“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

INDICE

Introduzione C. Gori

Prima parte. Messaggi dall’esperienza

Cap.1. I nodi dell’Italia, di C. Chiatti e G. Lamura

1. La non autosufficienza: definizione e politiche pubbliche di sostegno .....

2. L’informazione e l’orientamento degli utenti: il Punto unico di accesso ai servizi 6

3. L'offerta dei servizi sociali e sanitari 8

3.1. L’assistenza domiciliare 8

3.2. Le prestazioni residenziali per anziani e disabili .....

3.3. Le prestazioni semiresidenziali per anziani e disabili .....

4. Gli strumenti di sostegno della domanda assistenziale .....

4.1. La qualificazione delle assistenti familiari 16

4.1 L'identità di accompagnamento e le altre prestazioni di invalidità civile 17

4.3. La ripartizione della spesa tra utenti e servizi 19

4.4. L’Indicatore della situazione economica equivalente 21

5. Le politiche pubbliche di incentivo del risparmio privato con finalità di cura 24

Cap. 2. Le precedenti riforme nazionali, F. Bertoni e B. Riboldi

Introduzione .....

1. La Legge n.1044 del 1971 sugli asili nido 4

2. La Legge n. 18 del 1980 sull’indennità di accompagnamento 6

3. Legge Finanziaria n.67 del 1988 (art. 20) sulle RSA 7

4. La Legge n. 104 del 1992 sulla disabilità adulta 10

5. La Legge n. 285 del 1997 sull’infanzia e l’adolescenza 11

6. La Legge n.162 del 1998 sulla disabilità adulta 13

7. Il Decreto Legislativo n.237 del 1998 sul reddito minimo di inserimento 15

8. La Legge n. 328 del 2000 sulla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali 17

9. Analisi trasversale delle diverse riforme nazionali 19

9.1. Obiettivi 19

9.2. Strumenti per la realizzazione 19

9.3. Considerazione dell'esistente 19
9.4. Scansione temporale 20

Cap. 3. I meccanismi nazionali di finanziamento, di L. Pelliccia

Parte I: le politiche nazionali di finanziamento degli interventi socio-sanitari e assistenziali

1. Le risorse del fondo sanitario nazionale (parte corrente) 2
2. Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali 7
3. Il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza 9
4. Il finanziamento dell'integrazione socio-sanitaria 11
5. La spesa delle regioni per l'assistenza domiciliare-residenziale-semiresidenziale: variabilità e necessità di intervento 13
6. Qualche considerazione d'insieme 17

Parte II: le iniziative delle Regioni

7. I criteri e le procedure generali di ripartizione del Fondo sanitario regionale tra le ASL 18
8. I fondi regionali per la non autosufficienza 20

Cap. 4. Le esperienze internazionali, F. Bertoni e B. Riboldi

Introduzione .....

1. I contenuti delle riforme 3
1.1. Come si caratterizza l'Italia per lo sforzo pubblico complessivo? 3
1.2. Come si caratterizza l'Italia nell'erogazione delle prestazioni monetarie? 4
1.3. Come si caratterizza l'Italia nei servizi domiciliari? 5
1.4. Come si caratterizza l'Italia nei servizi residenziali? 6
1.4.1. Alloggi protetti e domotica 7

2. Modalità e strumenti per la realizzazione delle riforme .....
2.1. Sono state realizzate riforme nazionali negli altri paesi ? 7
2.2. Quale è il ruolo delle politiche nazionali nei paesi federali/decentrati? 9
2.3. Come viene costruito il percorso attuativo? 10
2.4. Qual è il ruolo dell'assicurazione privata? 10

Cap. 5. Le politiche regionali, F. Bertoni e B. Riboldi

Introduzione 2

1. Alcune traiettorie di cambiamento 3
2. L'accesso ai servizi 3
3. Le modalità di valutazione del livello di non autosufficienza 5
4. Le caratteristiche della domanda 6
5. Le tipologie di servizi offerti

Seconda parte. Scenari di servizi e interventi

Cap. 6. La porta unica d'accesso, G. Devastato

1. Introduzione 2

2. Le maggiori criticità della situazione attuale 3

3. Le ipotesi di cambiamento e le loro ragioni 7

3.1. Ipotesi 1: mantenimento della situazione attuale 7

3.2. Ipotesi 2: modello reticolare 8

3.2.1. Il percorso attuativo 10

3.2.2. Elementi di riflessione .....

3.3. Ipotesi 3: Il modello sistemico 13

3.3.1. Percorso attuativo 15

3.3.2. Elementi di discussione 16

3.4. Ipotesi 4: il modello struttural-funzionale 19

3.4.1. Percorso attuativo 25

3.4.2. Elementi di riflessione 28

4. Considerazioni conclusive 31

Cap 7. I servizi domiciliari, G. Guerrini

1. Introduzione .....

2. Le maggiori criticità della situazione attuale 2

3. Le ipotesi di cambiamento e le loro ragioni: l'ampliamento dell'offerta dei servizi domiciliari alle persone non autosufficienti 5

3.1. Mantenimento della situazione attuale 6

3.2. Aumento del numero di utenti dei servizi domiciliari 8

3.3. Aumento dell'intensità degli interventi domiciliari a parità di persone assistite 11

3.4. Aumento globale dei servizi domiciliari (più utenti con una intensità media di intervento maggiore) 14

4. Il superamento delle differenze territoriali 16

4.1. Mantenimento della situazione attuale 16

4.2. Progressiva riduzione delle differenze territoriali, con finanziamento delle sole Regioni che non raggiungono l'indice minimo di copertura dei servizi domiciliari 18

4.3. Aumento del numero di utenti dei servizi domiciliari senza alcuna riduzione delle differenze territoriali 19

4.4. Aumento del numero di utenti dei servizi domiciliari e contestuale progressiva riduzione delle differenze territoriali 20

4.5. Definizione di un indice programmatorio vincolante per tutte le Regioni 21

5. L'individuazione di criteri qualitativi nei servizi domiciliari alle persone non autosufficienti 22

5.1. Nessun intervento da parte dello Stato in merito a criteri di qualità dei servizi domiciliari 23

5.2. Definizione di linee guida per lo sviluppo qualitativo dei servizi domiciliari 25

5.3. Definizione di linee guida per lo sviluppo qualitativo dei servizi domiciliari 26

Cap 8. I servizi residenziali e semiresidenziali, F. Pesaresi ed E. Brizioli

1° parte: Lo sviluppo dell'assistenza residenziale

1. Le maggiori criticità della situazione attuale .....

2. Le ipotesi di cambiamento e le loro ragioni 5

2.1. Il riequilibrio dell'offerta 13

2° parte: lo sviluppo dell'offerta di servizi semiresidenziali

3. I centri diurni 19

3.1. Centri diurni per anziani 19

3.2. I centri diurni per disabili 21

4 . Le ipotesi di cambiamento 22

3° parte: valutazioni conclusive sullo sviluppo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale

5. Come tradurle in pratica 32

6. Sintesi conclusiva 33

Nota metodologica sulle previsioni di spesa (a cura del CAPP dell'Università di Modena) 36

Cap 9. La qualificazione delle assistenti familiari, L. Beltrametti

1. Le maggiori criticità della situazione attuale 2

2. Presentazione delle principali ipotesi di cambiamento 4

2.1. Il profilo delle diverse ipotesi 4

2.1.1. Status quo 4

2.1.2. Estensione degli incentivi fiscali 5

2.1.3. Estensione dell'utilizzo del "buono lavoro" 9

2.1.4. Buoni servizio associati all'attività lavorativa dei prestatori di lavoro di cura informale 13

2.1.5. Potenziamento dell'indennità di accompagnamento per i casi più gravi con erogazione parziale sotto forma di buoni servizio 19

3. Sintesi conclusiva 22

Appendice 1: il modello di simulazione 25

Cap 10. Le prestazioni di invalidità civile, G. Lamura e A. Principi

1. Le maggiori criticità 2

2. Le principali ipotesi di cambiamento 3

2.1. Il mantenimento dello status quo 7

2.2. Rimuovere le principali criticità del sistema vigente 13

2.3. Superare la discrezionalità valutativa che caratterizza l'attuale sistema 15

2.4. Riduzione delle principali iniquità verticali ed orizzontali esistenti 15

2.5. Percorso attuativo 17
2.6. Impatto di questa ipotesi di riforma 17
3. Trasformare l'indennità di accompagnamento in Prestazione Assistenziale di Base (PAB), anche in sostituzione del sistema di prestazioni economiche per l'invalidità civile vigente per l'età adulta 18
3.1. Applicazione della PAB alla sola popolazione anziana 19
3.2. Estensione del modello alla popolazione complessiva, in sostituzione del vigente sistema di prestazioni economiche per l'invalidità civile 20
3.2.1. Percorso attuativo 22
3.2.2. Impatto di questa ipotesi di riforma 22
3.3. Potenziare il sostegno ai soggetti più svantaggiati, mantenendo gli attuali livelli di spesa 23
3.3.1. Applicazione della PAB mantenendo invariata la spesa complessiva 24
3.3.2. Incrementare il sostegno ai più svantaggiati attraverso le risorse liberate grazie a più efficaci controlli 24
3.3.3. Impatto di questa ipotesi di riforma 25
3.4. Incentivare l'uso di servizi alla persona 26
3.4.1. Incremento dei benefici concessi a chi opta per la fruizione di servizi 26
3.4.2. Obbligo di ricorrere a soggetti accreditati se si assumono assistenti familiari private 27
3.4.3. Impatto di questa ipotesi di riforma 27
4. Osservazioni conclusive 28

Cap 11. La ripartizione della spesa tra utenti e servizi , F. Pesaresi

1. Le maggiori criticità della situazione attuale .....
2. Le ipotesi di cambiamento e le loro ragioni 5
2.1. Il profilo delle quattro ipotesi 8
2.2. Percoso attuativo 8
3. Sintesi conclusiva 15
Nota metodologica sulle previsioni di spesa (a cura del CAPP dell'Università di Modena) .....

Cap 12. L'Isee, S. Toso

1. Premessa 1
2. L'Isee: finalità e caratteristiche 3
3. Le criticità della situazione attuale: la definizione del nucleo familiare 4
4. Le criticità della situazione attuale: le modalità di calcolo dell'indicatore 7
4.1. Problemi di valutazione della componente reddituale 7
4.2. Problemi di valutazione della componente patrimoniale 9
5. Presentazione delle ipotesi di cambiamento 11
6. Valutazione delle ipotesi di cambiamento 15
7. Sintesi conclusiva 22

Cap 14. Le assicurazioni integrative, V. Rebba

1. Introduzione .....

2. Le criticità dell'assicurazione Long-term care .....
2.1. Criticità generali .....
2.1.1. Problemi di efficienza e di equità 3
2.1.2. Come superare alcune criticità generali 4
2.1.3. L'assicurazione Ltc integrativa 4
2.2. Caratteri e criticità del mercato italiano 5
2.2.1. Le assicurazioni Ltc in Italia 5
2.2.2. Regime fiscale delle coperture assicurative Ltc in Italia 10
2.2.3. Le criticità del mercato italiano 13
3. Principali scenari alternativi di sviluppo dell'assicurazione Ltc integrativa
3.1. Premessa 18
3.2. Scenario base: il mantenimento dello status quo 19
3.3. Scenario 1: Incentivazione dell'assicurazione Ltc integrativa senza ridefinire l'intervento pubblico per Ltc 21
3.4. Scenario 2: Schema pubblico-privato a tre pilastri - Incentivazione assicurazione Ltc integrativa con riordino dell'intervento pubblico per Ltc a parità di bilancio 25
3.5. Scenario 3: Schema pubblico-privato a tre pilastri - Incentivazione assicurazione Ltc integrativa con riordino e potenziamento dell'intervento pubblico per Ltc 30
4. Conclusioni 35

Terza parte. Scenari di federalismo

Cap 15. Il finanziamento dei livelli essenziali per la non autosufficienza nella prospettiva del federalismo fiscale della legge 42/09, P. Bosi, M.C. Guerra, P. Silvestri

Introduzione .....
1. Il disegno del finanziamento dei Lep nella L.42/09 1
1.1. I principi generali 3
1.2. Le principali problematiche attuative 4
1.3. Un modello di finanziamento debole 8
2. Alcuni problemi generali per la costruzione dei Lep 9
2.1. Il ruolo degli enti decentrati nella definizione dei Lep 10
2.2. La compartecipazione al costo dei Lep 12
2.3. La capacità produttiva degli enti decentrati 14
3. Modelli di definizione del fabbisogno e del costo standard, fabbisogni informativi e ruolo della spesa storica
3.1. Costi standard e approccio "ingegneristico" 15
3.2. L'approccio macroeconomico 18
3.3. Un approccio intermedio: macroperformance per macrofunzioni 19
3.4. Quale livello di disaggregazione della spesa? 21
4. Una proposta per ridurre il gap informativo e per una più appropriata ricostruzione della spesa socio-sanitaria .....
4.1. Caratteristiche e limiti dell'indagine Istat 23

4.2. La proposta di un nuovo schema di analisi 24
4.3. I primi risultati di una ricerca pilota in provincia di Modena 26
5. In conclusione: alcune proposte operative .....

Cap 16. Il budget per la non autosufficienza e il calcolo del fabbisogno standard delle Regioni, V. Mapelli

Premessa .....
1. Verso un Servizio Socio-Sanitario Nazionale? 2
2. Le prestazioni per la non-autosufficienza 3
3. I percorsi sanitari-assistenziali 4
4. Le attuali fonti e modalità di finanziamento dei servizi sanitari-assistenziali e socio-assistenziali 5
5. La copertura dei rischi di non-autosufficienza e il budget nazionale 7
5.1. La definizione dei LEP e dei rischi coperti 8
5.2. La costituzione del budget virtuale per la non-autosufficienza 8
6. Il calcolo dei fabbisogni standard e la ripartizione del budget nazionale .....
6.1. Il calcolo del fabbisogno standard 9
6.1.1. Il metodo della quota capitaria ponderata (globale) 11
6.1.2. Il metodo analitico a costi (e quantità) standard 13
6.1.3. Il metodo di aggiustamento per il rischio o per l'intensità assistenziale 14
6.1.4. Il vincolo di destinazione delle risorse per la non-autosufficienza 16
7. Una proposta per il calcolo del fabbisogno standard regionale per la non-autosufficienza .....
8. Il monitoraggio e controllo delle prestazioni e della spesa .....

Cap 17. Sistema informativo e monitoraggio per la realizzazione dei livelli essenziali per la non autosufficienza, E. Caruso

1. Introduzione 2
2. La definizione del fabbisogno e del costo standard: una questione controversa 3
3. Quale informazione è allo stato attuale disponibile per il policy maker? 10
4. La programmazione socio-sanitaria e la necessità di definire flussi informativi coerenti 19
5. Oltre il socio-sanitario, quali informazioni e quali risultati per quali LEA per i non autosufficienti? 26
6. Oltre la natura tecnica, quella politica: quale modello per monitorare i diritti esigibili 29
7. Conclusioni 32

18. Il rapporto Stato-Regioni-Comuni: relazioni istituzionali verso il federalismo, A. Banchero e C. Casari

1. Introduzione .....
2. Una prospettiva delle Regioni 3
2.1. I processi del decentramento amministrativo, i decreti di riordino del sistema sanitario, la legge 328/2000: i preliminari di una riforma costituzionale 3

2.2. Le Conferenze Stato-Regioni , Stato-Città e Unificata 4
2.2.1 Le Conferenze Stato –città e Unificata 6
2.2.2 Osservazioni sulla “governance” tra istituzioni 8
2.3. Le Modifiche costituzionali: La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 " Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione" 9
2.4. Il Federalismo fiscale: la legge 5 maggio 2009 , n. 42 “ Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell’articolo 119 della Costituzione” 11
3. Una prospettiva dei Comuni
3.1. Premessa 14
3.2. L’integrazione socio-sanitaria 14
3.3. I livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria 15
3.4. I livelli essenziali delle prestazioni sociali 16
3.5. I livelli essenziali della non autosufficienza 17
3.6. Verso quali meccanismi di integrazione socio-sanitaria 18

Quarta parte. Scenari complessivi

Cap 19. Il futuro dell’assistenza continuativa in Italia: scenari a confronto, C. Gori

1. Introduzione 2
2. Un sistema nazionale di assistenza continuativa 3
3. Scenario “Grecia” (status quo) 5
4. Scenario “Italia anni ‘80” 8
5. Scenario “Stati Uniti 10
6. Scenario “Italia 1997-2007 14
7. Lo scenario “direzione Spagna” 20
8. Uno sguardo complessivo 27
9. Conclusioni .....
9.1. Come valutare questo progetto .....

Cap 20. Stime di spesa a confronto, M. Baldini e E. Ciani

Introduzione .....
1. Status Quo (Scenario Grecia) 2
1.1. L'equità del sistema di prestazioni monetarie 3
1.2. La diversificazione dell'offerta di servizi 5
2. Scenario “Italia anni ‘80” 7
3. Scenario USA: sviluppo delle sole assicurazione integrative private 9
4. Scenario“Italia 1997-2007” 11
4.1. I possibili percorsi di sviluppo 12
4.2. Le caratteristiche dello scenario 13
5. Scenario “Spagna” 15

5.1. Il primo passo: la riforma a 3 anni 16
5.2. Il secondo passo: la riforma a 6 anni 19
6. Conclusioni 22

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Introduzione

di

Cristiano Gori

Luglio 2010

1. Gli obiettivi

Il presente progetto intende mettere a disposizione del Ministero del Welfare e del dibattito pubblico un insieme di dati, informazioni e analisi utili per affrontare la definizione delle politiche nazionali di protezione e cura delle persone non autosufficienti negli anni a venire[1]. Il prossimo futuro vedrà le scelte concernenti tali politiche intrecciarsi indissolubilmente con quelle riguardanti i livelli essenziali delle prestazioni sociali e così è anche – di conseguenza – nello svolgimento di questo lavoro. Si propone qui un bagaglio di conoscenze concrete, fondate su dati di realtà, e "orientate al fare", cioè alla costruzione delle politiche.

L'obiettivo complessivo del progetto è:

- *confrontare le principali ipotesi per le politiche nazionali*. Si esaminano le principali ipotesi riguardanti le politiche nazionali di assistenza continuativa alle persone non autosufficienti da realizzare nei prossimi anni. Le ipotesi sono analizzate singolarmente e poi poste in comparazione tra loro.

Questa finalità generale viene tradotta in specifici obiettivi di contenuto. Infatti, per ogni ipotesi considerata s'intende:

- *simulare le modificazioni dell'offerta*. S'illustra in che modo l'opzione considerata cambierebbe le caratteristiche dell'assistenza erogata e il profilo dell'utenza;
- *stimare le conseguenze sul bilancio pubblico*. Di ogni possibilità vengono calcolate gli effetti sul bilancio pubblico in termini di spesa;
- *iconmmaginare il percorso attuativo*. Di ogni ipotesi s'illustra come potrebbe articolarsi nel tempo, cioè il percorso di transizione per giungere alla sua completa realizzazione;
- *Giudicarla da vari punti di vista*. Infine, le opzioni sono giudicate secondo un insieme di differenti punti di vista (i vari criteri valutativi).

Trasversale ai diversi contenuti è un obiettivo di metodo:

- *costruire conoscenze accessibili*. Si presta particolare attenzione alla chiarezza delle analisi svolte e a renderle fruibili - nel modo più agevole possibile - da chiunque sia interessato.

La disamina delle ipotesi si basa sulla valorizzazione delle esperienze esistenti, mettendo al centro i dati e ciò è stato compiuto in passato. Innanzitutto, la costruzione degli scenari e lo sviluppo di ogni ragionamento sono fondati sull'evidenza empirica disponibile. Inoltre, prima di discutere le diverse ipotesi si esaminano le precedenti esperienze realizzate – regionali, nazionali ed estere – al fine di raccogliere indicazioni utili per il futuro.

[1] L'obiettivo è coerente con le finalità indicate nel bando di gara per lo svolgimento del progetto, pubblicato nel dicembre 2007. Il committente è la Direzione generale per l'inclusione e i diritti sociali e la responsabilità sociale delle imprese presso il Ministero del Welfare. Nel 2007 i Dicasteri che nella legislatura attuale hanno costituito il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali erano suddivisi in Lavoro, Sanità (da poco tornata autonoma) e Solidarietà Sociale; il bando per fu emesso da quest'ultimo Ministero.

Il presente lavoro intende contribuire alla diffusione delle prassi valutative nelle politiche di welfare. Si valutano qui non gli esiti di ciò che è stato realizzato (le valutazioni ex post) bensì le diverse azioni che si potrebbero compiere - simulandone l'attuazione così come i risultati - e mettendole a confronto tra loro. Il progetto costituisce, dunque, una valutazione ex ante delle principali ipotesi per le politiche nazionali rivolte alle persone non autosufficienti. Abbiamo scelto le più accreditate opzioni oggi al centro del dibattito, non fermandoci a quelle da noi condivise bensì cercando di costruire il quadro complessivo delle ipotesi che ottengono maggior credito[2].

Il percorso di analisi compiuto ha inteso riflettere gli obiettivi indicati sopra. Abbiamo simulato come cambierebbero l'assistenza erogata e il profilo dell'utenza con l'introduzione di ogni ipotesi, per poi stimare quali sarebbero le conseguenze sul bilancio pubblico in termini di spesa e immaginare come si articolerebbe la sua graduale attuazione nel tempo. Infine abbiamo esaminato le ipotesi secondo i principali criteri valutativi abitualmente in uso (efficacia, equità e altri, cfr par 2.2.3), in modo da offrire un insieme di giudizi fondati sui principali punti di vista – tra loro divergenti - considerati nel dibattito. Gli elementi così raccolti hanno reso possibile la costruzione di un confronto tra le varie opzioni basato sui dati concreti e capace di prendere in considerazione diverse prospettive.

I nostri risultati, come detto, sono a disposizione del Ministero del Welfare affinché possano costituire uno strumento utile per la definizione delle proprie scelte. Sono – allo stesso tempo – resi disponibili al dibattito pubblico al fine di stimolare il confronto in merito a questi temi basato sui dati empirici.

