle cure domiciliari è quasi sempre il MMG, il quale tuttavia, in casi di particolare complessità clinico assistenziale che richiedano specifici ed elevati livelli di competenza specialistica, può integrarsi con lo specialista di riferimento.

La Commissione Lea (2006) prevede l'utilizzo di un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali. Negli atti regionali successivi al documento ministeriale, questa precisazione è stata formalmente ripresa solo da una minoranza di Regioni (Sicilia, Sardegna, Umbria).

Al domicilio dell'utente viene compilata la "cartella di assistenza domici-

liare”, che costituisce uno strumento importante di comunicazione tra i soggetti “curanti”, con i dati anagrafici e i dati sanitari compilati dai professionisti nei diversi accessi. Per le cure di alta intensità, dove sono molto frequenti le variazioni delle condizioni cliniche del malato e/o della situazione familiare, possono essere utilizzati *data set* informatizzati e trasmessi ad una centrale operativa.

È in questa fase che deve essere prevista la funzione del monitoraggio e della valutazione periodica degli esiti (Commissione LEA, 2006) non prevista esplicitamente da tutte le Regioni.

L'assistenza domiciliare con i voucher: il caso della Lombardia

Tutte le Regioni, esclusa la Lombardia, hanno previsto un modello organizzativo basato sulla erogazione diretta delle prestazioni da parte del distretto sanitario. Il modello organizzativo della Regione Lombardia punta invece sulla diffusione del voucher sociosanitario. Il voucher sociosanitario è un “titolo di acquisto” (in tre livelli), erogato dalla Regione attraverso le ASL, che può essere utilizzato esclusivamente per comprare prestazioni di assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria da soggetti accreditati, pubblici o privati, erogate da personale professionalmente qualificato⁽¹⁵⁾. Il modello lombardo, oltre a garantire l'assistenza domiciliare, si pone anche l'obiettivo di affidare all'assistito la libertà di scelta degli erogatori dell'assistenza. Con il voucher sociosanitario si intende offrire l'assistenza socio-sanitaria in modo unitario, erogando le prestazioni infermieristiche, riabilitative e medico-specialistiche insieme alle prestazioni per la cura dell'igiene personale e per l'aiuto nelle attività della vita quotidiana a cura dello stesso fornitore.

La Regione Lombardia ha fornito alle Asl poche indicazioni generali, garantendo ad esse un'ampia facoltà di sperimentare soluzioni diverse che ha ovviamente determinato uno sviluppo quanto mai eterogeneo delle diverse applicazioni locali.

L'assistito, una volta ottenuto il titolo, può scegliere l'erogatore fra le organizzazioni accreditate nel proprio distretto. La scelta dell'erogatore avviene subito dopo la consegna del titolo da parte degli operatori Asl; ai familiari viene consegnato un elenco dei gestori attivi nel proprio distretto, completo di riferimenti e recapiti telefonici. A partire da questo momento, è compito della persona o dei suoi familiari contattare l'erogatore selezionato, verificarne la disponibilità a attivare il servizio e concordare i passaggi successivi (prima valutazione, adempimenti amministrativi, orario e calendario degli accessi). Le famiglie incontrano

⁽¹⁵⁾ Nel 2008, in Lombardia, sono state assistite con il voucher sociosanitario 19.073 persone (non solo anziani) e 20.776 con il credit e 5.296 con le cure palliative domiciliari. L'ADI tradizionale è in costante riduzione passando da 12.477 a 7.045 assistiti dal 2004 al 2008.

spesso difficoltà a gestire in autonomia questa fase del processo. Soprattutto dove gli erogatori sono più numerosi, la conoscenza diretta della loro qualità o affidabilità è infatti ridotta. Solo una quota minoritaria di ASL continua ad accompagnare le famiglie con consigli e interventi concreti, che contemplano la ricerca condivisa delle migliori soluzioni di cura e la mediazione con gli erogatori e gli altri attori della rete.

I soggetti pubblici e privati per essere accreditati devono possedere i seguenti requisiti di base: assenza di condanne penali e di procedimenti penali in corso del rappresentante legale, scopo sociale in linea con la prestazione da erogare.

Le prestazioni sono articolate in tre diversi profili di diversa intensità e valore economico: 326, 464 e 619 euro mensili.

Successivamente, oltre al voucher, è stato istituito il "credit". Si tratta di un nuovo titolo economico che permette l'acquisto di prestazioni esclusivamente sanitarie di valore identico rispetto al voucher ⁽¹⁶⁾. La vera differenza fra i due titoli resta quella del tipo di prestazioni erogabili: solo sanitarie per i credit, anche assistenziali e tutelari (utilizzando le figure Asa e Oss) per i voucher. Questa differenza ha, ormai, un peso limitato nella pratica quotidiana dato che negli ultimi anni l'erogazione di prestazioni socio-assistenziali coi voucher socio-sanitari si è ridotta moltissimo fino a diventare marginale senza che i Comuni abbiano ampliato le loro capacità di sostegno alle famiglie. Non si sottovaluti, a questo proposito, il significato politico di questo cambiamento che tende a definire il carattere essenzialmente sanitario delle prestazioni domiciliari erogate dal sistema ADI/voucher.

Le prestazioni offerte sono di breve durata. Il tempo medio di intervento infermieristico è di 25 minuti che, sempre mediamente, si protrae per un tempo che è inferiore ai due mesi. Questo significa che il sistema affronta con difficoltà il tema dell'assistenza ai malati complessi o agli anziani gravemente non autosufficienti. Inoltre, la breve durata e la ridotta intensità degli interventi, come anche la mancata copertura sui sette giorni o sulle 24 ore, non rispondono ad altri impegnativi bisogni come il sostegno emotivo ai caregiver, il tempo di dialogo necessario a condividere informazioni e scelte di cura, l'intervento tempestivo e efficace nelle fasi critiche, l'osservazione clinica nelle fasi di instabilità. Non si tratta di aspetti trascurabili; sono proprio quelli che determinano il ricorso inappropriato ai servizi di emergenza, al ricovero ospedaliero anche ripetuto. L'impostazione prestazionale, inoltre, frammenta l'assistenza ai malati più complessi: medicazioni, nutrizione artificiale, ventilazione meccanica, ossigenoterapia, ge-

⁽¹⁶⁾ I voucher e i credit del terzo profilo possono essere erogati anche nella misura fino a tre al mese mentre quelli del primo profilo con cadenza anche superiore al mese.

stione di PEG e tracheostomie, sono spesso demandati a operatori o servizi diversi, che intervengono in diversi momenti della giornata e della settimana e che sono raramente integrati in un programma organico, per questo motivo difficilmente governabile dai familiari, ma anche dai MMG e dagli operatori dei distretti (Giunco, 2010).

Il case manager

Il documento sulla riorganizzazione delle cure domiciliari della Commissione LEA suggerisce di nominare un responsabile del caso (case manager) all'interno dell'équipe erogatrice delle cure. Il case manager, in collaborazione con il MMG, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito nel piano assistenziale individuale, compresa l'assistenza protesica e farmaceutica (Ministero della Salute 2006, Liguria, Umbria).

Il case manager è il punto di riferimento per la famiglia, per il MMG e per gli altri operatori; ha la funzione di coordinare le risorse presenti nella rete dei servizi, a fronte della complessità e della frammentazione delle prestazioni, per garantire all'assistito quello di cui necessita in modo partecipato, efficace ed anche economicamente organizzato (Emilia Romagna, Umbria, Toscana). Il Responsabile del caso è anche molto importante in tutti quei casi in cui occorre integrare risorse diverse. L'esperienza ha dimostrato che è decisivo per il successo delle cure integrate sociali e sanitarie.

La maggior parte delle Regioni italiane ha previsto il case manager (Abruzzo, Basilicata, Emilia, Romagna, Liguria, Molise, Toscana, Umbria, Veneto, ecc.).

In quasi tutti i casi il responsabile del caso viene nominato dalla Unità valutativa mentre in pochi casi (Emilia Romagna, Umbria) la nomina è a cura dell'unità operativa che si occupa dell'erogazione delle cure. La maggioranza delle Regioni (Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Umbria, Veneto, ecc.) indica che la scelta del case manager deve essere effettuata a favore di un soggetto interno all'équipe di cura. Si tratta di un orientamento condivisibile rispetto a quello di chi propone un membro della UVM. I membri dell'Unità valutativa sono e devono rimanere un numero molto ristretto e se la scelta del case manager dovesse avvenire al suo interno accadrebbe che ogni membro dovrebbe svolgere la funzione per centinaia di persone rendendo impossibile la funzione valutativa. A meno che questo non significhi affidare la responsabilità del caso al MMG che potrebbe essere considerato membro dell'Unità valutativa (Toscana) (cfr. tab. 8). Questa ultima ipotesi, nel passato, non sempre ha dato i risultati attesi a causa del tempo che richiede. Si ritiene pertanto che la nomina del case manager da parte dell'Unità valutativa non rappresenti un elemento strategico per il buon funzionamento dell'UVM. Sarebbe senz'altro più efficace affidarla al Servizio che si occupa dell'erogazione delle cure domiciliari.

Tabella 8 - Le scelte regionali relative al case manager

Viene nominato?	Chi lo nomina?	Quali figure?
<i>Sì</i> (es. Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, ecc.)	<i>Il servizio che eroga le cure domiciliari</i> (es. Emilia Romagna, Umbria)	Un membro dell'équipe curante, come un infermiere o un assistente sociale (es. Liguria, Veneto, ecc.)
<i>No</i> (es. Lazio, Puglia, Sardegna, ecc.)	<i>L'UVM</i> (Veneto, Marche, ecc.)	MMG (es. Toscana, ecc.)

3.3. Durata e dimissione

L'assistenza in ADI ha una durata media inferiore ai 90 giorni. Questo accade per esempio in Abruzzo, in Lombardia e in Veneto. In queste ultime due Regioni, nella maggioranza dei casi, l'assistenza domiciliare non supera i 60 giorni (Giunco, 2010; Regione Veneto, 2007). Di segno diverso l'organizzazione dell'Emilia Romagna dove l'assistenza infermieristica dura mediamente 159 giorni mentre l'assistenza specialistica 103 giorni (Regione E. Romagna, 2005).

L'assistenza si conclude in un terzo dei casi per la morte dell'assistito, in un quarto dei casi per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici mentre in un terzo dei casi l'ADI prosegue anche l'anno successivo. Spesso, le Regioni (Abruzzo, Piemonte, ecc.) hanno previsto che all'atto della dimissione va compilata l'apposita scheda di dimissione domiciliare che raccoglie tutti i dati relativi al ciclo di cure domiciliari effettuate.

3.4. I modelli organizzativi

Sono soprattutto due gli aspetti che caratterizzano in modo significativo le diverse organizzazioni regionali: si tratta del momento della valutazione e del momento operativo della esecuzione dei trattamenti domiciliari. Nelle altre fasi, dove pure si registrano differenze, queste ultime non sono in grado di influenzare incisivamente i modelli organizzativi.

La prima grande differenza si registra nel momento valutativo degli assistiti. Qui le fasi valutative possono essere due ma la principale è senz'altro quella che avviene all'interno della unità valutativa multidimensionale e multiprofessionale che è stata prevista da tutte le Regioni tranne che in Lombardia. Si tratta di un aspetto centrale in grado di condizionare la qualità e i contenuti dell'intervento erogato all'assistito e non può non essere uno degli elementi discriminanti di un modello organizzativo relativo alle cure domiciliari. Per la verità, c'è anche un altro momento, meno approfondito, che è costituito dalla prima valutazione della richiesta di cure domiciliari che alcune Regioni hanno previsto in capo al MMG. Un passaggio che giudichiamo auspicabile ma non discriminante di un percorso valutativo dato che

lo stesso MMG partecipa subito dopo, in tutte le Regioni, alle Unità valutative che hanno il compito di effettuare una valutazione globale dei casi e conseguentemente elaborare il Piano assistenziale individualizzato.

Il secondo aspetto discriminante delle diverse organizzazioni regionali è sul fronte operativo dell'erogazione dell'assistenza e riguarda la presenza o meno del case manager. Non ci sono altri elementi significativi di differenziazione della fase operativa di erogazione delle cure. Perché è importante il responsabile del caso? Perché è potenzialmente in grado di superare le attuali criticità dell'assistenza domiciliare che sono costituite dalla necessità che le famiglie abbiano un punto di riferimento, dalla necessità di coordinare ed integrare prestazioni diverse sociali e sanitarie e dalla necessità che la qualità delle prestazioni e le condizioni dell'assistito siano continuamente monitorate.

Queste valutazioni ci portano ad identificare i seguenti tre modelli organizzativi regionali delle cure domiciliari:

1. **Modello Maturo:** caratterizzato dall'affidamento all'UVM della valutazione dei bisogni e dalla identificazione del case manager per ogni assistito;
2. **Modello in evoluzione:** caratterizzato dall'affidamento all'UVM della valutazione dei bisogni. Queste Regioni hanno riorganizzato recentemente le cure domiciliari senza prevedere l'individuazione del case manager;
3. **Modello dei voucher:** caratterizzato dall'affidamento al MMG della valutazione dei bisogni e dall'erogazione delle cure tramite i voucher (cfr. Tabella 9).

Tabella 9 - I modelli organizzativi regionali delle cure domiciliari

<p>Modello maturo: Valutazione affidata all'UVM. Viene nominato il case manager.</p> <p>(Esempi: Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Molise, Toscana, Umbria, Veneto)</p>	<p>Modello dei voucher: Valutazione affidata al MMG.</p>
<p>Modello in evoluzione: Valutazione affidata all'UVM. Non viene nominato il case manager.</p> <p>(Esempi: Lazio, Puglia, Sardegna, Sicilia)</p>	<p>(Esempio: Lombardia)</p>

3.5. Le tendenze organizzative

In questi ultimi anni dieci Regioni hanno rivisto la loro organizzazione stimolate dal documento del Ministero della Salute (2006) sulla "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" (vedi capitolo 5 in questo volume e capitolo 2 "I servizi domiciliari" nel primo Rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia). Hanno cominciato le Regioni che hanno dovuto presentare il Piano di rien-

tro ⁽¹⁷⁾ dato che il Ministero ha imposto, fra gli atti da adottare, anche il recepimento del documento ministeriale. Successivamente anche altre Regioni (Umbria, Valle d'Aosta, ecc.) hanno recepito il nuovo modello organizzativo ed altre lo faranno nel prossimo futuro come è dimostrato dai documenti preparatori già noti. Si tratta essenzialmente della necessità di sviluppare e qualificare ulteriormente le cure domiciliari e di implementare nel sistema regionale le nuove linee guida nazionali. Tutto questo rende necessario ripensare all'organizzazione delle cure domiciliari e all'omogeneizzazione della classificazione delle prestazioni domiciliari per permettere uno sviluppo del settore in un quadro di forte condivisione organizzativa ed informativa. Occorre però rilevare che a 4 anni di distanza dalla pubblicazione del documento ministeriale solo metà delle Regioni hanno provveduto a riorganizzare le proprie cure domiciliari anche solo ispirandosi al documento ministeriale. Documento ministeriale che, come è noto, non ha alcun valore normativo dato che la competenza nella organizzazione sanitaria è affidata costituzionalmente alle Regioni. Proprio dal processo di recepimento regionale del documento ministeriale vengono gli altri motivi di preoccupazione. Infatti, il percorso attivato dal Ministero con la collaborazione della conferenza delle Regioni doveva servire a omogeneizzare i linguaggi e i contenuti delle cure domiciliari. Ed invece anche in questa occasione quasi tutte le Regioni si sono discostate dal documento ministeriale proprio in quelle parti che puntavano alla omogeneizzazione organizzativa. Anche questa scommessa avviata con il lavoro dei "mattoni" rischia di perdersi ancora una volta dietro gli autonomismi regionali finì a se stessi rischiando di mettere in discussione le garanzie di equità che Costituzione e LEA sono chiamati a rappresentare.

Proprio per questo si ritiene che questo lavoro di riorganizzazione del settore domiciliare non possa essere lasciato al caso o alla buona volontà delle singole Regioni ma deve essere sostenuto e coordinato dal Ministero della Salute per svilupparsi velocemente ed in modo coordinato. Questa attività è ancora possibile anche in tempo di federalismo e può essere anche efficace soprattutto se pensiamo a quello che il Ministero può fare con atti normativi condivisi relativi alla migliore definizione dei LEA, con il supporto tecnico che può essere fornito dall'Agencia per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e con una puntuale opera di monitoraggio sull'attività regionale.

⁽¹⁷⁾ Quando le Regioni superano un certo livello di disavanzo nella spesa sanitaria sono obbligate a presentare un Piano di rientro. I Piani di rientro della spesa sanitaria sono finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle Regioni interessate e prevedono un'attività di affiancamento dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, con obbligo di preventiva approvazione di tutti gli atti regionali di spesa e programmazione sanitaria che abbiano rilevanza ai fini dei Piani. Nel triennio 2007-2009 le Regioni interessate dai Piani di rientro sono state: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Sicilia e Sardegna.

