

# BUONI DI SERVIZIO: CONTRIBUTI IN DENARO O TITOLI DI CREDITO?

MAURO PERINO

DIRETTORE CISAP, CONSORZIO DEI SERVIZI ALLA PERSONA  
DEI COMUNI DI COLLEGNO E GRUGLIASCO (To)

*L'analisi delle esperienze attuate in Italia possono permetterci di verificare se, attraverso l'utilizzo dei titoli o dei contributi economici per l'acquisto dei servizi, aumentano le possibilità di scelta dei cittadini e se lo sviluppo di una pluralità di soggetti erogatori di servizi, in competizione tra loro, può determinare un risparmio dei costi ed un miglioramento della qualità delle prestazioni*

I «*titoli per l'acquisto di servizi sociali*» vengono formalmente introdotti nel sistema italiano dalla legge 328/2000<sup>1</sup> che, in proposito, così si esprime: «*i Comuni possono prevedere la concessione, su richiesta dell'interessato, di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati del sistema integrato di interventi e servizi sociali ovvero come sostitutivi delle prestazioni economiche diverse da quelle correlate al minimo vitale previste dall'articolo 24, comma 1, lettera a), numeri 1) e 2), della presente legge, nonché dalle pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni, e dagli assegni erogati ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335*».

Il sopracitato articolo 17 della legge prosegue assegnando alle Regioni il compito di disciplinare i criteri e le modalità per la concessione dei titoli «*nell'ambito di un percorso assistenziale attivo per la integrazione o la reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari, sulla base degli indirizzi del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali*». Nella legge 328/2000 – all'articolo 14 – vengono inoltre previste ulteriori misure, finalizzate alla valorizzazione ed al sostegno delle responsabilità familiari, quali «*l'erogazione di assegni di cura e altri interventi a sostegno della maternità e paternità responsabile (...) da realizzare in collaborazione con i servizi sanitari e socio educativi della prima infanzia*» e «*prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura di disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani*». Dei «*buoni di servizio*» – che, in alcune esperienze, sono costituiti da contributi monetari anche denominati «*assegni di cura*» – e dei «*voucher*

sociali» si occupa Sergio Pasquinelli in un articolo intitolato «*Buoni servizio: una buona idea?*»<sup>2</sup>. L'intento dell'autore è di esaminare le esperienze di utilizzo dei buoni dei servizio nell'ambito dei servizi sociali «*non tanto per la loro rilevanza quantitativa, in fondo si tratta di iniziative ancora piuttosto circoscritte, quanto per l'idea che le muove e per capire in che misura questa idea trova realizzazione*»<sup>3</sup>. Alla base dell'utilizzo dei buoni servizio vi è la determinazione di «*assumere la libertà di scelta come valore e la competizione come motore del miglioramento dei servizi*»<sup>4</sup>. Si tratta dunque di trarre qualche lezione dalle esperienze in corso per verificare se, attraverso l'utilizzo dei titoli o dei contributi economici per l'acquisto dei servizi, aumentano le possibilità di scelta dei cittadini e se lo sviluppo di una pluralità di soggetti erogatori di servizi, in competizione tra loro, può determinare un risparmio dei costi ed un miglioramento della qualità delle prestazioni. Più in generale è opportuno cercare di rispondere alla domanda: «*ha senso seguire questa strada? Quali benefici possiamo davvero aspettarci? Insomma, è una buona idea?*»<sup>5</sup>.

## LE RELAZIONI TRA COMMITTENTI E PRODUTTORI DEI SERVIZI

Lo strumento centrale del disegno di ampliare, dal punto di vista quantitativo e qualitativo, la gamma dei servizi offerti e dei soggetti abilitati a fornirli è rappresentato – secondo la legge 328/2000 – dall'istituto dell'accreditamento. L'articolo 11, comma 3, della legge prevede infatti che i Comuni siano chiamati ad autorizzare e ad accreditare – sulla base del possesso dei requisiti fissati dalla normativa nazionale, regionale e della regolamentazione locale – il complesso dei servizi e delle strutture, pubblici e privati, ed a

remunerare le prestazioni da essi erogate in base a tariffe determinate con criteri fissati dalle Regioni.

L'introduzione dell'istituto dell'accreditamento nel settore sociale modifica notevolmente i rapporti tra soggetti committenti e produttori dei servizi. La committenza pubblica – ovvero l'ente terzo pagante istituzionale – si propone infatti di inserire elementi di competizione tra i soggetti preposti alla produzione dei servizi. In tal modo «i fornitori presterebbero più attenzione a preferenze e bisogni degli utenti; lo farebbero, inoltre, con rapidità e flessibilità superiori a prima, adattandosi maggiormente alle loro esigenze. I cittadini, da parte loro, cesserebbero di essere beneficiari passivi delle prestazioni per assumere un ruolo più attivo ed emancipato»<sup>6</sup>. Come osservano Francesco Longo e Mariafrancesca Sicilia<sup>7</sup>, nel settore sociale il concetto di concorrenza viene però declinato in due modi: concorrenza per il mercato e concorrenza nel mercato. Si configura la prima tipologia quando i soggetti erogatori competono a monte del processo – nell'ambito della gara ad evidenza pubblica per l'affidamento di un servizio – al fine di aggiudicarsi un certo volume di attività che viene garantito dal fatto che gli utenti del territorio di riferimento – per poter beneficiare della protezione pubblica – non possono cambiare produttore.

Nella seconda fattispecie – la concorrenza nel mercato – la competizione dei produttori si realizza a valle, nel momento in cui il cittadino usufruisce del servizio. «In questo caso è l'utente che, potendo cambiare il proprio fornitore di assistenza, mette in competizione gli erogatori discriminandoli in base all'offerta»<sup>8</sup>. Naturalmente gli Enti pubblici possono comunque svolgere un ruolo di garanzia per l'utenza imponendo, ai soggetti che accedono al mercato dei servizi, il rispetto di requisiti più o meno ampi e vincolanti. In ogni caso, l'utilizzo dei buoni di servizio rientra in questo modello di competizione nel quale «la pubblica amministrazione seleziona l'avente diritto e definisce il valore massimo dei servizi acquisibili, mentre l'utente sceglie liberamente da chi farsi servire tra i fornitori convenzionati con il sistema»<sup>9</sup>.

Si tratta di un modello applicato nell'ambito di due esperienze – in qualche modo paradigmatiche – che si sono differenziate, soprattutto nella fase iniziale, per il diverso modo di declinare il concetto di concorrenza

nel mercato e per le differenti modalità di esercizio del controllo da parte dell'amministrazione committente: l'esperienza della Regione Lombardia e quella (certamente meno estesa quanto a volumi di attività) del Consorzio intercomunale dei servizi alla persona di Collegno e Grugliasco (To) che si è sviluppata in parallelo – e sostanzialmente sulle stesse linee – con quella del Comune di Parma<sup>10</sup>.