Precisiamo ora l'oggetto del lavoro. Ci occupiamo delle politiche pubbliche di assistenza continuativa rivolte alle persone non autosufficienti di ogni età, anziane e disabili. Le dizioni "assistenza alle persone non autosufficienti", "assistenza continuativa" e *long-term care* sono impiegate quali sinonimi, come accade abitualmente. L'assistenza continuativa/*long-term care* consiste in: "una varietà di servizi e prestazioni, sociali e sanitarie, erogati con continuità a persone che hanno bisogno di assistenza costante a causa di disabilità fisica o psichica. Questi possono essere forniti in strutture residenziali, a domicilio o nel territorio e comprendono assistenza informale offerta da familiari o da altri così come servizi professionali forniti da singoli o da organizzazioni[3]" (Institute of Medicine, 1986, p. 398). Le politiche pubbliche costituiscono solo una parte del ben più ampio universo di interventi dell'assistenza continuativa, che in Italia sono perlopiu' informali o forniti nel mercato privato. Appartengono a tali politiche gli interventi che vengano – almeno parzialmente - finanziati dal bilancio pubblico e/o per i quali un soggetto pubblico definisca alcune regole riguardanti la loro erogazione (su qualità, criteri di accesso o altro).

Le politiche pubbliche sono composte da varie tipologie di servizi e di prestazioni monetarie, principalmente: servizi residenziali (presidi sociosanitari e presidi socio-assistenziali), servizi semiresidenziali (centri diurni), servizi territoriali (assistenza domiciliare sociale e assistenza domiciliare sociosanitaria; inserimento scolastico e inserimento lavorativo)[4] e sostegni monetari

[2] L'unico vincolo posto consiste nella scelta di non considerare le opzioni che prevedono una riduzione dell'intervento pubblico perché ritenute incompatibili con lo stato attuale dell'assistenza continuativa e con le previsioni demografiche future (cfr. oltre).

[3] L'assistenza continuativa comprende anche le politiche per la salute mentale, che in questo progetto non sono prese in considerazione poiché ci concentriamo sugli interventi rivolti ad anziani non autosufficienti e disabili.

[4] Il progetto non analizza gli interventi di inserimento scolastico e lavorativo delle persone disabili poiche' si rivolge esclusivamente al settore sociale e a quello sociosanitario. La scelta di non includere l'inserimento scolastico e

(indennità di accompagnamento, altri contributi economici e agevolazioni fiscali)[5]; una più dettagliata presentazione di queste politiche si trova nel capitolo 1.

Rimane, infine, da puntualizzare il livello di governo considerato. Il progetto fa proprio il punto di vista dell'amministrazione statale e discute le azioni che potrebbe svolgere. Si assume qui, dunque, la prospettiva del decisore statale, promotore del presente lavoro (Box 1).

Box 1 – I punti chiave del progetto

Il progetto in una frase:

- una valutazione ex-ante delle principali ipotesi per le politiche nazionali di assistenza continuativa.

Il tema:

- le politiche nazionali di assistenza continuativa rivolte alle persone non autosufficienti di ogni età.

Il livello di governo:

- il livello centrale, si discutono le azioni che potrebbero essere intraprese da parte dello Stato.

Gli obiettivi:

Obiettivo complessivo:

- confrontare le principali ipotesi per le politiche nazionali.

Specifici obiettivi di contenuto:

- simulare le modificazioni dell'offerta;
- stimarne le conseguenze sul bilancio pubblico;
- immaginare i percorsi attuativi;
- giudicare le ipotesi da punti di vista differenti;

Obiettivo di metodo:

- costruire conoscenze accessibili.

1.1 La prima valutazione ex-ante di livello statale nelle politiche sociali

In Italia la valutazione ex-ante[6] è utilizzata principalmente per analizzare, a livello regionale o locale, progetti o specifici interventi. E' passaggio obbligatorio nella selezione da parte delle

lavorativo è dovuta a motivi di fattibilita': sono settori ulteriori e avrebbero richiesto una serie di approfondimenti specifici, che con le risorse disponibili sarebbero risultati inevitabilmente superficiali. Piuttosto che offrirne una trattazione superficiale, dunque, abbiamo preferito non affrontarli.

[5] Rientrano nell'assistenza continuativa anche altre forme di sostegno qui non considerate: telesoccorso, modificazione alloggio, ecc. Vi e' poi la funzione trasversale svolta dalla Porta Unica di Accesso, che pur non essendo rivolta esclusivamente alle persone non autosufficienti ha un ruolo cruciale per lo sviluppo dell'assistenza continuativa; alla Porta e' dedicato il capitolo 6 (si veda oltre).

[6] Bezzi definisce valutazione ex ante quella realizzata "prima dell'approvazione della successiva implementazione di un programma o un progetto; in questo caso la valutazione aiuta i decisori a scegliere fra scenari alternativi (derivati da possibili diversi impatti dell'azione da avviare), o tra programmi e progetti alternativi, o tra modalità di esecuzione alternative dello stesso programma o progetto, oppure ancora, nel caso non ci sia una reale possibilità di scelta aiuta a stimare i diversi effetti, positivi o negativi, del processo o evento in via di implementazione" (Bezzi, 2007, p. 198). Non rientra tra gli obiettivi di questa introduzione discutere le tematiche riguardanti la metodologia valutativa, in merito si rimanda a: Bezzi, 2004 Moro, 2005, Palumbo, 2001, Stame (a cura di), 2007. Mi pare opportuno solo richiamare un aspetto: prima di scrivere l'introduzione ho chiesto a sei accreditati esperti di metodi e tecniche valutative se fossero a conoscenza di precedenti valutazioni ex ante di politiche sociali. Loro mi hanno risposto negativamente in merito a precedenti lavori e due di essi – Alberto Martini e Ugo Trivellato – mi hanno

Regioni dei progetti finanziati o co-finanziati dai Fondi strutturali Europei (da ultimo i progetti promossi nell'ambito della programmazione 2007-2013) ed è impiegata in altri contesti, come la scelta dei progetti locali da sostenere da parte della Fondazione Sud. Queste valutazioni riguardano il livello regionale/locale e si concentrano su singoli progetti e interventi, non sulle politiche; l'oggetto e il livello di governo considerati, pertanto, sono diversi rispetto a quelli del presente lavoro. Ad esempio, è la differenza tra la valutazione ex ante di un progetto per lo sviluppo dei servizi alla prima infanzia che una Regione meridionale intende realizzare con i fondi FAS o di iniziative per promuovere la diffusione servizi innovativi per l'infanzia in una provincia, e una valutazione ex ante delle diverse linee d'azione che lo Stato potrebbe seguire in materia di servizi alla prima infanzia.

Il presente lavoro costituisce - a mia conoscenza[7] - la prima valutazione ex-ante mai commissionata dall'amministrazione statale in materia di assistenza continuativa alle persone non autosufficienti. Più in generale si tratta della prima valutazione ex-ante mai commissionata dall'amministrazione statale nelle politiche sociali intese in senso ampio: servizi e interventi sociali, servizi e interventi sociosanitari, servizi e interventi socioeducativi[8].

La prima volta, detto altrimenti, che si chiede a un gruppo di tecnici di mettere a confronto le diverse azioni che si potrebbero realizzare nelle politiche sociali (nel nostro caso quelle rivolte agli anziani non autosufficienti), utilizzando i dati e le conoscenze disponibili al fine di simularne il percorso attuativo e i cambiamenti prodotti[9].

In passato diversi Esecutivi hanno chiesto a gruppi di tecnici di elaborare specifiche proposte. Per quanto riguarda l'assistenza alle persone non autosufficienti tre sono le commissioni/ i gruppi di nomina istituzionale che hanno operato dalla metà degli anni '90 a oggi. Nel 1997 l'allora Presidente del Consiglio Prodi nominò la "Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale" - nota come Commissione Onofri[10] – che elaborò una proposta complessiva di riforma del welfare, contenente anche indicazioni per la non autosufficienza. Nel 2002 gli allora Ministri della Salute, Sirchia, e del Lavoro e delle Politiche Sociali, Maroni, istituirono la "Commissione di studio sulla prevenzione e il trattamento della non autosufficienza con particolare riferimento agli anziani", che formulò alcune proposte concernenti l'assistenza continuativa. In anni più recenti la Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (Commissione Lea) in Sanità presso il Ministero

---

consigliato di non utilizzare la denominazione di "valutazione ex ante" per questo progetto, con la medesima argomentazione: il termine è abusato nel nostro paese ed è "una locuzione ambigua perché dai mille significati", al posto della quale, pertanto, è meglio impiegare la dizione "simulazione di attuazione e risultati" (Comunicazioni personali, Settembre 2009). Ho deciso di parlare comunque di "valutazione ex ante" perché mi pare il termine che meglio rappresenta il nostro sforzo e perché la maggior parte della letteratura valutativa mi sostiene in queste interpretazione; si tratta, inoltre, della terminologia cui si fa abitualmente riferimento nelle scienze sociali più in generale e il suo utilizzo penso permetta di illustrare al meglio il tema del presente lavoro a chi si occupa di assistenza agli anziani non autosufficienti e non è specificamente esperto di tecniche valutative (il target del progetto).

[7] I lavori di ricerca e consulenza promossi dall'amministrazione statale sovente non sono particolarmente conosciuti. Dunque, nonostante abbia esaminato una varietà di fonti e consultato numerosi testimoni privilegiati, potrebbero esistere precedenti attività di valutazione ex ante di politiche sociali promosse dall'amministrazione centrale di cui non sono a conoscenza. Nel caso me ne scuso anticipatamente con gli Autori e gli sarei grato se mi contattassero così da conoscere la loro attività (cristiano_gori@yahoo.it).

[8] Detto altrimenti, l'amministrazione centrale non ha mai promossi studi che – utilizzando dati empirici – mettessero a confronto le diverse strade percorribili in materia di servizi alla prima infanzia, interventi contro la povertà, assistenza ad anziani non autosufficienti e disabili, e così via.

[9] Il progetto è stato chiuso con i dati disponibili al 15 marzo 2010.

[10] Dal nome del suo Presidente, Paolo Onofri.

della Salute ha dato vita ad un sottogruppo responsabile del sociosanitario. Il sottogruppo ha presentato nel 2006 una proposta di revisione dei livelli riguardanti le cure domiciliari rivolte ai non autosufficienti di ogni età e nel 2007 una proposta di revisione in merito alla residenzialità.

L'obiettivo di tutti i gruppi menzionati era formulare le proprie proposte, non valutare scenari alternativi[11]. In altre occasioni, equipe di tecnici sono state incaricate di approfondire temi e metodi attinenti la valutazione nel sociale, è il caso del "Gruppo di lavoro per la predisposizione di piani di azioni per la valutazione e il monitoraggio del sistema integrato dei servizi", attivo tra il dicembre 2005 e il marzo 2007 presso il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali[12].

Mai, si è detto, l'amministrazione statale ha finanziato un gruppo di tecnici affinché svolgesse una valutazione ex ante basata sull'evidenza empirica in materia di politiche sociali. Si tratta - più generale - di sforzi piuttosto rari nel panorama del welfare italiano, pure con interessanti eccezioni. Infatti, negli anni recenti molto stimolante è la valutazione ex ante di diverse strategie di politica fiscale tese al rafforzamento dei sostegni economici rivolti alle famiglie con figli promossa nel 2007-2008 dal Ministero dell'Economia insieme alla Scuola Superiore Ezio Vanoni (Scuola superiore dell'Economia e delle Finanze Ezio Vanoni – Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2008).

All'estero - come noto - questi esercizi sono svolti abitualmente in numerosi paesi e la mappa della loro presenza in Europa ha conosciuto, di recente, cambiamenti rilevanti. Fino a 10-15 anni fa il loro utilizzo nelle politiche di welfare si concentrava nei paesi anglosassoni e scandinavi mentre gli ultimi anni hanno visto una maggiore diffusione anche in paesi più simili al nostro, come la Francia, Germania e Spagna[13].

2. Il percorso

I risultati del progetto sono raccolti in questo rapporto di ricerca, articolato in quattro parti in modo da riflettere il percorso logico seguito nello svolgimento del lavoro. Lo apre la presente introduzione, che ha lo scopo di illustrare ragioni e confini del nostro sforzo.

2.1 La prima parte

La prima parte colloca il progetto nel contesto spazio-temporale di riferimento. Ha l'obiettivo di valorizzare l'esperienza disponibile al fine di ricavare indicazioni utili a discutere le politiche future. L'analisi di ciò che è stato fatto sinora in Italia e degli interventi realizzati all'estero qui compiuta costituisce, dunque, uno sforzo propedeutico al confronto tra opzioni che

[11] Una disamina delle proposte elaborate dai gruppi richiamati si trova in Gori, 2008

[12] Chi scrive ha fatto parte del gruppo, si vedano i ringraziamenti. Alcuni componenti del Gruppo ne hanno sviluppato il lavoro sino a giungere all'elaborazione del volume di De Felici et alii, 2009.

[13] Mi permetto di segnalare in particolare due recenti valutazioni ex ante di scenari di riforme dell'assistenza continuativa agli anziani realizzate in Gran Bretagna, una promossa da un soggetto indipendente – il King's Fund di Londra – (Wanless, 2006) e l'altra contenuta nel Libro Verde presentato dal Governo britannico nel luglio 2009 (HM Goverment, 2009). Ad entrambi i lavori hanno contributo in misura significativa i colleghi del PSSRU (Personal Social Service Research Unit) presso la London School of Economics and Political Science, dove lavoro part-time. I due lavori menzionati hanno influenzato il disegno del presente progetto.

inizia nella parte successiva. L'ipotesi di base è che esista nell'esperienza un grande patrimonio di messaggi e suggerimenti – sulle strade da seguire così come quelle da evitare – da far fruttare.

La logica dei capitoli è la medesima ma l'eterogeneità dei temi toccati ha suggerito di costruirli in modo differente l'uno dall'altro. Si comincia con un capitolo che ha la funzione di mettere sul tappeto le principali criticità dell'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti in Italia, indicando così i limiti del sistema attuale e le sfide da affrontare (cap. 1).

Presentati i problemi, ci si chiede quali siano i messaggi che l'esperienza fornisce in merito alle strategie per superarli. Si comincia dalla disamina delle riforme nazionali introdotte sinora, nei servizi e interventi di assistenza continuativa e nei settori più simili (servizi e interventi sociali, sociosanitari e socio-educativi). Se ne discutono i punti di forza e i punti di debolezza, così da cogliere indicazioni utili alle politiche del futuro (cap. 2).

L'altro nodo delle politiche nazionali che si ritiene prioritario approfondire, nella prospettiva di un miglioramento futuro, sono le modalità di rilievo nazionale impiegate fino ad oggi per finanziare gli interventi socio-sanitari e socio-assistenziali dell'assistenza continuativa. Si esaminano le metodologie utilizzate per stimare i fabbisogni regionali, la natura dei fondi trasferiti egli eventuali meccanismi incentivanti utilizzati dallo Stato (cap. 3).

L'analisi dei precedenti interventi nazionali è accompagnata da quella delle politiche regionali dell'ultimo decennio, con particolare attenzione alle numerose riforme realizzate nei diversi territori. Questo approfondimento serve a comprendere i vincoli e le opportunità che le realtà regionali pongono agli interventi nazionali (cap. 4).

L'ultimo passo consiste nella disamina delle esperienze internazionali, compiendone una lettura mirata a capire quanto avvenuto negli altri paesi cosa suggerisce all'Italia in termini di strade da seguire e percorsi da evitare (cap. 5) (Box 2).

Box 2 – La prima parte: obiettivo e contenuti

Obiettivo:

- valorizzare l'esperienza disponibile al fine di trarne indicazioni utili per le future politiche nazionali.

Contenuti:

- esame delle precedenti politiche nazionali: messaggi dal passato;
- esame delle politiche regionali: vincoli e opportunità per gli interventi nazionali;
- esame delle politiche realizzate negli altri paesi: messaggi dall'estero.

Struttura dei capitoli:

- Differenziata.

2.2 La seconda parte

E' la parte che comprende il maggior numero di capitoli. Considera i diversi servizi e interventi che compongono le politiche di assistenza continuativa, dedicando ad ognuno un

approfondimento. Per tutti i servizi e interventi l'obiettivo è valutare le principali ipotesi sul loro futuro e metterle a confronto. I diversi capitoli sono costruiti allo stesso modo: vengono inizialmente illustrate le maggiori criticità della situazione attuale e poi si considerano le principali ipotesi future oggi al centro del dibattito, partendo dal mantenimento dello status quo. Di ogni ipotesi s'illustrano le caratteristiche, immaginandone il percorso attuativo, le modificazioni nel profilo dell'offerta e l'impatto sul bilancio pubblico nel breve (3 anni) e nel medio periodo (6 anni); la si esamina poi attraverso una comune griglia di cui fanno parte vari criteri valutativi[14].

Al fine di fornire al decisore uno strumento completo le ipotesi esaminate non sono necessariamente le preferite dagli Autori bensì quelle – di vari origini ed orientamenti – oggi più accreditate nel dibattito. In linea con le risultanze confronto tra tecnici, concordi nel ritenere inadeguato lo sforzo pubblico attuale, non vengono considerate ipotesi di riduzione della spesa pubblica dedicata e tutti gli scenari ne prevedono l'invarianza o la crescita.

I capitoli – come detto – toccano i principali servizi e interventi destinati alle persone non autosufficienti. S'inizia dalla funzione di orientamento, informazione e accesso[15] svolta dalla Porta unica di accesso (cap. 6). Si passa poi alle politiche riguardanti l'offerta di servizi, cominciando da quelli domiciliari (cap 7) per dedicarsi successivamente a residenziale e semi-residenziale (cap. 8).

Il passo seguente riguarda le azioni a favore della domanda, cioè il contributo alle spese dovute alla non autosufficienza che le persone coinvolte e le famiglie devono sostenere. Ci si occupa qui del sostegno al costo economico delle assistenti familiari (cap. 9), dell'indennità di accompagnamento (cap. 10), della suddivisione delle responsabilità di spesa tra sociale e sanitario (cap. 10) e dell'Isee (cap. 11). Diversi capitoli di questa parte riguardano sia gli anziani sia i disabili, mentre qualcuno concerne solo i primi.

Al fine di completare il quadro pare, dunque, opportuno inserire un approfondimento trasversale che riconsideri l'insieme delle ipotesi analizzate dallo specifico punto di vista delle persone disabili (cap. 13). La disamina delle politiche pubbliche viene conclusa, infine, con una discussione dei possibili interventi per sostenere le modalità di risparmio privato attraverso le assicurazioni integrative (cap. 14). I temi trattati nella seconda parte sono illustrati in maggior dettaglio nel prossimo capitolo.

[14] Le modalità di stima della spesa e i contenuti della griglia valutativa sono oggetto dei prossimi due sottoparagrafi.

[15] In materia di accesso sono decisive le modalità di accertamento e valutazione della non autosufficienza e le loro ipotesi di riforma. In merito si rimanda ai progetti svolti dall'ASR Friuli-Venezia-Giulia per il Ministero del Welfare.

Box 3 – La seconda parte: obiettivo e contenuti

Obiettivo:

- valutare le principali ipotesi per il futuro di ogni servizio o intervento, e metterle a confronto.

Contenuti:

- funzione di orientamento, informazione e accesso (Pua);
- offerta di servizi (servizi domiciliari, residenziali e semi-residenziali);
- sostegno della domanda (spesa ass. familiari, i. accompagnamento, confini sanita'/sociale, isee);
- approfondimento trasversale su disabilità;
- sostegno al risparmio privato (assicurazione integrativa).

Struttura dei capitoli:

per ogni servizio o intervento considerato svolgiamo il medesimo percorso:

- breve disamina delle maggiori criticità della realtà attuale;
- esame delle più note ipotesi del dibattito:
    - Ipotesi a (mantenimento dello status quo);
    - Ipotesi b;
    - Ipotesi c;
    - Ipotesi d;
    - Ipotesi e.
- per ognuna:
    - ✓ simulazione delle modificazioni dell'offerta a 3 e 6 anni;
    - ✓ stima delle conseguenze sul bilancio pubblico a 3 e 6 anni;
    - ✓ simulazione del percorso attuativo a 3 e 6 anni;
    - ✓ disamina secondo differenti criteri valutativi.

2.2.2 La stima dell'impatto sul bilancio pubblico[16]

L'obiettivo principale delle elaborazioni economiche svolte nell'ambito di questo progetto è stimare l'impatto delle diverse ipotesi sulla spesa pubblica; in alcuni capitoli ne sono stati anche calcolati gli effetti redistributivi. L'approccio segue nella sostanza il lavoro di Baldini, Gori, Mazzaferro e Morciano (2008), i quali elaboravano una serie di ipotesi di riforma dell'assistenza sociale e socio-sanitaria per gli anziani non autosufficienti. Seguendo la prima parte del loro lavoro, ci soffermiamo prevalentemente sulla stima dell'impatto di breve periodo sulla finanza pubblica, fornendo però anche indicazioni sulla sostenibilità nel futuro delle proposte elaborate e sui problemi legati alla fase di transizione.

Le simulazioni proposte sono, quindi, di tipo statico rispetto alle caratteristiche demografiche. In sintesi, stimiamo quale sarebbe la variazione di spesa legata all'introduzione delle diverse riforme, con riferimento alla struttura attuale della popolazione per classi di età, sesso e altre

[16] Questo paragrafo è di Emanuele Ciani

caratteristiche. Non proponiamo invece nessuna elaborazione sull'effetto di queste proposte all'aumentare, nei prossimi decenni, del tasso di dipendenza demografica. La conseguenza negativa di tale scelta è la mancata valutazione quantitativa delle variazioni di spesa dovute all'invecchiamento della popolazione italiana. Non riteniamo però che tale scelta vanifichi i nostri sforzi. In primo luogo, le stime offerte ci permettono di discutere la sostenibilità delle riforme nel breve e medio periodo, un aspetto che ha un peso decisivo nella loro valutazione. In secondo luogo, l'utilizzo di un approccio dinamico per tutti gli aspetti considerati richiederebbe di discutere un insieme molto ampio di ipotesi. Per introdurre in modo corretto i processi demografici dovremmo introdurre diverse varianti per ogni riforma analizzata, per tenere conto di scenari in cui, ad esempio, il processo di invecchiamento sia meno rapido, oppure nei quali i tassi di disabilità si riducano. Considerata l'ampiezza della presente ricerca e il numero di aspetti presi in esame riteniamo che seguire queste strada alternativa complicherebbe significativamente la lettura e l'interpretazione delle diverse stime.

Seguendo queste motivazioni, si è deciso, anche per ragioni di coerenza, di proporre stime statiche in tutti i capitoli, lasciando a successivi lavori la rielaborazione dinamica degli scenari. Ci si è limitati, quando possibile, a riportare i valori assoluti di utenza al 2009, assunto come anno base, utilizzando le previsioni per la popolazione residente (scenario centrale, disponibili online su demo.istat.it). La presenza di eterogeneità nell'ultimo anno disponibile per i diversi dati ha infatti reso necessario questo passaggio, per permettere di confrontare le variazioni di spesa riferite a capitoli diversi. Per agevolare i confronti, tutti i valori di spesa sono stati espressi in euro 2009.