4. Cosa ne pensano gli utenti?

Rispetto agli altri Paesi europei – si vedrà meglio nel capitolo 9 – in Italia è particolarmente elevata la percentuale di cittadini che lamentano la scarsità di servizi domiciliari pubblici (tre su quattro) e sottolineano, pertanto, la necessità di aumentarli.

Ora considero esclusivamente l'opinione di chi riceve i servizi di assistenza domiciliare. Al fine di ottenere uno sguardo più ampio possibile sul nostro Paese faccio riferimento a una ricerca condotta da Cittadinanzattiva nel territorio italiano (Cittadinanzattiva, 2009) ⁽¹⁸⁾. La ricerca, che pure soffre di alcuni limiti metodologici, è efficace nel mettere a fuoco le tendenze cruciali riguardanti il giudizio degli utenti. Queste tendenze, non a caso, sono coerenti con quanto emerge da altri studi condotti su scala regionale (Regione Emilia Romagna, 2005; Agenzia Sanitaria Marche, 2004).

Il dato sulla soddisfazione complessiva risulta molto elevato – più dell'80% degli utenti dell'ADI sono soddisfatti del servizio – e, pure se da considerare con cautela, la soddisfazione della grande maggioranza degli utenti è un dato da valorizzare e confermato da tutte le ricerche. Questo è il punto di partenza.

Lo studio di Cittadinanzattiva evidenzia alcune criticità, di nuovo coerenti con quanto emerge da altri studi. Le voglio qui riprendere, in sede di conclusioni, perché evidenziano – insieme alla necessità di ampliare l'offerta – i temi su cui lavorare nel prossimo futuro:

1. *terapia del dolore*: è poco diffusa. Il 36% dei malati che hanno segnalato stati dolorosi non ha ricevuto alcuna terapia specifica;

2. *continuità assistenziale*: non è garantita adeguatamente. Oltre al basso numero reale di dimissioni protette, le famiglie lamentano la mancanza della reperibilità 24 ore su 24 del personale sanitario (criticità confermata anche dalla grande maggioranza delle ASL);

3. *coinvolgimento dell'utente e della famiglia*: viene ritenuto insufficiente nella definizione, realizzazione e verifica del piano d'intervento personalizzato da un terzo delle famiglie;

4. *lesioni da decubito*: se ne registra una presenza significativa nei pazienti assistiti. La ricerca di Cittadinanzattiva rileva che il 37% degli assistiti ha lesioni da decubito, anche questo un fenomeno che – con percentuali più basse – emerge in vari studi;

5. *assistenza psicologica*: esiste una significativa richiesta da parte dei pazien-

⁽¹⁸⁾ Il rapporto ha interessato 28 ASL in 10 Regioni e 362 utenti. Il numero dei questionari non consente di disporre di un campione statistico sufficientemente rappresentativo, tuttavia fornisce utili indicazioni.

ti e delle loro famiglie che rimane insoddisfatta. La ricerca di Cittadinanzattiva ha verificato che l'assistenza psicologica è prevista dal 63,2% delle Asl ed effettivamente ricevuta soltanto dal 16% delle famiglie;

6. *i costi dell'assistenza*: le famiglie rilevano che l'erogazione dell'assistenza domiciliare non riduce le spese che rimangono a loro carico. Il 49% di esse ha avuto la necessità di integrare le prestazioni fornite con ulteriori servizi a pagamento. Nello specifico, le situazioni più critiche si registrano per l'acquisto di farmaci con costi che giungono fino a 1.000 euro (nel 31% dei casi) e per l'assunzione di un'assistente familiare (nel 24% dei casi) che integri le prestazioni assistenziali fornite.

Bibliografia

- AGENZIA SANITARIA REGIONALE EMILIA ROMAGNA, *La qualità del servizio di assistenza domiciliare integrata: il punto di vista degli utenti*, Bologna, 2005.
- AGENZIA SANITARIA REGIONALE MARCHE in collaborazione con CRISS Università Politecnica delle Marche, *L'assistenza domiciliare nelle Marche – Anno 2003*, Ancona, 2004.
- CEIS Tor Vergata, *Rapporto sanità 2009*, Roma, 2010.
- CITTADINANZATTIVA, *Rapporto sull'Assistenza Domiciliare Integrata - 2009*, Roma, 2009.
- EUROPEAN COMMISSION - EUROBAROMETER, *Health and long-term care in the European Union*, Brussels, 2007.
- GIUNCO F., *I voucher sociosanitari*, in GORI C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, 2010.
- ISTAT, *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati – anno 2007*, 2010, sito web: www.istat.it
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere – anno 2007*, Ministero della Salute, Roma, 2009.
- MINISTERO DELLA SALUTE – Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*, Ministero della Salute, Roma, 2006.
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Dati SDO 2008*, Ministero della Salute, Roma, 2010.

7. I bisogni e le risposte

Antonio Guaita, Georgia Casanova

1. Introduzione

In Italia al bisogno di assistenza continuativa a domicilio si accompagna un sistema di risposta in cui l'offerta pubblica – ADI, SAD e prestazioni monetarie – s'interseca con l'offerta privata, cioè assistenti familiari e servizi a pagamento. Il capitolo precedente si è concentrato sui servizi alla persona ad almeno parziale finanziamento pubblico, che costituiscono il tema del nostro approfondimento monografico. Quel capitolo ha approfondito “che cosa sono i servizi erogati” (le vari tipologie di servizi erogati) e “quanti sono gli utenti” (la percentuale di utenti). Il presente capitolo intende compiere un passo successivo, chiedendosi “chi sono questi utenti?”, quali sono i bisogni che hanno, e proponendo alcune riflessioni sull'adeguatezza delle risposte fornite loro ⁽¹⁾.

La nostra riflessione sarà basata sui dati quantitativi disponibili attualmente. Come mostrato nel capitolo 1 (par. 4) la disponibilità di dati su scala nazionale, oggi ancora eterogenea e frammentata, dovrebbe migliorare sensibilmente nel prossimo futuro. Per ora, si è costruito un mix di varie fonti informative. Evidentemente, i dati non provengono da indicatori sempre omogenei per contenuto e anno di rilevazione; il confronto tra esperienze è stato, quindi, limitato ai casi in cui era sostenibile sul piano metodologico, utilizzando comunque i dati in possesso come spunti utili per la riflessione ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Una volta definito il quadro dei servizi pubblici e di chi li riceve, il prossimo capitolo estenderà l'ambito di riflessione e si concentrerà sull'intreccio tra i servizi pubblici, il care fornito dalla famiglia e le badanti.

⁽²⁾ Sono stati utilizzati in maniera integrata dati differenti provenienti da fonti ufficiali nazionali (ISTAT, Ministero della Salute, Ministero dello Sviluppo Economico e SINA), studi nazionali (Mattoni 13), dati regionali disponibili perché oggetto di specifiche pubblicazioni (Regione Marche, Provincia Autonoma di Trento, Asl di Lecco), dati disponibili perché inseriti all'interno del sistema informativo (Regione Emilia-Romagna) e, infine, dati richiesti appositamente per il presente lavoro (Regione Toscana, Regione Emilia-Romagna, Regione Lombardia, Asl di Milano e Asl Torino). Desideriamo ringraziare per la collaborazione tutti i referenti delle amministrazioni pubbliche che ci hanno aiutato, in particolare quelli delle Regioni Toscana ed Emilia-Romagna.

Il capitolo si divide in due parti principali, la prima si concentra sul profilo degli anziani che ricevono l'ADI (par. 2) e la seconda sulla natura delle risposte fornite loro (par. 3). Un breve paragrafo conclusivo sintetizza i risultati principali della nostra analisi (par. 4).

2. Chi sono gli utenti dell'ADI?

2.1. L'Età

Oggi, come noto, i grandi anziani (75+) costituiscono il target principale dell'assistenza continuativa e questo dato si ripropone nell'utenza dell'ADI ⁽³⁾. La tabella 1 mostra che gli ultra75enni rappresentano la quota più alta degli assistiti, raggiungendo quasi ovunque, e talora superando, i 2/3 degli anziani seguiti. I dati presentati in tabella sono confermati anche da altri studi, ad esempio nelle Marche la percentuale di assistiti risulta il 12,7 per cento per gli ultra65enni ma quasi 20% per gli i ultra75enni (Di Stanislao *et alii*, 2005).

Tabella 1 - Gli utenti per classi di età - incidenza degli anziani e dei grandi anziani

	Incidenza %		
	65+	75+	75+/65+
ASL Brescia (2006)	88,6	72,6	82,0
Puglia Asl campione Mattone 13 (2005)	83,2	64,9	78,0
Prov. Trento (2008)	85,9	71,6	83,4
Reg. Emilia Romagna (2007)	87,4	78,4	86,2
Media Ita (2007)	81,2	n.d.	n.d.

Fonti: ns. elaborazioni su Pomo 2005, Regione Emilia-Romagna 2007, Prov. Trento, 2008, Scarcella 2007, Ministero dello Sviluppo Economico, 2007

2.2. I livelli di dipendenza

Generalmente, gli utenti ADI in Italia hanno un elevato grado di dipendenza. Gli studi comparativi mostrano che i livelli di dipendenza fisica e psichica degli assistiti italiani sono i più alti d'Europa e risultano vicini a quelli della Francia ma assai più gravi di quelli del Nord Europa (Bernabei *et alii*, 2008).

⁽³⁾ Le percentuali riportate di seguito riguardano la quota di "grandi anziani" all'interno dell'utenza ADI anziani. Guardando all'ADI nel suo insieme, in Italia oltre l'80% dei suoi utenti ha più di 65 anni di età (Ministero dello Sviluppo Economico, 2007).

I dati comparativi sono confermati da quelli raccolti nei più ampi studi italiani (Casanova e Lillini, 2009). Nel 2005 nel campione dello studio Mattone 13 di utenti ADI – condotto in 8 Regioni del nostro Paese – la dipendenza “totale” era presente nella maggioranza degli anziani considerati (55%), mentre la dipendenza “parziale” risultava più frequente tra i malati oncologici (44% contro il 38% dei dipendenti totali) ⁽⁴⁾. Quasi la metà degli assistiti aveva poi problemi cognitivi moderati o gravi, più di un terzo anche disturbi comportamentali (Tabella 2).

Tabella 2 - Distribuzione dei livelli di dipendenza, %, utenti ADI, 8 Regioni italiane, 2005

	Tutte le patologie esclusi i Tumori	Tumori
ADL	%	%
Dato mancante	9	7
Autonomo	6	11
Parzialmente dipendente	30	44
Totalmente dipendente	55	38
MOBILITÀ	%	%
Dato mancante	9	7
Si sposta da solo	8	16
Si sposta assistito	36	44
Non si sposta	47	33

Fonte: Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN: Assistenza primaria e prestazioni domiciliari; “Relazione Finale”; per la valutazione delle ADL e della mobilità vedi la nota 4

⁽⁴⁾ Il Progetto Mattoni è un progetto di analisi avviato dal Ministero della Salute nel 2003, con l’obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). L’azione si articola su 15 mattoni “capisaldi della sistema sanitario”, su cui le diverse Regioni riflettono, divise su gruppi di lavoro. Il Mattone 13 riguarda l’assistenza primaria e le prestazioni domiciliari. Il gruppo di lavoro coinvolge: Puglia, Lombardia, Toscana, Campania, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Veneto e Ministero della Salute, ASSR. In questo studio sono state raccolte 2370 schede su un campione di anziani e malati di tali Regioni. Il campione presenta una sovra rappresentazione dei grandi anziani, e una sotto rappresentazione degli anziani soli. I dati vanno letti con consapevolezza di ciò. Per quanto riguarda le “attività della vita quotidiana”, l’assistito viene considerato:

- “autonomo” se in grado di svolgere, senza aiuto di altre persone, tutte le attività indicate (mangiare, lavarsi, vestirsi, essere continenti, usare i servizi igienici), tranne eventualmente “fare il bagno”;
- “totalmente dipendente” se in tutte le attività indicate ha necessità di aiuto da parte di altre persone;
- “parzialmente dipendente” negli altri casi.

Se l'utenza ADI è così fragile, che cosa la differenzia da quella delle strutture residenziali? I dati sull'esperienza bresciana mostrano che i livelli di disabilità di chi viene assistito a domicilio sono molto simili a quelli dei ricoverati in RSA (Tabella 3). Si tratta di dati confermati anche in altri contesti. Ad esempio, in una ASL marchigiana l'80% degli anziani è totalmente dipendente nelle ADL e il 90% nelle IADL (Lucchetti, 2005). A differenziare le due sfere di bisogno sembra essere invece la comorbidità elevata e la presenza dei disturbi del comportamento, ambedue significativamente più presenti in RSA (Scarcella V., 2007).

Tabella 3 - Similitudine di dipendenza tra utenza domiciliare e residenziali, Asl di Brescia, 2006

	Utenza domiciliare	Ricoverati RSA
Dipendenza totale nell'igiene personale	60%	53%
Non deambula	43%	46%

2.3. Le patologie

Tracciare il profilo patologico dell'assistito domiciliare in Italia non è semplice poiché non esiste una specifica patologia di cui le cure domiciliari si occupano in maniera preferenziale, anche se si può affermare che più spesso nell'utenza a domicilio si riscontrano patologie neoplastiche, circolatorie, osteoarticolari oppure neuropsichiatriche. In particolare sono i neoplastici a utilizzare i servizi domiciliari: un terzo degli assistiti nel campione del "Mattone 13" soffriva di tumore, similmente alle esperienze di Lecco e Trento (Tabella 4). Anche dove, come nel caso dell'Emilia Romagna, la patologia neoplasica non è in assoluto la più frequente, mantiene un ruolo determinante: con una presenza del 12% è seconda a poca distanza dalle malattie circolatorie (16,7%).

Pure i disturbi circolatori, dunque, sono molto frequenti tra gli anziani dipendenti: il 29% dei casi nel campione "Mattone" (con un 15% per la voce "ictus"),

Per quanto riguarda il campo "mobilità" (ci si riferisce all'ambiente di vita):

- "si sposta da solo" è riferito anche ai casi in cui per lo spostamento vengono utilizzati ausili (compresa la carrozzina, nel solo caso in cui il paziente non abbia bisogno di aiuto per effettuare i trasferimenti). In riferimento all'autonomia nel superamento delle barriere architettoniche, la valutazione viene fatta in relazione al contesto abituale di vita (ad esempio: un paziente "si sposta da solo" anche se ha bisogno di aiuto per salire le scale, quando la sua abitazione è priva di barriere architettoniche interne ed esterne);
- "si sposta assistito" è riferito ai casi in cui il paziente si avvale dell'aiuto di persone per il proprio spostamento. Nel caso di paziente in carrozzina, l'aiuto di altra persona può consistere nel trasferimento dalla/alla carrozzina, fermo restando la capacità del paziente di spostarsi in autonomia con la carrozzina;
- "non si sposta" è riferito ai casi di confinamento in letto/carrozzina o poltrona. Nel caso di paziente in carrozzina, il paziente non è in grado di effettuare alcuno spostamento senza aiuto.

nel 23,1% degli assistiti a Trento, nel 19% dei pazienti della ASL milanese e nel 16,7% degli assistiti emiliani. Lievemente inferiore la presenza di disturbi neuropsichiatrici segnalati nel 26% dei casi del “Mattone 13”, con una quota rilevante di demenze pari al 10% delle diagnosi totali. A cui si affianca, il più generico, patologie del sistema nervoso di Trento (14,7%) (Tabella 4) ⁽⁵⁾.

Tabella 4 - Utenza ADI e principali patologie - alcune esperienze locali, anni vari ⁽⁶⁾

Lecco	%	MI- ASL 1	%	Prov. Trento	%	Emilia R.	%
Tumori - cachessia	31,21	Tumori	19,0	Tumori	37,1	Malattie circolatorie	16,27
Patologie osteoarticolari	30,41	Traumatismi	15,0	Malattie sistema circolatorio	23,1	Tumori	12
Lesioni cutanee	21,16	Malattie SNC e sensoriali	15,0	Malattie sistema nervoso e organi di senso	14,7	Demenze	8,2
Ictus	7,18	Disturbi circolatori encefalo	15,0	Malattie endocrine, metaboliche e disturbi immunitari	5,1	Osteo muscolari fratture	8,11
Malattie neurologiche	4,41	Malattie osteo-muscolari	5,0	Malattie dell'apparato respiratorio	3,6	Scompenso, cardiopatie	7,14
Demenze	2,50	Malattie ischemiche del cuore	4,0	Disturbi psichici	3,3	Malattie cerebrovascolari acute e croniche	6,33
Malattie cardiovascolari	1,38	Altre malattie del sistema circolatorio	3,0	Malattie digerente	2,8	Ulcere	4,86

Fonti: vedi nota 6

Le neoplasie sono non solo più frequenti ma richiedono anche una più alta intensità assistenziale mentre patologie quasi altrettanto diffuse, come quelle osteoarticolari, presentano invece un indice di intensità molto più basso ⁽⁷⁾

⁽⁵⁾ Le diverse classificazioni e nomenclature usate in un modo o nell'altro discendono dalla classificazione in uso nel sistema sanitario italiano (ICD9). A cambiare è soprattutto il livello di dettaglio in alcune categorie patologiche, ad esempio “disturbi circolatori dell'encefalo” è più ampio ma qui sostanzialmente equivalente a “malattie cerebrovascolari acute e croniche”; oppure nella più ampia categoria “disturbi psichici” sono ricomprese le “psicosi” diagnosi definita e più limitata.