#### IL BUONO DI SERVIZIO NELL'ESPERIENZA DELLA REGIONE LOMBARDIA

L'esperienza lombarda viene avviata negli anni 1999 e 2000 in ambito sanitario con l'erogazione – da parte dell'Azienda sanitaria (Asl) di Milano e da quelle di Legnano e Monza – di un assegno di cura per anziani non autosufficienti: un contributo monetario, sostitutivo del ricovero in Residenza sanitaria assistenziale (Rsa), da fornire alle famiglie disponibili a farsi carico dell'assistenza del proprio congiunto a casa.

All'inizio del 2001 il buono socio-sanitario viene esteso a tutte le Asl della Regione Lombardia. Il buono – uguale per tutti e quantificato in 800.000 lire mensili – è destinato ad anziani assistiti a domicilio che soddisfino i seguenti criteri: avere almeno 75 anni di età; essere già fruitori dell'indennità di accompagnamento; disporre di un reddito familiare inferiore ad una data soglia, graduata in base al numero di componenti<sup>11</sup>.

La concessione del buono non è preceduta da alcuna valutazione clinica circa le condizioni dei richiedenti, ai quali viene semplicemente richiesta la documentazione relativa ai dati anagrafici, al reddito familiare e di attestare il diritto a beneficiare dell'indennità di accompagnamento. Gli utenti in possesso dei requisiti previsti vengono inseriti in graduatorie dalle quali le Asl attingono privilegiando i soggetti più anziani ed i buoni vengono erogati sino ad esaurimento del budget che l'Azienda riceve dalla Regione<sup>12</sup>.

Agli utenti vengono date due alternative: destinare il contributo direttamente ai familiari impegnati nello svolgimento di prestazioni di cura, oppure impiegarlo per l'acquisto di servizi da uno degli erogatori accreditati<sup>13</sup>. Una volta fornito il buono nella prima forma prescelta, l'Asl non effettua alcuna verifica sulle modalità di utilizzo né sull'evoluzione delle condizioni dell'anziano. Nel caso di opzione per la seconda alternativa l'Asl (autonomamente o su richiesta dell'assistito o dei suoi familiari) compie verifiche periodiche sull'ef-

fettiva attuazione dei contenuti del patto di accreditamento (stipulato tra l'azienda sanitaria ed il fornitore accreditato) che viene presentato all'assistito (perché possa sottoscriverlo) prima dell'avvio dell'intervento.

Il buono socio-sanitario risulta molto gradito dall'utenza e crea aspettative ben difficilmente trascurabili<sup>14</sup>. La Regione giunge però alla determinazione che di tali aspettative possano e debbano farsi carico i Comuni con le risorse che, a partire dal 2001, vengono rese disponibili dalla ripartizione su base regionale del Fondo nazionale delle politiche sociali. Il 30 giugno 2003 le Asl cessano le prese in carico. Gli utenti continuano a ricevere il buono socio-sanitario sino alla fine del 2002 e, successivamente, vengono indirizzati ai Comuni che introducono i buoni o i voucher sociali.

Alle Aziende sanitarie viene invece richiesto – nell'ambito di una riorganizzazione complessiva delle Asl che porti alla separazione della funzione di programmazione, acquisto e controllo dei servizi domiciliari dalla funzione di produzione – di puntare su un voucher socio-sanitario costituito da «un contributo economico non in denaro, sotto forma di titolo di acquisto che può essere utilizzato esclusivamente per comprare prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata da soggetti accreditati, pubblici e privati, profit e non profit, svolte da caregiver professionali»<sup>15</sup>.

Dal 1 luglio 2003 il nuovo voucher viene introdotto in tutta la Regione con l'obiettivo – indicato nella deliberazione della Giunta regionale n. 12902 del 9 maggio 2003 "Modello lombardo del welfare: attivazione del voucher socio-sanitario per l'acquisto di prestazioni socio-sanitarie integrate" e nelle successive circolari esplicative – di evitare o ritardare l'istituzionalizzazione dell'utente consentendogli, nel contempo, di scegliere le modalità di assistenza e l'erogatore delle prestazioni. La misura è destinata a «persone fragili di cui si valutano i bisogni indipendentemente da età e reddito. Riceve le prestazioni a domicilio tramite il voucher socio-sanitario, l'utenza che necessita di cure sanitarie (infermieristiche e/o riabilitative, medico specialistiche) e di assistenza tutelare (erogata da operatori socio-sanitari ASA/OSS/OTA) con la formulazione del Piano assistenziale individualizzato (PAI)»<sup>16</sup> da parte della Commissione di valutazione distrettuale integrata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

Sono previsti diversi livelli di assistenza e le relative tariffe mensili che – per i livelli di base (•

364), media criticità (• 464) ed alta criticità (• 619) – sono definite dalla Regione mentre la definizione delle tariffe relative a cure palliative, prestazioni estemporanee e credit<sup>17</sup> viene lasciata alle singole Asl. Gli erogatori – remunerati in base alle suddette tariffe – sono enti ai quali la Regione e le Asl hanno riconosciuto il possesso dei requisiti ritenuti necessari per garantire le prestazioni richieste. Ogni erogatore sottoscrive il Patto di accreditamento che formalizza il suo rapporto con l'Asl, oltre ad un contratto per la definizione del budget assegnatogli.

Come si è detto, in parallelo alla ridefinizione del buono socio-sanitario, viene avviato l'utilizzo dei buoni o voucher sociali da parte dei Comuni, ai quali la Regione impone di destinare il 70% delle risorse derivanti dal Fondo nazionale delle politiche sociali all'erogazione dei titoli sociali di cui alla legge 328/2000 (163,5 milioni di euro dal 2001 al 2004). Si tratta prevalentemente di buoni di servizio: «quelli che altrove vengono chiamati assegni di cura, cioè titoli per sostenere l'assistenza nei confronti del proprio congiunto in condizioni di fragilità. E poi voucher, ossia titoli per l'acquisto di servizi o prestazioni prodotte da parte di operatori accreditati (...). La scelta tra gli uni e gli altri è stata lasciata ai singoli ambiti distrettuali. I quali hanno finora preferito di gran lunga la strada meno complessa dei buoni, che non richiedono sistemi di accreditamento, né una tariffazione delle prestazioni»<sup>18</sup>.