Due sono i metodi seguiti nelle elaborazioni.

Il primo, adottato per l'assistenza domiciliare e l'assistenza residenziale, si basa su dati di spesa e utenza a livello nazionale o, quando possibile, con dettaglio regionale. Partendo dall'esistente, sono state introdotte alcune ipotesi per poter stimare la variazione dei costi complessivi. In questo caso, il livello di aggregazione dei dati disponibili non ci ha permesso di offrire un'indicazione di tipo quantitativo sugli effetti redistributivi.

Il secondo metodo, adottato per l'indennità di accompagnamento, l'assicurazione integrativa, l'assistenza privata a pagamento e l'isee, è quello della microsimulazione (si veda Baldini e Toso, 2004).

I modelli di microsimulazione vengono costruiti a partire da campioni rappresentativi della popolazione italiana, contenenti informazioni sui redditi e sulle caratteristiche socio-demografiche dei componenti delle famiglie, rilevate attraverso la somministrazione di questionari. Sulla base di questi dati, all'interno dei campioni utilizzati vengono introdotte le principali caratteristiche del sistema di imposizione fiscale (stimando, ad esempio, l'Irpef pagata da ciascuna famiglia) e di sicurezza sociale (nel nostro caso assumono particolare rilevanza le prestazioni per l'invalidità civile). Modificando tali caratteristiche è possibile simulare cosa succederebbe in seguito ad alcune riforme di questi sistemi, assumendo, in linea generale, che le altre variabili non cambino. Avendo a disposizione dati disaggregati a livello individuale e familiare, si può prendere in esame non solo

l'impegno finanziario necessario per il bilancio pubblico, ma anche il suo effetto sui redditi delle famiglie.

Si rimanda ai singoli capitoli sia per la descrizione delle fonti dati utilizzate, sia per la presentazione delle elaborazioni svolte e dei problemi incontrati.

2.2.3 I criteri valutativi

Ogni criterio rappresenta un punto di vista rispetto al quale valutare le conseguenze attese delle ipotesi per il futuro. La tabella 1 presenta la griglia contenente i criteri utilizzati - nella seconda parte - per discutere le principali ipotesi riguardanti i singoli servizi e interventi. La medesima griglia, si vedra', viene impiegata nella parte conclusiva al fine di esaminare le ipotesi concernenti le politiche nazionali nel loro insieme. Questa, pertanto, rappresenta lo strumento che lega i singoli capitoli sui contenuti dell'assistenza continuativa e li colloca in un discorso comune.

La griglia contiene, innanzitutto, i principali criteri abitualmente considerati nelle valutazioni degli interventi nel welfare: la finanza pubblica (le conseguenze sul bilancio pubblico in termini di spesa), l'efficacia (l'impatto sulle condizioni oggettive e soggettive delle persone coinvolte e delle loro famiglie) e l'equità (nella sua duplice accezione. Orizzontale: la capacità di tutelare allo stesso modo persone/famiglie nelle medesime condizioni; verticale: la capacita' di tutelare in modo particolare persone/famiglie in condizioni di maggiore difficoltà). A essi si aggiungono due criteri che assumono notevole rilievo alla luce delle peculiarità italiane, uno dei quali riguarda le differenziazioni locali (l'impatto sull'eterogeneità territoriale che segna l'assistenza continuativa in Italia)[17]. L'altro concerne un punto meno discusso ma ugualmente cruciale, la fattibilita' (cioè la possibilità di realizzare nel territorio l'ipotesi delineata in modo coerente con le indicazioni statali[18]). L'ultimo criterio è di natura più speculativa e tocca le possibili conseguenze degli interventi discussi sul welfare del futuro (l'impatto sul sistema italiano di welfare tra 25 anni). Pur essendo privi di dati riguardanti il lungo periodo – cfr par 2.2.2 - è stato inserito perché non considerare gli effetti sul domani delle scelte per oggi risulterebbe miope e il materiale da noi raccolto fornisce comunque vari spunti in merito.

I criteri valutativi sono stati scelti in modo da comprendere i principali punti di vista – tra loro divergenti - abitualmente presenti nel dibattito tecnico e in quello politico. Si vuole fornire al decisore e al confronto pubblico un quadro il più possibile completo di quale debba essere il giudizio da formulare sulle diverse ipotesi a seconda del criterio che si predilige (ad esempio se si assegna priorità all'equità, al'efficacia, o alla fattibilità). I singoli criteri che compongono la griglia sono intenzionalmente definiti in modo non troppo circostanziato affinché sia possibile applicarli all'eterogeneo insieme di servizi e interventi che danno vita all'assistenza continuativa. Si è voluto

[17] Le differenziazioni locali costituiscono una tra le varie declinazioni dell'equità ma sono trattate autonomamente dato il particolare rilievo che assumono nel nostro paese.

[18] La disamina dei precedenti interventi nazionali condotta nel secondo capitolo mostra – si vedrà – le estreme difficoltà che si sono sempre incontrate in Italia nel realizzare nei territori politiche di welfare in maniera coerente con le indicazioni formulate dal centro.

costruire, detto altrimenti, un filo rosso capace allo stesso tempo di tenere legato il discorso su tutti gli elementi del *long-term care* e di adattarsi alle peculiarità di ognuno.

Tab. 1. La griglia valutativa

Criterio	Contenuti
Finanza pubblica	Le conseguenze per il bilancio pubblico in termini di spesa.
Efficacia	L'impatto sulle condizioni oggettive/soggettive delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie.
Equità	L'impatto sulla capacità di tutelare: - allo stesso modo persone/famiglie nelle medesime condizioni (e. orizzontale); - in modo particolare persone/famiglie in condizioni di maggiore gravità (e. verticale).
Differenziazioni locali	L'impatto sull'eterogeneità territoriale dell'assistenza continuativa in Italia.
Fattibilità	Le possibilità di realizzare nel territorio l'ipotesi considerata in modo coerente con le indicazioni statali.
Welfare futuro	L'impatto sul sistema italiano di welfare tra 25 anni (2035).

2.3 La terza parte

Si congiunge qui il dibattito sulle politiche nazionali per i non autosufficienti con quello riguardante il cambiamento istituzionale – richiesto dall'attuazione del federalismo fiscale – che impegnerà il nostro paese negli anni a venire. Si muove dalla constatazione che il federalismo fiscale condizionerà profondamente le politiche nazionali dei prossimi anni, qualunque forma concreta assumerà. Si tratteggiano, pertanto, le principali ipotesi applicative del federalismo e se ne discutono le implicazioni per l'assistenza continuativa. Al centro dell'attenzione si colloca la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, il passaggio cruciale nel determinare le conseguenze del federalismo sull'assistenza continuativa.

Per fornire un quadro completo del cambiamento istituzionale la discussione dei livelli è accompagnata da quella dello strumento decisivo per loro attuazione, il monitoraggio, e da una disamina dei mutamenti nei rapporti tra Stato, Regioni e Comuni in cui si collocherà la loro introduzione. L'eterogeneità dei temi affrontati suggerisce – a parità di obiettivi – di differenziare la struttura dei capitoli.

La legge sul federalismo fiscale è stata approvata recentemente[19] e i suoi contenuti sono ritenuti da tutti gli osservatori piuttosto vaghi. Inoltre, a differenza della sanità acuta, nell'assistenza continuativa non esiste molta chiarezza, nel dibattito, in merito a quali siano effettivamente le

[19] E' la Legge 5 maggio 2009, n. 42, della "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione".

diverse possibili traduzioni del federalismo in pratica. In questa parte del progetto, dunque, - in maniera diversa delle altre – prima ancora di metterle a confronto si dedica uno sforzo particolare a tratteggiare quelle che potrebbero risultare le principali ipotesi applicative del federalismo e si costruisce un inventario dei nodi da affrontare.

Le specificità del dibattito sul federalismo fanno sì che gli obiettivi di contenuto del progetto (cfr. par 1) trovino qui una peculiare declinazione: - *simulare le modificazioni dell'offerta*: ci si dedica a immaginare quali potrebbero essere le principali ipotesi di livelli essenziali, per poi discuterle; - *stimare l'impatto sul bilancio pubblico:* il tema dell'impatto sul bilancio pubblico è affrontato nella seconda parte anche per gli aspetti direttamente riguardanti il federalismo (a partire dalle differenze territoriali); - *immaginare i percorsi attuativi:* gli scenari della lunga transizione verso il federalismo fiscale e gli interventi da realizzare per accompagnarli efficacemente ricevono particolare attenzione; - *giudicare le ipotesi da vari punti di vista*: si realizza questo sforzo sia nei singoli capitoli sia tornando sui medesimi temi nei diversi capitoli con differenti prospettive, senza utilizzare una griglia valutativa.

I primi due capitoli si concentrano sulla definizione dei livelli essenziali nell'assistenza alle persone non autosufficienti (livelli sociali e sociosanitari), mettendone a fuoco i problemi aperti, le principali alternative e i rispettivi punti di forza e di debolezza. Le metodologie utilizzate e i punti di vista presentati rendono i due capitoli complementari (cap. 15 e cap. 16). Il contributo successivo intreccia il dibattito sui livelli con la riflessione sul sistema di monitoraggio necessario per la loro manutenzione, ne evidenzia le ipotesi applicative, le criticità e le possibili strade per superarle (cap. 17). Completa il ragionamento un capitolo riguardante i diversi scenari che si aprono - nel nuovo assetto istituzionale - per i rapporti tra lo Stato e gli altri livelli di governo, visto dalla parte delle Regioni e dei Comuni (cap. 18).

Box 4 – La terza parte: obiettivo e contenuti

Obiettivo:

- individuare le principali ipotesi applicative del federalismo, con particolare riferimento ai livelli essenziali, e valutarne le conseguenze per l'assistenza continuativa.

Contenuti:

- i livelli essenziali nell'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti;
- il sistema di monitoraggio;
- i rapporti tra Stato, Regioni ed Enti Locali;

Struttura dei capitoli:

- differenziata.

Il mio nome manca tra gli Autori della seconda e della terza parte, anche se di vari tra i temi toccati mi occupo da tempo e mi appassionano. Ho pensato, però, fosse opportuno rinunciare – seppur malvolentieri – alla responsabilità diretta di contributi al fine di disporre del tempo (ampio)

necessario al coordinamento del progetto ed alla costante interazione con gli Autori dei singoli capitoli.

2.4 La quarta parte

La quarta parte compone i risultati dei capitoli precedenti al fine di delineare i principali scenari alternativi per le complessive politiche nazionali rivolte alle persone non autosufficienti che il nostro paese ha davanti a se. L'obiettivo consiste nel valutare le principali ipotesi d'insieme sul futuro dell'assistenza continuativa in Italia e confrontarle. Anche in questo caso le ipotesi discusse non sono necessariamente le preferite dagli Autori, si vuole fornire un quadro di quelle che paiono oggi le più accreditate ipotesi presenti nel dibattito[20].

Questa parte comprende due capitoli.

Uno è costruito con la medesima struttura di quelli della seconda parte, tranne l'assenza della disamina delle criticità esistenti[21]. Si analizzano le principali ipotesi per il futuro oggi al centro del dibattito, partendo dal mantenimento dello status quo. Di ognuna si simulano le modificazioni nel profilo dell'offerta, il percorso attuativo e l'impatto sul bilancio pubblico nel breve (3 anni) e nel medio periodo (6 anni); la si esamina poi con la griglia valutativa già utilizzata nella seconda parte. È così possibile, infine, mettere a confronto le varie ipotesi (cap. 19).

Il capitolo successivo ripercorre le medesime ipotesi approfondendone le conseguenze economiche e le loro implicazioni. Volge lo sguardo sia all'impatto sul bilancio pubblico sia agli aspetti distributivi concernenti le condizioni economiche delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie; propone una varietà di analisi ed approfondimenti così da costruire un quadro d'insieme in merito (cap. 20). La principale fonte di questa parte sono i dati e le analisi presentati nei precedenti capitoli del progetto.

[20] Coerentemente con l'impianto della seconda parte non vengono considerati scenari di riduzione della spesa pubblica dedicata.

[21] Le criticità sono già ampiamente toccate nella prima e nella seconda parte del rapporto.

Box 5 – La quarta parte: obiettivo e contenuti

Obiettivo:

-valutare le principali ipotesi per il futuro delle complessive politiche nazionali di assistenza continuativa e metterle a confronto.

Contenuti:

- discussione complessiva di ogni ipotesi;
- approfondimento delle conseguenze economiche di ogni ipotesi.

Struttura dei capitoli:

- esame delle più note ipotesi del dibattito:
  - Ipotesi a (mantenimento dello status quo);
  - Ipotesi b.
  - Ipotesi c
  - Ipotesi d
- Per ognuna disamina secondo la prospettiva del capitolo (uno concentrato sul quadro delle politiche e uno sugli aspetti economici)

3. Il gruppo di lavoro

Il bando di gara richiedeva di costituire un gruppo di lavoro che raccogliesse un insieme di qualificati esperti sulle politiche rivolte alle persone non autosufficienti. Si è, di conseguenza, dato vita al gruppo presentato nel box 6. Al suo interno, il Centro per l'Analisi delle Politiche Pubbliche (CAPP) dell'Università di Modena ha elaborato tutte le stime di spesa utilizzate nel progetto, riguardanti le varie ipotesi per i diversi servizi e prestazioni considerati: se ne sono occupati Massimo Baldini (responsabile) ed Emanuele Ciani (box 6)

Box 6 – Il gruppo di lavoro

Soggetto responsabile:

-Istituto per la Ricerca Sociale (Irs).

Coordinatore:

-Cristiano Gori (Irs, Milano, Univ. Cattolica, Milano e London School of Economics, Londra).

Gruppo di lavoro:

-Massimo Baldini (Univ. Modena), Anna Banchero (Agenzia Sanitaria Liguria, Genova), Pietro Barbieri (Fish, Roma), Luca Beltrametti (Univ. Genova), Francesco Bertoni (Provincia di Modena), Paolo Bosi (Univ. Modena), Enrico Brizioli (Gruppo S. Stefano, Ancona), Enza Caruso (Univ. Perugia), Carlo Casari (Comune Modena), Carlos Chiatti (INRCA, Ancona), Emanuele Ciani (Univ. Modena), Giovanni Devastato (Univ. Roma), Maria Cecilia Guerra (Univ. Modena), Gianni Guerrini (Comune di Brescia), Giovanni Lamura (INRCA, Ancona), Vittorio Mapelli (Univ. Milano), Laura Pelliccia (ASL Milano 2), Franco Pesaresi (Comune di Ancona), Andrea Principi (INRCA, Ancona), Emanuele Ranci Ortigosa (Irs), Benedetta Riboldi (ASL, Reggio Emilia), Paolo Silvestri (Univ. Modena), Stefano Toso (Univ. Bologna) e Vincenzo Rebba (Univ. Padova).

Si tratta di un gruppo ampio, 24 persone provenienti da 20 differenti istituzioni, costruito – in coerenza con le richieste ministeriali – sulla base di tre criteri:

- *Primo, valorizzare le competenze esistenti*. Su ogni singolo tema è stato coinvolto un esperto (in alcuni capitoli più di uno) portatore di una solida e riconosciuta competenza in proposito, con all'attivo numerosi lavori e pubblicazioni in merito. Costruire una rete di affermati esperti che già da tempo si confrontano con l'argomento del proprio capitolo è parsa la strada migliore per provare a realizzare un lavoro completo e incisivo[22].

- *Secondo, intrecciare strumenti analitici diversi*. Il gruppo comprende analisti di politiche, esperti di servizi, economisti, sociologi, geriatri, esperti di disabilità e altre professionalità. Si ritiene, infatti, che solo la multidisciplinarietà assicurata dall'intreccio di vari strumenti analitici consenta di comprendere le politiche rivolte alle persone non autosufficienti nella loro complessità.

- *Terzo, collocarsi all'incrocio tra ricerca e operatività*. Tutte le persone coinvolte sono state – in vario modo – impegnate nella concreta costruzione di politiche (in qualità di dirigenti, consulenti o altro). Dispongono, dunque, di quella conoscenza diretta che pare imprescindibile per elaborare idee e dati utili al decisore.

[22] Circa la metà delle persone aveva già lavorato insieme - sul medesimo tema - nell'ambito di un progetto finanziato ex art 12 D.Lgs. 229/99 dal Ministero della Salute, con lo stesso coordinatore (in merito si vedano i ringraziamenti).

4. I prodotti

Il progetto ha dato vita a due tipologie di prodotti. Uno è il rapporto di ricerca di cui questo scritto costituisce l'introduzione e che contiene tutte le riflessioni ed elaborazioni realizzate nel corso del lavoro. Il rapporto è disponibile in versione cartacea e può essere scaricato dal sito del Ministero del Welfare al sito www.welfare.gov.it/dadecidere. L'altro prodotto sono i lucidi di sintesi, preparati per ogni capitolo e che ne contengono le idee principali, anch'essi disponibili sul sito del Ministero; i lucidi presentano in versione sintetica e più divulgativa i principali contenuti dei capitoli. Tanto la scelta di rendere il rapporto scaricabile da internet quando quella di accompagnarlo con la preparazione dei lucidi è coerente con l'obiettivo generale di costruire conoscenze accessibili, che intende caratterizzare questo lavoro (cfr. par 1). Si spera - in tal modo - di raggiungere una platea di utilizzatori più ampia possibile.

Ringraziamenti

Il primo ringraziamento è rivolto al Ministero del Welfare per aver promosso questo progetto. Sono altresì riconoscente a Raffaele Tangorra e Romolo De Camillis, Direttore generale e (all'epoca del progetto) Dirigente della Direzione generale per l'inclusione e i diritti sociali e la responsabilità sociale delle imprese presso il Ministero. Loro hanno coniugato un'esigente richiesta di rigore metodologico con la piena autonomia accordata al gruppo di ricerca nel discutere le diverse ipotesi per le politiche, dando vita – a mio parere – ad un caso esemplare di rapporto tra pubblica amministrazione e studiosi.

Voglio ringraziare, nondimeno, gli Autori coinvolti per la creatività con cui hanno ragionato sulle ipotesi e per il rigore con cui hanno saputo rappresentarle ed analizzarle, e pure per aver sopportato un coordinatore non poco "rompiscatole". La mia riconoscenza è anche rivolta all'Istituto per la Ricerca Sociale, che ha costituito l'ambiente stimolante in cui svolgere la ricerca e la fonte di molte idee.

Nel costruire e coordinare questo progetto ho beneficiato delle riflessioni maturate all'interno di diversi gruppi di lavoro cui ho partecipato in passato. Una è l'equipe che ha svolto la ricerca "Finanziare i costi del long-term care: strumenti, previsioni esperienze" finanziato da Ministero della Salute e Regione Lombardia nell'ambito dei progetti ex art 12 D.Lgs. 229/99, i cui principali risultati sono presentati nel volume Gori, a cura di, 2006. Un altro è il "Gruppo di lavoro per la predisposizione di piani di azioni per la valutazione e il monitoraggio del sistema integrato dei servizi", attivo tra il dicembre 2005 e il marzo 2007 presso il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, presieduto da Nicoletta Stame. Inoltre, voglio ricordare le riflessioni condivise con gli autori dell'articolo Baldini, Gori, Mazzaffero e Morciano, 2008, preparato nell'ambito di un progetto finanziato dallo Spi-CGIl della Lombardia sulle riforme regionali per i non autosufficienti e i loro rapporti con lo Stato. Desidero ringraziare i componenti di questi gruppi per l'arricchimento che hanno fornito alle mie idee.

Bibliografia

Agenas, (2009), *Modelli e costi di assistenza agli anziani non autosufficienti e modelli innovativi di assistenza primaria*, Agenas, Roma.

Baldini, M, Gori, C, Mazzaferro, C e Morciano, M. (2008), *Costi e argomenti*, in Gori, C (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma, pp. 222-267.

Baldini, M. e Toso, S. (2004), *Diseguaglianza, poverta' e politiche pubbliche*, Bologna, Il Mulino.

Bezzi C. (2004), *Glossario della ricerca valutativa*, Gramma, Perugia

Bezzi C. 2007, *Cos'è la valutazione*, Angeli, Milano.

De Felici, P., Giorgi, G., Ranci, C., Sansonetti, S., Stame, N. (2009), *Definire i livelli essenziali delle prestazioni di assistenza*, I Quid, Prospettive Sociali e Sanitarie, Milano.

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

HM Goverment, (2009), *Shaping the future of care together. Green paper*, Londra, Department of Health.

Moro, G, (2005), *La valutazione delle politiche pubbliche*, Roma, Carocci.

Palumbo (2001), *Il processo di valutazione*, Milano, Franco Angeli.

Ragioneria Generale dello Stato, (2008), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Le previsioni della Ragioneria Generale dello Stato aggiornate al 2008. Rapporto n 10*, Ragioneria Generale dello Stato, Roma.

Scuola superiore dell'Economia e delel Finanze Ezio Vanoni – Ministero dell'Economia e delle Finanze, (2008), *Libro Bianco - L'imposta sul reddito delle persone fisiche e il sostegno alle famiglie*, a cura di C. De Vincenti e R. Paladini, Supplemento a Tributi, n 1.

Stame, N (a cura di), (2007), *I classici della valutazione*, Milano, Franco Angeli.

Wanless, D (a cura di), (2006), *Wanless social care review – Securing good care for older people*, Londra, The King's Fund.

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 1

I nodi dell’Italia

di

Carlos Chiatti e Giovanni Lamura[1]

Luglio 2010

[1] Gli autori intendono ringraziare per i consigli ricevuti durante la stesura del presente capitolo le dott.ssa Cristina Rocchetti e Maria Gabriella Melchiorre.

1. La non autosufficienza: definizione e politiche pubbliche di sostegno

L'introduzione di Gori ha precisato la finalità della presente ricerca che, in sintesi, intende contribuire al dibattito politico e tecnico sulla riforma della non autosufficienza in Italia (Gori, 2008 e Gori e Lamura, 2009), offrendo ai decisori pubblici una "valutazione ex ante delle principali ipotesi" di cambiamento delle politiche nazionali in atto.

Questo primo capitolo, diversamente, si pone il duplice obiettivo di: (1) definire il concetto di non autosufficienza e puntualizzare in maniera analitica quali politiche saranno indagate nella seconda parte del volume; (2) indicare le sfide che andranno affrontate nel prossimo futuro, partendo dall'analisi delle criticità attuali. Uno dei presupposti del lavoro di ricerca, infatti, è che debbano essere le criticità esistenti a costituire il punto di avvio per una riflessione sulle ipotesi d'intervento.