⁽⁶⁾ Elaborazioni dati su fonte: *Progetto di Modellazione del Paziente in Assistenza Domiciliare* – A. MATTA, G.L. SCACCABAROZZI; report finale gennaio 2007 ASL MI 1: dati riferiti al 2007, forniti dalla unità di cure domiciliari ASL Provincia Milano1 (Resp. Monolo G.; via Spagliardi, 19 Parabiago, Milano); Trento: azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia di Trento, “le cure domiciliari” relazione di esercizio anno 2008 Direzione cura e riabilitazione, servizio assistenza distrettuale; Emilia-Romagna: Banca dati ADI, Regione Emilia-Romagna, anno 2009, dati riferiti al 2008. La somma delle percentuali di ogni realtà locale è minore di 100 perché si presentano in tabella solo i dati delle patologie con maggiore diffusione.

⁽⁷⁾ L'indice di intensità misura il grado di intensità di cura erogato dal servizio o dalla prestazione, è calcolato tenendo conto del tipo di prestazione e della patologia, o parte di essa che va a coprire.

(Tabella 5). Ciò accade non solo quando i tumori sono la prima diagnosi, ma anche quando sono una diagnosi secondaria.

Vero è che l'intervento domiciliare nelle patologie neoplastiche arriva nelle fasi avanzate della malattia in cui la compromissione delle condizioni generali e le possibili complicanze rendono necessario il supporto assistenziale medico infermieristico. Affermazione confermata dai dati dello studio "Mattone 13": infatti nel caso di pazienti neoplastici, l'episodio di assistenza si chiude principalmente per decesso (52%) e solo raramente per completamento del programma assistenziale (7%). Più di un terzo degli assistiti neoplastici del campione, è totalmente dipendente (38%) e cognitivamente non integro (42%); solo il 16% si sposta autonomamente. Un quadro di complessiva gravità che si accorda con un livello di intensità assistenziale elevata. Anche la comorbilità contribuisce a questa complessiva immagine di gravità delle patologie: dall'analisi della ASL di Brescia la presenza di patologie concomitanti risulta la regola (ne è immune solo il 9%), mentre il 13% ne ha addirittura più di 8 (Scarcella, *et alii*, 2007).

Tabella 5 - Le diagnosi e il coefficiente di intensità (IA) nelle due principali diagnosi, ASL Lecco, 2006

PATOLOGIE	Diagnosi	
	Principale	Diagnosi secondaria
	Media coeff. IA	Media coeff. IA
Broncopatie	0,3863	0,4197
SVP	0,7143	0,8539
Demenze	0,4188	0,4217
Ictus	0,3677	0,4184
Lesioni cutanee	0,3798	0,4101
Malattie cardiovascolari	0,4728	0,3812
Malattie neurologiche	0,3652	0,4061
Patologie gastroenteriche	0,4549	0,4376
Patologie osteoarticolari	0,3696	0,3891
Tumori - cachessia	0,6164	0,5559
Altro	0,4637	0,4216

Fonte: Matta, Scaccabarozzi, 2007

Abbiamo appena visto come – dal punto di vista clinico – l'assistito a domicilio sia un paziente ad alto livello di complessità di cura caratterizzato da forti comorbilità patologiche, in cui la neoplasia è spesso presente. In questo

contesto, quasi mai la motivazione dell'intervento domiciliare è un intervento "sulla patologia", quanto "sui problemi" che la malattia comporta al malato. Non è quindi la specificità del singolo quadro patologico a determinare la richiesta dell'intervento, quanto la sopravvenuta presenza di complicanze che necessitano di valutazione e trattamento medico infermieristico. I tumori, il diabete, le malattie vascolari o respiratorie possono tutte portare alla formazione di lesioni cutanee, alla necessità dell'uso del catetere o di terapia infusiva: su questo interviene l'ADI e non come intervento "specialistico" sulla patologia di base. Non è un caso ad esempio che le medicazioni delle piaghe – distrofiche o da decubito – siano le principali cure erogate a domicilio: il 20% del totale secondo i dati di Trento (Tabella 6)

Tabella 6 - La cura infermieristica - le prestazioni inserite in Prov. di Trento, 2007 e 2008

	2007	2008	2008/2007
Monitoraggio parametri clinici	21,4	15,8	-2,6
Visita di valutazione	17,7	20,8	3,1
Medicazione complessa	11,1	11,1	-
Medicazione semplice	10,8	8,6	0,2
Gestione dati amm.vi e ass.li	8,8	8,1	-0,7
Gestione terapia	6,1	7,9	0,2
Mobilizzazione paziente allettato	6,3	5,2	-1,1
Gestione terapia infusiva	5,7	5,6	-0,1
Gestione evacuazione	5,2	6,0	-0,8
Gestione funzione urinaria	5,1	5,3	0,3
	100	100	

Fonte: Provincia Autonoma di Trento, 2009

Per contro, la focalizzazione su tale prestazione/bisogno non fa emergere altre tipologie di bisogno che caratterizza l'utenza domiciliare. L'incontinenza, la malnutrizione, il delirium e in generale le sindromi geriatriche non compaiono, pur essendo frequenti fra gli over 75 con necessità di assistenza. Non è quindi la diffusione di una patologia l'indicatore del bisogno dell'ADI, quanto la presenza dei "problemi" che quella patologia comporta, ma che non sono di sua esclusiva pertinenza. Questo spiega perché, pur essendo i malati di tumore il gruppo di assistiti ADI più numeroso quasi ovunque, non si trova poi una correlazione fra diffusione della patologia e dimensione del servizio. Chiarisce, inoltre, che il

servizio domiciliare non si sovrappone esattamente a quello di diagnosi e cura tradizionale ma costituisce un'area di intervento sanitario originale che risponde ai problemi assistenziali e di cura nelle fasi complicate delle patologie. Ad esempio l'ADI non assiste tutti i malati di tumore in quanto tali, ma quelli che presentano complicanze che richiedono capacità infermieristiche di cura in una fase in cui l'autonomia sia limitata.

2.4. La demenza

Le persone con demenza usufruiscono dell'assistenza domiciliare in maniera contenuta. A differenza di quanto ci si aspetterebbe, infatti, il tasso di presenza di tale tipologia di utenza sul totale degli assistiti non è sostanzialmente diverso dal tasso di diffusione generale nell'intera popolazione anziana, che in Italia è calcolato dal 6,2% (Tognoni *et alii*, 2005), al 6,5% (De Ronchi *et alii*, 2005) al 7,1% (Spada *et alii*, 2009) negli studi più recenti. Ad esempio, a Lecco gli anziani assistiti con demenza sono il 6,7% degli utenti ADI, in Regione Emilia Romagna l'8,2% e solo nel campione dello Studio "Mattone 13" tocca il 10%⁽⁸⁾.

Una presenza limitata che, però, non riflette l'assenza di bisogno, bensì principalmente il ruolo specifico – se non marginale – svolto dall'ADI riguardo alle demenze. Nel 2007, infatti: "... meno di un paziente affetto da demenza su cinque usufruisce dell'assistenza domiciliare (il 18,5%, contro il 6,1% del 1999) (Vaccaro e Spadin, a cura di, 2007). Le ore di assistenza settimanali ricevute sono mediamente 7,6, ripartite su 3,3 giorni a settimana. Molto poco se si pensa al grado di complessità assistenziale che tale patologia porta con sé, e a cui la famiglia è chiamata a farsi carico, e divenendo il *caregiver* principale o trovando soluzioni alternative: il 40,9% del campione ricorre all'assistenza privata (Vaccaro e Spadin, a cura di, 2007).

La motivazione principale di tale "marginalizzazione" del bisogno da demenza nel sistema di cura domiciliare è la natura del bisogno di tipo prettamente sociale, al quale l'attuale struttura di servizi pubblici è poco attrezzata per rispondere. La demenza richiede, infatti, soprattutto una continuità di presenza che si articola non solo in assistenza, ma anche in "sorveglianza" e che non richiede interventi sanitari specifici, almeno non quelli tradizionali. È questo il punto chiave dell'assistenza al paziente con demenza, di fronte a cui i servizi domiciliari si trovano in evidente difficoltà nella valutazione del bisogno e nella progettazione della risposta. Non stupisce quindi, che questa patologia – che in Italia come nel resto del mondo costituisce la prima causa di ricovero in Residenza (Luppa,

⁽⁸⁾ La sovracampionatura dei grandi anziani (75+ nello studio Mattone 13, può aver influenzato la maggiore presenza di casi di demenza.

2010) – riceva un supporto molto limitato dall’assistenza pubblica domiciliare nel nostro Paese.

3. Quali risposte ricevono?

Il precedente capitolo e il capitolo 1 hanno fornito i principali dati riguardanti i servizi domiciliari nel nostro Paese. Qui vogliamo, invece, proseguire il ragionamento iniziato sul profilo degli utenti e interrogarci, pertanto, in merito alla natura delle risposte fornite loro. Tra i tanti temi possibili, ci preme evidenziare il cambiamento nel profilo dell’ADI, nell’ambito della trasformazione complessiva degli interventi di assistenza a domicilio.

3.1. *Tendenza alle prestazioni più semplici*

A domicilio vengono erogate maggiormente prestazioni singole: cresce infatti l’incidenza degli interventi “semplici” rispetto a quelli complessi ^(*). I dati disponibili, ad esempio, in Lombardia e Toscana indicano chiaramente tale tendenza. Si riducono le prestazioni a maggior peso e complessità (voucher 2 e voucher 3 lombardi) a fronte di un maggior spazio lasciato alle prestazioni che non necessitano di un piano integrato di assistenza (credit) o comunque più semplici (voucher 1). Analogo trend s’intravede, come detto, in Toscana, dove nel 2009 le richieste classificate come “complesse” e bisognose di valutazione rappresentavano solo il 15,11%, o in Emilia Romagna dove, nello stesso anno, gli interventi a bassa intensità rappresentano il doppio e il triplo di quelli a media o ad alta intensità (41,63% contro 24,19% e 11,9%) (Regione Emilia Romagna, 2009). Nelle Marche l’intervento completo dell’ADI riguarda il 18% degli interventi domiciliari, mentre l’AID, assistenza infermieristica più semplice il 30% e l’intervento medico programmato “di controllo” il 44%. Questi dati su alcune singole realtà s’inseriscono sul più ampio trend, evidenziato nel primo capitolo, che vede molte Regioni incrementare il numero degli utenti riducendo il numero di ore erogate per caso.

La Tabella 7 e il grafico 1 sviluppano il nostro ragionamento, da una parte confermando la complessiva tendenza alle prestazioni più semplici e, dall’altra, mostrando le differenze comunque esistenti tra le Regioni. La prestazione infermieristica incarna il tipico intervento ADI: le ore erogate da figure infermieristiche costituiscono il 68% delle prestazioni totali (Tabella 7).

^(*) Definiamo “interventi semplici” le prestazioni a bassa intensità assistenziale, gli interventi di breve durata o estemporanei, le prestazioni che coinvolgono una sola figura professionale, oppure gli interventi in cui l’obiettivo di cura è limitato o di controllo.

Tabella 7 - Intensità di prestazione: accessi, ore erogate e carichi per prestazioni (2007) ⁽¹⁰⁾

	N. accessi caso	Ore caso	Distribuzione per tipologia prestazione			
			Terapisti	Infermieri	Altri operatori	
Piemonte	33	21	4,8	57,1	38,1	100
Lombardia	29	17	23,5	64,7	11,8	100
Trento	42	20	0	100	0	100
Veneto	20	10	10	80	10	100
Friuli Venezia Giulia	14	7	14,3	85,7	0	100
Liguria	19	20	0	80	20	100
Emilia Romagna	28	22	0	90,9	9,1	100
Toscana	27	24	8,3	62,5	29,2	100
Umbria	28	33	3	57,6	39,4	100
Marche	41	27	22,2	70,4	7,4	100
Lazio	24	19	26,3	68,4	5,3	100
Abruzzo	30	27	29,6	70,4	0	100
Molise	26	15	26,7	66,7	6,6	100
Campania	61	60	11,7	46,7	41,6	100
Puglia	59	50	32	64	4	100
Basilicata	46	40	32,5	60	7,5	100
Calabria	17	15	20	73,3	6,7	100
Sicilia	47	34	26,5	58,8	14,7	100
Sardegna	49	72	16,7	80,6	2,7	100
Italia	30	22	18,2	68,2	13,6	100

Fonte: ns. elaborazione su dati SNN - annuario sanitario 2007

La semplice trasformazione delle ore in minuti, rapportato con il numero dei casi trattati, fornisce interessanti spunti. La variabilità dei tempi di intervento per singolo accesso è molto alta: alla media nazionale di 44 minuti, contribuiscono i 26 minuti di Trento ma anche gli 81 dell'Umbria. Il tempo dedicato conferma che gli interventi dell'ADI sono legati alla singola prestazione, e sarebbero largamente non sufficienti se il servizio avesse l'ambizione di attuare una forma di presa in carico anche degli aspetti di *personal care* (igiene, bagno, alimentazione). L'esistenza di una vera e propria tendenza – così come mostra la figura 4 del cap. 1 del presente rapporto – a diminuire intensità di cura a fronte di un paral-

⁽¹⁰⁾ Elaborazione su dati SNN - annuario sanitario 2007.

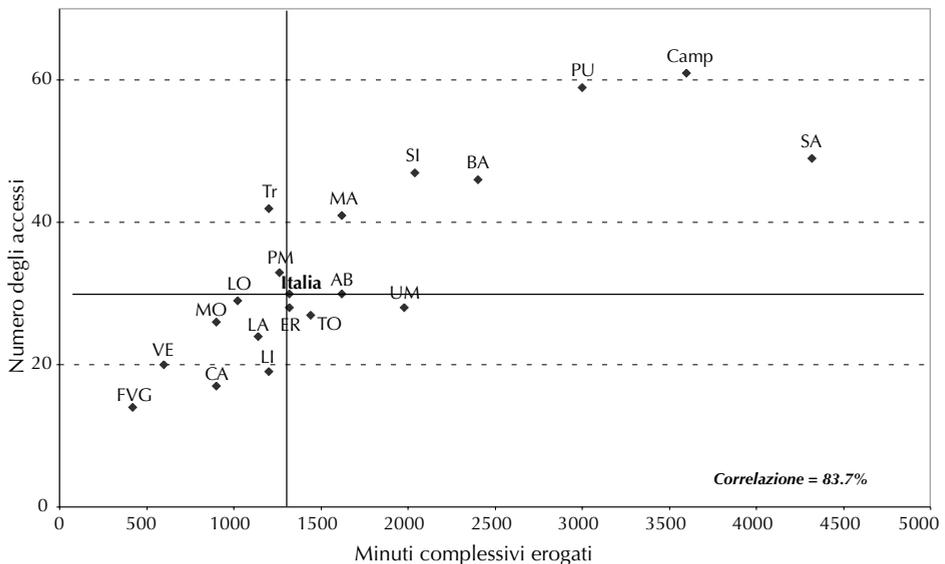
lelo aumento della copertura territoriale, non può che confermare la propensione all'erogazione di prestazioni semplici, di tipo infermieristico.

La tendenza generale individuata, come detto, si colloca comunque nell'ambito di un'eterogenea distribuzione regionale tra numero di accessi e durata di prestazione:

- Regioni che mantengono bassi sia il numero che la durata degli accessi (quadrante in basso a sinistra) come Friuli, Veneto, Campania, Lazio, Molise, Liguria e, più vicina alla media nazionale la Lombardia;
- Regioni che intervengono con pochi accessi ma di durata superiore alla media: Umbria, Toscana, Emilia Romagna, Abruzzo (valore accessi in media nazionale);
- Regioni che intervengono con molti accessi di poca durata: Piemonte, Trentino, (minuti però nella media nazionale);
- Regioni che intervengono con più accessi per più tempo: tutte le altre; in particolare la Sardegna ha i minuti più alti e Puglia e Calabria il numero più alto di accessi (grafico 1).

Nella generale tendenza un bisogno diffuso – metà delle Regioni dichiarano un numero di accessi superiore al dato nazionale – la dimensione del tempo acquista quindi una valenza rilevante nella definizione del sistema di cura regionale, divenendo un vero e proprio elemento di strategia (Casanova, 2010). In questo caso la strategia condivisa è minimalista e prestazionale. La crescita del numero di accessi non appare proporzionale alla crescita dei minuti di cura, se non in poche eccezioni.