Tutti i distretti introducono i buoni sociali, mentre i voucher risultano attivati, alla fine del 2004, solamente in 23 distretti su 98. Risultano così oltre 6.000 fruitori di buoni contro 1.603 beneficiari di voucher sociali<sup>19</sup>, gran parte dei quali destinati ad anziani non autosufficienti ed a persone con handicap ed utilizzati nell'ambito dell'assistenza domiciliare (più della metà dei distretti). In alcuni ambiti il voucher viene utilizzato sia per l'acquisto di assistenza domiciliare che per altre tipologie di intervento (trasporti, pasti a domicilio, ecc.). L'erogazione del voucher avviene previa valutazione del richiedente effettuata in base al reddito ed alla condizione di bisogno espressa. Il criterio reddituale è legato a valori ISEE di accesso «che vanno dai 4.000 euro in su, raramente oltre gli 11.000, con una particolare concentrazione intorno ai 9.000. E' ormai diffusa la regola di considerare l'anziano come nucleo familiare a se stante, così come spesso ricorrono elementi di correzione dell'ISEE, per

esempio con l'aggiunta di tutte le erogazioni assistenziali e previdenziali esenti ai fini IRPEF, che l'ISEE non considera»<sup>20</sup>. Per quanto attiene alla valutazione del bisogno, molti distretti fanno riferimento a una invalidità totale certificata con presenza di indennità di accompagnamento. Si diffonde però anche l'uso di indici di capacità funzionali, costruiti in modo diverso a seconda degli ambiti territoriali e delle tipologie di utenza.

I requisiti richiesti agli erogatori per essere accreditati sono mutuati da quelli individuati dalla Regione Lombardia per i voucher socio-sanitari e vengono spesso integrati a livello distrettuale con richieste relative sia alla struttura e all'organizzazione del soggetto produttore che alle caratteristiche del servizio.

#### IL BUONO DI SERVIZIO NELL'ESPERIENZA DEL CISAP

Nel novembre 1999 il Consorzio<sup>21</sup> bandisce una "Gara di appalto concorso per l'affidamento dei servizi di assistenza domiciliare per specifiche aree di utenza e per l'accreditamento sperimentale di agenzie fornitrici di servizi domiciliari di aiuto alla persona e alle famiglie" riservata alle cooperative sociali di tipo A ed ai loro consorzi e raggruppi temporanei.

Con l'utilizzo dell'istituto dell'accreditamento si intende offrire, alle persone ed alle famiglie, la possibilità di scegliere il fornitore nell'ambito di un elenco di soggetti, selezionati dal Consorzio, in possesso di adeguati requisiti di qua-

lità. L'obiettivo è la costruzione di un sistema che consenta una maggior contrattualità da parte dei destinatari, che vengono messi in condizione di avere "voce in capitolo" nella individuazione degli interventi, "componendo", attraverso il "pacchetto di servizi"<sup>22</sup> offerto, il proprio programma assistenziale. Le persone e le famiglie vengono a tal fine sostenute – nell'acquisto dei servizi accreditati – attraverso un buono di servizio (non in denaro) il cui valore è determinato rapportando il reddito individuale del beneficiario con il costo del programma mensile d'intervento.

Ai cittadini che richiedono il servizio – siano essi utenti del consorzio o clienti delle cooperative – viene richiesto di compilare la dichiarazione ai fini ISEE (indicatore della situazione economica equivalente) allo scopo di determinare la loro quota di partecipazione al costo del programma assistenziale<sup>23</sup> (versata direttamente alla cooperativa) ed il valore del buono di servizio (che viene fatturato al Consorzio). Tutte le procedure vengono svolte presso le agenzie accreditate. L'accreditamento dei servizi di assistenza domiciliare ha consentito – sin dalla prima fase della sperimentazione – il positivo ampliamento delle attività sia in termini di ore di intervento complessivamente erogate che nel numero delle persone assistite (oltre 60.000 ore per circa 500 assistiti l'anno dal 2004). Si sono inoltre ridotti i tempi di risposta e si è differenziata la gamma dei servizi forniti offrendo la possibilità di comporre "pac-

#### Immagini e parole per conoscere il mondo e la storia

Due libri che ci fanno incontrare la storia e la geografia, il tempo e lo spazio, in modo affascinante ed evocativo, con i ricordi e le immagini di uomini che hanno attraversato luoghi, vissuto in prima persona momenti cruciali del passato. Il primo libro documenta la nascita e la realizzazione del film di Davide Ferrario dall'omonimo titolo **La strada di Levi** attraverso le immagini (foto scattate durante le riprese e foto di archivio) e le parole del regista. Il film propone una rilettura dell'opera di Primo Levi "La tregua": un viaggio, nelle pianure dell'ex Unione Sovietica, da Auschwitz a Torino, nel ricordo di un uomo scampato ai campi di sterminio, che ritorna dopo venti anni dalla liberazione nei luoghi della prigionia, riflettendo sulla storia dalla fine della seconda guerra mondiale e sulla sua condizione di sopravvissuto. In **I Viaggi di Tiziano Terzani**, il continente asiatico raccontato con il mezzo fotografico: autori di questi racconti per immagini Tiziano Terzani e James Whilton Delano (fotografo americano). Con modalità e finalità diverse, (il primo con occhio descrittivo e attento del giornalista, il secondo con la ricerca e la sensibilità dell'artista) ci fanno conoscere villaggi, popolazioni, situazioni di un Oriente spesso sconosciuto e che sta scomparendo, ancorato in un passato irreale, minacciato dalla modernità e dalle ineguaglianze: un prezioso compendio ai reportage dello scomparso scrittore fiorentino.

Andrea Cortellessa (a cura di), **La strada di Levi**, Marsilio, Venezia 2007, p. 141, 15.00 euro; **I viaggi di Tiziano Terzani**, Avallardi, Milano 2008, p. 191, 30.00 euro.

chetti assistenziali" personalizzati. Infine i fruitori dei servizi hanno espresso, in genere, buoni livelli di soddisfazione per le prestazioni ricevute e per la professionalità degli operatori delle agenzie.

Dal punto di vista del Consorzio i vantaggi si sono concretizzati in un migliore utilizzo delle (necessariamente maggiori) risorse finanziarie investite (dai 300.000 Euro del 1999 ai 900.000 Euro dal 2004 ad oggi) e nel risparmio del tempo lavoro degli operatori pubblici derivante dal conferimento, ai soggetti accreditati, delle incombenze relative alla definizione dei progetti assistenziali individuali e delle funzioni istruttorie collegate all'erogazione dei buoni di servizio.