Per quanto riguarda l'analisi del settore dell'assistenza continua (in inglese *Long-term care*, Ltc), occorre osservare, in primo luogo, che la definizione dei confini di quest'area d'interventi non è del tutto agevole. Esistono diverse ma altrettanto valide definizioni di questo settore assistenziale, oltre a quella dell'*Institute of Medicine* proposta nell'introduzione. Laing (1993, p.18) ricomprende nell'area Ltc "tutte le forme di cura della persona o assistenza sanitaria e gli interventi di cura domestica associati, che abbiano natura continuativa, forniti a domicilio, in centri diurni o in strutture residenziali ad individui non autosufficienti". Secondo l'OCSE "hanno bisogno di servizi e interventi di *long-term care* gli individui con disabilità mentali o fisiche di lungo periodo, che sono diventati dipendenti dall'assistenza nelle attività fondamentali della vita quotidiana, la gran parte dei quali appartiene ai gruppi più anziani della popolazione" (OCSE, 2005, p.10).

La pluralità di definizioni esistenti, e la conseguente incertezza nel determinare i confini del settore del *Long-term-Care*, deriva soprattutto dall'assenza di una definizione univoca della condizione di "non autosufficienza".

Ai fini dello studio si è adottata la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per cui una persona è considerata non autosufficiente quando presenta una riduzione delle capacità funzionali tale da non poter condurre in autonomia la propria esistenza. La condizione di non autosufficienza è valutata misurando, pertanto, le capacità dell'individuo di svolgere o meno le funzioni essenziali della vita quotidiana, distinguibili in attività per la cura del sé (*Activities of Daily Living, ADL)* e attività strumentali (*Instrumental Activities of Daily Living)*[2].

Di norma, per finalità programmatorie e organizzative, i destinatari delle politiche di assistenza continuativa vengono distinti in anziani e disabili[3].

[2] Per la misurazione delle *Activities of Daily Living* (ADL) e *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) si utilizzano apposite scale che stabiliscono la quantità di aiuto necessaria affinché la persona possa svolgere le funzioni determinanti per vivere. Gli strumenti più utilizzati a tal scopo sono la scala di Katz (Katz et al., 1963) per le ADL e la scala di Lawton e Brody (1969) per le IADL. La scala ADL ad esempio valuta la capacità di compiere le seguenti sei attività: lavarsi (fare il bagno), vestirsi, utilizzare il gabinetto, spostarsi, controllare la continenza, alimentarsi.

[3] Come sottolinea Barbieri nel successivo cap. 14, è necessario "isolare" o meglio "specificare" un gruppo sociale non per accentuarne la disparità, piuttosto per postulare strategie e politiche socio assistenziali adeguate alla specifiche condizioni in cui si trova.

Mentre nei primi la perdita dell'autonomia è una conseguenza dell'età avanzata, nel secondo gruppo la condizione di non autosufficienza si verifica a seguito di un evento morboso (un incidente o una malattia congenita o meno), dalla quale deriva la condizione di disabilità, ovvero di limitazione nello svolgere attività considerate normali per una persona della stessa età (ISTAT, 2009a). I disabili, ancor più degli anziani, costituiscono un gruppo sociale variegato, all'interno del quale le differenti condizioni biologiche e socioeconomiche determinano specifici bisogni assistenziali.

Al di là di queste differenze, nel corso della ricerca si è optato per considerate congiuntamente anziani e disabili nell'ambito di un più ampio discorso sulle politiche per la non autosufficienza, dal momento che entrambi i gruppi sono caratterizzati per l'irreversibilità della condizione di bisogno in cui si trovano[4].

Ma quali sono le dimensioni del fenomeno della non autosufficienza in Italia, e quali sviluppi sono da attendersi? Il nostro Paese ha raggiunto negli ultimi decenni uno dei più avanzati livelli d'invecchiamento della popolazione all'interno dell'Unione Europea (Giannakouris, 2008; ISTAT, 2009b). Sebbene l'anzianità non possa essere considerata quale sinonimo di non autosufficienza né tantomeno di malattia, esiste un'evidente associazione tra l'avanzare dell'età e la non autosufficienza.

Le più recenti stime ISTAT riferite al 2005 (Tab. 1), che adottano una definizione del fenomeno coerente con le indicazioni dell'OMS indicano che in Italia vi sono oltre due milioni e 600 mila persone non autosufficienti non istituzionalizzate.[5] (ISTAT, 2008a). Se a queste si aggiungono le 190.134 persone non autosufficienti che risiedono nei presidi socio-sanitari, la stima complessiva è di poco inferiore ai due milioni e 800mila persone (ISTAT, 2009a).

[4] Per questo motivo non viene fatto riferimento all'area della malattia mentale che può manifestarsi a fasi alterne. I servizi di quest'area sono inoltre caratterizzati da peculiarità che non potrebbero essere considerate pienamente.

[5] La stima fa riferimento ai dati raccolti nell'indagine "Multiscopo sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari 2005". Nel corso di tale indagine, è definita disabile la persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate con ciascuna domanda, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.). Secondo la 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. Per la stima del numero di non autosufficienti in Italia si fa comunemente ricorso a questa definizione e alla stima di persone disabili così ricavata.

Tab.1. Tassi di prevalenza della non autosufficienza presso la popolazione non istituzionalizzata (per area geografica e classe di età) e stime in valore assoluto, anno 2005.

Classe d'età	Ripartizione geografica (tassi per 100 ab.)						
	Italia Nord-Occidentale	Italia Nord-Orientale	Italia Centrale	Italia Meridionale	Italia Insulare	Italia	Stime v.a.
6-14 anni	1,52	0,88	1,48	2,53	0,90	1,61	80.668
15-64 anni	0,95	0,88	1,14	1,45	1,52	1,16	448.817
>= 65 anni	16,16	16,32	18,19	21,73	24,65	18,67	2.079.426
Totale pop.	4,27	4,16	4,91	5,20	5,72	4,76	2.608.911

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

L'analisi dei tassi specifici per età indica una prevalenza della non autosufficienza pari al 18,67% nella popolazione sopra i 65 anni. Le stime del fenomeno presso la popolazione più giovane, invece, sono rispettivamente 1,61% tra i giovani di età compresa tra i 6 e i 14 anni e 1,16% nella fascia di età centrale 15-65 anni.

Osservando la distribuzione territoriale dei tassi emergono sensibili differenze territoriali all'interno del Paese: ad esempio, tra gli anziani i tassi variano dal 16,16% nelle regioni Nord-Occidentali al 24,65% nell'Italia insulare, ma anche nelle altre fasce di età le differenze geografiche non sono trascurabili.

Per quanto concerne l'evoluzione temporale del fenomeno, il raffronto dei tassi attuali con le precedenti rilevazioni ISTAT evidenzia un'evidente tendenza alla riduzione della non autosufficienza in età anziana, la cui prevalenza risultava pari al 21,7% nel 1994 e al 20,5% nel 1999-2000 (ISTAT, 2008a). Tale trend positivo, tuttavia, non sembra sufficiente a bilanciare il complessivo invecchiamento demografico nel nostro Paese, per cui nei prossimi anni è plausibile attendersi un complessivo aumento in termini assoluti della domanda assistenziale.

Avendo inquadrato le dimensioni del fenomeno della non-autosufficienza, puntualizziamo ora quali tra i servizi e le politiche pubbliche di sostegno costituiscono l'oggetto di questa indagine. La scelta di tali politiche è stata guidata essenzialmente dal fatto che il lavoro di ricerca ha quale destinatario istituzionale il decisore statale, in particolare il Ministero del Welfare, committente del progetto. Per questa ragione, è stata data priorità a quelle politiche di competenza del governo centrale o per le quali, pur in presenza di una gestione decentrata (anche di natura privata), è possibile configurare un intervento di coordinamento/regolazione da parte dello stesso.

Queste politiche sono riconducibili a quattro ambiti d'intervento: l'area dell'informazione e orientamento; il sostegno dell'offerta di servizi; il sostegno della domanda assistenziale; l'incentivo del risparmio privato (cfr. Tab. 2).

L'area cosiddetta di "informazione e orientamento" ricomprende gli interventi che non forniscono prestazioni, bensì un insieme di conoscenze, suggerimenti e modalità di accompagnamento alla persona e alla famiglia nelle diverse fasi della non autosufficienza (Gori, 2008.)[6]. Tali interventi rivestono particolare importanza all'interno di un sistema di welfare complesso come quello italiano, caratterizzato dalla presenza di molteplici attori istituzionali e servizi. Le iniziative volte alla creazione dei Punti Unici di Accesso ai servizi (Pua), indagate nel corso della ricerca, rientrano in quest'area d'intervento (cap. 6.)[7].

Tab. 2. Le politiche pubbliche di assistenza continuativa analizzate dalla ricerca

Aree di intervento	Le politiche pubbliche
Informazione e orientamento	- Punto Unico di accesso.
Sviluppo dell'offerta di servizi	- Servizi Territoriali (assistenza domiciliare sociosanitaria e sociale); - servizi Semiresidenziali (centri diurni); - servizi Residenziali (presidi sociosanitari e socio-assistenziali).
Sostegno della domanda assistenziale	- Trasferimenti monetari (Indennità di accompagnamento e altre prestazioni di invalidità civile); - sostegno e qualificazione al lavoro privato di cura; - la ripartizione della spesa tra utenti e servizi.
Le politiche pubbliche di incentivo del risparmio privato	- Sostegno delle assicurazioni integrative volontarie.

Fonte: ns. elaborazione

[6] I due soggetti istituzionali responsabili dell'offerta dei servizi sono le Asl, per quanto concerne i servizi sanitari e socio-sanitari, e i Comuni, responsabili dell'assistenza sociale. Le Aziende Sanitarie Locali (Asl) sono tenute per legge ad assicurare l'assistenza sanitaria alla popolazione del bacino territoriale di riferimento (D.lgs. 502/1992 e ss.). Tale assistenza è gratuita, fatta eccezione per le forme di compartecipazione alla spesa previste (i cosiddetti ticket) ed è erogata dalle Asl direttamente o per tramite di altre strutture pubbliche e private convenzionate. L'assistenza sociale è invece fornita dai Comuni di residenza, non è gratuita, bensì prevede un costo a carico degli utenti commisurato al reddito disponibile. Una classificazione molto diffusa dei servizi sociali e sanitari li distingue, sulla base del setting assistenziale di erogazione, tra servizi domiciliari e servizi semiresidenziali e residenziali.

[7] È in quest'area che possono essere ricondotte, inoltre, le recenti ipotesi di riforma delle modalità di accertamento, di valutazione e della presa in carico dell'utente, basaste sulla "Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e disabilità" (*International Classification of functioning, disability and health*, ICF) che l'Organizzazione mondiale della sanità ha introdotto dal maggio 2001. I principi che sottendono la classificazione ICF, evidenziano l'importanza di un approccio integrato, che tenga in dovuta considerazione sia i fattori riguardanti disabilità e funzionamento che i fattori ambientali (ISTAT, 2009a).

Nell'area dell'offerta sono compresi, invece, i servizi di assistenza e cura alla persona, le cosiddette prestazioni *in-kind*, che possono essere erogate da soggetti pubblici ma anche da privati convenzionati. Tra queste molteplici forme di assistenza sono state prese in considerazione le prestazioni domiciliari (cap. 7), le prestazioni residenziali e quelle semiresidenziali (cap. 8). Come premesso nel precedente capitolo introduttivo, poiché l'interesse della ricerca è costituito dagli interventi di assistenza e cura, non sono stati analizzati gli interventi riguardanti l'integrazione scolastica e lavorativa per disabili. È stato inoltre escluso dall'analisi il settore della salute mentale per via della specificità che lo caratterizza.

Nella terza area, denominata del sostegno della domanda assistenziale, rientrano i contributi alle spese che gravano sulle persone non autosufficienti e sui relativi familiari. Questi contributi possono essere erogati sotto forma di trasferimenti *cash*, essere previsti sotto forma di agevolazioni fiscali, consistere in interventi di qualificazione e sostegno dell'attività di cura privata, o anche in modalità agevolate di accesso ai servizi. Tra questi, la ricerca ha analizzato in particolare gli interventi di sostegno e qualificazione del lavoro di cura svolto dalle assistenti familiari (cap. 9), l'istituto dell'indennità di accompagnamento e le altre prestazioni per l'invalidità civile (cap. 10). Inoltre, è stato dedicato un approfondimento agli interventi che impattano sulla ripartizione della spesa assistenziale tra componente sanitaria e sociale e tra Stato e famiglie (cap. 11). In tal senso, rilevano la diffusione e le modalità di impiego dell'Indicatore della situazione economica equivalente, Isee, che nasce come strumento con cui valutare la condizione economica di coloro che richiedono prestazioni e/o servizi agevolati e disciplinare l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali (cap. 12).

Sono state infine esaminate le forme di incentivazione del risparmio privato per il finanziamento delle cure di lungo termine (cap. 14), che ricevono oggi maggiore attenzione a causa della particolare congiuntura macro-economica che interessa i Paesi occidentali. In quest'area si segnalano le assicurazioni integrative volontarie, strumenti ancora oggi poco diffusi in Italia, ma che in altre nazioni europee hanno rapidamente guadagnato un ruolo non marginale all'interno del finanziamento del sistema di *long-term care*[8].

2. L'informazione e l'orientamento degli utenti: il Punto unico di accesso ai servizi

Il Punto unico di accesso (Pua) è una modalità organizzativa che si sta diffondendo in Italia come risposta all'elevata complessità della rete dei servizi sociosanitari[9], e che per le sue funzioni e

[8] Tra gli altri, per una prospettiva comparata si veda Rebba (2006), mentre sul caso francese Le Corre (2008).

[9] Inizialmente il Piano sociale nazionale (D.P.R. 3 maggio 2001) aveva previsto nel settore socio-assistenziale l'istituzione della "porta unitaria di accesso" in ogni ambito sociale che avesse la capacità di unificare le procedure di accesso ai servizi sociali attraverso una struttura accogliente in grado di assolvere alle funzioni di segretariato sociale previste all'articolo 22 della legge 328/2000. Le quattro funzioni possibili della Porta unitaria di accesso sono quelle relative: 1) all'informazione, 2) all'accompagnamento, 3) alla promozione, 4) al ruolo di osservatorio (Pesaresi 2008a).

caratteristiche assume una particolare importanza nell'ambito del dibattito sulla non autosufficienza.

Una definizione largamente condivisa, infatti, qualifica il Pua quale "modalità organizzativa prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali non comprese nell'emergenza" (Bellentani et al., 2009, p. 17), La definizione specifica, inoltre, che "il Punto unico di accesso è costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi ai quali la persona assistita e i suoi familiari devono adempiere" (*ibidem*).

Il Pua si configura quale uno dei luoghi elettivi dell'integrazione socio-sanitaria, professionale e gestionale, e come tale richiede uno stretto raccordo tra le diverse componenti sanitarie, nonchè tra queste e le componenti sociali.

L'istituzione dei Pua era stata prevista in via prioritaria da numerosi provvedimenti normativi[10], tuttavia ancora oggi la fotografia dello stato di attuazione sul territorio italiano è a macchia di leopardo. Una recente rilevazione indica un ampio sviluppo delle sperimentazioni, ma poche esperienze consolidate, presenti solo in ambiti locali e circoscritti (Pesaresi, 2008a; Bellentani, 2008). Le esperienze di attivazione risultano più numerose al Centro-Sud e nelle Isole (presenti in tutte le Regioni); al Nord sono state individuate sperimentazioni in sole 5 Regioni su 9 (Bellentani et al., 2009)[11]. Va tenuto presente che il solo dato riguardante l'attivazione non può fornire indicazioni circa l'oggettiva funzionalità delle esperienze avviate, ed inoltre esiste una elevata disomogeneità tra le pratiche di sperimentazione in atto, derivante dall'attuale mancanza di linee guida nazionali in merito.

L'analisi delle soluzioni esistenti permette di distinguere, da un punto di vista prettamente organizzativo, due principali soluzioni, riconducibili ai seguenti modelli:

- Pua strutturale, inteso essenzialmente come luogo fisico, chiaramente identificabile, in cui si concentrano tutte le attività tipiche di un servizio di accesso;

Alcune Regioni in seguito hanno previsto uno sviluppo ulteriore delle porte unitarie di accesso, allargandone, previo accordo gestionale con le Asl, le competenze al settore delle prestazioni sociosanitarie.

[10] Ad esempio la legge finanziaria 2007 che ha attivato il Fondo nazionale per le non autosufficienze e il Decreto Ministeriale (Solidarietà Sociale) 12 ottobre 2007, nel ripartire tra le Regioni le relative risorse per l'anno 2007, ha fissato alcune priorità tra cui "la previsione o il 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". L'ultimo riferimento normativo in materia è quindi l'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 25 marzo 2009, che ha approvato l'intesa per la realizzazione degli Obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2009.

[11] Una recente indagine svolta da Cittadinanzattiva (2009) su 28 Asl di 10 diverse regioni italiane ha esaminto diverse caratteristiche dell'assistenza territoriale, tra cui le sperimentazioni di Punti Unici di Accesso. Dai dati emerge che tutte le realtà che hanno partecipato all'indagine hanno attivato questa modalità; tuttavia, nel 20% dei casi non c'è integrazione tra distretti e ambiti sociali, elemento da considerare per garantire la continuità assistenziale, soprattutto nelle seguenti fasi: della dimissione ospedaliera e del periodo post-acuzie; della gestione integrata della fragilità; nella valutazione multidimensionale dei pazienti.

- Pua funzionale/reticolare, la cui funzione consiste nella strutturazione integrata e nella governance di tutti i punti di contatto con i cittadini, in una logica prevalentemente di *meta-office*.

Anche da un punto di vista contenutistico si stanno delineando notevoli differenze per quanto concerne gli approcci tecnico-metodologici e le funzioni del Pua. In questo caso la distinzione è tra una visione di tipo prestazionale (in cui prevalgono ancora meccanismi procedurali di stampo burocratico che segmentano il percorso in passaggi puntiformi) ed una visione processuale (in cui l'aspetto fondamentale è la garanzia della continuità delle cure all'interno di un sistema di appropriatezza dei regimi assistenziali).

Tra le criticità che si rilevano nello sviluppo dei Pua, infine, vi sono le carenze dei sistemi informativi sociosanitari, indispensabili per rendere il Pua un effettivo nodo di informazione integrata, e la necessità di assicurare specifica formazione, olistica e quindi non settoriale, al personale impiegato nel garantire le funzioni di accoglienza, accesso e orientamento alle prestazioni.

Box 1- I nodi dell'informazione e dell'orientamento: il punto unico di accesso

Il Punto unico di accesso:

- Definizione: Modalità organizzativa finalizzata a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali non comprese nell'emergenza, a migliorare le modalità di presa in carico unitaria e a semplificare il percorso assistenziale della persona assistita.

- Diffusione: Una recente rilevazione rivela la presenza di sperimentazioni del Pua in tutte le Regioni del Centro-Sud e delle Isole, ma in sole 5 Regioni su 9 al Nord.

- Principali criticità:
  - sperimentazioni diffuse ma poche esperienze consolidate;
  - diffusione disomogenea sul territorio nazionale;
  - differenze sostanziali tra le sperimentazioni in atto dalle quali emergono distinti modelli organizzativi (Pua strutturale Vs. funzionale/reticolare: visione del Pua prestazione Vs. processuale);
  - Carenze dei sistemi informativi e necessità di formazione specifica del personale impiegato.

3. L'offerta dei servizi sociali e sanitari

3.1. L'assistenza domiciliare

I servizi domiciliari sono prestazioni assistenziali erogate presso l'abitazione della persona non-autosufficiente, che consentono all'utente di affrontare le patologie in atto, contrastare il declino funzionale e migliorare la propria qualità di vita senza ricorrere all'istituzionalizzazione. Erogare cure presso il domicilio degli utenti significa contenere inoltre i costi dell'assistenza, riducendo il ricorso a forme di assistenza più onerose quali le prestazioni residenziali e ospedaliere.

Le prestazioni domiciliari assumono nella pratica molteplici modalità organizzative, ma a fini espositivi possono essere distinte in (Pesaresi, 2007; Gori e Casanova, 2009):

- assistenza Domiciliare Programmata (Adp): erogata dal Medico di Medicina Generale a casa del proprio assistito, previa autorizzazione della Asl di riferimento e secondo un programma ben definito;
- assistenza Domiciliare Integrata (Adi): comprende interventi di natura sanitaria e socio assistenziale, erogati in modo coordinato secondo un piano assistenziale individualizzato. È competenza delle Asl per quanto concerne le prestazioni sanitarie e dei Comuni per la parte sociale;
- ospedalizzazione Domiciliare (Od): consente di erogare a domicilio una serie di prestazioni ad alta complessità, per mezzo di equipe di professionisti e tecnologie normalmente di pertinenza ospedaliera;
- servizio di Assistenza Domiciliare (Sad): ha caratteristiche puramente assistenziali ed è inteso a fornire alla persona non autosufficiente sostegno nelle attività di vita quotidiana e nella cura della propria persona.

Con l'eccezione del Sad e della componente sociale di assistenza erogata nell'Adi, che rientrano nelle competenze dei Comuni e per le quali agli utenti è richiesto il pagamento di un contributo economico proporzionale al reddito, le restanti forme di assistenza domiciliare sono di competenza del settore sanitario e sono quindi erogate gratuitamente dalle Asl[12].

In realtà, le forme organizzative e le tipologie di assistenza domiciliare presenti sul territorio sono diverse e variegate. Anche per questa ragione, le linee guida della Commissione per i LEA hanno proposto una riorganizzazione che riconduce il sistema delle cure domiciliari su cinque livelli, secondo la complessità e dell'intensità assistenziale che le caratterizza: le Cure Domiciliari di tipo Prestazionale, le Cure Domiciliari di I, II e III livello ed infine le Cure Palliative per malati terminali (Ministero della Salute, 2006).

Nonostante l'espansione degli ultimi anni e le raccomandazioni contenute negli atti di programmazione nazionali e regionali, l'offerta di servizi domiciliari in Italia risulta ancora oggi non adeguata. Nel 2005 soltanto l'1,7% degli anziani ha usufruito del Servizio di Assistenza Domiciliare (ISTAT, 2008b) e nel 2006 solo il 3,2% di essi era in carico al servizio Adi (Ministero per lo Sviluppo Economico, 2009). Nel 2006 la media di ore di assistenza erogate dal servizio ADI

[12] Salvo le forme di compartecipazione alla spesa previste dalla normativa vigente (ticket). Non sono previste, tuttavia, compartecipazioni alla spesa per gli anziani di età superiore ai 65 anni, per i malati terminali e per coloro che soffrono di patologie croniche o invalidità.