Grafico 1 - Durata delle prestazioni e numerosità degli accessi per caso, 2007



Fonte: nostra elaborazione su dati SNN - annuario sanitario 2007

3.2. Prestazioni più semplici e sempre più contributi economici

Il quadro, appena delineato, di una maggior complessità dei bisogni legata all'età, alla dipendenza, alla comorbidità e alla numerosità dei problemi associati, messo a confronto con la tendenza alla erogazioni di prestazioni ADI sempre più semplici evidenzia come vi sia un'area ampia di necessità di cura che deve trovare risposte in altro modo.

I servizi sociali comunali non sembrano poter costituire questa risposta: pur nella ampia variabilità delle dimensioni dell'intervento, tuttavia, la copertura fornita dal SAD è bassa (1,7%) e la tendenza è alla diminuzione, anche se con aumento di spesa media per utente (cfr. cap. 6). I servizi comunali, quindi, intervengono anche sui casi di una certa gravità, ma la loro diffusione complessiva rimane esigua e l'efficacia globale nel sostegno ai casi complessi permane inevitabilmente marginale. Inoltre, le scelte generali di finanza pubblica – particolarmente penalizzanti per i Comuni – rendono le prospettive del prossimo futuro ancora più incerte.

La risposta pubblica si è concentrata – nell'arco degli ultimi anni – sempre più sulle prestazioni monetarie, come mostra la fortissima diffusione dell'indennità di accompagnamento (capp. 1 e 2). L'utenza con almeno 65 anni, si è visto, è cresciuta nel periodo 2002-2008 dal 6% al 9,5% del totale. All'accompagnamento, si è affiancata anche un'offerta sempre più ampia da parte delle Regioni di propri contributi economici, gli assegni di cura (cfr. Lamura e Principi, 2009).

Complessivamente, pertanto, la risposta pubblica si polarizza in misura crescente tra contributi economici e prestazioni ADI semplici. Seppure con intensità differente tra le diverse Regioni (cfr. cap. 6), la tendenza delineata pare riguardare l'intero Paese. Una parte di questi contributi economici va a risarcire il lavoro di cura dei familiari e un'altra contribuisce alla crescita della assistenza privata, per lo più fornita da persone immigrate; queste ultime costituiscono ora – come noto – un perno del nostro sistema di welfare (cfr. cap. 3).

Le possibilità di modificare il quadro paiono concentrarsi in quelle Regioni che – attraverso le proprie riforme a favore degli anziani non autosufficienti – stanno sviluppando l'offerta di servizi (cfr. cap. 4).

Box 1 – Prestazioni più semplici e sempre più contributi economici: sintesi

La realtà di un intervento pubblico nel territorio polarizzato tra prestazioni ADI semplici e trasferimenti monetari è l'esito di varie tendenze:

- Aumento dell'utenza ADI, composta sempre più di anziani che ricevono prestazioni semplici
- Costante scarsità di servizi domiciliari sociali comunali
- Forte espansione dell'indennità di accompagnamento
- Espansione degli assegni di cura forniti da varie Regioni

4. Conclusioni

Nella recente fase storica, è stato in parte ridotto il *gap* quantitativo tra bisogni dei non autosufficienti al domicilio e risposte dei servizi, anche rispetto a quanto avviene negli altri Paesi europei. Tuttavia l'insufficiente dimensionamento dei servizi domiciliari permane, specie per quelli comunali, mentre i trasferimenti monetari (indennità di accompagnamento) e l'assistenza privata fornita dalle badanti hanno vissuto un decennio di crescita esponenziale.

Oltre alle criticità sulla quantità emergono problemi inerenti la "qualità" degli interventi e dei bisogni, che rendono necessaria una riflessione sulle scelte organizzative, gli strumenti e le modalità con cui far funzionare il servizio di assistenza domiciliare. Questi paiono i punti principali di attenzione:

- la comorbidità, la presenza cioè di più patologie concomitanti è diffusa e quasi la regola negli anziani assistiti a domicilio – in modo simile ai ricoverati nelle residenze – ma le cure maggiormente erogate sono quelle semplici, legate ad una singola prestazione che in nessun caso si fa carico della necessità di tener conto del complessivo contesto, ampiamente patologico, in cui quella prestazione si inserisce;
- la patologia più invalidante e in maggior crescita nella popolazione anziana, specie quella molto anziana, è la demenza, in particolare la malattia di Alzheimer, mentre nei servizi domiciliari questa è sottorappresentata, pur nella forte variabilità fra i territori. I problemi posti a domicilio da questi malati (in sintesi: interventi di emergenza per disturbi del comportamento, imprevedibilità, instabilità, dipendenza non immobile, e interventi estesi sulle 24 ore per i tempi di sorveglianza), sono di tipo nuovo ma non esistono neppure programmi di sperimentazioni esplorative per studiare interventi su questi aspetti, a parte qualche isolata esperienza locale (ad es. De Vreese, 2010);
- cura della persona e sorveglianza (il cosiddetto *personal care*) costituiscono il maggior impegno per le famiglie che si fanno carico di un anziano non autosufficiente. È una cura non specialistica ma che per essere efficace richiede un tempo di intervento non breve, sia per singolo accesso sia nella estensione del numero degli interventi. Eppure la tendenza sembra quella di occuparsi sempre meno di tale aspetto nell'ambito dell'ADI, delegando di fatto questi interventi alla famiglia e alla cura privata o gravando con bisogni impropri sui servizi sociali. Di fronte a un bisogno singolo, ben individuato l'attuale struttura delle cure domiciliari può anche fornire, nella maggior parte dei casi una buona risposta. Laddove però i bisogni si moltiplicano e si incrociano, vi è una evidente necessità di aiutare il familiare che cura anche rispetto alla organizzazione complessiva e alle scelte assistenziali, lasciando certo che la famiglia resti protagonista ma non sola.

Bibliografia

- BERNABEI R., LANDI F., ONDER G., LIPEROTI R., GAMBASSI G., 2008, *Second and Third Generation Assessment Instruments: The Birth of Standardization in Geriatric Care*, in "Journal of Gerontology", 63A: pp. 308-313.
- CASANOVA G., 2010, *I fondi regionali per la non autosufficienza e il confronto con il modello spagnolo: possibile riconoscimento di un diritto?*, in "Servizi Sociali Oggi" n. 3, pp. 51-54.
- CASANOVA G., LILLINI R., 2009, *Disabilità, non autosufficienza e disuguaglianze socio-economiche e strutturali: le strategie di cura e la correlazione esistente con l'incidenza di povertà. Uno studio pilota*, paper presentato al forum Espanet-RPS svoltosi a Roma. 4-5 novembre 2009.
- DE RONCHI D., BERARDI D., MENCHETTI M., FERRARI G., SERRETTI A., DALMONTE E., FRATIGLIONI L., 2005, *Occurrence of cognitive impairment and dementia after the age of 60: a population-based study from Northern Italy*, in "Dement Geriatr Cogn Disord", 19: 97-105.
- DE VREESE L.P., 2010, *Visite urgenti al domicilio per anziani affetti da demenza*, in "I luoghi della cura", VIII (1): 7-11.
- DI STANISLAO F., BARBADORO P., SIMONETTI R. et alii, 2005, *L'assistenza domiciliare nella Regione Marche*, in GENSINI G.F., RIZZINI P., TRABUCCHI M., VANARA F., *Rapporto Sanità 2005: invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*, Il Mulino, Bologna, pp. 471-485.
- FACCHINI C., 2007, *I 'care-givers' degli anziani affetti da Alzheimer: tra stress e autovalorizzazione*, in "Politiche sociali e servizi", luglio-dicembre, pp. 191-209.
- GUAITA A., VITALI S.F., COLOMBO M., 2005, *La demenza grave*, in "G Gerontol", 53: 355-361.
- LUCCHETTI M., 2005, *Le cure domiciliari ad anziani: fasi di attività e processo verso una gestione coordinata e controllata. Il caso di una ASL marchigiana*, in GENSINI G.F., RIZZINI P., TRABUCCHI M., VANARA F., *Rapporto Sanità 2005: invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*, Il Mulino, Bologna, pp. 429-469.
- LUPPA M., LUCK T., WEYERER S., KÖNIG H.H., BRÄHLER E., RIEDEL-HELLER S.G., 2010, *Prediction of institutionalization in the elderly*, A systematic review, Age Ageing, 39: 31-8.
- POMO V. (REGIONE PUGLIA) RELAZIONE "MATTONI 13", in "Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari", Roma, 23 novembre 2005.
- SCARCELLA C., et alii, 2007, *La rete dei servizi per l'anziano a Brescia: cure domiciliari ed RSA a confronto*, in "I luoghi della cura", V(2): 22-28
- SPADA R.S., STELLA G., CALABRESE S., BOSCO P., ANELLO G., GUÉANT-RODRIGUEZ R.M., ROMANO A., BENAMGHAR L., GUÉANT J.L., 2009, *Prevalence of dementia in mountainous village of Sicily*, J Neurol Sci, 283: 62-65.
- SPADIN P., VACCARO M.C., 2007, *La vita riposta: i costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer*, Franco Angeli, Milano.
- TOGNONI G., CERAVOLO R., NUCCIARONE B., BIANCHI F., DELL'AGNELLO G., GHICOPULOS I., SICILIANO G., MURRI L., 2005, *From mild cognitive impairment to dementia: a prevalence study in a district of Tuscany, Italy*, Acta Neurol Scand 112: 65-71.

8. I servizi domiciliari tra reti informali e assistenti familiari

Mirko Di Rosa, Maria Gabriella Melchiorre, Giovanni Lamura

1. Reti di sostegno informali e lavoro di cura privato

1.1. *L'assistenza all'anziano tra reti familiari in affanno e servizi domiciliari insufficienti*

L'assistenza all'anziano non autosufficiente in Italia è sempre stata affidata prevalentemente alle reti di supporto familiari e, così come in altri Paesi europei, erogata in gran parte da soggetti di sesso femminile. Nel nostro Paese, in particolare, sono le figlie degli interessati le principali caregivers (Tabella 1), che spesso vanno ad affiancare la moglie/partner dell'assistito nello svolgimento di questo ruolo. Un ulteriore elemento di differenziazione attiene ai contenuti dell'assistenza informale fornita, in quanto i caregiver italiani supportano i propri familiari anziani in misura nettamente superiore a quanto osservato negli altri Paesi in tutte le diverse attività, tranne che per l'espletamento delle faccende domestiche (Tabella 1) ⁽¹⁾.

Nonostante questa prevalenza della componente familiare nell'ambito della long-term care italiana persista, la disponibilità di assistenti informali in Italia appare da tempo influenzata negativamente da diversi fattori. Il primo è di natura prevalentemente socio-demografica, e riguarda alcuni recenti mutamenti nella tipologia delle famiglie italiane (Melchiorre *et al.*, 2009). Tra questi spiccano la diminuzione delle famiglie multigenerazionali, l'aumento delle famiglie uni-personali (le persone sole rappresentano ormai oltre un quarto di tutte le famiglie), nonché di quelle (oltre un quinto) composte di soli anziani. Tutte tendenze che certamente rendono meno agevole un'erogazione consistente di assistenza informale su basi quotidiane.

⁽¹⁾ La gran parte dei dati riportati in questo capitolo si riferiscono allo studio EUROFAM-CARE, al quale si rimanda per un approfondimento dei contenuti e dei principali risultati di questo progetto (cfr. home page in: <http://www.uke.de/extern/eurofamcare/index.php>). Incentrato sull'analisi dei servizi di supporto per familiari caregivers di anziani e condotto nel periodo 2002-2005 in sei Paesi tra cui l'Italia, lo studio ha raggiunto quasi mille nuclei familiari per Paese, coinvolti nell'assistenza ad un familiare non autosufficiente per almeno quattro ore a settimana.

Tabella 1 - Caratteristiche del campione EUROFAMCARE

Caratteristiche	Grecia (N=1014)	Italia (N=990)	Regno Unito (N=995)	Svezia (N=921)	Polonia (N=1000)	Germania (N=1003)	Tutti (N=5923)
<i>Anziano</i>							
Età (anni), M	79.5	82.0	78.0	81.3	78.6	79.7	79.8
Sesso: % femmine	64.5	71.2	69.5	57.7	72.8	68.5	67.5
Dipendenza ADL: M punteggio Barthel ^a	70.0	63.0	73.9	70.1	79.3	61.6	69.7
Dipendenza IADL: % dei più dipendenti ^b	62.8	74.7	59.9	71.4	56.8	71.7	66.1
<i>Assistente familiare</i>							
Età (anni), M	51.7	53.4	54.5	65.4	51.0	53.8	54.8
Sesso: % femmine	80.9	77.1	75.4	72.0	76.0	76.1	76.3
Grado di parentela con l'anziano							
Figlio	55.4	60.9	31.6	40.5	51.1	53.4	48.9
Sposo/Partner	17.1	10.9	22.8	48.1	18.2	18.4	22.2
Altri	27.5	28.2	45.6	11.4	30.7	28.2	28.9
<i>Tipo di assistenza</i>							
Supporto psicologico ed emozionale	86.3	93.8	82.8	80.0	85.0	84.7	85.5
Cure domestiche	74.3	73.5	73.6	80.4	89.0	81.7	78.7
Mobilità e trasporto	66.7	88.5	67.1	66.7	72.0	81.3	73.8
Gestione finanze	72.0	85.0	56.0	77.4	70.9	67.0	71.3
Organizzazione e gestione dell'assistenza	64.3	91.1	57.9	80.5	68.1	64.3	70.9
Cure sanitarie	82.1	73.7	52.6	55.5	68.2	65.4	66.4
Cure fisiche e personali	60.7	67.1	46.1	51.7	44.3	64.3	55.8
Supporto finanziario	46.0	32.7	21.5	11.7	30.9	27.4	28.7
Ore settimanali di cure fornite, M	50.85	49.7	50.6	37.6	44.7	39.4	45.6
(SD)	(52.6)	(53.4)	(62.3)	(49.5)	(49.2)	(49.3)	(53.1)

Note: ADL = *activity of daily living* (attività della vita quotidiana); IADL = *instrumental ADL* (ADL strumentale).

^a Indice di disabilità fisica il cui punteggio va da 0 (completa dipendenza) a 100 (indipendenza; Mahoney & Barthel, 1965).

^b Percentuale di partecipanti appartenenti al gruppo che riporta il più alto grado di dipendenza in termini di scala IADL a 6 item derivante dal *Duke Older Americans Resources and Services assessment* (Fillenbaum & Snyer, 1981) e dicotomizzata in due gruppi (dipendenza più bassa/più alta).

Fonte: Lamura et al. (2008)

Un'ulteriore tendenza, di natura più socio-economica, è rappresentata dall'incremento del tasso di partecipazione femminile al mercato del lavoro, che tra il 1994 e il 2004 è cresciuto dal 42% al 51% (OECD, 2005), con un evidente impatto su quello che rappresenta il principale bacino di riferimento dei carer familiari italiani. A questa si affianca una graduale posticipazione dell'età media di pensionamento, per effetto delle recenti riforme del sistema pensionistico, come dimostra il fatto che il tasso di occupazione del gruppo di 55-64 anni di età – quello in cui è tradizionalmente concentrata gran parte degli assistenti informali di anziani – ha raggiunto nel 2006 il 32,5% (Eurostat, 2007), cinque punti in più rispetto al 2000, pur rimanendo ancor oggi tra i più bassi in Europa.

Alla luce di questi recenti cambiamenti non deve pertanto stupire che in Italia, più che negli altri Paesi europei, prevalga l'opinione di chi ritiene che il carico assistenziale sia eccessivamente concentrato sulla famiglia, alla quale si affianca tuttavia l'idea, tipica dell'approccio culturale *familista*, per cui "i figli che lavorano dovrebbero assistere i propri genitori anziani in caso di bisogno" (Special Eurobarometer, 2007). Questa attitudine a considerare l'assistenza all'anziano come un "affare di famiglia", assieme alla nota avversione delle famiglie italiane verso il ricovero in strutture residenziali, comincia a porre, a seguito dell'osservato aumento del tasso di occupazione femminile, crescenti problemi di conciliazione tra lavoro remunerato e compiti informali di assistenza, cui si aggiunge anche la ben nota carenza di servizi domiciliari adeguati ⁽²⁾.

1.2. Il ruolo delle assistenti familiari straniere

La limitatezza delle risposte fornite dal sistema di servizi domiciliari a finanziamento pubblico rende comprensibile come la ricerca di un sostegno da parte delle famiglie italiane, sempre più pressate dalla ricerca di un equilibrio tra crescente fabbisogno assistenziale, da un lato, e minori disponibilità economiche e di tempo, dall'altro, abbia trovato risposta nel supporto fornito dalla manodopera straniera a basso costo resa disponibile dalla crescente globalizzazione, anche per l'insufficiente disponibilità di personale assistenziale autoctono.