Dal giugno del 2000, parallelamente alla sperimentazione dell'accreditamento, il Consorzio avvia inoltre – in accordo con la direzione del Distretto sanitario – l'erogazione di assegni di cura (contributi economici in denaro) finalizzati al pagamento di assistenze private da parte dei congiunti di anziani non autosufficienti (dichiarati tali dall'Unità di valutazione geriatrica che si esprime anche in

ordine alla possibilità/opportunità di attivare l'intervento). Il contributo deve essere effettivamente utilizzato per remunerare assistenti assunti con regolare contratto ed i beneficiari sono pertanto tenuti a fornire, al Consorzio, la documentazione attestante il rispetto degli impegni richiesti. L'assegno di cura – che riscuote subito molto successo tra gli utenti – viene però erogato ad un numero molto limitato di richiedenti in quanto è l'Asl – che insieme al Consorzio si fa carico del 50% della spesa non posta a carico dell'utente<sup>24</sup> – a determinare il budget annuale da destinare all'intervento alternativo al ricovero in Rsa<sup>25</sup>.

Nel corso dei sette anni di sperimentazione del buono di servizio e dell'assegno di cura si sono però verificati importanti cambiamenti del quadro normativo di riferimento a livello nazionale e regionale. E' stato perciò necessario impostare una ulteriore riflessione sull'impianto consortile di fornitura dei servizi e delle prestazioni domiciliari. In particolare si è evidenziata una diversa configurazione delle prestazioni erogate con il sistema di accreditamento che – se fornite a determina-

### **Contenitori delle diversità**

I servizi e le istituzioni che rispondono alla sofferenza, alle diverse forme del disagio, sono ancora in parte portatori di residui della mentalità custodialistica di "istituzioni totali" e quindi sono spersonalizzanti ed omologanti. La funzione di "contenitori delle diversità" pone i servizi preposti alle attività di cura in una logica di contrapposizione tra sani e malati, normali e devianti, abili e disabili, negando alla società e all'organizzazione stessa la possibilità di uno sguardo diverso, comprendente anche la malattia / devianza/disabilità che è presente in ogni essere umano. Pare quasi che le regole dell'organizzazione abbiano lo scopo di assicurare il servizio ed i suoi operatori sulla differenza tra "loro" (le creature infelici, fragili, malate morenti) e "noi" (i sani, i normali), di prevenire lo smarrimento che potrebbe nascere dal sentirsi assimilati sul piano umano a qualche frammento di queste esistenze. Il paradosso di queste rigidità istituzionali è proprio identificabile nella ritualità che separa le esistenze, pur accomunate dalla condivisione della condizione umana. Quanto più il servizio è burocratizzato tanto più il mondo della vita viene tenuto lontano, estraneo alle regole che reggono l'organizzazione. Servizi umanizzati sono quelli che vogliono e sanno prendersi cura della vita, in tutte le condizioni di fragilità fisica ed esistenziale, ricercando per ciascuna persona i modi e gli strumenti per la valorizzazione della sua dignità. La diffusa "anaffettività" delle istituzioni, imperniata su logiche spersonalizzanti in quanto rigidamente pre-costituite sul "funzionamento" del servizio, determina non poche difficoltà nei tentativi di realizzare una cultura dei servizi centrata sulla persona. I luoghi della cura, in quanto spazi anonimi, spaesanti, sono percepiti come "inabitati", ostili, estranei. L'umanizzazione dei servizi richiede non soltanto che si prenda coscienza della vita emozionale contenuta, sempre nelle relazioni di cura, ma che, conseguentemente, si effettui una promozione di quelle competenze affettive e comunicative che consentono di aver cura, oltre che con sentimento, anche e soprattutto dei sentimenti. Si tratta di un'esigenza oggi sempre avvertita benché ancor largamente disattesa, per la difficoltà di conciliare i criteri di efficientismo aziendalistico con l'atteggiamento di chi si prende cura della vita anche nelle sue possibilità più estreme.

**Vanna Iori, *Il lavoro di cura tra razionalità e affettività*, in, AA.VV., *L'etica della cura*, Angeli 2008**

te tipologie d'utenza – non possono connotarsi soltanto come opportunità da offrire al cittadino/cliente ma anche (e soprattutto) come prestazioni di livello essenziale che – a certe condizioni – spettano al cittadino/utente per diritto. Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" all'allegato 1.C sancisce infatti il diritto soggettivo dei cittadini ad accedere alle prestazioni afferenti all'area dell'integrazione socio sanitaria pur con l'onere di contribuire al costo dei servizi erogati. E tra le suddette prestazioni rientrano tutte quelle a carattere domiciliare, semi residenziale e residenziale previste dalla legge 328/2000 ove le stesse siano rivolte a persone con handicap grave e ad anziani non autosufficienti.

A seguito dell'applicazione Decreto sui LEA socio sanitari nella Regione Piemonte si è dunque resa necessaria una revisione del modello organizzativo dei servizi accreditati al fine di connettere il sistema di fornitura con un percorso prestabilito che, attraverso la valutazione, conduce il cittadino non autosufficiente alla definizione di un piano assistenziale costantemente verificato dai titolari delle funzioni socio sanitarie e, quindi, dalle Unità di Valutazione delle Aziende sanitarie. Per rispondere a tale esigenza il Consorzio e la direzione del Distretto sanitario hanno individuato nello "sportello socio sanitario distrettuale" lo strumento idoneo ad assicurare l'accesso all'intero complesso delle prestazioni sanitarie, sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria assegnate, rispettivamente, alla titolarità del Servizio sanitario ed a quella dei Comuni. La creazione dello sportello, avvenuta nel 2004, ha comportato la centralizzazione, presso la sede del Distretto sanitario, delle funzioni di accoglienza, informazione e valutazione (quest'ultima attribuita all'Unità di Valutazione distrettuale) pur mantenendo distinta la fornitura delle prestazioni ai cittadini da parte delle cooperative accreditate.

La sperimentazione del nuovo modello sino ad ora condotta ha dato risultati positivi (nel 2007 sono transitati dallo sportello 1.300 cittadini: di questi circa 400 hanno beneficiato di buoni di servizio utilizzati presso i fornitori accreditati e 40 di assegni di cura finalizzati a remunerare assistenze private). Attraverso lo sportello viene fornita una puntuale informazione sulle diverse opportunità di cura offerte dalla rete dei servizi domiciliari, semi residenziali e residenziali del Distretto n.1 dell'Asl.n.5 e sui criteri e le procedure previsti per la richiesta

e l'erogazione degli interventi. Lo sportello svolge inoltre una funzione di orientamento della domanda attraverso il sostegno del cittadino che manifesta l'esigenza di essere coadiuvato nell'assunzione di una decisione consapevole in merito al piano assistenziale da attivare per sé o per i congiunti in difficoltà. Altro importante obiettivo perseguito attraverso lo sportello è la gestione unificata delle procedure amministrative (sanitarie e consortili) connesse all'erogazione degli interventi (dalla istruttoria delle richieste, alla valutazione da parte della competente unità distrettuale, sino alla definizione degli impegni economici).