è stata di ventiquattro ore per utente. Di conseguenza, solo una bassa percentuale di persone non-autosufficienti può essere assistita a domicilio, e la priorità viene data agli utenti in condizioni funzionali e cognitive più precarie (Baldini et al., 2008). Visto in una prospettiva comparata, il nostro Paese si colloca ben sotto la media europea (pari a 10% nell'Europa a 15) per quanto riguarda la percentuale di utenti anziani assistiti a domicilio (Gori e Casanova, 2009).

Inoltre, i dati disponibili sull'offerta di assistenza domiciliare a livello regionale, indicano una disomogeneità tale da suggerire l'esistenza di forti disuguaglianze nell'accesso al servizio a svantaggio degli abitanti del Mezzogiorno: basti considerare che la percentuale di anziani assistiti in Adi in queste Regioni è dell'1,8%, mentre nel Centro-Nord è pari al 3,9% (Ministero per lo Sviluppo Economico, 2009).

Allo stesso modo, anche i servizi di assistenza domiciliare per disabili adulti risultano poco diffusi, se confrontati al numero dei potenziali utenti. Le stime disponibili indicano che il numero di disabili adulti assistiti a domicilio su 100 potenziali utenti si attesta su 5,6 a livello nazionale, con valori medi per ripartizione geografica che variano tra 4,3 al Sud e 8,8 al Centro (ISTAT, 2008b).

Va impiegata cautela, comunque, nell'impiego dei dati sulla disponibilità dei servizi, a causa dell'eterogeneità delle fonti informative a livello locale. La stessa eterogeneità delle fonti, invero, costituisce una criticità del settore ed è auspicata l'adozione, condivisa tra le Regioni, di un *minimum data set* informativo riguardante l'assistenza domiciliare.

Un problema irrisolto resta, inoltre, la scarsa integrazione tra i servizi dell'area socio-sanitaria e quelli sociali erogati dai Comuni. L'esigenza di un maggiore raccordo con le diverse forme di assistenza è avvertita, in particolare, nella fase di dimissione ospedaliera, quando sussistono le condizioni sociali e sanitarie che consentono il rientro a domicilio della persona ricoverata. È in questa delicata fase che il coordinamento tra i servizi domiciliari e ospedalieri riveste un ruolo fondamentale per garantire la continuità assistenziale e realizzare una vera "dimissione protetta".

Precedenti rilevazioni condotte da Cittadinanzattiva, infine, hanno evidenziato tra le criticità dell'assistenza domiciliare in Italia la richiesta non soddisfatta di assistenza psicologica, la scarsa disponibilità della terapia del dolore e l'insufficiente coinvolgimento della famiglia nelle decisioni riguardanti l'organizzazione del servizio (Pesaresi, 2007; Cittadinanzattiva, 2006).

3.2. *Le prestazioni residenziali per anziani e disabili*

Per assistenza residenziale s'intende il "complesso integrato d'interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei nuclei accreditati per la specifica funzione" (Ministero Salute, 2007). Tale forma di assistenza non si realizza in un singolo atto assistenziale, ma comprende l'insieme di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore. 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 Post-Acuzie), che di norma vengono operati a seguito di un ricovero ospedaliero.

Per quanto riguarda l'assistenza agli anziani, negli ultimi anni si sono registrati importanti mutamenti nell'organizzazione e diversificazione delle residenze: mentre in passato gli anziani, autosufficienti e non, erano accolti indistintamente nelle stesse strutture, oggi si tende a organizzare i presidi a secondo dell'intensità dell'assistenza prestata.

È difficile tuttavia proporre una classificazione delle strutture residenziali che abbia valenza nazionale, dal momento che ogni Regione ha la facoltà di adottare in autonomia le proprie modalità organizzative. Si riporta di seguito la classificazione utilizzata dall'ISTAT nel corso dell'indagine annuale sui presidi residenziali e socio assistenziali. Tale classificazione distingue tra (ISTAT, 2006; Pesaresi e Brizioli, 2009):

1. *Residenze Assistenziali*: 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);
2. *Residenze socio-sanitarie*: 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);
3. *Residenze Sanitarie Assistenziali*: 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 (es. RSA – Case Protette).

La spesa a carico degli utenti nel caso delle prestazioni residenziali (le rette) riguarda la sola componente sociale, mentre le quote di costo per la componente sanitaria (le tariffe) sono sostenute dal SSN.

Le prestazioni residenziali per disabili sono erogate da un gruppo di strutture che per lo più sono da ricondurre al modello degli Istituti di Riabilitazione ex art. 26 o a Centri e Comunità di Assistenza (Ministero della Salute, 2007). Le strutture a prevalente connotazione sociale sono una minoranza, mentre la maggior parte delle residenze si caratterizza per la presenza di programmi riabilitativi che ne consentono la permanenza all'interno della completa copertura del Fondo Sanitario Nazionale[13].

[13] Il programma riabilitativo, che costituisce parte integrante del più ampio progetto riabilitativo, definisce le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi. Per la distinzione tra attività sanitarie e sociali di riabilitazione bisogna far riferimento alle "Linee Guida Ministeriali per le attività di riabilitazione". In questo documento si definiscono quali "attività sanitarie di riabilitazione" gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e le altre procedure finalizzate a

Nel 2005 gli anziani accolti nelle strutture sono stati 345.093, pari a circa il 3% della popolazione over 65 (ISTAT, 2008c). Dal 1971 al 2005 i posti letto in strutture sono più che raddoppiati (passando da 131.366 nel 1971 a 265.326 nel 2005), ma la disponibilità degli stessi, espressa come rapporto percentuale sulla popolazione anziana, non si è modificata sostanzialmente, restando attorno al 2,3%. I dati del periodo 2000-2005 indicano come sono stati in particolare i posti letto in RSA a crescere di numero (da 71.359 a 95.734), mentre le Residenze Assistenziali sono diminuite di oltre 16 mila unità (da 90.522 a 73.972).

I disabili adulti[14] ospiti nei presidi residenziali al 31 dicembre 2005 erano 33.439, prevalentemente accolti in Comunità socio-riabilitative (33,6%), nelle RSA (30,2%), nelle Residenze socio-sanitarie per anziani (13,2%) e nelle Comunità Alloggio (9,9%) (ISTAT, 2009a). Nonostante l'enfasi posta sui progetti di vita indipendente, il numero complessivo di disabili istituzionalizzati è cresciuto negli ultimi anni; nel 1999 e nel 2004, infatti, gli ospiti erano rispettivamente 27.630 e 32.783 (*ibidem*).

La mancanza di dati esaustivi a livello nazionale sulle liste di attesa per strutture residenziali rende difficile valutare le debolezze e i punti di forza del sistema della residenzialità in Italia (Pesaresi e Brizioli, 2009). Senza la conoscenza della domanda di posti letto insoddisfatta, infatti, non è possibile valutare l'adeguatezza dell'offerta. Il tasso italiano di anziani istituzionalizzati è inferiore rispetto la media europea (Huber et. al, 2009), ma questo dato si presta ad una lettura ambivalente: è un segnale positivo di come le risorse della persona anziana riescano ad attivarsi per rispondere al bisogno di assistenza senza ricorrere allo sradicamento dal suo luogo di vita, o è un tasso condizionato da fattori strutturali, ovvero dalla scarsità di posti letto disponibili a chi pur ne avrebbe bisogno?

La valutazione della domanda assistenziale esistente è complicata inoltre dalla mancanza di procedure e criteri di accesso uniformi alle strutture. Il percorso che prevede la valutazione dell'anziano tramite l'Unità Valutativa Multidimensionale e la conseguente elaborazione del Piano di Assistenza Individualizzato, benché largamente condiviso in linea teorica, resta in realtà scarsamente applicato.

Un'ultima considerazione riguarda l'alto costo dell'assistenza residenziale, connesso soprattutto all'elevata spesa per il personale (Brizioli e Trabucchi, 2009). Di questo costo si fa carico in larga parte l'assistito, ma spesso anche la sua famiglia di provenienza è chiamata ad integrare la spesa per la retta, poiché in molti casi questa supera l'importo della pensione e delle altre provvidenze economiche erogate all'anziano.

---

portare il soggetto affetto da menomazione a contenere o minimizzare la sua disabilità, e il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare e relazionarsi efficacemente nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale. Si definiscono, invece, "attività di riabilitazione sociale" le azioni e gli interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili, al fine di contenere la condizione di handicap (Ministero della Sanità, 1998).

[14] Nell'indagine ISTAT sui presidi residenziali socio assistenziali viene adottata una definizione di disabili che comprende le persone con handicap fisico, psichico, sensoriale, plurimo o con problemi psichiatrici.

In merito a questo problema di costi e alle possibili misure preventive, si rileva in Italia la scarsa diffusione della modalità organizzativa degli alloggi protetti, strutture per anziani ancora autosufficienti che, con l'aiuto dell'assistenza domiciliare e maggiori garanzie di sicurezza, conducono una vita autonoma in un ambiente costruito appositamente per prevenire l'aggravarsi del deterioramento psico-fisico. In Olanda già nel 1996 vi erano ospitati l'11% degli anziani, ma anche in altri paesi nord-continentali il fenomeno è già da tempo tutt'altro che marginale (Pesaresi e Gori, 2003).

Per quanto concerne le criticità specifiche dell'assistenza residenziale per disabili, i dati indicano anzitutto un'elevata disomogeneità nella distribuzione territoriale delle strutture, che risultano concentrate prevalentemente nelle aree del nord e centro del Paese. In particolare, emerge la necessità di un progressivo superamento del modello di "istituti per disabili", che tradizionalmente ha rappresentato la risposta al fabbisogno assistenziale espresso dalle persone disabili. Questo modello è del tutto inadeguato per consentire alle persone disabili la realizzazione di un proprio progetto di "vita indipendente", obiettivo oggi ineludibile di ogni intervento assistenziale rivolto a questo gruppo sociale.

Per questa ragione è ampiamente diffuso il consenso sulla necessità di accrescere l'offerta di piccole strutture di comunità, in grado di non "sradicare" la persona disabile dal suo ambiente di vita e di risolvere inoltre il problema del "Dopo di noi", ovvero dell'invecchiamento dei genitori dei disabili (Ministero della Salute, 2007).

Come nel caso del settore residenziale per anziani, infine, non esistendo un flusso informativo adeguato, risulta complicata l'attività di programmazione e di controllo degli standard assistenziali dei servizi.

3.3. Le prestazioni semiresidenziali per anziani e disabili

Nell'assistenza semiresidenziale rientrano i servizi che operano in regime diurno, destinati a persone non autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autonomia, ai quali vengono garantiti interventi di natura socio-assistenziale e sanitaria, ma anche di animazione e di socializzazione. Si configurano quali servizi intermedi tra l'Assistenza Domiciliare e Residenziale; di norma, vi si fa ricorso quando sussistono le condizioni per una permanenza a domicilio della persona non autosufficiente e, al tempo stesso, s'intende offrire un servizio di sollievo ai relativi caregivers.

Come nel caso delle prestazioni residenziali, sul versante dei costi per l'utilizzo dei centri diurni è necessario distinguere tra la tariffa, quota sanitaria interamente sostenuta dalle Asl, e la retta, costituita da una compartecipazione richiesta agli utenti per ricoprire i costi di natura sociale.

I dati sui centri diurni in Italia sono pochi e incompleti. Dalle stime ricavate da varie fonti nazionali e regionali, emergerebbe un quadro di scarsa diffusione delle strutture: nel 2006 è stata

rilevata la presenza di 678 centri per anziani (per circa 11.935 posti complessivi, ovvero solo 1,02-1,29 posti ogni 1.000 anziani) e 1.162 centri per disabili (21.257 posti.)[15].

Poche inoltre sono le informazioni circa la loro organizzazione. A livello nazionale e talvolta persino a livello regionale manca una definizione univoca di tale tipologia di assistenza e dei soggetti beneficiari.

Da quanto è possibile ricavare dalle fonti frammentarie, infine, s'intuisce la presenza di una forte disomogeneità tra Regioni sia per quanto concerne la disponibilità di posti nei Centri, sia per quanto riguarda l'entità della compartecipazione alla spesa richiesta all'utenza.

[15] Dati ricavati da varie fonti, si veda in proposito il contributo di Pesaresi nel capitolo 8 del presente volume. Nel conteggio dei posti nei centri diurni per disabili, non sono stati ricomprese le strutture per i soggetti psichiatrici, ma solo centri per disabili fisici e psichici.

Box 2 – Definizioni e criticità dell'offerta di servizi di assistenza continuativa

Le prestazioni Domiciliari:

- Definizione: prestazioni assistenziali erogate presso l'abitazione della persona non-autosufficiente, che consentono all'utente di affrontare le patologie in atto, contrastare il declino funzionale e migliorare la propria qualità di vita senza ricorrere all'istituzionalizzazione.

- Diffusione: utenza ADI: 3,2% anziani (in media 24 h di assistenza/anno);
  utenza SAD: 1,7% anziani, 5,6% disabili.

- Principali criticità:
  - copertura del servizio insufficiente tra l'utenza anziana;
  - basso numero di disabili ricevono assistenza domiciliare e questo rende difficile la realizzazione di progetti di vita indipendente nella propria comunità di origine;
  - forte disomogeneità territoriale dell'offerta;
  - scarsa integrazione tra area sanitaria e sociale.

Le prestazioni Residenziali:

- Definizione: complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio, in idonee strutture;
- Diffusione: nel 2005 il 3% della popolazione anziana era ospite in strutture residenziali: sempre nel 2005, 33.439 disabili adulti risiedevano in strutture residenziali (il 7,5% circa della popolazione disabile adulta stimata dall'ISTAT).
- Principali criticità: per quanto concerne l'area anziani:
  - mancanza di dati sulle liste di attesa e di altri indicatori sugli standard dell'assistenza, che rende difficile valutare debolezze di sistema;
  - scarsa diffusione di modalità organizzative a bassa intensità assistenziale (es. alloggi protetti).

  Per quanto concerne l'area disabili:
  - disomogeneità territoriale nella disponibilità di strutture;
  - necessità di superare il modello di "Istituti per disabili", con conseguente crescita dell'offerta di piccole strutture di comunità;
  - carenza dei flussi informativi.

Le prestazioni Semiresidenziali

Definizione: complesso di servizi di natura socio-assistenziale e sanitaria, ma anche di animazione e socializzazione, erogati in regime diurno a persone non

	autosufficienti o a rischio di perdita autonomia.
Diffusione:	I dati sono frammentari. Nel 2006 è stata rilevata la presenza di 678 centri diurni per anziani (per circa 11.935 posti) e 1.162 centri diurni per disabili (per circa 21.257 posti).
Principali criticità:	- gravi carenze dei flussi informativi; - scarsa diffusione delle strutture idonee all'erogazione di tali prestazioni; - forti disomogeneità territoriali nella diffusione delle strutture; - mancanza di una definizione univoca di tale assistenza e dei soggetti beneficiari.

4. Gli strumenti di sostegno della domanda assistenziale

4.1. La qualificazione delle assistenti familiari

In Italia il ricorso alle assistenti familiari per la cura dei soggetti fragili della famiglia è cresciuto esponenzialmente a partire dalla fine degli anni Novanta (Gori, 2002; Socci et al., 2003). Questo fenomeno inizialmente si è sviluppato in maniera del tutto sconnessa dal sistema delle prestazioni pubbliche, ma col tempo ha ottenuto una maggiore attenzione anche da parte dei soggetti istituzionali (Costa, 2008; Pasquinelli, 2008.)[16].

L'ultimo intervento del legislatore statale in merito è stato il processo di regolarizzazione previsto dalla legge 102/2009, che ha convertito il d.l. 78/2009 (il cosiddetto "decreto Anti Crisi"). Il decreto stabiliva la possibilità di sanare le posizioni d'irregolarità delle assistenti familiari che avessero lavorato in Italia almeno nel periodo tra il 1 aprile e il 30 giugno 2009, previo il pagamento di un importo forfetario di 500 euro per la copertura dei contributi previdenziali non corrisposti.

Nonostante questi tentativi di regolamentazione del settore da parte del soggetto pubblico, sono ancora principalmente le famiglie ad attivarsi per individuare le assistenti e a definire con loro gli accordi circa l'organizzazione e le modalità del lavoro di cura. Nella maggioranza dei casi, le assistenti familiari coabitano con la persona anziana e assicurano assistenza 24 ore su 24 (Lamura et al., 2006).

Stime precedenti all'ultima sanatoria suggerivano la presenza nel nostro Paese di circa 770.000 assistenti familiari (Pasquinelli e Rusmini, 2008), in prevalenza donne immigrate provenienti dall'Est Europa (in particolare Romania e Ucraina, ma anche Polonia, Albania e

[16] Il livello nazionale di governo ha mosso i primi passi (se si escludono i precedenti decreti flusso volti a sanare le posizioni di irregolarità esistenti) con la legge 27 dicembre 2006 n° 296 di "istituzione del Fondo per le Politiche della Famiglia" che, all'art 1, comma 1251, lettera c, prevedeva il sostegno della sperimentazione di interventi per la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari (Costa, 2008). Se si analizzano inoltre i Piani di Zona del centro e nord Italia, si può osservare come quasi tutti gli ambiti sociali abbiano previsto interventi volti a valorizzare il ruolo del settore privato di cura (*ibidem*).

Moldavia), dall'America Latina (Equador e Perù) e dall'Asia (Filippine e Sri-Lanka) (Caritas/Migrantes, 2006). Una stima moderatamente cauta indicava che solo una badante su tre avesse un regolare contratto di lavoro, e che i soggetti in condizione di clandestinità fossero quasi il 43% (Pasquinelli e Rusmini, 2009).

In questo contesto, la regolarizzazione ha portato all'emersione di oltre 294 mila lavoratori domestici clandestini, ma di cui solamente 114 mila assistenti familiari; inoltre, non tutte le domande avranno esito positivo e i dati definitivi della sanatoria saranno disponibili solo nei prossimi mesi (Pasquinelli, 2009). Tale emersione sembra aver intaccato solo in parte l'alta incidenza del lavoro irregolare, che resta una delle principali criticità in questo ambito.

Le ragioni principali del fenomeno sono gli ostacoli di natura economica e normativo-istituzionale all'assunzione regolare di immigrati. I costi derivanti dall'assunzione regolare delle assistenti familiari sono ancora troppo elevati per le disponibilità economiche di molte famiglie, che di conseguenza preferiscono la via dell'irregolarità. Le assunzioni irregolari sono quindi incentivate dalla difficoltà di effettuare controlli presso il domicilio degli assistiti, e dalla mancanza di qualsiasi vincolo di rendicontazione per la principale prestazione assistenziale di cui dispongono oggi le persone non autosufficienti (l'indennità di accompagnamento, vedi *infra*).

Un secondo aspetto critico è rappresentato dall'inadeguata professionalità presente tra le assistenti familiari, che spesso sono prive di qualsiasi tipo di formazione specifica. Questa criticità è senz'altro connessa alla condizione di clandestinità in cui si trovano, che ne pregiudica le occasioni formative, ma è anche dovuta alla scarsa conoscenza della lingua italiana, che, di fatto, limita le occasioni formative accessibili dalle assistenti straniere. Numerose iniziative sono state avviate da parte delle amministrazioni regionali e locali in questo ambito (Gori e Pasquinelli, 2008; Pasquinelli e Rusmini, 2009), tuttavia, ancora oggi gli interventi di qualificazione delle assistenti familiari sono in prevalenza rivolti alle badanti in condizione di regolarità[17].

Una terza criticità, di carattere più generale, è rappresentata dalle caratteristiche stesse del welfare italiano, da sempre maggiormente orientato verso l'offerta di prestazioni monetarie piuttosto che verso l'erogazione di servizi *in-kind*; tale caratteristica rende difficile realizzare un efficace mix tra cure formali e informali, con conseguente sovraccarico di quest'ultima componente. L'eccessivo carico posto sulle cure informali pregiudica, a sua volta, le possibilità delle donne italiane di partecipare attivamente al mercato del lavoro formale.

4.2. L'indennità di accompagnamento e le altre prestazioni di invalidità civile

Tra le tipologie di strumenti a diretta responsabilità statale, finalizzati al sostegno delle persone non autosufficienti, vi sono le prestazioni d'invalidità civile, consistenti in trasferimenti monetari di natura assistenziale a cui hanno diritto gli invalidi civili totali e parziali, i ciechi e i sordomuti, in parte accessibili solo a coloro che percepiscono redditi personali di modesto importo.

[17] L'IRS (2006) stimava che sul totale delle assistenti familiari il 40% era in condizione di irregolarità.

Tali requisiti reddituali non si applicano tuttavia all'indennità di accompagnamento, la più importante misura a sostegno della non autosufficienza esistente in Italia in termini di risorse pubbliche impiegate e numero di beneficiari (Lamura e Principi, 2009; Da Roit, 2006). Istituita nel 1980 con la legge 18, 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[18]. La prestazione è, come detto, concessa indipendentemente dal reddito del beneficiario ed è impiegabile liberamente senza alcun vincolo di destinazione[19].

L'ammontare della prestazione è attualmente pari a 472 euro mensili, erogati per 12 rate l'anno (pari a 5.664 euro annuali): nel 2008 la spesa complessiva a carico dell'INPS è stata di 8,2 miliardi di euro. Gli ultimi dati disponibili dell'INPS indicano che i fruitori dell'indennità di accompagnamento nello stesso anno sono stati circa 1.465.000, il 77,2% dei quali ultrasessantacinquenne (pari a 1.131.700 individui) (Lamura e Principi, 2009). Questo significa, in sostanza, che circa un decimo della popolazione anziana in Italia ha beneficiato di tale indennità. I tassi di utilizzo non sono uniformi sul territorio nazionale: una maggiore diffusione è riscontrata in Calabria (43 per mille abitanti), Campania, Sardegna (entrambe 40 per mille) e Umbria (39 per mille). All'opposto, i tassi di fruizione più bassi si registrano nelle Regioni del Nord: in Trentino Alto Adige il tasso è di 20 percettori per mille abitanti, in Valle d'Aosta è del 22 per mille abitanti e in Piemonte del 23 (*ibidem*).