1.2.1. Il lavoro di cura privato nel sistema di welfare italiano

Oltre alla diminuita disponibilità di assistenza informale ed alla scarsa diffusione di servizi di assistenza domiciliare (Gori, Casanova, 2009) e residenziale (Pesaresi, Brizioli, 2009), un'ulteriore peculiarità del welfare italiano è quella

⁽²⁾ Per un'analisi più approfondita in chiave comparata della realtà italiana rispetto ad altri Paesi europei si rimanda al cap. 9 in questo stesso volume.

del suo tradizionale orientamento monetario, in cui le prestazioni a sostegno delle persone non autosufficienti assumono prevalentemente la forma di erogazioni in denaro (statali e locali), piuttosto che non quella di servizi in natura. In proposito va osservato che soprattutto l'indennità di accompagnamento, erogata dallo Stato, ha raggiunto un'utenza molto vasta, attualmente pari a circa un decimo di tutti gli anziani residenti in Italia (Lamura, Principi, 2009), un trend che solo in minima parte è spiegabile con la mancanza di controlli adeguati.

Alla luce di tali sviluppi, non sorprende pertanto che un numero crescente di famiglie italiane si siano rivolte ad assistenti familiari straniere per trovare sostegno nel prestare assistenza ai propri familiari anziani non autosufficienti. Le statistiche ufficiali riflettono chiaramente questo fenomeno (Tabella 2): mentre nel 1991 solo il 16% dei 181.000 assistenti familiari registrati era di origine straniera, le stime per il 2009 indicano un notevole 90% di immigrati su 760.000 lavoratori a domicilio. Altre fonti (Censis, 2009), pur con qualche distinguo, confermano tale situazione, stimando un 72% di persone straniere tra i quasi 1.485.000 lavoratori subordinati (colf e badanti), con una fortissima crescita di presenze registrata soprattutto negli ultimi anni (+37% dal 2001 al 2009).

Tabella 2 - Assistenti familiari in Italia (1995-2007)

	Totale	Di cui di nazionalità straniera	%
1991	181.096	35.740	16,5
1995	192.942	67.697	35,1
2000	256.803	136.619	53,2
2001	268.730	139.505	51,9
2002	541.098	409.307	75,6
2003	542.651	411.425	75,8
2004	502.547	371.830	74,0
2005	471.085	342.065	72,6
2009	760.000*	684.000*	90,0*

(*) Stime

Fonti: dati fino al 2005: INPS (2000-2007); dati del 2009: Pasquinelli & Rumini (2009 e in questo volume)

Un gran numero di questi assistenti familiari straniere, soprattutto donne, coabitano con le persone anziane assistite, e provengono soprattutto dall'Est Europa – in particolare da Ucraina e Romania, ma anche da Polonia, Moldavia e Albania – e non poche anche dal Sud America e da Paesi asiatici come Filippine e Sri Lanka.

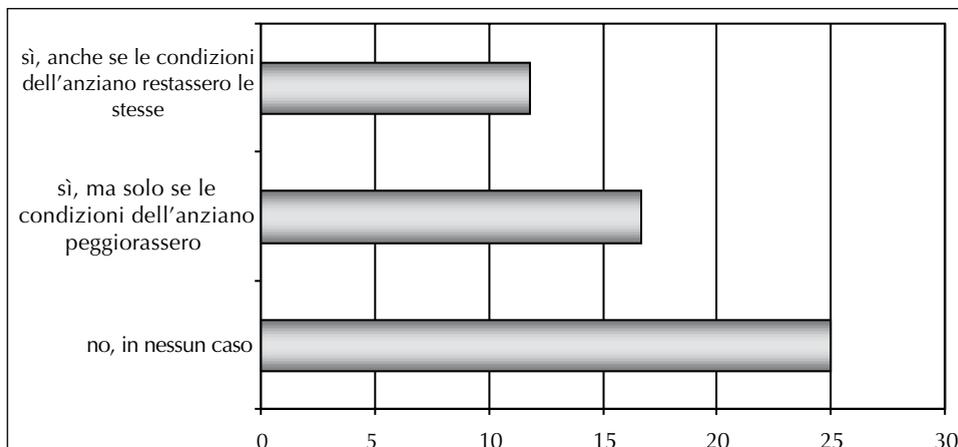
2. L'impatto delle assistenti familiari straniere sull'assistenza familiare e professionale agli anziani in Italia

Il lavoro privato di assistenza da parte degli immigrati è divenuto in Italia una soluzione sistematica per affrontare esigenze assistenziali di lungo periodo, tanto più se i tradizionali servizi domiciliari non sono in grado di soddisfarle in misura adeguata. Vista la consistenza del fenomeno, diviene quindi importante comprendere quale impatto esso abbia (avuto) sul ruolo svolto dalla famiglia e dai servizi formali quali Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), cercando di identificare i principali fattori d'influenza e ottenere indicazioni sulla sostenibilità a lungo termine del fenomeno stesso. In questo paragrafo saranno pertanto analizzati in maggior dettaglio alcuni risultati del già menzionato studio EUROFAMCARE, basandosi sia sulla sezione comune europea della *survey* che su quella solamente italiana del progetto (comprendente alcune domande sulle assistenti familiari straniere somministrate solo ai partecipanti italiani e volte ad esplorare se, per quali compiti e in quali circostanze le famiglie si rivolgono al supporto delle assistenti immigrate nel caregiving di familiari anziani). Per il campione italiano ben 129 famiglie – vale a dire il 13% delle 990 reclutate in tutto – risultavano impiegare un'assistente familiare straniera.

2.1. *Caratteristiche delle famiglie che utilizzano assistenti familiari straniere e fattori che influenzano la scelta di questa soluzione assistenziale*

La soluzione di impiegare badanti straniere è più di frequente adottata da famiglie coinvolte in pesanti compiti di assistenza, quali la gestione di un familiare demente (oltre una famiglia italiana su quattro) o gravemente disabile (oltre un terzo delle famiglie). Anche la partecipazione al mercato del lavoro dei caregivers, oltre alla loro maggiore disponibilità economica (soprattutto se sostenuta da provvidenze economiche di origine locale) rappresentano una variabile cruciale nell'aumentare la propensione delle famiglie all'impiego di tale personale. Il ricorso alle assistenti private a pagamento è inoltre maggiore da parte di caregivers che sostengono di non poter in futuro continuare ad assistere, indipendentemente da un eventuale extra supporto che potessero ricevere, o che rifiutano in assoluto l'idea di un eventuale ricovero in istituto del parente anziano da accudire (fig. 1).

Figura 1 - Impiego di assistenti familiari straniere a seconda dell'atteggiamento verso le cure residenziali: "Prenderebbe in considerazione il ricovero dell'anziano in una struttura residenziale?" (%)



Fonte: Lamura et al. (2010)

2.2. Compiti di assistenza svolti dalle assistenti familiari straniere

Le assistenti familiari straniere sono assunte principalmente per svolgere lavoro domestico, preparare e somministrare i pasti, per compagnia e cura personale (Tabella 3). I compiti meno frequentemente delegati dai caregiver familiari a tali assistenti sono all'opposto la gestione delle finanze, l'organizzazione dell'assistenza ed il trasporto. Una posizione intermedia caratterizza attività quali la somministrazione di farmaci, il sollevamento della persona anziana e/o l'aiuto a

Tabella 3 - Attività svolte da assistenti familiari straniere per status di convivenza con l'assistito (%)

Compiti assistenziali	Convive	Non convive
	<i>n</i> = 84	<i>n</i> = 29
Lavori domestici	98.8	89.7
Preparazione/somministrazione pasti	94.1	65.5
Compagnia	84.5	72.4
Igiene e cura personale	82.1	72.4
Somministrazione farmaci	85.7	58.6
Sollevamenti/spostamenti in casa	81.0	65.5
Acquisti	58.3	41.4
Trasporti	17.1	27.6
Organizzazione dell'assistenza	12.2	20.7
Gestione delle finanze	7.3	17.2

Fonte: proprie elaborazioni sui dati di EUROFAMCARE

spostarsi in casa e l'espletamento di attività esterne (come, ad esempio, lo shopping), tutti compiti maggiormente svolti quando l'assistente familiare straniera coabita con l'anziano. La convivenza rappresenta pertanto una condizione abitativa che predispone ad un coinvolgimento più frequente della badante 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).

2.3. Impatto delle assistenti familiari straniere sul supporto fornito dai servizi di assistenza domiciliare

Quando si analizza l'impatto esercitato dall'impiego di assistenti familiari sul supporto fornito dai servizi di assistenza domiciliare, occorre partire dalla considerazione che, *in assenza* di tali assistenti (tab. 4, colonna 1), i servizi formali di assistenza domiciliare si concentrano prevalentemente sulla cura personale (59%), sui lavori domestici (42%), ma in misura notevole anche su preparazione e/o somministrazione dei pasti, aiuto per spostamenti/sollevamenti in casa, somministrazione di farmaci e compagnia. In presenza di un'assistente familiare straniera *non convivente* con l'anziano (colonna 2), il sostegno dei servizi domiciliari diminuisce in misura percettibile per l'igiene personale, per la preparazione dei pasti e per i lavori domestici (cioè per i tipi di aiuto più frequentemente forniti). Al contrario, l'espletamento di compiti che implicano una minore intensità di cure manuali – quali la somministrazione dei farmaci, la compagnia, il trasporto, l'organizzazione dell'assistenza – subisce un netto incremento.

Tabella 4 - Attività svolte dai fornitori di assistenza domiciliare per tipo di supporto fornito dalle assistenti familiari straniere (%)

Compiti assistenziali	Tipo di assistente familiare straniera		
	Nessuna	Non convive*	Convive*
	<i>n</i> = 145	<i>n</i> = 11	<i>n</i> = 15
	1	2	3
Cura personale	58,6	- 13,1	+ 1,4
Lavori domestici	41,7	- 5,3	- 15,0
Preparazione/somministrazione pasti	37,5	- 10,2	- 24,2
Sollevamenti/spostamenti in casa	36,8	- 0,4	- 16,8
Somministrazione farmaci	34,7	+ 10,8	- 14,7
Compagnia	31,9	+ 13,6	- 31,9
Trasporti	20,8	+ 6,5	+ 12,5
Acquisti	16,0	+ 2,2	- 9,3
Organizzazione dell'assistenza	9,7	+ 8,5	- 3,0
Gestione delle finanze	2,8	+ 6,3	- 2,8

*: differenza % rispetto al caso in cui non si impiega nessuna assistente familiare straniera (colonna 1)

Fonte: ns. elaborazioni sui dati di EUROFAMCARE

Quando la famiglia dell'anziano non autosufficiente impiega un'assistente familiare straniera *convivente* (colonna 3), la riduzione del ruolo dei servizi domiciliari formali appare sostanziale per la maggior parte dei compiti, al punto che alcune tipologie di sostegno (quali, ad esempio, la compagnia) "scompaiono" completamente dalla lista degli aiuti forniti. Le uniche due attività che continuano ad essere delegate in misura notevole ai servizi domiciliari sono la cura personale ed il trasporto. Questo avviene, si può ipotizzare, perché ad essere assistiti da personale di cura privato convivente sono gli anziani meno autosufficienti e più bisognosi di supervisione continua (anche 24 ore su 24), casi cioè per i quali è spesso indispensabile mantenere un supporto professionalmente più qualificato e specializzato per quelle funzioni (come appunto il trasporto con mezzi adeguati e la cura personale) per le quali non sempre l'assistente personale privato possiede i mezzi e/o le professionalità necessari.

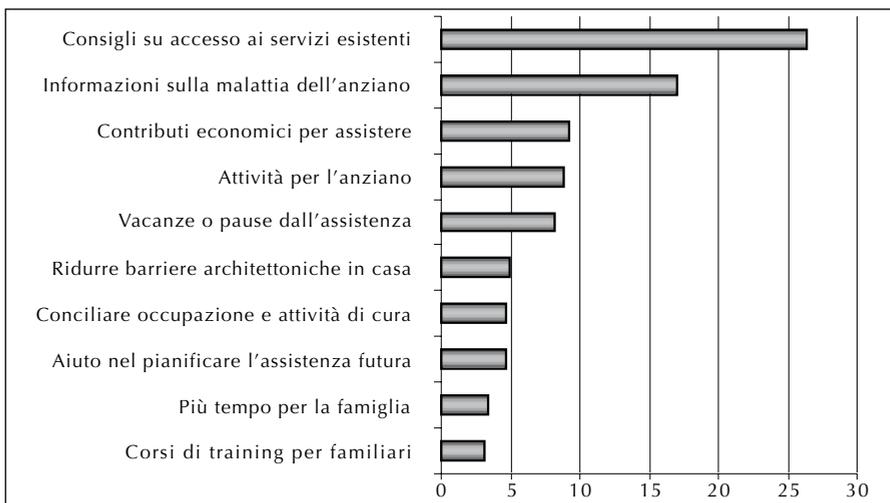
In ogni caso, sebbene il basso numero di casi disponibili per queste analisi consigli cautela nel generalizzare le osservazioni appena esposte, l'opzione della convivenza sembra rappresentare la situazione che più di ogni altra può indurre una sorta di effetto di *crowding-out* (o sostituzione) dei servizi di assistenza domiciliare da parte delle assistenti familiari straniere. Questi risultati sembrano confermare quanto osservato da altre ricerche qualitative, da cui è emerso che l'assistente familiare convivente con l'anziano non autosufficiente rappresenta una risorsa cruciale nei casi più gravi e con necessità di sorveglianza continuativa, quando finisce spesso per rappresentare l'unica soluzione in grado di evitare o ritardare il ricovero in istituto, data l'inadeguatezza della rete di caregiving familiare e dei servizi domiciliari disponibili (Da Roit, 2007). Alla luce delle molteplici "convenienze nascoste" (Spano, 2006), pubbliche e private, legate a questo fenomeno, non può che riconoscersi che lo stesso finisce con il configurare una sorta di "welfare leggero", familiare e informale, forse non sempre caratterizzato da adeguata e qualificata competenza "tecnica", ma sicuramente vissuto dalle famiglie italiane come più *tempestivo* e *dignitoso* (vedi anche il paragrafo successivo) – più "amichevole" e meno "burocratizzato", direbbero altri autori (Ambrosini, 2004: 20) – rispetto a quanto è lecito attendersi dai servizi domiciliari formali oggi esistenti. I quali vengono infatti tacciati di essere poco diffusi, sottodimensionati, scarsamente disponibili anche in termini di copertura oraria (rispetto ai bisogni assistenziali spesso continuativi da soddisfare), e che richiedono, come nel caso dell'ADI, la presenza di un familiare di riferimento quale condizione essenziale ai fini dell'erogazione del servizio, mentre l'assistente straniera, in molti casi, si trova ad assistere e convivere con anziani soli.

3. Le reti familiari e la loro percezione dei servizi domiciliari

Un altro elemento che lo studio EUROFAMCARE ha consentito di approfondire riguarda le difficoltà incontrate dalle famiglie italiane ed europee nella fruizione dei servizi (domiciliari e non) esistenti. Il messaggio complessivo che scaturisce da tali risultati è che alcune barriere all'accesso ai servizi di cura appaiono comuni a diversi Paesi e che, in Italia, particolare rilevanza assumono la carenza di informazioni, la burocrazia, ma anche i costi elevati e le lunghe liste di attesa (per un approfondimento comparato di questi aspetti si rimanda, come già detto, al cap. 9 in questo stesso volume).

Per meglio comprendere come poter superare queste barriere, lo studio ha esaminato anche quali supporti e caratteristiche dei servizi assistenziali siano ritenuti più importanti dagli utenti (fig. 2), riscontrando al primo posto la possibilità di ricevere consigli sugli aiuti disponibili e su come accedervi, seguito dalle informazioni sulla malattia sofferta dall'anziano nonché, più distaccata, la richiesta di contributi economici per fornire un'assistenza migliore. Il primo di questi supporti (il bisogno di consigli su come accedere ai servizi disponibili) rimane insoddisfatto in un numero rilevante di casi (quasi un quarto delle famiglie in Italia!), cosa che non accade per il bisogno di informazioni sulla malattia dell'anziano (che risulta quasi sempre soddisfatto), mentre la situazione torna ad essere critica quando analizziamo l'esigenza di contributi economici per finalità assistenziali, che appare una modalità d'intervento piuttosto richiesta ma insoddisfatta soprattutto nei Paesi mediterranei, compresa l'Italia, e nell'Est europeo (dati non riportati in figura).