#### IL BUONO DI SERVIZIO COME CONTRIBUTO ECONOMICO IN DENARO

Come osservano Cristiano Gori e Sergio Pasquinelli la caratteristica fondamentale del modello lombardo, soprattutto nella prima fase di sperimentazione del buono socio-sanitario, è la forte deregolamentazione: «non si effettua alcuna valutazione iniziale sulle condizioni dell'anziano e sul suo contesto e non si svolge alcuna successiva attività di rivalutazione/monitoraggio. Non è prevista una figura di sostegno ad anziano e famiglia, nessun operatore deputato a monitorare la situazione nel corso del tempo e fornire informazioni/consigli quando necessario. Si tratta, dunque, di un modello (...) caratterizzato dalla piena autonomia con cui anziani e familiari gestiscono l'intero processo assistenziale»<sup>26</sup>.

Per queste peculiarità il buono socio sanitario risponde – secondo gli autori – all'esigenza di più flessibilità e maggiore possibilità di decidere in merito alle prestazioni erogate che pare esser propria di molti anziani e famiglie. «Con l'introduzione del buono socio-sanitario, il riconoscimento del fatto che le Asl devono contribuire a soddisfare bisogni legati alla non autosufficienza non implica più che siano gli operatori a decidere in che modo ciò deve avvenire. Sono gli anziani ed i loro familiari a decidere le prestazioni da ricevere (a partire dalla scelta se tenere i soldi od optare per il voucher), da chi, con quali modalità ed orari»<sup>27</sup>.

In ciò risiederebbero sia i punti di forza che quelli di debolezza della misura. Tra i primi – oltre alla maggiore autonomia decisionale esercitata dagli utenti nell'ambito di servizi più flessibili – vi è sicuramente il riconoscimento delle attività di cura svolte dai familiari impe-

gnati nell'assistenza di anziani non autosufficienti. Infatti «il buono socio-sanitario, quando utilizzato come somma di denaro da passare ai familiari (assegno di cura), costituisce uno specifico strumento per il loro sostegno e rappresenta un riconoscimento dello sforzo quotidiano che essi compiono»<sup>28</sup>.

Quanto ai punti di debolezza è da rilevare che l'offerta di un contributo economico senza l'erogazione di «servizi di sostegno alla famiglia come interventi psicologici, gruppi di auto aiuto, educazione al care o altro (...) costituisce una misura incompleta poiché i caregiver rimangono in ogni modo soli, senza le occasioni di confronto e gli interventi di sostegno di cui hanno bisogno, che richiedono e solitamente gradiscono molto». Inoltre «L'assenza di qualsiasi forma di valutazione iniziale e verifica/monitoraggio successivi rende impossibile esaminare lo stato dei rapporti reali tra i due soggetti ed intervenire qualora si presentino problemi»<sup>29</sup> tra gli anziani ed i familiari che li assistono.

Nell'esperienza condotta dal Cisap a questi aspetti problematici si tenta di fornire una risposta sin dalla fase iniziale. E' infatti l'Unità di

valutazione multidisciplinare che formula il piano assistenziale individuale – nell'ambito del quale si colloca l'erogazione dell'assegno di cura – dopo aver verificato che il nucleo familiare è idoneo ed in grado di farsi carico delle incombenze assistenziali nei confronti del congiunto. Inoltre viene assicurato il monitoraggio del progetto ed ai familiari viene offerta la possibilità di interloquire con un operatore di riferimento che ha, tra i suoi compiti, quello di connettere l'utilizzo dell'assegno di cura con le altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie che necessitano all'utente. L'assegno è infatti considerato alternativo al solo ricovero in struttura. Ma accanto a questo punto di forza occorre rilevare che - rispetto all'esperienza lombarda - vi è il limite del non riconoscimento (in senso economico) dell'attività di cura direttamente svolta dal nucleo familiare (ad esempio, attraverso la collocazione in part time lavorativo di un componente). L'assegno erogato dal Consorzio e dal Distretto sanitario deve essere infatti obbligatoriamente utilizzato per remunerare un assistente terzo regolarmente assunto o, almeno in linea teorica, per acquistare il servizio dalle agenzie accredita-

#### Formazione professionale per operatori socio-sanitari

Agli operatori che lavorano nei settori sanitario e sociale è richiesta una professionalità e una competenza multidisciplinare sempre maggiori, acquisibili soltanto con un costante aggiornamento e percorsi di formazione; per rispondere a questa esigenza la casa editrice Carocci pubblica le collane Le professioni sanitarie e Il servizio sociale, offrendo pratici strumenti per i professionisti, con nozioni teoriche ed esemplificazioni pratiche. **La persona con lesione midollare** è composto da due parti; nella prima, dopo un inquadramento della patologia con elementi di anatomia e fisiologia, vengono descritte informazioni generali sul primo soccorso, il trattamento chirurgico, le disfunzioni (a livello neurologico, respiratorio...), le complicanze; nella seconda parte si presentano strategie operative per la programmazione e gestione dell'assistenza globale della persona con lesione al midollo spinale, con la descrizione di tutte le dimensioni da integrare in un olistico percorso di cura (igiene personale rieducazione sessuale, sport, il ritorno a casa...). Nel testo **La persona affetta da demenza in ospedale** vengono descritte e discusse le problematiche legate all'ospedalizzazione del soggetto demente; le indicazioni descrivono le cure necessarie per l'assistenza infermieristica e dell'intero staff per un anziano affetto da demenza, con una rassegna delle diversità nelle esperienze dei singoli reparti (chirurgia, medicina generale, pronto soccorso...) e modelli di assistenza dall'accoglienza alla dimissione. Nel **servizio sociale e le famiglie con minori** ci si rivolge ai professionisti dei servizi impegnati con nuclei familiari con figli minori di età; il volume illustra e spiega la normativa di riferimento e offre strumenti operativi per affrontare le possibili richieste di aiuto formulate ai servizi da parte di genitori, minori e dell'autorità giudiziaria.

AA.VV., **La persona con lesione midollare**, Roma 2006, pp. 436, 39.90 euro; Marco Trabucchi, **La persona affetta da demenza in ospedale**, Roma 2007, pp. 230, 20.50 euro; Simona Ardesi, Simonetta Filippini, **Il servizio sociale e le famiglie con minori**, Roma 2008, pp. 167, 16.70 euro.

te. In pratica però l'assegno viene attivato proprio quando il ricorso al buono di servizio (e quindi all'agenzia accreditata) non risulta più conveniente per l'elevato numero di ore di assistenza necessarie all'utente. Di qui il generalizzato ricorso alle assistenze private da parte dei titolari dell'assegno di cura. Da quanto detto, si evince inoltre che – nonostante le previsioni regolamentari in tal senso – all'utente non è data una effettiva possibilità di scelta tra assegno di cura e buono di servizio. Gli assegni di cura erogati annualmente in compartecipazione di spesa con la sanità sono infatti "contingentati" (dal ridotto budget del distretto) mentre i buoni di servizio (a quasi completo carico del Consorzio per le quote non coperte dall'assistito) vengono erogati a tutti gli aventi diritto (inclusi i richiedenti assegno di cura collocati in lista d'attesa dall'Asl).