Durante la ricerca sono state comprese nell'analisi anche le altre prestazioni d'invalidità civile previste in caso di età inferiore a 18 anni (indennità di frequenza), d'invalidità parziale (assegno mensile di assistenza) e d'invalidità totale (pensione di inabilità civile). Questi strumenti conoscono una diffusione non marginale all'interno del contesto italiano: le indennità di frequenza erogate dall'INPS nel 2008 sono state 66.742 con un importo medio di 265,41 euro. Le pensioni di invalidità civile per invalidi parziali e totali erogate nello stesso anno sono state 695.362, per un importo medio di circa 250 euro mensili ed una spesa complessiva di oltre 2 miliardi di euro (INPS, 2009).

Includere anche queste prestazioni è stato necessario sia per poter svolgere una analisi sul fenomeno della non autosufficienza nel suo complesso (e non limitatamente alla sola popolazione anziana, cui in via principale l'indennità di accompagnamento è erogata), sia perché nella maggior parte dei casi è prevista la possibilità di cumulo delle prestazioni.

Per quanto riguarda le criticità che caratterizzano oggi l'istituto dell'indennità di accompagnamento, si rileva, anzitutto, che le modalità di accertamento del bisogno spesso non sono

[18] I requisiti previsti dalla legge sono i seguenti: a) essere disabile al 100% ed incapace di svolgere autonomamente gli atti della vita quotidiana tipici dell'età di riferimento, o di deambulare senza l'ausilio permanente di un accompagnatore; b) non essere ricoverato gratuitamente presso un istituto (INPS, 2008).

[19] Simile libertà d'impiego caratterizza anche le pensioni di invalidità civile, che sono invece di importo variabile a seconda della tipologia e gravità della menomazione sofferta nonché del livello di reddito raggiunto.

precisamente definite dal legislatore, e che da questa carenza consegue una eccessiva discrezionalità in sede di accertamento. È probabilmente tale incertezza alla base delle ampie variazioni infra-regionali sovraesposte, che altrimenti non troverebbero giustificazione nella sola diversità del quadro epidemiologico. In alcune aree del Paese, infatti, sembra emergere ancora una cultura assistenzialistica che conduce ad una distorsione delle reali finalità di impiego dell'indennità d'accompagnamento, finendo per assimilare l'istituto ad una mera forma di sostegno del reddito (Micheli e Rosina, 2008, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, 2008).

Un'ulteriore iniquità (di natura "verticale") deriva dalla mancata graduazione dell'indennità, che non tiene conto della diversità dei bisogni assistenziali. Questa caratteristica penalizza i soggetti che versano nelle condizioni più gravi, costretti ad affrontare i costi dell'assistenza a parità di risorse con chi, pur in condizione di non autosufficienza, ha minori necessità. Di natura "orizzontale" appare invece l'iniquità che colpisce chi diventa disabile totale al 100% solo dopo aver compiuto i 65 anni, in quanto non può cumulare l'indennità di accompagnamento con la pensione di inabilità civile, erogabile solo a chi sia divenuto disabile totale prima del 65° anno di età.

Infine l'indennità d'accompagnamento risulta del tutto scollegata rispetto alla rete dei servizi erogati localmente, sia per quanto concerne la sua concessione che il suo impiego. Come accennato, tale scollegamento, sommato alla mancanza di qualsiasi vincolo di rendicontazione circa il suo utilizzo, rappresenta di fatto un incentivo indiretto all'assunzione privata "in nero" di assistenti familiari a domicilio, e quindi uno stimolo a perpetrare l'irregolarità che caratterizza diffusamente il mercato privato dell'assistenza.

4.3. La ripartizione della spesa tra utenti e servizi

I costi dei servizi sociosanitari per i soggetti non autosufficienti sono sostenuti dal Servizio sanitario, dagli utenti (e dalle rispettive famiglie) e dai Comuni di residenza; le modalità con le quali avviene tale ripartizione rappresentano una caratteristica fondamentale di un sistema di welfare. In Italia, la definizione della quota che in ultimo grava sull'assistito avviene attraverso due passaggi: a) il costo della prestazione è ripartito tra componente sanitaria e componente sociale; b) la quota sociale viene suddivida quindi tra l'utente e il Comune di residenza (Pesaresi, 2008b).

Per quanto riguarda la suddivisione dei costi tra sanità e sociale, gli interventi normativi di riferimento sono costituiti dall'Atto di Indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie del 2001 (D.P.C.M. del 14 febbraio 2001) e dal decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza, LEA (D.P.C.M. del 29 novembre 2001). Sono questi due decreti ad effettuare la distinzione tra:

- *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, la cui erogazione ed il completo finanziamento è responsabilità delle Asl. In questa area rientrano ad esempio le prestazioni dei consultori e l'assistenza ai tossicodipendenti;
- *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*, erogate dai Comuni che possono richiedere una compartecipazione al costo da parte dell'utenza. Appartengono a questo gruppo prestazioni quali l'assistenza economica agli indigenti e l'assistenza educativa per i disabili;
- *prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria*, erogate dalla Asl e finanziate dal fondo sanitario, quali ad esempio le prestazioni di ADI, residenziali e semiresidenziali rivolte alle persone non autosufficienti. Per questa tipologia di prestazioni possono essere previste quote di partecipazione ai costi da parte dell'utenza e/o dei comuni secondo quanto indicato nei suddetti decreti.

È nell'ambito di queste ultime prestazioni che oggi è particolarmente complesso analizzare la ripartizione del costo tra componente sociale e sanitaria. A seguito della riforma costituzionale (Legge Costituzionale 3 del 2001), alle Regioni è stata infatti riconosciuta l'autonomia a recepire l'impianto regolativo statale con o senza modificazioni, autonomia che ha portato a significative variazioni territoriali.

A complicare l'analisi della ripartizione dei costi tra utenti e servizi vi è inoltre il fatto che, a seconda della fase del percorso assistenziale (intensiva, estensiva o di lungo assistenza) nella quale l'utente si trova, devono essere applicate aliquote differenti. Generalmente la fase intensiva è a completo carico del Servizio Sanitario Nazionale[20].

È solo dopo aver stabilito l'entità della componente sociale dell'assistenza non finanziabile dal Fondo Sanitario, che avviene la suddivisione dei costi tra Comuni di residenza e assistiti. Tale ripartizione dovrebbe seguire criteri regionali che spesso non sono stati emanati (Pesaresi, 2008b), e pertanto in capo ai Comuni resta ampia autonomia. Anche in questo caso, la conseguenza dell'autonomia è un'ampia differenziazione tra le diverse realtà locali.

Dai dati disponibili si osserva che il 47,8% della spesa per l'assistenza agli anziani non autosufficienti è sostenuta direttamente dagli assistiti e dalle loro famiglie. Il resto della spesa è ripartito fra i vari soggetti pubblici: lo Stato si fa carico del 26,4% della spesa (mediante l'erogazione della indennità di accompagnamento), le ASL del 18,6% e i comuni del 5,2% (*ibidem*). La gran parte della spesa è costituita dalle assistenti familiari e dall'assistenza residenziale.

Come accennato, tali generalizzazioni non devono nascondere le disomogeneità che esistono a livello regionale per quel che riguarda le prestazioni sociosanitarie e le relative spese a carico della sanità. Si può in ogni caso affermare che la spesa delle famiglie è molto elevata, soprattutto nell'ambito dell'assistenza residenziale, mentre il livello di spesa pubblica resta relativamente basso.

[20] Per una analisi più approfondita si veda il contributo di Pesaresi nel cap. 11 del volume.

Anche per quanto concerne la ripartizione dei costi sociali, esistono differenze territoriali nella ripartizione fra comune e assistito, e diffusi contenziosi relativamente all'applicazione dell'ISEE. Tali differenze si traducono inevitabilmente in disuguaglianze sostanziali nelle opportunità dei cittadini nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi.

Il quadro della spesa per l'assistenza ai disabili non autosufficienti non cambia molto rispetto alla situazione degli anziani, anche se in questo caso i costi per le prestazioni residenziali sono tradizionalmente più bassi. Il tema della ripartizione della spesa tra servizi e utenza assume particolare rilevanza nel caso di quelle persone disabili che, per oggettive condizioni di impedimento, nell'arco della propria esistenza sono state discriminate sistematicamente nello svolgimento di una attività lavorativa. La condizione di questi soggetti e delle loro famiglie di origine meriterebbe maggiore attenzione, essendo evidente la loro ulteriore situazione di svantaggio rispetto a coloro per i quali la condizione di non autosufficienza sia sopraggiunta solamente in età anziana, dopo la conclusione del proprio percorso professionale e dopo aver potuto produrre reddito e contribuzioni previdenziali durante questo periodo.

4.4. L'Indicatore della situazione economica equivalente

L'Indicatore della situazione economica equivalente (Isee), introdotto con il decreto legislativo 109/1998, è lo strumento individuato a livello nazionale per regolare l'accesso alle prestazioni pubbliche e per calcolare il livello di compartecipazione dell'utenza ai costi. L'indicatore è applicato sia nel caso dei servizi erogati localmente (asili nido, servizi educativi per l'infanzia, mense scolastiche etc.), sia per l'assegnazione dei trasferimenti dal governo centrale (assegni alle famiglie con tre minori, assegni di maternità, *social card* etc.).

I tre pilastri su cui fonda lo strumento sono: 1) l'opzione a favore del reddito familiare anziché individuale; 2) l'inclusione nella valutazione delle condizioni economiche del patrimonio e del reddito da attività finanziarie; 3) la valutazione del numero dei componenti familiari (Toso, 2006). L'Isee è calcolato sommando un *indicatore della situazione reddituale* e un *indicatore di situazione patrimoniale* (valutato per una misura del 20%), e dividendo la somma ottenuta per valori previsti in una scala di equivalenza stabilita per legge. L'adozione della scala di equivalenza, ovvero di un insieme di coefficienti specifici per ciascuna tipologia familiare, consente il confronto tra i livelli di benessere economico di famiglie diverse non solo per reddito e patrimonio, ma anche per caratteristiche socio-demografiche (ad es. numero componenti, presenza di disabili o numero percettori di reddito).

L'applicazione dello strumento, teoricamente, dovrebbe costituire l'unico mezzo per valutare la condizione economica delle persone che richiedono l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali, ma in realtà la sua diffusione ha attraversato fasi alterne. Dopo la sua introduzione nel 1998, il

decreto legislativo 130/2000 ha contribuito ad una sua parziale modifica[21]; ancora oggi, tuttavia, la definizione normativa dell'istituto non può dirsi completa. Mancano due dei decreti attuativi previsti dal d.l. n. 130/2000, tra i quali, in particolare, il D.P.C.M. che dovrebbe fissare i limiti dell'applicazione dell'Isee nel caso delle prestazioni di natura socio-sanitaria rivolte ai soggetti non autosufficienti.

Tale ritardo nella definizione normativa ha provocato, in alcune aree del Paese, una situazione di incertezza e conseguente immobilismo. Il ricorso all'Isee è oggi più frequente, ma è ancora diffuso il ricorso alle tradizionali tipologie di strumenti selettivi basati sul calcolo del reddito ai fini IRPEF. Questo ha determinato la coesistenza di strumenti e criteri di selettività per l'accesso alle prestazioni e per compartecipazione al costo a volte molto differenti tra loro.

La riforma del titolo V della Costituzione ha inoltre concesso alle regioni la facoltà di modificare la normativa regionale in merito; come conseguenza della svolta federalista, solo la metà delle regioni ha adottato l'Isee senza incertezze, mentre nelle altre ci sono state modificazioni più o meno importanti dello strumento (Pesaresi 2008b).

Tra gli aspetti critici in evidenza per quanto concerne l'applicazione dell'Isee, vi sono anzitutto quelli relativi alle definizione di nucleo familiare. Non esiste un coerente indirizzo che orienti la scelta tra Isee individuale e familiare, né tantomeno, nel caso si opti per il riferimento al nucleo familiare, un chiaro indirizzo per determinarne le dimensioni rilevanti.
Inoltre, aspetti critici riguardano la valutazione della componente reddituale e di quella patrimoniale (immobiliare e mobiliare), nonché i criteri per procedere alla loro combinazione.

Box 3-Definizioni e criticità delle politiche di sostegno della domanda assistenziale

Qualificazione delle assistenti familiari:

- Definizione: interventi finalizzati a migliorare la qualità del lavoro di cura a domicilio.
- Diffusione: nel 2008 erano presenti circa 770 mila assistenti familiari in Italia, di cui 2/3 senza regolare contratto di lavoro. La recente sanitaria (l.102/2009) ha portato all'emersione di circa 114 mila assistenti familiari irregolari.
- Principali criticità:
  - alta incidenza del lavoro irregolare;
  - inadeguata professionalità degli operatori;
  - insufficiente riconoscimento del lavoro informale di cura;
  - insufficiente intensità dei servizi di cura pubblici complessivamente erogati.

[21] L'impostazione iniziale dell'Isee era improntata ad una larga autonomia degli enti nella scelta dei criteri applicativi. È successivamente con il decreto legislativo 130/2000 che è stata sancita una definizione più rigida dello strumento di selettività (Izzi e Tangorra, 2000).

Indennità di accompagnamento e le altre prestazioni di invalidità civile:

- Definizione: trasferimenti monetari di natura assistenziale sotto la diretta responsabilità statale, gestiti dall'INPS, a cui hanno diritto gli invalidi civili totali e parziali, i ciechi e i sordomuti (in parte accessibili solo a coloro che percepiscono redditi personali modesti). Senza requisiti reddituali è invece l'indennità di accompagnamento, prestazione rivolta a sostegno delle persone che non sono in grado di deambulare autonomamente e/o richiedono un'assistenza continua.

- Diffusione: l'ammontare dell'indennità di accompagnamento è pari a 472 euro mensili per 12 rate l'anno (5.664 euro annuali). Nel 2008 circa un decimo della popolazione anziana riceveva l'indennità (9,5% degli over 65 anni).
  Le indennità di frequenza erogate dall'INPS nel 2008 sono state 66.742 mentre le pensioni di invalidità civile per invalidi parziali e totali ammontavano a 695.362.

- Principali criticità:
  <u>criticità relative all'indennità di accompagnamento:</u>
  - modalità di accertamento del bisogno non chiaramente definite;
  - disomogenea diffusione dello strumento tra le regioni che non trova spiegazione nelle caratteristiche epidemiologiche delle popolazioni residenti;
  - iniquità derivanti dalla mancata graduazione dell'indennità;

  <u>Criticità di "sistema":</u>
  - iniquità nel trattamento di situazioni assistenziali omogenee ma originatesi in maniera differente (ad es. la differenza nell'importo dei trasferimenti assistenziali tra chi diventa invalido totale dopo i 65 anni, e non può cumulare indennità di accompagnamento e pensione di inabilità civile, e chi diventa disabile prima del 65° anno di età);
  - mancanza di collegamento con la rete dei servizi erogati localmente;
  - assenza di qualsiasi forma di rendicontazione delle prestazioni, che di fatto incentiva l'assunzione "in nero" di assistenti familiari a domicilio.

La ripartizione dei costi della cura

- Definizione: i costi per l'assistenza alle persone non autosufficienti sono ripartiti tra Sanità, Sociale, utenti e famiglie. Le modalità attraverso le quali tali quote vengono ripartite rappresenta una caratteristica fondamentale del sistema di welfare.

- Principali criticità:
  - spesa familiare molto elevata;
  - basso livello della spesa pubblica con particolare riferimento a quella sanitaria;
  - disomogeneità infraregionali per quel che riguarda le spese a carico della sanità;

	- quota sociale ripartita in modo assai differenziato fra il comune e l'assistito con l'ausilio di uno strumento avanzato – l'Isee – che propone aspetti problematici di politica redistributiva.

L'indicatore di situazione economica equivalente (Isee)

• Definizione:	strumento di valutazione della condizione economica dei beneficiari delle politiche di welfare.
• Principali criticità:	- coesistenza dell'Isee con forme tradizionali di selettività basate sul calcolo del reddito individuale ai fini IRPEF; - differenze territoriali nella applicazione pratica dello strumento (Isee nazionali Vs. regionali); - numerosi contenziosi riguardo la scelta di considerare l'Isee individuale o familiare; - perplessità circa le modalità di valutazione della componente reddituale e patrimoniale e circa i criteri della loro combinazione.

5. Le politiche pubbliche di incentivo del risparmio privato con finalità di cura

Nell'area delle politiche pubbliche d'incentivo del risparmio privato con finalità di cura possono essere comprese le iniziative a sostegno della sottoscrizione di assicurazioni per la *Long-term care* (Ltc). Questa tipologia di assicurazioni integrative sono polizze sottoscritte spontaneamente da chi intende garantirsi assistenza e/o risorse adeguate nel caso di perdita dell'autosufficienza.

La logica che sottende questo strumento è che il risparmio assicurativo risulta più efficace dell'accumulo individuale, poiché il *pooling* dei rischi consente una redistribuzione ex post delle risorse tra chi avrà effettivamente bisogno di assistenza e chi no (Rebba, 2006).

Le polizze Ltc, pertanto, si rivolgono a persone che si trovano già in condizioni di bisogno (c.d. *Point of need* o *Immediate care plans*), ma in via primaria a persone in salute che intendono tutelarsi nei confronti dei rischi futuri (in questo caso si parla di *Pre-funded plans*)[22].

Esistono due tipologie principali di assicurazioni, riconducibili al "ramo vita" e al "ramo malattia". Le polizze del ramo vita funzionano di norma secondo capitalizzazione, con premi calcolati per la durata contrattuale secondo formule specifiche, basate su alcuni parametri di rischio individuale (età, sesso, malattie pregresse etc.). L'obiettivo dello strumento è raggiungere un equilibrio attuariale di lungo periodo tra i premi versati e le prestazioni erogate. Nel ramo malattia, diversamente, tale equilibrio si realizza su base annua, prevedendo la creazione di riserve tecniche finalizzate a consentire il pagamento delle spese Ltc per la durata attesa di vita degli assicurati. In questo caso, l'equilibrio si realizza nella mutualità fra i vari assicurati, a prescindere dal fattore temporale.

[22] Nella ricerca, l'analisi si concentrerà esclusivamente sugli strumenti assicurativi di tipo "pre-funded plan" e non verranno considerate le polizze di tipo "point of need".

Le polizze possono essere sottoscritte individualmente o in forma collettiva dai datori di lavoro, come prodotti autonomi o abbinati a contratti di previdenza integrativa o anche ad assicurazioni sulla vita[23].

Le prestazioni garantite dalle polizze possono consistere in: a) indennità in denaro, erogata sotto forma di rendita o come capitale in una unica soluzione, b) rimborso delle spese certificate, sostenute per far fronte alla non autosufficienza, c) assistenza diretta presso centri convenzionati.

Il mercato assicurativo Ltc italiano è relativamente giovane se confrontato al contesto europeo, ma i dati evidenziano il progressivo sviluppo di un settore di fatto nato nel 1997. Ania, l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (2009), stima che il monte premi raccolto in Italia nel 2008 è stato di circa 50 milioni di euro, contro i 350 milioni in Francia e i 330 milioni in Germania. Le polizze sottoscritte individualmente ammonterebbero a circa 15.000, mentre la maggioranza dei contratti fa riferimento a coperture collettive (oltre 300 mila coperture legate ai contratti integrativi di lavoro, e un potenziale di circa 1 milione di coperture Ltc garantite da diversi Fondi pensione).

Il Ministero del Welfare, che già nel precedente libro Bianco sul futuro del modello sociale aveva indicato come prioritario il rafforzamento dell'assistenza integrativa in affiancamento dell'assistenza "tradizionale", è recentemente intervenuto nell'ambito dei Fondi Integrativi della Sanità, con il decreto del 8 novembre 2009, che contiene due disposizioni miranti a regolamentare le assicurazioni integrative in Italia. La prima concerne la costituzione di una "Anagrafe" dei Fondi integrativi (e di Casse, enti, società di mutuo soccorso), alla quale dovranno iscriversi obbligatoriamente i soggetti del settore. La seconda disposizione riguarda l'obbligo in capo ai Fondi integrativi di vincolare almeno il 20% di tutte le risorse, pena la sospensione delle agevolazioni fiscali disponibili, per quattro precise tipologie di prestazioni assistenziali: l'assistenza odontoiatrica, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale per i non autosufficienti, le prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia e infortunio.

Nonostante il crescente interesse verso questi strumenti, permangono importanti ostacoli alla loro estensione, in parte connessi alle caratteristiche tipiche degli strumenti assicurativi ed in parte a dovute ai vincoli specifici del contesto italiano.

Tra le criticità riconducibili alle caratteristiche dello strumento si rilevano, innanzitutto, problemi di efficienza dovuti alla difficoltà di prevedere le probabilità di verificarsi della non autosufficienza (il c.d. *longevity risk*), la relativa durata e l'entità di quella che sarà l'assistenza richiesta.

In secondo luogo, nel caso delle assicurazioni Ltc sono particolarmente avvertiti i due rischi tipici delle relazioni contrattuali, ovvero quello della selezione avversa, tale per cui le persone che richiedono il prodotto sono proprio gli individui con un profilo ad alto rischio, e quello dell'azzardo morale, per effetto del quale una volta stipulato il contratto le persone sono incentivate a formulare una domanda di servizi che altrimenti non si sarebbe manifestata. Come conseguenza, per meglio tutelarsi gli istituti assicurativi tendono a richiedere premi piuttosto elevati e a offrire prestazioni quasi esclusivamente sotto forma di indennità fisse.

[23] Per una tassonomia maggiormente dettagliata si rimanda al successivo contributo di Rebba (cap. 14).

Sotto il profilo dell'equità, inoltre, questi strumenti sollevano alcune perplessità. Sono sostanzialmente esclusi dalla platea dei potenziali beneficiari coloro che si trovano già in condizione di non autosufficienza e appare evidente lo svantaggio della popolazione con più basso reddito nel sostenere il costo dei premi assicurativi. Le donne, inoltre, seguendo la logica attuariale, sono soggette al pagamento di premi più elevati a causa della maggiore aspettativa di vita.

Tra le criticità specifiche del contesto italiano, invece, vi è l'incertezza tra i cittadini circa l'entità e le caratteristiche dell'intervento pubblico nel campo della non autosufficienza, che di fatto impedisce a potenziali beneficiari di effettuare una accurata e realistica valutazione costi-benefici prima della sottoscrizione delle polizze. L'incertezza è ampliata dalla presenza di differenti criteri di valutazione della condizione di non autosufficienza, che variano a seconda del soggetto istituzionale che riceve la richiesta di accesso alle prestazioni pubbliche (es. INPS, INAIL, Asl).

Infine, vanno menzionate la carenza nel nostro Paese delle basi informative che potrebbero essere impiegate per le stime dei rischi e la mancanza di una normativa organica di settore che fornisca criteri uniformi circa le condizioni di copertura offerte[24].