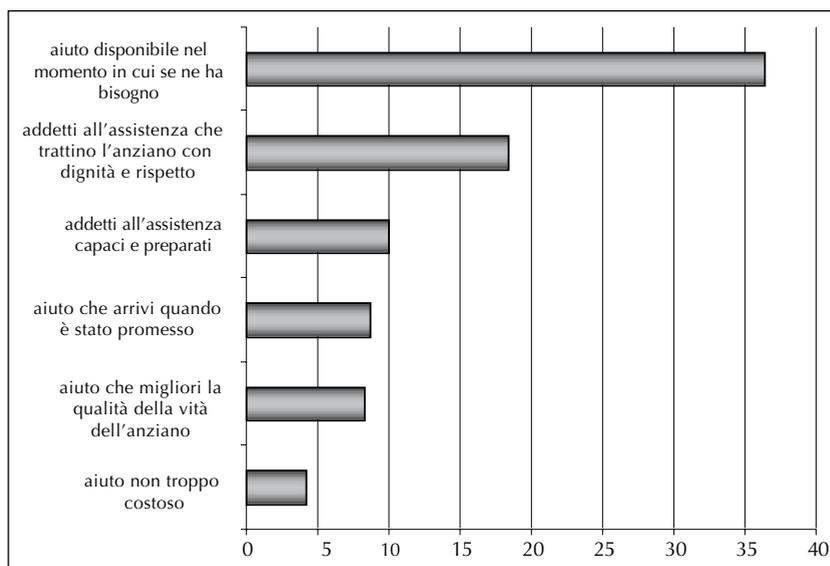
Figura 2 - Tipi di supporto ritenuti più importanti (%)



Fonte: Lamura et al. (2010)

Per quanto riguarda le caratteristiche dei servizi, due emergono come quelle ritenute più importanti dalle famiglie (fig. 3): la tempestività dell'intervento (che l'aiuto sia cioè disponibile quando se ne ha più bisogno), e che gli addetti all'assistenza trattino la persona anziana con rispetto e dignità, un aspetto questo ritenuto più importante, si badi bene, della stessa preparazione tecnica degli operatori. La tempestività degli aiuti appare un problema, di nuovo, nei Paesi mediterranei come l'Italia (dove se ne lamenta una famiglia su otto) e nell'Est europeo, mentre il rispetto della dignità della persona anziana sembra dovunque garantito nella gran parte dei casi (dati non riportati in figura). Possiamo pertanto riassumere quest'ultimo risultato sottolineando come sia necessario prestare particolare cura nell'informare gli utenti su come accedere ai servizi esistenti, nel migliorare la tempestività degli interventi, anche attraverso adeguati sostegni economici, e mantenendo sempre elevata l'attenzione al rispetto della dignità umana della persona anziana.

Figura 3 - Caratteristiche dei servizi ritenute più importanti (%)



Fonte: Lamura et al. (2010)

4. Osservazioni conclusive

Il sistema di welfare italiano si caratterizza, da un lato, per la prevalenza dei trasferimenti monetari alle famiglie e una minore incidenza delle risorse destinate ai servizi assistenziali; dall'altro, per un intervento pubblico domiciliare con-

tenuto ad integrazione delle attività di cura svolte prevalentemente dai familiari dell'anziano, configurandosi, quindi, come una presa in carico solo parziale degli utenti (Melchiorre *et al.*, 2008). A fronte di questa situazione di insufficiente copertura pubblica, è venuta aumentando in misura notevole la percentuale di famiglie che si rivolgono ai servizi di cura prestati a pagamento, il più delle volte secondo modalità irregolari, da assistenti di origini straniere. La consistenza di questo fenomeno è tale che, come confermano i dati sopra esposti, l'effetto di sostituzione che viene a generarsi tra lavoro di cura privato (soprattutto se espletato da immigrati conviventi con la persona da accudire), da un lato, e i servizi di assistenza domiciliare a finanziamento pubblico, dall'altro, finisce col favorire una vera e propria "metamorfosi" di questi ultimi, riducendone la gamma delle funzioni svolte e concentrandole nell'area dei servizi di cura personale e di trasporto. Ciò avviene anche per la contemporanea riduzione del numero di utenti raggiunti e la crescita del grado di disabilità medio degli stessi (Tidoli, 2006), a testimonianza di una tendenza al "riposizionamento" dei servizi domiciliari verso la fascia di utenti con bisogni assistenziali più gravi.

I risultati esposti evidenziano d'altro canto come l'esteso impiego di assistenti straniere sia fonte di evidenti opportunità da parte delle famiglie di anziani non autosufficienti: permette di alleviare i caregiver familiari dalle attività di assistenza più onerose, soprattutto nel caso di convivenza; offre la possibilità di erogare un'assistenza personalizzata all'anziano ma anche mirata rispetto alle peculiari esigenze di riconciliazione dei caregiver, specie se impegnati sul fronte professionale; consente di ritardare, se non persino di evitare, l'istituzionalizzazione dell'anziano in strutture residenziali. Il tutto con una non indifferente convenienza economica per le diverse parti coinvolte, legata sia ai differenziali di reddito esistenti tra l'Italia e i Paesi di origine delle immigrate, sia alla soluzione coabitativa. Finendo così con il rappresentare, per molti nuclei familiari con limitate risorse economiche e relazionali, come lo strumento ideale per fronteggiare quell'affanno ed isolamento che gli eventi, spesso traumatici ed improvvisi, legati alla presenza di un anziano non autosufficiente, suscitano nelle famiglie, mettendone a dura prova la tenuta ed il loro ruolo di cura rispetto all'anziano (Paroni, Rizzi, 2004).

Il passaggio dei compiti più pesanti dalla famiglia all'assistente straniera (come i lavori domestici e la cura personale), ma anche di quelli più delicati, come la somministrazione dei farmaci; l'accennato riposizionamento dei servizi di assistenza professionale in settori specifici; il riorientamento del ruolo delle famiglie verso attività soprattutto di supporto emotivo-psicologico e organizzativo: sono tutti elementi, questi, che mettono in luce una riorganizzazione profonda della divisione dei compiti di cura tra i principali attori impegnati nell'assistenza agli anziani del nostro Paese, che si è operata ad un ritmo impensabile fino a soli

pochi anni fa. Tali trasformazioni rappresentano una sfida soprattutto per il ruolo svolto dai servizi domiciliari tradizionali (ADI e SAD), che sembrano tuttavia reagire solo molto lentamente alla crescente richiesta di investimenti più mirati e maggiori competenze per formare ed integrare questi “nuovi attori” nell’esistente rete di servizi formali. Una posizione certamente favorita dall’impiego largamente sommerso delle assistenti familiari straniere – e quindi “invisibili” o comunque non considerate come “valida controparte” da parte di molti professionisti della domiciliarità pubblica – impedendo così finora che la questione fosse affrontata con maggiore sistematicità.

Questo appello per una migliore integrazione e qualità delle cure fornite dalle assistenti familiari straniere – una richiesta proveniente in larga misura anche dalle stesse – è reso urgente dalle incertezze relative alla sostenibilità a lungo termine del sistema attuale, ed alla sua capacità di attrarre nuove coorti di badanti in sostituzione delle attuali, una volta che queste siano rimpatriate o si saranno trasferite in settori lavorativi meglio retribuiti (come, ad esempio, quello dell’assistenza formale o in attività economiche non assistenziali di più alto prestigio), sebbene non tutti concordino che questa sia l’evoluzione più probabile nell’immediato futuro (CeSPI 2008). Tutto questo senza considerare l’effetto potenzialmente devastante di *care drain* che si verifica nei Paesi di origine delle assistenti familiari, i cui figli e genitori rimasti in patria si trovano senza una figura di riferimento, e dove molto spesso i servizi pubblici incontrano notevoli difficoltà a far fronte alle accresciute esigenze assistenziali che ne derivano (Piperno, 2008).

Quali politiche potranno giocare un ruolo cruciale per garantire che questo fenomeno si verifichi in forme che, nel rispetto dei diritti e degli interessi di tutti gli attori coinvolti, siano in grado di promuovere una migliore integrazione tra famiglie, assistenti familiari straniere e servizi di assistenza domiciliare tradizionali? Gli interventi più diffusi – assegni di cura, corsi di formazione e sportelli dedicati (Pasquinelli e Rusmini, 2009 e in questo volume) – hanno avuto finora quasi esclusivamente valenza locale, se si eccettuano le poche misure adottate a livello nazionale sul fronte delle agevolazioni fiscali e in forma di reiterate campagne di legalizzazione. Da più parti è stata già sottolineata l’inadeguatezza di tali misure per una reale emersione del fenomeno del lavoro di cura privato, anche per gli elevati costi (o insufficienti risparmi) a carico dei bilanci familiari (Gori, 2009). In generale, si tratta comunque di interventi non esplicitamente mirati ad integrare le assistenti familiari private in seno al sistema di servizi domiciliari esistenti.

Le sfide future

Alla luce di quanto sopra delineato, tre appaiono le sfide principali che la crescente presenza delle assistenti familiari private pongono sul fronte dei servizi domiciliari in Italia.

Come ripensare gli interventi erogati da SAD e ADI, data l'attuale eterogeneità delle risposte locali rispetto al fenomeno di incremento della domanda di long-term care soddisfatta tramite assistenti familiari private? A nostro avviso, occorre raggiungere anzitutto un ampio consenso sulla necessità di fornire una definizione congiunta di regole per la domiciliarità sociale e per quella sociosanitaria. Al contempo, appare necessario un maggior grado di omogeneizzazione dell'assistenza domiciliare nel nostro Paese, pur lasciando la possibilità di erogare differenti mix di prestazioni a seconda del tipo e del livello di bisogno dell'utenza. La grande diffusione delle assistenti familiari ha posto la necessità di ripensare soprattutto il SAD, ma in una certa misura anche l'ADI, su tre fronti principali (Gori, Casanova, 2009): come affrontare adeguatamente i bisogni sempre più complessi (in particolare di cura della persona) dell'utenza particolarmente fragile su cui si concentrano oggi le domande di intervento, alla luce dei crescenti vincoli di bilancio? Come coordinare le diverse professionalità coinvolte – degli operatori dei servizi e delle assistenti familiari private – affinché i primi possano adeguatamente sostenere le seconde, attraverso forme efficaci di tutoraggio? Come integrare le politiche nazionali per l'immigrazione e la defiscalizzazione con quelle locali di formazione ed accreditamento, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza erogata a domicilio (Pasquinelli, Rusmini, 2009)?

Riguardo al primo interrogativo, va sottolineato che i risultati dello studio EUROFAMCARE hanno evidenziato un più frequente ricorso all'assistente familiare nei contesti assistenziali più gravi, con presenza di anziani dementi o gravemente disabili. È quindi tenendo in mente tali esigenze che occorre ridisegnare un sistema di servizi in grado di fornire risposte adeguate, riconoscendo al contempo la crescente partecipazione femminile al mercato del lavoro e la conseguente necessità di servizi di riconciliazione non più limitati (tradizionalmente) ai genitori di bambini in età pre-scolare, ma anche ai figli di genitori anziani fragili. Ne discende l'urgenza di adottare servizi maggiormente presenti in termini di ammontare e distribuzione del monte ore di assistenza nell'arco della giornata e della settimana. Le proposte per finanziare tali soluzioni sono certamente diverse – quale ad esempio l'idea di una "tassa di scopo" per finanziare l'assistenza degli anziani non autosufficienti – ma esula dalle possibilità di questo intervento comprendere quale possa essere il percorso politicamente più praticabile.

Riguardo al secondo interrogativo, sempre dallo studio EUROFAMCARE emerge che l'organizzazione dell'assistenza è uno dei compiti meno frequentemente delegati alle assistenti familiari. Il messaggio che se ne trae, ai fini di un miglior coordinamento tra le diverse professionalità coinvolte nei servizi domiciliari, è quello di potenziarne il ruolo di supervisione rispetto alle attività svolte dalle assistenti familiari private, ottimizzandone le performance in modo integrato rispetto a quanto già svolto dalle famiglie (Ambrosini, 2004). In tale ottica,

il servizio pubblico viene a fungere da “soggetto terzo”, con compiti di mediazione del rapporto tra famiglie-datori di lavoro e assistenti-fornitrici di servizi, e compiti di selezione e formazione delle stesse, fino ad includere, nei modelli di intervento più estesi, anche il monitoraggio e l’eventuale ridefinizione dei compiti di assistenza svolti.

Riguardo al terzo interrogativo, i risultati esposti evidenziano che fanno maggiore ricorso alle assistenti le famiglie che sostengono di non poter in futuro continuare ad assistere, o che rifiutano in assoluto l’eventuale ricovero in istituto del parente anziano. Le future politiche per l’immigrazione dovranno pertanto tenere in debito conto questo scenario, prevedendo con maggiore tempestività e lungimiranza adeguate quote di ingresso di personale di cura, veicolandole tuttavia in percorsi formativi professionalizzanti (sia come acquisizione di conoscenze, sia come validazione di competenze già possedute), secondo profili unitari o comunque equiparati a livello nazionale (Boccaletti, 2009).

Come coinvolgere più sistematicamente le assistenti familiari private nel processo di presa in carico dell’anziano non autosufficiente? Data la convergenza delle varie posizioni nel dibattito concernente le modalità di presa in carico dell’anziano non autosufficiente sul modello di assistenza domiciliare “a rete”, due appaiono i cardini organizzativi su cui questo debba ruotare in modo integrato, affinché si possa realizzare un sistematico coinvolgimento delle assistenti familiari private al suo interno: le Unità Valutativa Geriatriche (o Multidimensionali) operanti a livello distrettuale, da un lato, e gli sportelli attivati per favorire l’incontro tra domanda e offerta di *Long-Term Care*, dall’altro. Risultato di percorsi storicamente e funzionalmente assai diversi, questi due principali punti di accesso al sistema di benefici e servizi che caratterizza il nostro Paese appaiono oggi come gli snodi cruciali per far sì che, collegando servizi sociali e sanitari, sostegni economici e formazione delle assistenti familiari private, si possa realizzare una presa in carico capace di integrare i principali attori responsabili della sua esecuzione. È questa quindi – come realizzare un percorso integrato tra i due snodi – una delle sfide principali che a nostro avviso deve essere oggi affrontata per assicurare un reale sostegno alle famiglie impegnate nell’assistenza a domicilio di anziani non autosufficienti. Lo studio EUROFAMCARE ha evidenziato l’esistenza di diversi “ostacoli” all’idonea presa in carico dell’anziano non autosufficiente, quali la carenza di informazioni sui servizi esistenti, l’elevata burocrazia e le lunghe liste di attesa per accedervi, che ne limitano fortemente la fruibilità. La “stella polare” suggerita da questo studio per superarli è costituita dal binomio “tempestività-dignità”, caratteristiche dei servizi che qualsiasi progetto di revisione dell’attuale assetto di presa in carico dell’utente non potrà esimersi dal considerare, anche in termini di formulazione ed adozione di adeguati indicatori di efficacia al proprio interno.

Come meglio collegare assistenti private, sostegni monetari e servizi domiciliari nell'attuale sistema di welfare? Lo studio EUROFAMCARE ha posto in luce come le famiglie italiane risultino le più esigenti nel valutare le prestazioni economiche erogate per finalità assistenziali, presentando aspettative molto elevate (e quindi necessariamente solo in parte soddisfatte) in termini di diffusione ed ammontare delle stesse. Al contempo, è noto che è proprio il cumulo di provvidenze economiche nazionali e locali a favorire il ricorso al sostegno delle assistenti familiari. Al momento, tuttavia, è prevedibile che le attuali politiche nazionali di contenimento di spesa cui sono sottoposti i comuni impediscano un incremento del SAD e, tramite l'accresciuta pressione finanziaria sulle Regioni, anche dell'ADI. Ciononostante, appare cruciale che il Governo centrale definisca se e come incrementare gli stanziamenti e stabilisca alcune regole nazionali riguardanti il profilo degli interventi domiciliari, compresa la possibilità di collegare il principale programma statale per i non autosufficienti – l'indennità di accompagnamento – alla rete dei servizi nel territorio. Una delle opzioni più realisticamente percorribili in questo senso appare a nostro avviso quella di attivare meccanismi volti a stimolare il ricorso alla rete dei servizi domiciliari locali, ricomprendendo ed accreditando al suo interno anche le prestazioni fornite dalle assistenti familiari a pagamento, collegandoli all'indennità di accompagnamento. I capisaldi di questa proposta sono due: l'incremento degli importi erogati a chi optasse per la fruizione di servizi domiciliari in vece della prestazione monetaria; e l'obbligo, per chi decidesse di assumere assistenti familiari a pagamento, di ricorrere esclusivamente a soggetti accreditati.

Per quanto riguarda il primo punto, si tratterebbe di concedere ai beneficiari delle prestazioni la facoltà di impiegare l'importo ricevuto per fruire di servizi locali. A tal fine sono giocoforza necessari incentivi (Lamura, Principi, 2009), corrisposti in forma di buoni-servizio aggiuntivi, spendibili per la fruizione di servizi domiciliari comunali o accreditati. La maggiore spesa annua che tale opzione comporterebbe potrebbe essere suddivisa tra Stato e Regioni/Comuni, essendo anche questi ultimi indirettamente beneficiati attraverso le maggiori risorse che confluirebbero loro attraverso gli utenti che decidono di fruire dei relativi servizi.

Per quanto riguarda il secondo aspetto (l'assunzione di personale di cura), si può ipotizzare un'esplicita modifica delle attuali modalità di corresponsione dell'indennità di accompagnamento, nel senso di prevedere che, qualora il beneficiario decida di ricorrere ad assistenti personali, debba farlo esclusivamente ricorrendo a soggetti accreditati, eventualmente utilizzando appositi albi di assistenti domiciliari in possesso di adeguata formazione. Questo implicherebbe, da un lato, una responsabilità comunale e regionale per la formazione e l'accreditamento di tali figure ma, dall'altro, anche la possibilità di far rientrare tale opzione

nella proposta, appena illustrata, di poter usufruire di buoni-servizio aggiuntivi, in quanto tale personale di cura finirebbe con il configurarsi come parte integrante dei servizi proposti o comunque soggetti a verifica da parte dei comuni. Possibile ed auspicabile appare, in tale ottica, anche il raccordo con le agevolazioni fiscali già esistenti in questo ambito, di cui poter fruire per integrare l'importo dell'indennità qualora questa – come spesso accade – non sia sufficiente ad assicurare un monte ore di cura adeguato.