I dati sul successo del buono di servizio in termini di accesso ai fornitori accreditati riportati nel paragrafo dedicato all'esperienza consortile vanno dunque letti con l'avvertenza di cui sopra. Si rileva, in sostanza, che il sistema del buono di servizio erogato in forma di voucher riscontra un buon gradimento, da parte dei congiunti dell'utente, in quelle situazioni che richiedono interventi, in genere organizzati settimanalmente, che si concretizzano nella fornitura di prestazioni assistenziali definite e limitate a poche ore (l'alzata dal letto e la vestizione, l'igiene della persona ed il bagno assistito, la somministrazione del pasto, la mobilitazione, ecc.). Quando l'esigenza assistenziale che si manifesta nel nucleo è protratta nell'arco della giornata (ad esempio per supplire all'assenza dell'accuditore familiare costretto ad assentarsi per lavoro) o addirittura si estende alla fascia notturna lo strumento rivela – per ragioni di costo orario – tutti i suoi limiti.

#### IL BUONO DI SERVIZIO COME TITOLO DI CREDITO

Si è detto che il buono di servizio come titolo di credito è lo strumento utilizzato dalle amministrazioni committenti per sostenere l'utente nell'acquisto di prestazioni di assistenza professionale domiciliare presso un certo numero di fornitori accreditati. In pratica ciò che differenzia l'accreditamento dal più tradizionale e diffuso sistema di fornitura fondato sui Servizi di assistenza domiciliare (Sad) è che il cittadino non ha di fronte, come unico interlocutore, un servizio comunale – gestito in forma diretta o (molto più spesso) conferito all'esterno – ma

viene messo nella condizione di decidere da chi spendere il proprio buono. Si genererebbe così una "pressione competitiva" sui produttori dei servizi che verrebbero stimolati ad operare al meglio (in termini di qualità e di costi) per "intercettare" il maggior numero di clienti. In realtà – come osservano Sergio Pasquinelli e Alfonso Gambino con riferimento all'esperienza dei voucher sociali in Lombardia<sup>30</sup> – attraverso l'accreditamento la competizione tra gli attori aumenta in misura limitata e, in ogni caso, è maggiormente presente dove il voucher esiste da più anni.

Sia nel modello Lombardo che in quello del Cisap si rileva che «le cooperative tendono a contrastare dinamiche competitive. Il voucher aumenta infatti il cosiddetto rischio di impresa: un rischio che si cerca di limitare il più possibile. Prima di arrivare a competere si preferisce così mettersi d'accordo, dividendosi il territorio o specializzandosi in termini di servizi offerti. Gli stessi Comuni tendono a evitare di esasperare l'aspetto competitivo, se non a ridurlo del tutto. Ridurre la concorrenza, soprattutto la concorrenza sul prezzo, per l'ente locale vuol dire cercare di evitare due rischi: a) il primo è che la concorrenza sul prezzo porti a un generale deterioramento della qualità degli interventi. In un mercato molto sensibile al prezzo, il rischio è quello di premiare chi offre di più con meno, e dietro la corsa al ribasso ci può essere di tutto: una qualità scadente, rapporti di lavoro poco trasparenti e così via; b) il secondo rischio è che una concorrenza sul prezzo metta a repentaglio la sopravvivenza dei soggetti più deboli, che vi siano cioè cooperative sociali costrette a chiudere. Questa è una eventualità che i Comuni vogliono evitare: inasprirebbe i rapporti all'interno del terzo settore e deteriorerebbe quelli tra l'ente pubblico e il privato sociale»<sup>31</sup>. Inoltre il voucher aumenta la libertà di scelta del cittadino «meno di quanto ci si poteva ragionevolmente aspettare. In numerosi casi la scelta è "obbligata", poiché in quel territorio, per quel bisogno, il soggetto erogatore, accreditato, è uno solo. Dove la scelta esiste non siamo comunque in presenza di un'ampia rosa di possibilità. Anche dove c'è scelta infatti essa di fatto si riduce in relazione alla specificità dei bisogni. In larga misura gli enti erogatori accreditati sono gli stessi che già operavano sul territorio, buona parte dei quali in regime di convenzione con l'ente pubblico (Comuni e Asl). L'ingresso di nuovi soggetti tende ad avvenire col tempo, con tempi relativamente diluiti. E' si

gnificativo poi segnalare come in alcuni casi la libertà di scelta può essere vissuta come un "peso". Soprattutto nei casi di maggiore disagio, la volontà di capire il nuovo sistema, le sue regole, e di accollarsi i costi della scelta è piuttosto bassa».<sup>32</sup>

In sostanza nel nuovo sistema di accreditamento permangono i tratti fondamentali che caratterizzano il Sad tradizionale ove: «la titolarità del servizio è quasi sempre pubblica (99,7% in Emilia Romagna), ma la gestione è quasi sempre esternalizzata (90% in Emilia Romagna, 79% nelle Marche, 60,4% in Provincia di Cremona) e affidata a cooperative sociali (72% dei casi nelle Marche; 26,4% in Provincia di Cremona)». Attraverso il voucher vengono inoltre erogate le stesse prestazioni che, con riferimento al Sad, risultano così ripartite: «l'impegno più rilevante sembra essere riservato all'igiene della persona (57% delle ore di assistenza nella Provincia di Bolzano; 33,8% delle prestazioni in Veneto; 17% in Provincia di Cremona) seguito dall'aiuto domestico (29% delle ore di assistenza in Provincia di Cremona; 18,8% delle prestazioni in Veneto e 17,7% in Provincia di Bolzano). Di minore entità complessiva altre prestazioni come l'accompagnamento (4,7% nella Provincia di Bolzano; 5% nella Provincia di Cremona), non presenti in tutte le Regioni»<sup>33</sup>. Infine, in base ai pochissimi dati a disposizione, si può stimare che il «numero medio di ore di Sad erogate settimanalmente di poco superiore a 3»<sup>34</sup> corrisponda al quello dell'accREDITamento che - nelle due esperienze esaminate - risulta quantificato, in base ai dati relativi all'anno 2002, in 2,30 ore medie in Lombardia e in 2,17 nell'ambito territoriale del Cisap.