Box. 4- Definizione e criticità delle politiche pubbliche di incentivo del risparmio privato

Le assicurazioni Ltc integrative

• Definizione:	sono polizze sottoscritte a livello individuale da persone che intendono garantirsi assistenza e/o risorse adeguate nel caso di perdita dell'autosufficienza derivante da evento casuale (infortunio o malattia), o dal decadimento delle funzionalità personali determinato dal processo di invecchiamento.
• Diffusione	l'ANIA stima che i premi raccolti nel 2008 sia di circa 50 milioni di euro. Le polizze individuali ammonterebbero a circa 15.000, inoltre si stimano oltre 300 mila coperture legate ai contratti integrativi di lavoro, e un potenziale di circa 1 milione di coperture Ltc garantite da diversi Fondi pensione.
• Principali criticità:	- problemi di efficienza, connessi in particolare a meccanismi di selezione avversa e azzardo morale; - problemi di equità (in particolare risultano svantaggiati i gruppi sociali con basso reddito e le donne, i cui premi sono più elevati come risposta ad una superiore aspettativa di vita); - mercato ridotto nel quale permangono incertezze sullo schema pubblico di base, che di fatto impediscono ai potenziali beneficiari una realistica valutazione costi-benefici circa la stipula dell'assicurazione; - carenza delle basi informative per la stima dei rischi; - mancanza di una normativa organica di settore;

[24] Il primo riferimento normativo alle polizze Ltc è contenuto nel Decreto del Ministro delle Finanze del 22 dicembre 2000 (Assicurazioni per il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana), che definisce gli elementi che devono caratterizzare tali polizze al fine di godere della detrazione fiscale del 19% dei premi.

Riferimenti bibliografici

Ambrosini M. (2007) *Una persona di famiglia? Oltre la privatizzazione dei rapporti di lavoro*, in "Qualificare" n.8, www.qualificare.info

Ania (2009), *L'assicurazione italiana 2008/2009*, disponibile sul sito www.ania.it

Baldini M., Gori C., Mazzaferro C., Morciano M. (2008), *Costi e argomenti*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci.

Bellentani M. (2008), *L'integrazione socio-sanitaria ed il Punto unico di accesso.* Presentazione a Forum P.A., Roma, 13 maggio.

Bellentani M., Simonetti R., Guglielmi E. (2009), *Il Punto unico di accesso: scelte regionali*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 12/2009.

Brizioli E., Trabucchi M. (2009), *Gestire le strutture residenziali nel 2020*, in N.N.A. (Network per la Non Autosufficienza), (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.

Caritas/Migrantes (2006), *Gli infermieri immigrati nella sanità italiana: un ulteriore apporto dopo l'assistenza nelle famiglie*. Paper presentato alla Consensus-Conference della Società Italiana della Medicina delle Migrazioni, Palermo, 28 Aprile.

Cittadinanzattiva (2006), *Rapporto sull'Assistenza Domiciliare Integrata*. Prima edizione 2005-2006, Roma.

Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato (2009), *II Rapporto sull'Assistenza domiciliare integrata* http://www.cittadinanzattiva.it/salute-home/3012-assistenza-domiciliare-integrata.html.

Devastato G. (2008), *Le funzioni del welfare dell'accesso*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 18/2008.

Costa G. (2008), *Regolazione del mercato privato di cura e forme di "cinismo istituzionale"*, in "Qualificare" n. 12, www.qualificare.info

Giannakouris K. (2008), *Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies*, Statistics in focus, 72, Eurostat.

Gori, C. (a cura di) (2002), *Il welfare nascosto. Il mercato privato dell'assistenza in Italia e in Europa*, Roma, Carocci.

Gori C. (2006), *Introduzione*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino, pp. 13-42.

Gori C. (2008), *Il dibattito sulla riforma nazionale*, in Gori C. (a cura di), *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 "Network per la Non Autosufficienza", (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.

Gori C., Lamura G. (2009), *Lo scenario complessivo*, in "Network per la Non Autosufficienza", (a cura di), L'assistenza *agli anziani non-autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.

Gori C., Pasquinelli S. (2008), *Gli assegni di cura*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci.

Huber M., Rodrigues R., Hoffmann F., Marin B., Gasion K. (2009), *Facts and Figures on Long-term Care. Europe and North America. European Center for Social Welfare Policy and Research.*

INPS (2008), *I diritti delle persone con disabilità*, Roma, Istituto Nazionale della Previdenza Sociale.

INPS (2009), *Osservatorio sulle pensioni – Prestazioni agli invalidi civili*, Roma, 2009 http://servizi.inps.it/banchedatISTATistiche/vig9/index.jsp.

ISTAT (2006), *L'assistenza residenziale in Italia: regioni a confronto – Anno 2003*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica. http://www.ISTAT.it/dati/dataset/20060301_01/

ISTAT (2008a), *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica. http://www.ISTAT.it/dati/dataset/20080131_00/

ISTAT (2008b), *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – Anno 2005*, Roma: Istituto Nazionale di Statistica. http://www.ISTAT.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20080626_00/

ISTAT (2008c), *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia – Anno 2005*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica. http://www.ISTAT.it/dati/dataset/20081028_00/

ISTAT (2009a), *Disabilitaincifre*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica. http://www.disabilitaincifre.it

ISTAT (2009b) Struttura per età della popolazione al 1° gennaio – anni 2006-2009 (valori percentuali), http://www.demo.ISTAT.it

Izzi, L., Tangorra, (2000), *La riforma dell'Ise: uno strumento al servizio dei cittadini*, in Assistenza Sociale, n.2/3, Roma, Ediesse.

Katz S.C., Ford A.B., Moskowitz R.W. (1963), *Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*, JAMA, pp. 185:914-9.

Laing W. (1993), *Financing Long-term Care: the crucial debate*, Age concern England, London.

Lamura G., Polverini F., Melchiorre M.G. (2006), *Migrant care workers in long-term care: lessons from the Italian case*. Paper presented at the international conference "*The future for employment in social care in Europe*", Helsinki, 2 October 2006 (retrieved on April 22, 2008 from http://www.eurofound.europa.eu/docs/events/confhelsinki2006/GLamura_pres.pdf).

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*, Rimini, Maggioli.

Lawton M.P., Brody E.M. (1969), *Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*, Gerontologist 9, pp. 179-186.

Le Corre P. (2008), *Long term care insurance: French and international perspectives*, paper presentato alla 5° Conferenza della Geneva Association Health & Ageing "L*ong Term Care - Risk Profiles, Determinants and Financing*", 6-7 Novembre, Londra

Micheli G.A. e Rosina A. (2008), *Venticinque anni di indennità di accompagnamento in Italia: bilancio demografico e linee di tendenza*, in Ranci C. (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza*, Roma, Carocci.

Ministero della Sanità (1998), *Linee Guida Ministeriali per la riabilitazione*, Roma, Ministero della Sanità.

Ministero della Salute – Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (2006), *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e dell'assistenza ospedaliera a domicilio*, Roma, Ministero della Salute.

Ministero della Salute – Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (2007), *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, Roma, Ministero della Salute.

Ministero della Salute (2008), Attività *economiche e gestionali delle Asl e Aziende Ospedaliere – anno 2006*, Roma, Ministero della Salute.

Ministero per lo sviluppo economico (2009), *Obiettivi Servizio – Quadro Strategico Nazionale. Aggiornamento indicatori*, Roma, Febbraio.

OCSE (2005), *Long-Term Care Policies for Older People*, Parigi: Ocse.

Pasquinelli S. (2008), *Badante e clandestina*, in www.lavoce.info, giugno.

Pasquinelli S. (2009) *Badanti: dopo la sanatoria*, in www.qualificare.info, ottobre.

Pasquinelli S., Rusmini G. (2008), *Badanti: la nuova generazione*, Dossier di ricerca, in www.qualificare.org, area download

Pasquinelli S., Rusmini G. (2009), *I sostegni al lavoro privato di cura*, in Network per la Non Autosufficienza, (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.

Pesaresi F. (2006), *La suddivisione dei costi tra servizi sociali e servizi sanitari*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*. Bologna, Il Mulino, pp. 13-42.

Pesaresi F. (2007), *Le cure domiciliari per anziani in Italia*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 15/2007.

Pesaresi F. (2008a), *La porta sociale: le tendenze in Italia*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 18/2008.

Pesaresi F. (2008b), *La suddivisione della spesa tra utenti e servizi*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci .

Pesaresi F., Brizioli E. (2009), *I servizi residenziali*, in "Network per la Non Autosufficienza", (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia.* Rapporto 2009, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.

Pesaresi F., Gori C. (2003), *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*, Tendenze Nuove, n.4-5.

Rebba V. (2006), *Il ruolo dell'assicurazione volontaria*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte.* Bologna, Il Mulino, pp. 13-42.

Socci M., Melchiorre M.G., Quattrini S., Lamura G. (2003), *Elderly care provided by foreign immigrants: lessons from the Italian case*, "Generation Review", Vol.13, No. 4., pp. 9-13

Toso S. (2006), *L'Ise alla prova dei fatti: uno strumento irrinunciabile ma da riformare*, in "La Rivista delle Politiche Sociali", n. 3, pp. 261-275.

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 2

Le precedenti riforme nazionali

di

Francesco Bertoni e Benedetta Riboldi

Luglio 2010

Introduzione

Il presente capitolo si concentra sulle riforme realizzate nel nostro paese, a partire dagli anni ’70, nel campo del welfare in generale e, in particolare, di assistenza continuativa e dei settori ad essa più vicini, che ricomprendono i servizi sociali, socio-sanitari e socio-educativi. Il capitolo, analizzando le riforme realizzate nel nostro paese negli ultimi decenni ed evidenziandone punti di forza e di debolezza, si pone l’obiettivo di formulare alcuni messaggi per le politiche future.

Ciascuna delle riforme realizzate negli scorsi decenni verrà esaminata per valutarne la concreta realizzazione. In particolare, l’obiettivo non è quello di discutere il disegno della riforma, ma valutare cosa la realizzazione di queste riforme insegna rispetto alla fattibilità di future politiche nazionali.

In questo capitolo non ci si occuperà del Fondo nazionale per la non autosufficienza, poiché al momento della conclusione di questo rapporto non sono ancora disponibili ed utilizzabili i dati relativi al monitoraggio in corso.

La normativa esaminata è riportata nella tabella seguente.

Tab. 1. Normativa presa in esame

Norma	Oggetto
Legge 1044/71	Piano quinquennale per l'istituzione di asili-nido comunali con il concorso dello Stato.
Legge 18/80	Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili.
Legge finanziaria 67/1988 – art.20	Programma pluriennale di realizzazione di residenze per anziani non autosufficienti.
Legge 104/92	Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.
Legge 285/97	Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza.
Legge 162/98	Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave.
D. Lgs. 237/1998	Disciplina dell'introduzione in via sperimentale, in talune aree, dell'istituto del reddito minimo di inserimento, a norma dell'articolo 59, commi 47 e 48, della legge 27 dicembre 1997, n. 449.
Legge 328/00	Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Ciascuna legge viene esaminata attraverso due griglie di analisi: la prima è relativa al *disegno attuativo*, cioè alle intenzioni perseguite delle legge e alle sue finalità; la seconda è relativa ai *risultati*, ovvero quello che la legge è effettivamente riuscita a realizzare. In altre parole si tratta di analizzare e confrontare il dichiarato nella legge con gli esiti che nel concreto è riuscita a raggiungere, per valutarne l’efficacia e la capacità di implementarla.

Concretamente, l’analisi viene condotta esaminando, all’interno di ciascuna griglia di analisi, alcune dimensioni, a loro volta suddivise in diversi item.

All’interno della griglia di analisi *Disegno attuativo*, sono considerate quattro dimensioni: Obiettivi, Strumenti per la realizzazione, Considerazione dell’esistente, Scansione temporale.

La dimensione *Obiettivi* viene esaminata verificando se la legge dichiara esplicitamente le finalità della riforma e, successivamente, se tali obiettivi sono vaghi o, invece, se possono essere verificati. La dimensione *Strumenti per la realizzazione* viene esaminata considerando quante sono le risorse stanziate per la riforma stessa; se sono previsti strumenti (come, ad esempio, linee guida) per accompagnare la realizzazione della riforma all'interno dei territori; se sono previsti dalla riforma azioni per conoscere la portata del fenomeno e l'impatto che la riforma avrà sul territorio (come, ad esempio, monitoraggi periodici della riforma); ed, infine, se sono previsti incentivi per realizzare tale riforma e/o sanzioni per la sua mancata realizzazione (come, ad esempio, il ritiro dei fondi, se inutilizzati).

La dimensione *Considerazione dell'esistente* viene esaminata valutando quanto la legge tiene conto degli interventi, attuati da realtà regionali o territoriali, già esistenti nel medesimo ambito.

L'ultima dimensione all'interno della prima griglia di analisi, la *Scansione temporale*, esamina le tappe previste per la realizzazione della riforma.
La tabella 2 sintetizza quanto sopra.

Tab. 2. Il disegno attuativo

Obiettivi	– Ci sono obiettivi dichiarati? – Gli obiettivi sono verificabili?
Strumenti per la realizzazione	– Quante sono le risorse finanziarie stanziate? – Vi sono modalità di accompagnamento dei territori (linee guida, …)? – Sono previsti strumenti conoscitivi? – Sono previsti incentivi e sanzioni?
Considerazione dell'esistente	– Quanto i servizi esistenti vengono considerati nell'ambito della normativa approvata?
Scansione temporale	– Sono previsti stadi di avanzamento della normativa?

All'interno della griglia di analisi *Risultati*, sono considerate tre dimensioni: Effetti della riforma, Coerenza risultati, Omogeneità impatto. La dimensione *Effetti della riforma* viene esaminata analizzando concretamente che impatto ha avuto la legge, valutando la diffusione degli interventi introdotti dalla riforma attraverso i dati disponibili. La dimensione *Coerenza dei risultati* viene esaminata valutando se le intenzioni del legislatore, come emergono dal testo di legge, hanno prodotto i risultati attesi. Infine, la dimensione *Omogeneità dell'impatto* valuta in che modo la legge abbia impattato sul territorio nazionale, considerando, ove presenti, le differenze territoriali.
La tabella 3 sintetizza quanto sopra.

Tab. 3. I risultati

Effetti della riforma	– Quali effetti ha avuto la riforma sul territorio nazionale?
Coerenza dei risultati	– I risultati ottenuti sono stati coerenti con le intenzioni originarie del legislatore?
Omogeneità dell'impatto	– L'impatto della riforma è stato omogeneo sul territorio nazionale?

Le griglie sono accompagnate da un commento discorsivo che sottolinea da una parte gli aspetti positivi e i punti di forza, e dall'altra le criticità di ogni singola legge. Ove possibile il commento è accompagnato da informazioni che permettono di valutare concretamente l'impatto che la legge ha avuto nel sistema di welfare nazionale.

Al termine dell'analisi delle singole leggi, viene effettuata un'analisi trasversale della normativa attraverso una griglia che, sintetizzando gli indicatori di cui alle tabelle 1 e 2, fornisce una visione di insieme mettendo in luce i punti di forza e di debolezza e dando risalto agli aspetti comuni alle diverse leggi.

1. La Legge n.1044 del 1971 sugli asili nido

Disegno attuativo

Obiettivi	Si stabilisce la costruzione e la gestione, nel quinquennio 1972-1976, di almeno 3.800 asili nido attraverso la concessione di contributi in denaro ai Comuni. Il Ministero della Salute verifica lo stato di attuazione dei piani annuali degli asili nido: non è tuttavia specificato con quali modalità.
Strumenti per la realizzazione	E' istituito un fondo speciale per gli asili nido alimentato dai contributi che l'INPS verserà semestralmente al bilancio dello Stato (contributi a carico dei datori di lavoro) e da un contributo a carico dello Stato per 70 miliardi complessivi: 10 miliari per il 1972, 12 miliardi per il 1973, 14 miliardi per il 1974, 16 miliardi per il 1975 e 18 miliardi per il 1976. Nel 1977 la legge viene rifinanziata con ulteriori 20 miliardi per l'anno 1978 attraverso la legge n.891
Considerazione dell'esistente	Non viene fatto riferimento all'esistente.
Scansione temporale	Il fondo viene ripartito dal Ministero entro il mese di febbraio di ogni anno. Le Regioni elaborano il piano annuale degli asili nido che viene trasmesso al Ministero entro il 31 ottobre di ogni anno.

Risultati

Effetti della riforma	Il nido viene considerato a pieno titolo un servizio educativo rivolto ai bambini e fortemente in relazione con le famiglie Al 1987, qualche anno dopo la conclusione dei due piani quinquennale, risultavano costruiti solo 1417 asili nido cui si aggiungono 632 asili nido preesistenti.
Coerenza dei risultati	E' stato effettivamente costruito un maggior numero di asili nido, sebbene in quantità non sufficiente.
Omogeneità dell'impatto	I servizi sono sviluppati sul territorio in modo disomogeneo creando differenze territoriali molto evidenti. Ciò è dovuto anche al carattere molto diversificato dei riferimenti normativi in vigore attualmente nelle diverse Regioni.

Con la legge 1044 del 1971 lo Stato, per la prima volta in Italia, si assume un impegno nel campo dell'educazione per la prima infanzia, superando la visione della beneficienza pubblica e creando i presupposti per un nuovo rapporto tra famiglia e società.

La legge prevede che l'educazione dei bambini sia affidata a personale qualificato, in grado di garantire un intervento psicopedagogico sul bambino.

L'analisi della legge è poco comprensibile senza un preciso collegamento con le leggi regionali e con i rispettivi regolamenti comunali, dal momento che questi tre strumenti normativi sono strettamente correlati. In particolare, la Regione ha il compito della qualificazione e dell'aggiornamento del personale sulla base delle esigenze territoriali; attraverso il superamento della divisione rigida dei ruoli e delle gerarchie all'interno della struttura educativa, con l'introduzione del concetto di gruppo educativo.

I principali aspetti positivi della legge sono:

- una crescita consistente del numero dei servizi registrati dai sistemi informativi; da 3.008 nidi del 2000 a 4.885 del 2003. La copertura passa cosi dal 7,4% al 9,9%;
- un maggior riconoscimento dei servizi privati: questo dato rappresenta un importante presupposto per realizzare un sistema integrato pubblico-privato di servizi educativi per l'infanzia.

Gli aspetti critici sono i seguenti:

- nonostante il forte aumento del numero dei nidi, non sono diminuite le disparità territoriali;
- l'aumento del numero dei nidi risulta essere comunque insufficiente rispetto alla domanda: il dato delle liste d'attesa è maggiormente critico nelle aree in cui è maggiore la presenza dei nidi.

Nel corso degli anni numerosi provvedimenti hanno inciso sulle caratteristiche dei servizi educativi per l'infanzia, concentrandosi su singoli elementi o aree dell'offerta, piuttosto che sul sistema integrato dei servizi nel suo complesso, come i provvedimenti che hanno previsto l'istituzione di un fondo nazionale per la costruzione e la gestione degli asili nido e di micro-nidi nei luoghi di lavoro.

Per un ulteriore sviluppo del sistema dei servizi appare invece necessario sviluppare un sistema pubblico di offerta comprendente servizi pubblici e privati accreditati e convenzionati. Diventa pertanto necessario esplicitare adeguati standard qualitativi dei servizi ed elaborare nuovi ed aggiornati riferimenti normativi coordinati tra il livello nazionale e quello delle Regioni.

E' andato in questa direzione l'intervento attuato dalla legge finanziaria del 2007 che ha previsto l'attuazione di un piano straordinario di intervento per lo sviluppo del sistema territoriale dei servizi socio-educativi al quale concorrono gli asili nido, i servizi integrativi e i servizi innovativi nei luoghi di lavoro, presso le famiglie e presso i caseggiati al fine di consentire la copertura territoriale del 33% fissata dal Consiglio europeo di Lisbona del 2000 e di attenuare gli squilibri esistenti tra le diverse aree del Paese. Per le finalità del piano è autorizzata una spesa di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009.

2. La Legge n. 18 del 1980 sull'indennità di accompagnamento

Disegno attuativo

Obiettivi	Viene fornito un sostegno economico a coloro che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o abbisognano di un'assistenza continua
Strumenti per la realizzazione	Sono stanziati 15 miliardi di lire per l'anno finanziario 1980.
Considerazione dell'esistente	Gli invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche, già riconosciuti tali all'entrata in vigore della legge, sono sottoposti a visita di accertamento dalle commissioni sanitarie provinciali entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge.
Scansione temporale	Il Ministero della Sanità entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge, determina la tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti.

Risultati

Effetti della riforma	Viene costituito il pilastro principale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Al 31.12.2006 beneficiavano dell'indennità di accompagnamento 1.344.824 persone con più di 65 anni per una spesa complessiva di 7 miliardi di euro.
Coerenza dei risultati	In origine l'indennità di accompagnamento aveva la finalità di compensare la perdita economica subita dalla persona inabile al lavoro: era quindi limitata alle persone in età lavorativa. Solo nel 1988 venne estesa alle persone ultra sessantacinquenni. Rispetto al testo originario della legge, i risultati non sono stati coerenti.
Omogeneità dell'impatto	L'indennità di accompagnamento risulta essere più diffusa nelle Regioni centro-meridionali: raggiunge circa il 4% della popolazione in Calabria, Campania, Sardegna e Umbria.

L'indennità di accompagnamento è stata introdotta nel 1980, con la legge n.18 dell'11 Febbraio. Inizialmente si trattava di una misura prevista per gli inabili al lavoro adulti – in particolare, per gli invalidi civili, ciechi e sordomuti – e solo successivamente fu estesa anche a favore degli anziani non autosufficienti, di fatto sanando una situazione che si era venuta a creare, di distorsione nell'utilizzo della misura. Si tratta di un trasferimento economico, finanziato attraverso la fiscalità generale, a favore delle persone che presentano disabilità totale e bisogni di cura continuativa, purchè non si tratti di persone ricoverate in istituto. Il contributo erogato non varia né in base all'età né in base alle condizioni economiche del beneficiario, ed è di importo fisso, pari a 472 euro mensili (dato al 2009).

L'indennità viene concessa in base ad un accertamento sanitario ed ha come pre-requisito l'inabilità al lavoro pari al 100%. Si tratta di uno strumento che presenta tutte le caratteristiche di base del sistema italiano di protezione sociale, che tende alla settorializzazione ed alla monetizzazione degli interventi nazionali i quali, a loro volta, risultano slegati dal sistema dei servizi locali.