L'impegno che il nostro Paese dimostrerà nel cercare di raggiungere questi ambiziosi traguardi, con l'obiettivo di realizzare e finanziare un disegno complessivo di assistenza domiciliare maggiormente accreditata e articolata, costituirà un evidente esempio della capacità di assicurare dignitose condizioni di vita agli anziani disabili ed ai loro caregiver familiari, anche al fine di prevenire l'insorgenza di situazioni di abuso, maltrattamento o abbandono, che più facilmente si verificano quando la famiglia non si sente adeguatamente sostenuta.

Bibliografia

- AMBROSINI M., 2004, *Un'assistenza senza confini. Welfare "leggero", famiglie in affanno, aiutanti domiciliari immigrate*, ISMU, Milano.
- BOCCALETTI L. (a cura di), 2009, *Talenti di cura. Sintesi dei report di progetto. Consorzio Anziani e non solo*, Carpi.
- CASANOVA G., 2008, *I fondi regionali per i non autosufficienti*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n. 14, pp. 14-19.
- CENSIS, 2009, *Una famiglia italiana su dieci è badante-dipendente*, Roma, in www.censis.it.
- CESPI, 2008, *Lavoro di cura e internazionalizzazione del welfare: scenari transnazionali del welfare del futuro*, Roma, in www.cespi.it/Delphi-welfare/executive%20summary%202round.pdf.
- 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.
- EUROSTAT, 2007, *Employment rate in the EU27 rose to 64,4% in 2007*. News Release n. 102, in epp.eurostat.ec.europa.eu/pls/portal/docs/PAGE/PGP_PRD_CAT_PREREL/PGE_CAT_PRE_REL_YEAR_2007/PGE_CAT_PREREL_YEAR_2007_MONTH_07/3-20072007-EN-AP.PDF.
- GORI C., 2009, *Per la sanatoria delle badanti iter "leggero" ma pochi aiuti*, Il Sole 24 Ore, 6 ottobre 2009, p. 33.
- GORI C., CASANOVA G., 2009, *I servizi domiciliari*, in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Rapporto 2009*, Network Non Autosufficienza (ed.), Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pp. 35-52, in www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf.
- INPS, 2000-2007, *Osservatorio lavoratori domestici - Numero lavoratori domestici per nazionalità*, servizi.inps.it/banchedatistatistiche/domestici/index.jsp.
- LAMURA G., MNICH E., NOLAN M., WOJSZEL B., KREVERS B., MESTHENEOS L., DÖHNER H., per conto

- del gruppo EUROFAMCARE, 2008, Family Carers' Experiences Using Support Services in Europe: Empirical Evidence From the EUROFAMCARE Study, *The Gerontologist*, 2008, 48(6): 752-771.
- LAMURA G., PRINCIPI A., 2009, *I trasferimenti monetari, L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Rapporto 2009*, Network Non Autosufficienza (ed.), Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pp. 69-82, www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf.
- LAMURA G., MELCHIORRE M.G., PRINCIPI A., CHIATTI C., 2010, *I risultati della ricerca sull'assistenza familiare ai pazienti anziani con demenza. AMA - Corso di formazione nuovi volontari per malati di Alzheimer*, Chiaravalle, 17 febbraio 2010.
- MELCHIORRE M.G., QUATRINI S., BALDUCCI C., LAMURA G., 2008, *Servizi di supporto per familiari caregivers di persone anziane in Italia: tipologia e caratteristiche*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 38 (1): 3-7, [//pss.irs-online.it/](http://pss.irs-online.it/)
- MELCHIORRE M.G., QUATRINI S., GRECO C., LUCCHETTI M., LAMURA G., 2009, *Assistenza e cura all'anziano in famiglia e fuori della famiglia*, in INRCA, Ageing Society - Osservatorio Terza Età, Federsanità ANCI (a cura di), *Rapporto Nazionale 2009 sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani. Una società diversa*, Bruni s.r.l., Roma.
- OECD, 2005, *OECD in figures. Statistics in the member countries*, Paris.
- PARONI P., RIZZI M.C., 2004, *Legami di cura. La famiglia e i suoi anziani non autosufficienti*, Milano, Franco Angeli.
- PASQUINELLI S., RUSMINI G., 2009, *I sostegni al lavoro privato di cura, L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, in Network Non Autosufficienza (a cura di) Rapporto 2009 promosso dall'IRCCS INRCA per l'Agenzia Nazionale per l'Invecchiamento, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 81-97, in www.maggioli.it/rna.
- PESARESI F., BRIZIOLI E., 2009, *I servizi residenziali, L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Rapporto 2009*, in Network Non Autosufficienza (ed.), Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 53-68, www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf.
- PIPERNO F., 2008, *Migrazioni di cura: l'impatto sul welfare e le risposte delle politiche*, CeSPI Working Papers, 40, www.cespi.it/WP/WP40-impatto-PIPERNO.pdf.
- SPECIAL EUROBAROMETER, 2007, *Health and long-term care in the European Union. N. 283, Wave 67.3. European Commission*, available on line at http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf.
- TIDOLI R., 2006, *Le metamorfosi dell'assistenza domiciliare*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 2, pp. 6-10.

9. Italia ed Europa a confronto

Maria Gabriella Melchiorre, Mirko Di Rosa, Carlos Chiatti, Giovanni Lamura

1. Introduzione

L'approfondimento monografico sui servizi domiciliari in Italia si conclude mettendo a confronto il nostro Paese con le altre realtà europee. Consideriamo prima i servizi a, almeno parziale, finanziamento pubblico – il fuoco principale di attenzione del volume – (par. 2) e poi, coerentemente con quanto realizzato nei precedenti capitoli per la sola Italia, affrontiamo il ruolo delle reti informali (par. 3) e quello delle assistenti familiari (“badanti”) (par. 4). Dopo aver confrontato la realtà dei diversi soggetti che operano attualmente nell’assistenza a domicilio, vediamo cosa pensa la cittadinanza in merito (par. 5). Da ultimo, collochiamo i diversi elementi comparativi in un quadro d’insieme (par. 6).

2. I servizi domiciliari ⁽¹⁾

Il nostro è uno dei Paesi con la minore percentuale di utenza e forma – insieme alle altre realtà dell’area mediterranea (Grecia, Spagna, Portogallo) – il gruppo fanalino di coda del continente. La ridotta percentuale di fruitori porta a concentrarsi su anziani particolarmente fragili: i beneficiari dei servizi domiciliari, infatti, hanno in Italia tassi di compromissione funzionale e cognitiva assai più elevati rispetto a quasi tutti gli altri Paesi europei (cfr. cap. 7). Dall’inizio degli anni ‘90 l’area meridionale ha sperimentato una forte crescita, anche se l’utenza rimane esigua rispetto al resto d’Europa. Il valore si è quadruplicato percentualmente (da 1 a 4%) ma la distanza dagli altri Paesi, pure diminuita, continua ad essere assai ampia. Negli anni, dunque, l’Europa meridionale ha compiuto progressi notevoli ma non quel grande “salto in avanti” necessario a colmare le lacune iniziali e ad avvicinare in maniera significativa il resto del continente.

⁽¹⁾ Questo paragrafo riprende il paragrafo 5 di Gori e Casanova, 2009. Qui come nel resto del paragrafo e nella tabella si considera l’Europa a 15. L’utenza dei servizi domiciliari è calcolata considerandoli nel loro complesso, quindi sia quelli sociali (equivalenti al SAD) sia quelli sociosanitari (equivalenti all’ADI).

A differenza di quanto accaduto nel Sud, nell'Europa settentrionale la percentuale di utenza è rimasta sostanzialmente stazionaria dall'inizio degli anni '90. Già allora, infatti, l'offerta pubblica era lì decisamente estesa, raggiungendo il 14% degli anziani (Tabella 1); nel contesto scandinavo, la Danimarca rappresenta la realtà con la più alta percentuale di utenti e la Svezia quella con la percentuale minore. In Danimarca l'estrema diffusione della domiciliarità – la più elevata percentuale in Europa – ha permesso di spingere particolarmente avanti le politiche di deistituzionalizzazione. Nel 1987 è stata introdotta una legge che vieta la costruzione di ulteriori strutture residenziali, imponendo che in caso di ospedalizzazione inappropriata dovuta ad indisponibilità di servizi domiciliari l'ente responsabile di questi ultimi, il Comune, ne sostenga il costo. La Svezia, invece, ha adottato – in particolare nella seconda metà dello scorso decennio – la strategia “meno utenti e più intensità”, illustrata sopra, accompagnando la riduzione dell'utenza con l'incremento degli accessi per gli anziani più fragili; la stessa strategia è stata applicata nel Regno Unito. Rispetto all'Italia si noti che questa diminuzione ha determinato in Svezia un'utenza la cui ampiezza è, comunque, nettamente superiore a quella del nostro Paese.

L'Europa centrale ha visto una sostanziale crescita poiché – nella seconda metà dello scorso decennio – sono state introdotte riforme strutturali in Belgio, Germania, Francia e Lussemburgo. L'utenza complessiva è aumentata di un terzo, passando dal 6 all'8%, e l'incremento ha toccato soprattutto l'assistenza domiciliare sociale, che era lì particolarmente limitata (come in Italia). Nell'ADI vi è stato un aumento quantitativo dell'utenza, pure non ampio come nel SAD, accompagnato da un intenso lavoro di innovazione/sperimentazione teso a rafforzarne l'organizzazione. Tutte le riforme realizzate nell'Europa centrale hanno visto una maggiore assunzione di responsabilità, innanzitutto finanziaria, da parte dello Stato. Il ruolo più forte assunto da quest'ultimo verso la domiciliarità – sinora mancante in Italia – ha inteso sostenere l'equivalente dei nostri Comuni ed Asl, tradizionalmente responsabili dell'assistenza continuativa e privi di risorse finanziarie per sostenere in modo adeguato la crescita della domanda di interventi (Tabella 1).

Tabella 1 – I servizi domiciliari in Europa, % anziani utenti, anni vari

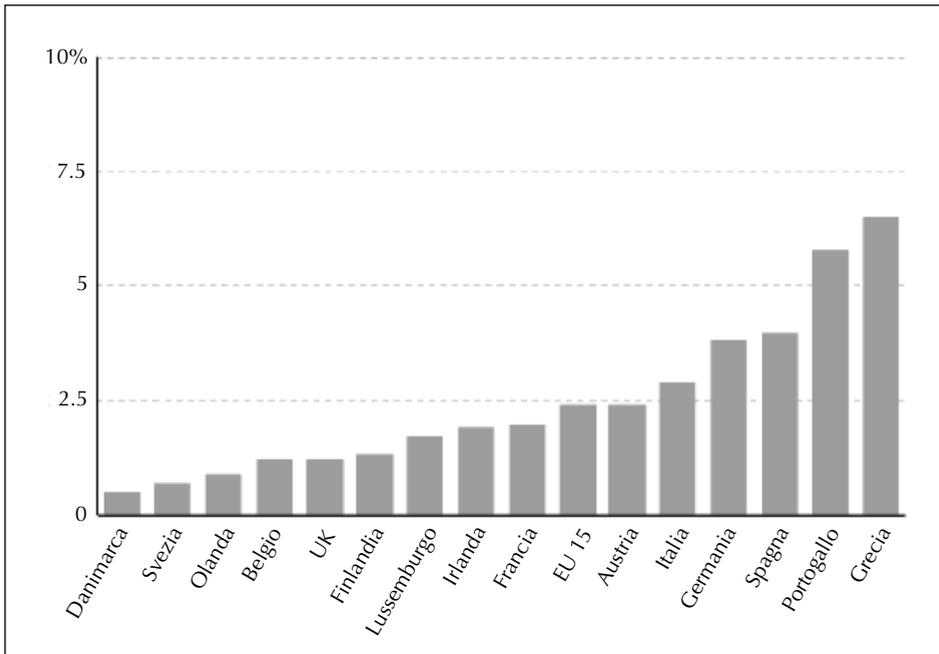
Macroarea / Paese	Inizi anni '90	Inizi anni 2000	Metà anni 2000
<i>Europa settentrionale</i>	14	15	13
Danimarca	20	25	21
Svezia	9	8	9
<i>Europa centrale</i>	6	8	8
Germania	3	7	7
Francia	2	6	8
<i>Europa meridionale</i>	1	2	4
Spagna	1	2	4
Italia	2	3,8	4,9
<i>Europa (a 15)</i>	7	8	10

Fonte: Gori, Casanova, 2009 e fonti lì citate

3. Il ruolo della famiglia

L'assistenza all'anziano non autosufficiente è sempre stata in Italia affidata prevalentemente alle reti di supporto familiari. La Figura 1 mostra con evidenza questa situazione riferita al 1999 e propone un quadro invertito rispetto alla precedente tabella: i Paesi con la minore offerta pubblica di domiciliarità sono quelli con il maggior impegno da parte delle reti informali, secondo la nota regola per cui più si sale verso il Nord Europa più cresce l'offerta pubblica e diminuisce il ruolo delle reti informali. Peraltro, è bene tenere a mente che in tutti i Paesi europei, anche quelli dove l'impegno pubblico è più consistente, il maggiore lavoro di cura è svolto dalla famiglia. Il ruolo particolarmente forte delle reti informali nell'assistenza alle persone non autosufficienti è una costante storica del nostro Paese, confermata anche da dati più recenti (Lamura *et al.*, 2010).

Figura 1 - Percentuale della popolazione di 15 anni e più che assiste informalmente parenti di almeno 60 anni che vivono nella stessa abitazione, 1999



Fonte: Huber *et al.*, 2009 e Walker, 1999

Nel futuro, però, difficilmente potrà essere ancora così. I dati, infatti, mostrano la diminuzione della disponibilità di *care* informale, frutto di una tendenza in corso da qualche tempo e destinata ad acuirsi nel prossimo futuro, tendenza dovuta a diversi fattori.

Il primo riguarda (come già anticipato nel capitolo 8 di questo volume) i recenti mutamenti nella tipologia delle famiglie italiane (Melchiorre *et al.*, 2009), in particolare l'aumento delle famiglie uni-personali e di quelle composte di soli anziani (ISTAT, 2007). Ulteriori tendenze sono rappresentate dall'incremento del tasso di partecipazione femminile al mercato del lavoro (ISTAT, 2008), e dall'evidente ritardo del momento del ritiro dal lavoro a seguito di una serie di riforme del sistema pensionistico italiano.

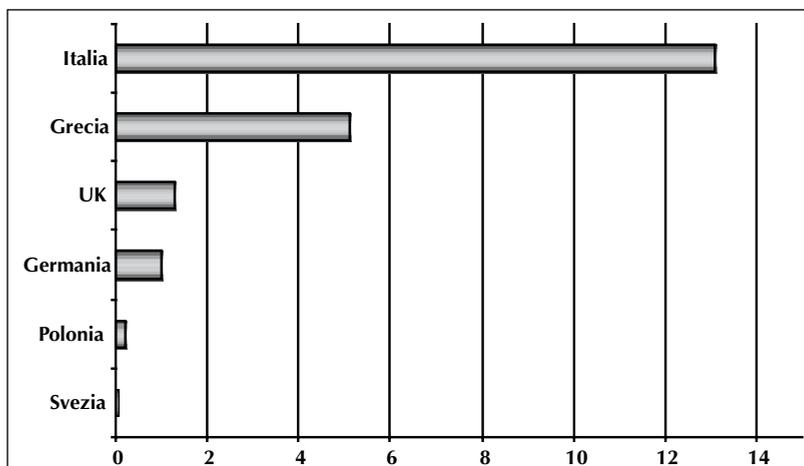
4. Le assistenti familiari

L'osservata limitatezza delle risposte fornite dal sistema di servizi domiciliari a finanziamento pubblico rende comprensibile perché la necessità di un sostegno da parte delle famiglie italiane, sempre più pressate dalla ricerca di un equilibrio tra crescente fabbisogno assistenziale, da un lato, e minori disponibilità economiche e di tempo, dall'altro, abbia trovato sfogo nel supporto fornito dalla manodopera straniera – prevalentemente femminile – a basso costo (le assistenti familiari). Tra i motivi che hanno contribuito a creare questa situazione, inoltre, non bisogna dimenticare la diffusione di prestazioni monetarie pubbliche utilizzabili per remunerare queste lavoratrici al di fuori di ogni controllo ⁽²⁾.