Dunque il servizio di assistenza domiciliare - sia esso erogato da un solo soggetto esterno all'amministrazione o da più fornitori dalla stessa accreditati e posti in "concorrenza" tra loro - non si afferma «come l'attività in grado di sostenere l'anziano non autosufficiente in modo esaustivo, ma più spesso è stato inteso come uno dei servizi utilizzati per l'assistenza di uno stesso anziano non autosufficiente o, in altre situazioni, come il servizio per prevenire peggioramenti della condizione di anziani parzialmente non autosufficienti o soli e a rischio di istituzionalizzazione. In questo quadro, la risposta che la popolazione ha dato di fronte alle necessità assistenziali per i non autosufficienti è ben rappresentata dall'esplosione del fenomeno delle "assistenti familiari", che raggiungono al domicilio un numero di

assistiti ben più elevato di quelli gestiti dal Sad». Ed in ogni caso «sarebbe estremamente sbagliato per il Sad esprimersi in termini competitivi rispetto al lavoro delle assistenti familiari (...) visto che la spesa complessiva italiana per le assistenti familiari è almeno 10 volte tanto quella del Sad».<sup>35</sup> Occorre dunque generalizzare le esperienze di erogazione dei buoni di servizio come contributi in denaro e, nel contempo, ripensare l'organizzazione complessiva dell'assistenza socio-sanitaria domiciliare per garantire «aiuti diversi tra loro che insieme contribuiscano all'erogazione di interventi più qualificati e consistenti, anche in termini di qualità del servizio e di numero di ore erogate per la cura della persona»<sup>36</sup>. Senza dimenticare che l'assistenza alle persone in condizione di non autosufficienza è vana senza un doveroso intervento sanitario.

#### IL RICONOSCIMENTO DELLE ATTIVITÀ DI CURA SVOLTE ATTRAVERSO I FAMILIARI

Nell'ambito del macro-livello «assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare», successivamente declinato nel micro-livello «assistenza programmata a domicilio (Adi e Adp)», il decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, prevede l'erogazione delle seguenti prestazioni di livello essenziale: «a) prestazioni a domicilio di medicina generale, pediatria di libera scelta; b) prestazioni a domicilio di medicina specialistica; c) prestazioni infermieristiche a domicilio; d) prestazioni riabilitative a domicilio; e) prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona; f) prestazioni di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa». In base ai protocolli che regolano l'assistenza, tali prestazioni possono essere erogate singolarmente o integrate tra loro.

Con riferimento alle «prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona» menzionate alla lettera e) - che nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata e nell'ospedalizzazione a domicilio vengono svolte, nella maggioranza dei casi, dai congiunti o da terzi che si impegnano a provvedere alle cure dell'anziano non autosufficiente occorre che le Aziende sanitarie - riprendendo quanto di positivo è emerso dall'esperienza lombarda di erogazione degli assegni di cura - riconoscano il ruolo del volontariato intrafamiliare erogando un contributo economico forfettario<sup>37</sup> corrispondente al 60% della quota sanitaria della retta che il Servizio sanitario assume a suo carico in caso di ricovero

nelle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa).

Dato atto che – anche in regime di assistenza programmata a domicilio (Adi e Adp) – l'assistenza tutelare (che si concretizza attraverso l'erogazione di fondamentali prestazioni di cura della persona) viene, in ogni caso, posta a carico del Servizio sanitario almeno nella misura del 50%, cosa impedisce di prevedere l'erogazione di contributi sanitari, quantificati con riferimento al valore di una "retta sanitaria", a coloro che accudiscono l'anziano cronico non autosufficiente, posto che, senza l'assunzione di una responsabilità di cura da parte dei congiunti, sarebbe vano qualunque intervento professionale finalizzato ad evitarne il ricovero in struttura?<sup>38</sup>. Come avviene per l'indennità di accompagnamento, così per il contributo posto a loro carico, le Asl non dovrebbero avere alcun potere circa

la destinazione specifica dello stesso da parte di coloro che accolgono l'anziano, mentre dovrebbero controllare puntualmente – attraverso le competenti Unità di valutazione multidisciplinare – la qualità delle prestazioni fornite al paziente direttamente dai congiunti anche con l'ausilio di assistenti familiari dagli stessi remunerati. Andrebbero inoltre assicurate, in via ordinaria, tutte le ulteriori prestazioni sanitarie necessarie, essendo il contributo alternativo al solo ricovero. E' infine il caso di aggiungere che – nei casi di ulteriori necessità – verrebbe chiamato ad intervenire il Comune, che dovrebbe valutare le richieste di sostegno economico tenendo conto delle risorse economiche personali (redditi e beni) del malato, secondo i criteri adottati per l'integrazione delle rette nelle strutture residenziali.



#### Note

- 1 Legge 8 novembre 2000, n. 328: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".
- 2 Sergio Pasquinelli, "Buoni servizio: una buona idea?", *Prospettive sociali e sanitarie*, n.13, 2007
- 3 *Ibidem*.
- 4 *Ibidem*.
- 5 *Ibidem*.
- 6 Luca Fazzi e Cristiano Gori, *il voucher e il 'quasi mercato'* in *La riforma dei servizi sociali in Italia* a cura di Cristiano Gori, Carocci editore, Roma, 2004
- 7 Francesco Longo, Mariafrancesca Sicilia, "L'evoluzione del welfare sociale italiano", *Prospettive sociali e sanitarie*, n.13, 2007
- 8 *Ibidem*.
- 9 *Ibidem*.
- 10 L'esperienza dei voucher nel Comune di Parma viene sinteticamente descritta nell'articolo di Francesco Longo e Mariafrancesca Sicilia, *ibidem*.
- 11 Si tratta di 20.000.000 di lire annue per una persona, 31.400.000 per due, 40.800.000 per tre, 49.200.000 per quattro, 57.000.000 per cinque e 7.000.000 per ogni ulteriore componente. Alla formazione del reddito concorrono tutti i redditi assoggettabili all'Irpef percepiti dai componenti del nucleo familiare, considerati al lordo delle ritenute fiscali. Gli assegni di accompagnamento ed altre indennità analoghe non sono conteggiate ai fini della determinazione del reddito familiare. Fonte: Cristiano Gori, Sergio Pasquinelli, *Il buono socio-sanitario nella rete dei servizi territoriali*, in Cristiano Gori (a cura di) *Le politiche per gli anziani non autosufficienti*, Franco Angeli, Milano, 2001.
- 12 «Nel 2001 la Regione Lombardia ha stanziato 50 miliardi di lire; la sperimentazione è proseguita sino al 30 giugno 2002, con un ulteriore finanziamento di oltre 33 miliardi di lire». Nell'anno «la richiesta di buoni è stata assai elevata, molto superiore alla disponibilità (hanno ricevuto il buono 7.100 persone, a fronte di circa 18.000 domande valide)». Cristiano Gori, *il voucher socio-sanitario*, in Cristiano Gori (a cura di) *Le politiche sociali di centro-destra*, Carocci, Roma, 2005.
- 13 Gli erogatori «sono accreditati se rispettano i seguenti requisiti. Il rappresentante legale non deve aver subito condanne penali o avere procedimenti penali in corso (e deve godere della pienezza dei diritti civili); specificità dello scopo sociale (mission aziendale); operatività nel settore specifico da almeno un anno e sottoscrizione di un patto di accreditamento per l'assistenza con l'Asl territorialmente competente (...). Il patto ha lo scopo di "concorrere alla definizione del contenuto che la relazione d'aiuto con l'anziano assistito ed i suoi familiari riveste" ed attivare modalità per rilevare la qualità percepita dall'anziano e/o dai suoi familiari». Cristiano Gori, Sergio Pasquinelli. *Op.cit.*
- 14 «I dati disponibili in merito alle scelte compiute nel 2001 da chi ha ricevuto il buono socio-sanitario in merito al suo utilizzo delineano un quadro piuttosto preciso. La grandissima maggioranza degli utenti, oltre il 90%, ha scelto di utilizzarlo come assegno, ricevendo una somma in denaro da passare ai propri familiari. La preferenza accordata al denaro invece che al buono è coerente con le esperienze europee (...), anche se mai si è vista una scelta a favore del cash con proporzioni tanto ampie». *Ibidem*.

- 15 D. Bonenti, S. Gallo, M.C. Manca, "Il voucher socio-sanitario: una nuova organizzazione delle cure domiciliari in Regione Lombardia", *Geriatrics*, n.4, 2007.
- 16 *Ibidem*.
- 17 «Questo profilo è destinato a rispondere al bisogno di prestazioni sanitarie continuative integrate in un piano di assistenza individualizzato (PAI elaborato col MMG/PdF. Le figure coinvolte in questo profilo sono l'infermiere, il fisioterapista e il medico specialista; ciò che caratterizza questo profilo è la presenza continuativa degli operatori al domicilio del paziente secondo un prestabilito piano di cura». *Ibidem*.
- 18 Sergio Pasquinelli, Alfonso Gambino, *il voucher sociale*, in Cristiano Gori (a cura di) *Le politiche sociali di centro-destra*, Carocci, Roma, 2005.
- 19 «Il numero medio di fruitori per distretto, pari a 70, è piuttosto basso ed è indice di una misura "giovane", la cui introduzione sta avvenendo in termini quantitativi con una certa gradualità». *Ibidem*.
- 20 *Ibidem*.
- 21 Il Consorzio Intercomunale dei Servizi Alla Persona tra i Comuni di Collegno e Grugliasco opera in un territorio collocato al confine ovest di Torino che si estende su una superficie di 31,24 Km<sup>2</sup> ed è popolato da 87.216 abitanti.
- 22 Oltre agli interventi professionali svolti da operatori con qualifiche di assistente domiciliare e delle strutture tutelari (Adest) e di operatore socio-sanitario (Oss) vengono offerti ai cittadini richiedenti le prestazioni - singole o aggregate in forma di "pacchetti" di servizio - relative a: interventi di manutenzione dell'ambiente di vita; lavaggio e stiratura di biancheria; interventi specifici sulla persona (podologo, pedicure, parrucchiere); fornitura pasti; animazione e socializzazione; teleassistenza e telesoccorso.
- 23 Nei confronti degli ultra sessantacinquenni dichiarati non autosufficienti dalle Unità di Valutazione Geriatriche e delle persone con handicap in situazione di gravità il contributo viene richiesto esclusivamente sulla base delle risorse economiche personali (reddito e beni), senza alcun onere per i congiunti, così come previsto dall'articolo 3, comma 2 ter, del decreto legislativo n. 109/1998 come modificato dal decreto legislativo n. 130/2000. Il valore ISEE per determinare l'entità del buono (espresso in lire nella prima fase di sperimentazione e poi in euro) è compreso tra 9.297,99 euro – che danno diritto ad un buono pari al 100% del costo della prestazione – e 27.889,99 euro in base ai quali è assicurato un buono di valore pari al 10% del costo dell'intervento. Per valori ISEE superiori non viene erogato alcun buono di servizio.
- 24 Il valore ISEE per determinare l'entità dell'assegno di cura (espresso in lire nella prima fase di sperimentazione e poi in euro) è compreso tra 9.297,99 euro – che danno diritto ad assegno pari a 1.032,91 euro – e 25.822,85 euro in base ai quali è assicurato un assegno di valore pari 516,46 euro. Per valori ISEE superiori non viene erogato alcun assegno di cura.
- 25 Sino al 2003 gli utenti che possono beneficiare di assegni di cura sono, in media, una decina l'anno. Dal 2004 il budget viene elevato e gli utenti salgono a 40 ogni anno.
- 26 Cristiano Gori, Sergio Pasquinelli, *Il buono socio-sanitario nella rete dei servizi territoriali*. Op.Cit.
- 27 *Ibidem*.
- 28 *Ibidem*.
- 29 *Ibidem*.
- 30 Sergio Pasquinelli, Alfonso Gambino, *il voucher sociale*. Op.cit.
- 31 *Ibidem*.
- 32 *Ibidem*.
- 33 Franco Pesaresi, "Il Sad per anziani in Italia", *Prospettive sociali e sanitarie*, n.18, 2007.
- 34 *Ibidem*.
- 35 *Ibidem*.
- 36 *Ibidem*.
- 37 Tale contributo costituirebbe un semplice rimborso delle spese vive, come previsto dalla legge 266/1991. Si procederebbe cioè in analogia con le modalità adottate per il sostegno degli affidamenti extra ed intra familiari. Cfr. Mauro Perino, "Esperienze di affidamento intrafamiliare di disabili intellettivi adulti", *Appunti sulle politiche sociali*, n. 2, 2002; Mauro Perino, "Volontariato intrafamiliare: dalla sperimentazione al regolamento", *Prospettive assistenziali*, n. 144, 203.
- 38 La legge della Regione Umbria n. 24 del 21 novembre 2004 "Assegno di cura per l'assistenza a domicilio di anziani gravemente non autosufficienti" risponde positivamente a tale domanda. L'articolo 2 (assegno di cura) prevede quanto segue: «al fine di valorizzare l'impegno di cura delle famiglie nell'ambito dei piani personalizzati di assistenza, è concesso un incentivo economico denominato "assegno di cura", quale misura complementare agli interventi sanitari e socio-sanitari finalizzato a ridurre le istituzionalizzazione, i ricoveri impropri e a tutelare la qualità di vita dell'anziano: Tale risorsa economica non è pertanto intesa quale bonus alternativo o sostitutivo di prestazioni o servizi sanitari e socio-sanitari a carico del Servizio sanitario regionale, che rimangono diritti dell'anziano integralmente esigibili. L'assegno di cura è ricompreso nelle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria a totale carico del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni».