Questa situazione non è certamente limitata all'Italia, e in effetti l'impiego di assistenti familiari straniere è attualmente in corso su vasta scala in Europa, soprattutto nei Paesi del Sud e, in misura minore ma crescente anche del Centro, come in Austria e in Germania. La Figura 2 indica i nuclei che impiegano privatamente assistenti familiari per l'assistenza a persone anziane non autosufficienti e permette di delineare le dimensioni del fenomeno. Pure con tutte le avvertenze dovute alle difficoltà insite nella misurazione di una realtà così sfuggente, ne emerge in modo chiaro sia la sua maggiore diffusione nell'Europa meridionale (Italia e Grecia) sia la predominanza del nostro Paese. Nell'Europa del Nord, invece, i lavoratori provenienti dall'estero sono più frequentemente impiegati nel settore dei servizi formali – residenziali e domiciliari – piuttosto che su base privata da parte delle stesse famiglie.

⁽²⁾ Si veda il ruolo dell'indennità di accompagnamento in Italia, discusso nel secondo capitolo. Il terzo capitolo discute i risultati della sanatoria per le badanti del 2009.

Figura 2 - Nuclei che impiegano privatamente assistenti familiari per l'assistenza a persone anziane non autosufficienti, %, 2005



Fonte: Lamura et al., 2010

5. L'opinione dei cittadini

Il confronto tra quanto pensano dei servizi a domicilio gli italiani e gli altri cittadini europei consente di cogliere appieno le strettoie che il nostro Paese deve affrontare. Innanzitutto, prevale l'opinione che l'impegno assistenziale a favore degli anziani non autosufficienti sia eccessivamente concentrato sulla famiglia, giudizio espresso da circa tre italiani su quattro. Anche negli altri Paesi la maggioranza dei cittadini la pensa in questo modo, ma non con l'ampiezza del consenso registrato in Italia (Tabella 2). Questo valore è spiegabile con la realtà oggettiva – confermata dai dati dei paragrafi precedenti – di un Paese dove l'offerta pubblica è ridotta e la pressione sulla famiglia particolarmente elevata.

Tabella 2 - Secondo lei l'assistenza agli anziani non autosufficienti richiede un impegno eccessivo ai loro familiari?, 2007

Paese	% di cittadini maggiorenni d'accordo
Danimarca	42
Olanda	58
Francia	61
Irlanda	62
Germania	63
Italia	75
Portogallo	82
Bulgaria	95

Fonte: Huber et al., 2009

Coerentemente con la tabella precedente, la forte carenza di servizi domiciliari adeguati a sostenere la domanda di assistenza proveniente dalla popolazione anziana fa sì che l'Italia sia uno dei Paesi con la più bassa percentuale di cittadini che ritengono che i servizi pubblici volti a favorire il mantenimento a domicilio dell'anziano fragile risultino sufficienti (Tabella 3).

Tabella 3 - Nel vostro Paese l'assistenza pubblica a domicilio per gli anziani non autosufficienti è adeguata?, 2007

Paese	% di cittadini maggiorenni d'accordo
Belgio	58
Germania	53
Olanda	53
Francia	32
Svezia	42
Spagna	24
Italia	23
Irlanda	16

Fonte: Flash Eurobarometer, 2009

A questo parere si affianca tuttavia l'idea tipica dell'approccio culturale *familiista* per cui "i figli che lavorano dovrebbero assistere i propri genitori anziani in caso di bisogno", opinione che raccoglie un largo consenso nella cittadinanza italiana (Special Barometer, 2007). Un confronto internazionale riferito al 2007 ha permesso di evidenziare efficacemente questa tendenza, quando è stato chiesto se "i figli devono pagare per l'assistenza dei genitori qualora le risorse economiche di questi ultimi non fossero sufficienti?". Si tratta di una conseguenza della cultura, storicamente dominante nel nostro Paese, secondo la quale l'assistenza all'anziano è un "affare di famiglia", coerente anche con la nota avversione delle famiglie italiane verso il ricovero in strutture residenziali. Tale attitudine comincia a porre, a seguito dell'osservata diminuzione della disponibilità d'assistenza informale, crescenti problemi di conciliazione tra lavoro remunerato e compiti informali di assistenza (Tabella 4).

Tabella 4 - Secondo lei "i figli devono pagare per l'assistenza dei genitori qualora le risorse economiche di questi ultimi non fossero sufficienti?", 2007

Paese	% di cittadini maggiorenni d'accordo
Spagna	69
Italia	68
Portogallo	55
Francia	48
Belgio	43
Germania	31
Regno Unito	24
Svezia	15

Fonte: Flash Eurobarometer, 2009

6. Conclusioni

Collocando i diversi elementi della realtà italiana in un unico puzzle, il quadro presenta un profilo dai contorni piuttosto definiti. L'offerta pubblica di servizi domiciliari è cresciuta ma rimane inferiore rispetto a gran parte del continente; al contrario l'assistenza fornita dai familiari è invece tra le più cospicue in Europa, un tratto che caratterizza da tempo il nostro Paese. La principale novità del decennio consiste nella diffusione delle assistenti familiari, la cui presenza è attualmente la più elevata in assoluto nel continente.

In tale contesto i cittadini italiani non hanno una reazione univoca. Da una parte, sono tra gli europei che più lamentano l'ampiezza dell'impegno di cura richiesto ai familiari e l'esiguità dei servizi pubblici. Dall'altra, in misura maggiore rispetto agli altri cittadini europei, ritengono che sia la famiglia a doversi far carico dell'assistenza agli anziani, confermando il tradizionale approccio culturale familista del nostro Paese.

Gli italiani restano così sospesi tra modernità e tradizione, tra l'esigenza di rinnovamento del modello nazionale di welfare e l'istinto di conservare le radici familiste caratteristiche della nostra società.

Bibliografia

- EUROSTAT, 2007, *Employment rate in the EU27 rose to 64,4% in 2007*, News Release n. 102, in, epp.eurostat.ec.europa.eu/pls/portal/docs/PAGE/PGP_PRD_CAT_PREREL/PGE_CAT_PRE-REL_YEAR_2007/PGE_CAT_PREREL_YEAR_2007_MONTH_07/3-20072007-EN-AP.PDF.
- FLASH EUROBAROMETER. INTERGENERATIONAL SOLIDARITY, Analytical report. n. 269, 2009, European Commission, in ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_269_en.pdf.
- GORI C., CASANOVA G., 2009, *I servizi domiciliari*, in "Network Non Autosufficienza - L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Rapporto 2009", Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 35-52, in www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf.
- HUBER M., RODRIGUES R., HOFFMANN F. (2009, in stampa) *Long-term care for older people in Europe: Facts and Figures*, Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- ISTAT, 2007, *Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana*, Anno 2006, Roma.
- ISTAT, 2008, *Rilevazione sulle forze di lavoro. Serie storiche trimestrali 2004-2007*, Rome, in www.istat.it/salastampa/comunicati/in_calendario/forzelav/20080320_00/
- LAMURA G., MELCHIORRE M.G., PRINCIPI A., CHIATTI C., 2010, *I risultati della ricerca sull'assistenza familiare ai pazienti anziani con demenza. AMA - Corso di formazione nuovi volontari per malati di Alzheimer*, Chiaravalle, 17 febbraio 2010.
- MELCHIORRE M.G., QUATRINI S., GRECO C., LUCCHETTI M., LAMURA G. (2009), *Assistenza e cura all'anziano in famiglia e fuori della famiglia*, in INRCA, Ageing Society - Osservatorio Terza Età, Federsanità ANCI (a cura di), *Rapporto Nazionale 2009 sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani. Una società diversa*, Bruni s.r.l., Roma.

SPECIAL EUROBAROMETER, 2007, *Health and long-term care in the European Union. N. 283, Wave 67.3. European Commission*, in ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf.

WALKER A. (1999) *Attitudes To Population Ageing In Europe, A Comparison of the 1992 and 1999 Eurobarometer Surveys*, Sheffield: University of Sheffield, UK.

Gli Autori

Anna Banchemo è stata Direttore della Programmazione sociale e sociosanitaria nella Regione Liguria fino al 2007. Dal 2008 opera come consulente in materia di Accreditemento e qualità per l'Agencia sanitaria regionale della Liguria ed è membro del SIVEAS (servizio di verifica e controllo del Servizio sanitario) presso il Ministero del lavoro, salute e politiche sociali. Insegna all'Università di Genova nel corso di Laurea Magistrale in Direzione dei servizi alla persona. È componente di NNA.

Francesco Barbabella è dottorando di ricerca presso l'Università di Macerata e borsista presso l'Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani (INRCA, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) di Ancona. Oltre ad occuparsi di tematiche riguardanti la comunicazione e l'educazione alla salute, collabora in diversi progetti di ricerca europei relativi all'analisi socio-economica del processo di invecchiamento della popolazione e all'*active ageing*.

Enrico Brizioli è amministratore delegato dell'Istituto di Riabilitazione S. Stefano e vicepresidente di KOS s.p.a. Esperto in programmazione sanitaria ha collaborato con diverse Regioni per la stesura dei piani sanitari ed è professore a contratto dell'Università di Ancona. Dal 2001 ha fatto parte della commissione LEA dove ha coordinato il sottogruppo sociosanitario. In qualità di responsabile scientifico del Mattone 12 ha curato la nuova definizione dei flussi informativi per le prestazioni residenziali. È componente di NNA.

Georgia Casanova, ricercatrice collabora con Formez, IST di Genova, Università San Raffaele e Università Bicocca di Milano dove è docente di modulo al corso di Teoria e tecnica della Ricerca Sociale. I suoi principali interessi sono i sistemi di welfare, la non autosufficienza e la deprivazione socioeconomica. Tra le sue recenti pubblicazioni "Non autosufficienza e deprivazione socioeconomica: quando le scelte economiche e gestionali influenzano una relazione di correlazione" Servizi sociali oggi, 5/2010.

Fabio Cembrani è direttore della Unità Operativa di Medicina Legale dell'Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento e professore a contratto nell'Università di Verona. Autore di oltre 100 pubblicazioni scientifiche e di alcune monografie in ambito medico-legale è, da molti anni, impegnato direttamente nella valutazione della disabilità e nella promozione di una cultura medica orientata a sostenere i bisogni delle persone più fragili. Per l'impegno editoriale ha vinto, nel 2007, il premio Domenico Macaggi bandito dalla Società italiana di Medicina legale e delle assicurazioni.

Carlos Chiatti, economista, ha conseguito un dottorato in epidemiologia presso l'Università Politecnica delle Marche dove è attualmente assegnista. Dal 2008 collabora con il Centro di Ricerca Socio Economica e Modelli Assistenziali per l'Anziano dell'INRCA, nell'ambito di diversi progetti di ricerca europei. I suoi principali interessi sono le politiche di welfare per gli anziani, l'organizzazione dei servizi sanitari e l'analisi delle disuguaglianze sociali di salute.

Renato Cogno è dirigente di ricerca presso l'IRES Piemonte. Attualmente si occupa di finanza locale, di leggi di riforma delle autonomie locali, dell'avvio del federalismo fiscale, della regolazione dei servizi pubblici locali, della valutazione di politiche pubbliche e dell'assetto di alcune politiche sociali. Ha svolto attività didattica in alcuni corsi universitari triennali (Scienza delle Finanze, Economia Pubblica, Relazioni intergovernative) e pubblicato articoli su riviste economiche italiane. Da 5 anni cura la redazione, congiuntamente ad altri istituti di ricerca, del rapporto "La finanza locale in Italia", edito da F. Angeli.

Mirko Di Rosa è dottore di ricerca in Economia Politica presso la Facoltà di Economia dell'Università Politecnica delle Marche. Attualmente collabora con l'Istituto Nazionale di Riposo e Cura Anziani (INRCA - IRCCS) di Ancona e si occupa 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.

Cristiano Gori è docente di politica sociale all'Università Cattolica e consulente scientifico dell'Istituto per la Ricerca Sociale, a Milano, e *visiting senior fellow* presso la *London School of Economics*, a Londra. Ha recentemente curato *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali* (Maggioli, 2010) e *Per un piano nazionale contro la povertà. La proposta Acli*, Carocci, 2010. È editorialista de "Il Sole-24 Ore" e componente di NNA.

Antonio Guaita, geriatra e fisiatra, è direttore della Fondazione Golgi Cenci che si occupa di studi e ricerche sull'invecchiamento cerebrale e la demenza, dopo aver diretto dal 1990 al 2008 l'Istituto Geriatrico Golgi di Abbiategrasso, ed è presidente regionale lombardo della SIGG. Cura la rivista "I luoghi della cura" arrivata all'ottavo anno di pubblicazione. Nel 2009 ha pubblicato in "Riabilitare l'anziano" di Giuseppe Bellelli, il capitolo "La medicina delle persone fragili". Nel 2010 ha scritto il capitolo "Interventi non farmacologici per l'invecchiamento cerebrale e la demenza" in: "Il viaggio verso la saggezza" di Cristini C., Albanese A., Franco Angeli. È componente di NNA.

Giovanni Lamura è ricercatore presso l'INRCA-IRCCS, attualmente in comando presso lo European Centre for Social Welfare Policy and Research di Vienna (Austria), centro affiliato alle Nazioni Unite. I suoi interessi si concentrano prevalentemente nell'ambito della ricerca comparata in materia di servizi e politiche a sostegno dell'assistenza familiare all'anziano non autosufficiente, lavoro privato di cura, qualità della vita e prevenzione degli abusi in età anziana, lavoro e invecchiamento.

Maria Gabriella Melchiorre ha collaborato dal 1989 al 1996 con l'Università di Ancona, Facoltà di Economia, partecipando a numerose ricerche sulle politiche di sostegno alla famiglia e sull'immigrazione straniera. Dal 1997 collabora con l'Istituto nazionale di riposo e cura anziani (INRCA, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico) in ambito di progetti europei sulla cura degli anziani non autosufficienti, servizi di sostegno per familiari *caregivers*, badanti e prevenzione degli abusi in età anziana.

Sergio Pasquinelli è direttore di ricerca dell'Istituto per la ricerca sociale di Milano, dove si occupa di politiche per la non autosufficienza, sistemi informativi e valutazione dei servizi sociali. Dirige il sito "Qualificare" sul lavoro privato di cura (www.qualificare.info) ed è vicedirettore di "Prospettive Sociali e Sanitarie". Ha recentemente curato *Progettare nella frammentazione*, nella collana "I Quid".

Laura Pelliccia è impiegata presso l'Asl Milano 2 e svolge attività di ricerca nel campo dell'economia pubblica, con particolare riguardo all'economia sanitaria, al finanziamento delle politiche sociali e alla finanza locale. Ha partecipato a progetti di ricerca in materia di livelli essenziali di assistenza, sistemi sanitari regionali e assistenza ai non autosufficienti. Per l'Agenzia Umbria Ricerche ha condotto rapporti sulla finanza pubblica regionale, sulle tariffe e i tributi locali e sulla spesa sociale dei comuni.

Franco Pesaresi è direttore della Zona territoriale di Senigallia/ASUR Marche e presidente della Associazione nazionale operatori sociali e sociosanitari (ANOSS). Si interessa di organizzazione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari. È autore di numerose pubblicazioni. Recentemente ha partecipato alla ricerca sul "Sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti" realizzata dall'Istituto per la ricerca sociale su incarico del Ministero della solidarietà sociale. È componente di NNA.

Fabio Ragaini è presidente dell'associazione di volontario "Gruppo Solidarietà", redattore della rivista "Appunti sulle politiche sociali" e cura il sito www.grusol.it.

Giselda Rusmini è ricercatrice presso l'Istituto per la ricerca sociale di Milano, dove svolge attività di ricerca e consulenza soprattutto nel settore delle politiche per la non autosufficienza. Coordina la newsletter "Qualificare" e cura la rubrica *Accadde domani* per la rivista "Prospettive Sociali e Sanitarie". Ricopre funzioni di assistenza tecnica nell'ambito di *Welforum*, rete delle politiche sociali regionali.

Rosemarie Tidoli, Assistente Sociale, ha lavorato a lungo nell'area anziani di due Comuni del Nordmilano, occupandosi anche di gestione di servizi ed analisi di bisogni e risorse. Per alcuni anni ha coordinato il tavolo distrettuale "anziani" di un piano di zona. Attualmente opera come libera professionista collaborando con organizzazioni del terzo settore alla progettazione e al coordinamento di interventi per anziani non autosufficienti o affetti da demenze. Svolge inoltre attività di ricerca sociale collaborando con IRS e altri soggetti.

Marco Trabucchi è professore ordinario nella facoltà medica nell'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. Coordina la sezione di politiche sociali e sanitarie della Fondazione Smith Kline. 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 Cazzolino, Paola Garbella
- **Misurare la complessità assistenziale**
Bruno Cavaliere
- **Alla scoperta del lavoro e dell'organizzazione**
Claudio Ruggiero
- **Nel nuovo welfare**
Giovanni Devastato
- **Accreditamento volontario di eccellenza**
Pierluigi Morosini e Paolo Piergentili (a cura di)
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia Rapporto 2009**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza (a cura di)
- **L'ansia: conoscerla e superarla**
Erica Elisei
- **Comprendere la povertà**
Francesco Marsico e Antonello Scialdone (a cura di)
- **Adatti e quasi adatti a scuola**
Antonio Iannaccone e Giuseppina Marsico
- **Diritto dei servizi sociali**
Massimiliano Gioncada
- **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)