Il mutamento dell'indennità di accompagnamento nel corso del tempo è evidente se si considera che, mentre nel triennio 1981-1983, immediatamente dopo la sua introduzione, il 40,9% dei nuovi percettori di indennità di accompagnamento aveva un'età compresa tra i 15 e i 39 anni, nel triennio 2002-2004 il 41% dei percettori aveva un'età tra 75 e 84 anni. Se si considera la fascia di età più anziana, quella da 85 anni in su, nel periodo 1981-1983 i nuovi percettori erano pari allo 0,2%; la percentuale è salita al 34,1% nel 2002-2004.

Nel corso del tempo, pur essendo stata pensata per un altro scopo, l'indennità di accompagnamento è pertanto diventata il principale strumento di sostegno agli anziani non autosufficienti, raggiungendo 1.344.824 persone con più di 65 anni ed erogando una spesa intorno ai 7 miliardi di euro.

A partire dalla Commissione Onofri, sono state avanzate diverse proposte di riforma dell'indennità di accompagnamento, con l'obiettivo di renderla uno strumento più utile per il sostegno agli anziani non autosufficienti, ad esempio attraverso una graduazione dell'importo in base al livello del bisogno (prevedendo un aumento per i casi di non autosufficienza gravi, per i quali l'importo di 472 euro risulta palesemente insufficiente). I tentativi non hanno tuttavia ottenuto successo, in parte a causa delle resistenze delle organizzazioni dei disabili.

3. Legge Finanziaria n.67 del 1988 (art. 20) sulle RSA

Disegno attuativo

Obiettivi	Realizzazione di strutture residenziali per la lungodegenza dove si attivano processi di riabilitazione e di riattivazione psico-sociale di persone per la maggior parte molto anziane, con elevati livelli di dipendenza psichica e fisica. Aumento di 140.000 posti letto disponibili. Integrazione con i servizi sanitari e sociali del Distretto e con altre istituzioni di ricovero e cura. Gli obiettivi delle legge sono abbastanza verificabili.
Strumenti per la realizzazione	E' previsto un finanziamento di 30 miliardi. Il Ministero della Sanità ha il compito di valutare gli interventi e la loro qualità, individuando anche degli standard dimensionali. Le Regioni in seguito emanano piani pluriennali, regolamenti e standard dando più attenzione allo sviluppo di questa questione.
Considerazione dell'esistente	Non viene fatto riferimento all'esistente.
Scansione temporale	Non è indicata una scansione temporale.

Risultati

Effetti della riforma	Dopo diversi tentativi, vengono realizzate strutture idonee e rispondenti ai requisiti delle leggi in materia. Le RSA si sviluppano e adottano una serie di misure tecnico strutturali per garantire assistenza di qualità.
Coerenza dei risultati	I risultati, sebbene insufficienti, sono stati coerenti con le intenzioni del legislatore.
Omogeneità dell'impatto	La distribuzione delle RSA è disomogenea sul territorio nazionale.

La Legge finanziaria del 1988 ha avviato un piano decennale di investimenti sanitari per la costruzione di RSA, introducendo novità nelle procedure per accedere ai finanziamenti ed il compito di valutare gli interventi e la loro qualità, individuando anche degli standard dimensionali. Successivamente, una serie lunghissima di atti e norme statali – ben diciotto nel corso di poco più di un decennio – ha specificato meglio la materia[1].

L'applicazione delle regioni è stata disomogenea. Nessuna regione ha dato una definizione di RSA uguale a quella di un'altra; alcune regioni hanno esplicitamente indicato quale possibile utente il soggetto disabile, salvo poi avviare la realizzazione di strutture residenziali specifiche per disabili.

All'inizio fu difficile perseguire gli obiettivi delle legge e realizzare strutture ad essi coerenti: molti progetti, inizialmente, si concentrarono solo nell'ambito sanitario, costruendo vere e proprie case di cura o, viceversa, rimasero nell'ambito residenziale assistenziale, senza avere funzioni sanitarie.

La tabella di seguito conferma quanto sopra: dal 1990 si ha effettivamente una forte crescita nel numero di autorizzazioni al funzionamento di RSA (a conferma dell'impatto positivo della legge), ma anche di residenze socio-sanitarie (principalmente, case protette) e di residenze assistenziali, destinate ad una diversa tipologia di utenza.

Tab. 7. Presidi residenziali per anziani, per anno di autorizzazione al funzionamento

	< 1950	**1950-1979**	**1980-1989**	**1990-1999**	**2000-2005**
Residenza assistenziale per anziani autosufficienti	511	352	265	321	135
Residenza socio-sanitaria per anziani	353	230	267	349	164
RSA	355	217	147	408	225

Fonte: ISTAT, Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali.

[1] Con il regolamento n. 321 del 29/8/1989 il Ministero della Sanità ha successivamente promosso la realizzazione o l'acquisizione di strutture residenziali per anziani prevalentemente non autosufficienti e per disabili psichici e sensoriali. Per la costruzione di tali strutture venivano riservati 2.670 miliardi di lire, di cui 400 per strutture destinate a disabili adulti. Nel 1991 veniva poi approvato uno schema di linee guida per le RSA per anziani che il Ministero definì come "linee di indirizzo alle regioni e alle USL nell'attuazione delle risoluzioni parlamentari e del progetto-obiettivo anziani". Tale progetto prevedeva la realizzazione di 140.000 posti di RSA. Atti successivi hanno poi regolamentato i requisiti delle RSA.

La costruzione delle RSA divenne un argomento di forte attualità in quegli anni, in cui i soggetti anziani e disabili erano al centro del dibattito nelle politiche sociali. Tuttavia, a distanza di vent'anni dall'inizio dell'attuazione del piano decennale, l'Italia si trova in ritardo a soddisfare la domanda di assistenza residenziale da parte degli anziani non autosufficienti. Ad una offerta pari a 95.734 posti in RSA, nel 2005, si affiancano 95.620 posti in residenze socio-sanitarie e 73.972 posti in residenze assistenziali. In termini percentuali rispetto alla popolazione con più di 75 anni, la situazione è fotografata dalla tabella successiva.

Tab. 8. Posti in strutture residenziali per anziani, per tipologia di presidio e ripartizione geografica, valori percentuali rispetto alla popolazione con più di 75 anni, 2002-2005

	Residenza assistenziale per anziani autosufficienti		**Residenza socio-sanitaria per anziani**		**RSA**	
	2002	2005	2002	2005	2002	2005
Nord	1,97%	1,67%	2,92%	2,95%	2,73%	2,82%
Centro	1,49%	1,29%	0,63%	0,62%	1,37%	1,45%
Sud e Isole	1,06%	0,92%	0,73%	0,69%	0,21%	0,32%
Italia	1,59%	1,36%	1,77%	1,76%	1,68%	1,76%

Fonte: ISTAT, Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali.

Come i dati evidenziano, l'efficacia attuativa della legge è stata disomogenea sul territorio nazionale. I posti in RSA, nel 2005, coprivano il fabbisogno di assistenza di circa il 3% della popolazione con più di 75 anni nel Nord Italia; la copertura scendeva all'1,45% nel Centro Italia e allo 0,32% al Sud e nelle Isole.

4. La Legge n. 104 del 1992 sulla disabilità adulta

Disegno attuativo

Obiettivi	Vengono definiti programmi che prevedono prestazioni sanitarie e sociali integrate tra loro: servizi di aiuto personale, inserimento lavorativo e formazione professionale, abbattimento barriere architettoniche, diritto all'educazione e all'istruzione, integrazione scolastica. Nessuno di questi sembra essere verificabile in base al testo di legge.
Strumenti per la realizzazione	Vengono stanziate delle risorse specifiche. L'accompagnamento sul territorio si limita alla previsione di rappresentanti degli enti locali all'interno del Comitato nazionale per le politiche dell'handicap. Lo strumento conoscitivo dipende dal livello regionale: non si prevede invece nessuno strumento di monitoraggio nazionale.
Considerazione dell'esistente	Non viene fatto riferimento all'esistente.
Scansione temporale	Non è indicata una scansione temporale.

Risultati

Effetti della riforma	Non è possibile rilevare nessun effetto concreto: l'ossessiva riproposizione delle espressioni di potenzialità e non di obbligo, testimonia la discrezionalità dei vari interventi.
Coerenza dei risultati	I risultati sono pochi rispetto agli obiettivi ambiziosi.
Omogeneità dell'impatto	A causa della mancanza di un monitoraggio nazionale, non è possibile verificare l'impatto della legge.

La legge sposta l'ottica degli interventi a sostegno delle persone adulte disabili sul versante dell'integrazione sociale. L'obiettivo di fondo della legge è la realizzazione di progetti integrati e socialmente condivisi, avviando un processo di responsabilizzazione delle regioni, degli enti locali, dei servizi pubblici e privati, ma anche delle stesse persone disabili e delle loro famiglie, dell'associazionismo, del volontariato, della cooperazione.

Essa va mostra una rinnovata attenzione ai problemi delle persone disabili, soprattutto a livello decentrato (Regioni, Comuni, Asl); inoltre, alcune disposizioni di carattere amministrativo vengono trasformate in norme giuridiche e vengono cosi create le condizioni per l'uniformità della legislazione regionale e degli enti locali.

E' tuttavia necessario evidenziare il mancato riconoscimento di un vero diritto esigibile agli interventi previsti e l'ossessiva riproposizione delle espressioni di potenzialità e non di obbligo, attraverso espressioni come "provvedono nei limiti delle risorse ordinarie di bilancio", "provvedono coi propri mezzi di bilancio", "facilitano", "possono", che indicano la discrezionalità dei vari interventi e talvolta introducono elementi di ambiguità nell'applicazione di norme già consolidate.

Per questo motivo cresce la domanda di partecipazione delle famiglie, che sempre più vogliono essere nella condizione di poter decidere e, soprattutto, non intendono ricorrere a soluzioni istituzionalizzanti.

5. La Legge n. 285 del 1997 sull'infanzia e l'adolescenza

Disegno attuativo

Obiettivi	Vengono finanziati i progetti per la realizzazione di: servizi di sostegno alla relazione genitore-figli, servizi socio-educativi per la prima infanzia, servizi ricreativi ed educativi per il tempo libero, azioni per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, azioni per il sostegno economico o di servizi alle famiglie naturali o affidatarie che abbiano al loro interno uno o più minori con handicap. Gli obiettivi paiono in gran parte verificabili grazie al sistema di monitoraggio previsto dalla legge.
Strumenti per la realizzazione	Vengono stanziate risorse per l'attuazione della legge, oltre a rifinanziare la legge del 1991 di tutela dei minori soggetti a rischio di coinvolgimento in attività criminose. Nel Dipartimento per gli affari sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri viene attivato un servizio di consulenza per la realizzazione delle attività previste dalla legge, tra le cui finalità c'è quella di assistere gli enti locali e territoriali nella elaborazione dei progetti previsti dai piani territoriali di intervento. Sono stanziate risorse per il funzionamento di tale servizio. Viene creata una banca dati dei progetti realizzati; le regioni e le province autonome presentano una relazione al ministero sullo stato di attuazione degli interventi della legge, ed il ministro presenta una relazione al parlamento sullo stato di attuazione della legge; viene convocata periodicamente, e comunque almeno ogni tre anni, la conferenza nazionale sull'infanzia e sull'adolescenza; l'ISTAT assicura un flusso informativo con periodicità adeguata sulla qualità della vita dell'infanzia e dell'adolescenza nell'ambito della famiglia, della scuola e, in genere, della società. Se entro due anni le regioni non hanno provveduto all'impegno contabile delle risorse, il ministero provvede alla ridestinazione dei fondi.
Considerazione dell'esistente	Non viene fatto riferimento all'esistente.
Scansione temporale	Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge, il Ministero definisce le modalità organizzative e di funzionamento per l'attuazione del servizio di informazione e la consulenza per la realizzazione delle finalità della legge. Inoltre il Ministero dell'Interno, con proprio decreto, provvede a definire le funzioni delle prefetture competenti per il territorio.

Risultati

Effetti della riforma	I minori ospitati negli "istituti" sono in forte calo: da 7.500 nel 2000 a 2.652 nel 2003. A questi vanno aggiunti i minori in comunità, stimati tra 15.000 e 20.000, ed il numero di minori in affidamento familiare, che nel 1999 erano 10.200.
Coerenza dei risultati	Si riscontra un'elevata coerenza dei risultati rispetto agli obiettivi. Sono stati sostituiti gli istituti con altre tipologie di servizi, anche se rimane il problema dei centri di accoglienza "anomali", quelli in cui sono accolti adulti con handicap, ad esempio, insieme a minori per i quali la disabilità non è la dimensione prevalente. Vi sono alcune incongruenze nell'impianto legislativo e l'applicazione della legge non è adeguata da parte dei soggetti chiamati a renderla operativa nei territori. Inoltre, manca il vincolo di destinazione dei fondi, che ora confluiscono nel più ampio fondo per le politiche sociali. Un altro problema è nato dal rapporto tra servizi "vecchi" e "nuovi".
Omogeneità dell'impatto	Permane una forte disomogeneità tra le diverse regioni.

La legge nazionale 285/97 rappresenta un punto di svolta nelle politiche a favore delle situazioni di disagio in cui si trovano i bambini, gli adolescenti e le loro famiglie, dal momento che non si configura come un intervento di carattere assistenziale, bensì di promozione di diritti e di opportunità per minori mediante l'integrazione tra le politiche sociali, assistenziali ed educative[2].

Nel primo triennio di attuazione della legge nelle 15 città riservatarie e in 245 ambiti territoriali si sono realizzati quasi 3000 progetti che hanno portato a circa 7.000 interventi, dei quali il 60% nella fascia 6/14 anni. Nel secondo triennio il numero di ambiti e` cresciuto mentre si sono consolidati i progetti (oltre 2.500).

La legge prevede trasferimenti di fondi dallo Stato alle Regioni per dare maggiori stimoli alle politiche a favore dei minori, ed ha reso possibile lo sviluppo di interventi preventivi, la sperimentazione di servizi innovativi a livello locale e la promozione di una cultura comune tra tutti i soggetti, istituzionali e non, coinvolti nelle problematiche minorili.

La legge presenta numerosi aspetti positivi.

E' stata avviata in tutte le Regioni e le Province, nei due trienni successivi alla sua approvazione; le attività di monitoraggio e di verifica, previste per legge, hanno prodotto molteplici documenti. La progettualità della legge, pur nelle innegabili diversità territoriali, ha generalmente rappresentato un elemento positivo ed è rimasta inalterata nel tempo, nei due trienni di

[2] Tra le sue le caratteristiche fondamentali: l'istituzione di un fondo nazionale per promuovere i diritti, la qualità della vita, lo sviluppo individuale e sociale dei bambini e degli adolescenti; la definizione di indirizzi e finalità generali delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza, affermando la centralità del minore nell'ambito della famiglia e del rapporto genitori/figli; l'individuazione dell'Ambito territoriale come dimensione spaziale adeguata; l'utilizzo del "piano territoriale triennale" come strumento partecipato di progettazione sociale, ratificato dall'"accordo di programma" tra gli enti pubblici sottoscrittori; l'indicazione della strategia delle connessioni, da privilegiare per mettere insieme tutte le forze sociali e istituzionali che si occupano di minori sul territorio; la scelta dell'orizzonte della normalità, favorendo la promozione dell'agio oltre agli interventi sul disagio, individuando direttrici di servizi ed interventi per l'infanzia e l'adolescenza che coprono i vari aspetti della vita; l'attenzione alle innovazioni e alla sperimentazione di più adeguati servizi e interventi.

programmazione. Hanno spesso registrato significativi incrementi la copertura territoriale garantita dai progetti presentati, il livello degli investimenti, il coinvolgimento di professionalità competenti e sensibili, la partecipazione attiva dei soggetti del terzo settore alle diversi fasi di applicazione della legge.

La legge presenta anche alcuni aspetti negativi.

La differente applicazione della L. 285/97 non appare problematica in sè ma lo diventa in relazione alla crescente difficoltà di raccordare in maniera unitaria le azioni e le politiche delle Regioni e delle Province autonome e degli Ambiti territoriali. Inoltre, con la rimozione del vincolo dei fondi per la L. 285/97, non si ha più la sicurezza che l'infanzia e l'adolescenza rimangano fuori dalla logica dell'emergenza e della residualità dell'intervento sociale. La confluenza delle risorse per l'infanzia e per l'adolescenza nel fondo unico e indistinto per le politiche sociali fa temere che oltre al rischio di una maggiore discontinuità nei tempi dei finanziamenti o di maggiori ritardi nell'accreditamento dei fondi, ci sia anche quello, più grave, che le Regioni attuino una riduzione delle risorse destinate a questa fascia di età e, in particolar modo, alle risorse destinate alla promozione e alla prevenzione.

6. La Legge n.162 del 1998 sulla disabilità adulta

Disegno attuativo

Obiettivi	Sono state avviate azioni concrete di stimolo e di coordinamento attraverso la promozione ed il finanziamento di progetti innovativi Sono stati realizzati servizi per persone "per le quali venga meno il sostegno del nucleo familiare" (Assistenza personale, servizi di aiuto personale, servizi di accoglienza per periodi brevi e di emergenza, rimborso parziale delle spese di assistenza). Gli obiettivi sembrano essere verificabili alla luce della previsione di momenti di verifica delle politiche attuate.
Strumenti per la realizzazione	La copertura finanziaria è prevista e descritta in modo dettagliato. Vengono realizzate indagini statistiche e conoscitive sull'*handicap* e viene convocata ogni tre anni una conferenza nazionale sulle politiche dell'*handicap* alla quale sono invitati soggetti pubblici, privati e del privato sociale. Qualora, entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni non abbiano provveduto all'impegno contabile delle quote di competenza, il Ministro per la solidarietà sociale provvede alla riprogrammazione delle risorse assegnate e alla conseguente ridestinazione alle regioni.
Considerazione dell'esistente	Gli interventi si basano sulla Legge n.104.
Scansione temporale	Entro due anni le Regioni devono provvedere all'impegno contabile delle risorse a disposizione.

Risultati

Effetti della riforma	La legge introduce il concetto di vita indipendente La legge prevede la possibilità per le Regioni di programmare e disciplinare interventi a sostegno della persona con handicap grave, aggiuntivi rispetto ai servizi sociali dei Comuni. E' assente un vero diritto esigibile, in quanto si dispone che le Regioni e gli Enti locali "possono" e non "devono" organizzare i servizi di assistenza indicati.
Coerenza dei risultati	Come previsto dal testo di legge, è stata realizzata la Conferenza nazionale sull'handicap
Omogeneità dell'impatto	La realtà italiana è estremamente variegata poiché in alcune regioni il concetto di Vita Indipendente si è fatto strada mentre in altre regioni si continua a vedere le persone con disabilità grave come soggetti privi di capacità di autodeterminazione e bisognosi solo di assistenza.

Dal contesto sociale partecipativo prende corpo la proposta della realizzazione di una rete di servizi per la disabilità adulta coerentemente organizzata: a sei anni dalla Legge 104, viene approvata la legge 162/98. Con essa, lo Stato italiano compie un passo notevole nella legislazione, affermando in modo esplicito il diritto delle persone disabili a gestire in prima persona i finanziamenti che vengono loro assegnati e i loro assistenti personali, vale a dire il diritto a vivere una vita indipendente.

La legge attua due direttive fondamentali.

La prima è quella di dare mandato al Ministero per la solidarietà sociale di avviare azioni concrete di stimolo e di coordinamento, come la promozione ed il finanziamento di progetti innovativi, la promozione di indagini statistiche e conoscitive per una lettura dei dati sulla disabilità, la convocazione ogni tre anni di una Conferenza Nazionale sull'handicap.

La seconda, per quanto riguarda la definizione dei servizi, intende apportare sostanziali modifiche alla legge 104, attraverso la previsione di servizi per persone "per le quali venga meno il sostegno del nucleo familiare". Concretamente, la legge 162 introduce il concetto di vita indipendente, attraverso la possibilità di erogare assistenza personale anche della durata di 24 ore, e non solo di metà pomeriggio o parte della mattina; servizi di aiuto personale e servizi di accoglienza per periodi brevi e di emergenza. Inoltre, introduce la possibilità per le Regioni di programmare e disciplinare interventi a sostegno della persona con handicap grave, aggiuntivi rispetto ai servizi sociali dei Comuni. A tal fine, si prevede che lo Stato ripartisca fra le Regioni un fondo per finanziare i suddetti interventi, sulla base dei progetti che gli enti locali presentano e del numero di disabili gravi di quel territorio.

Analogamente alla 104, anche la legge 162 ha presentato alcuni punti critici.

I finanziamenti affidati alle Regioni, di per sé limitati, nella distribuzione agli enti locali sono andati dispersi in numerosi rivoli, andando a finanziare progetti di ogni tipo. La limitatezza dei fondi a disposizione dei Comuni consente di soddisfare in maniera del tutto parziale le richieste delle persone con disabilità. Il limite forse più evidente di questa norma che ha modificato la legge

104, è rappresentato dall'assenza di un vero diritto esigibile, in quanto si dispone che le Regioni e gli Enti locali "possono" e non "devono" organizzare i servizi di assistenza indicati. Rimane, pertanto, il problema della effettiva possibilità per le persone con handicap di acquisire il pieno godimento dei benefici e delle diverse facilitazioni previste dalla legge.

Quanto sopra evidenzia come la realtà italiana sia estremamente variegata. A fronte di alcune regioni dove il concetto di “vita indipendente” si è fatto strada - tanto da essere stato inserito nello Statuto Regionale e dove vi sono dei capitoli di bilancio specifici - vi sono regioni dove si continua a considerare le persone con disabilità grave come soggetti privi di capacità di autodeterminazione e bisognosi solo di assistenza.

7. Il Decreto Legislativo n.237 del 1998 sul reddito minimo di inserimento

Disegno attuativo

Obiettivi	Viene introdotta in via sperimentale, in alcuni comuni, una misura di contrasto alla povertà, composta da interventi volti a perseguire l’integrazione sociale e l’autonomia economica dei soggetti destinatari, attraverso programmi personalizzati e trasferimenti monetari di sostegno al reddito. Gli obiettivi sono verificabili, considerato il ruolo di monitoraggio dei comuni.
Strumenti per la realizzazione	Le risorse devono essere utilizzate nell’ambito del Fondo Sociale, che deve rimborsare almeno il 90% dei trasferimenti monetari erogati alle persone in condizione di difficoltà. Il restante 10%, oltre ai costi di gestione e di organizzazione del servizio, è a carico dei Comuni. La valutazione tecnica della sperimentazione viene effettuata attraverso un incarico ad un ente o società esterna, cui è destinata una somma non superiore allo 0,3% dello stanziamento del fondo per le politiche sociali. La commissione di indagine sulla povertà e sull’emarginazione esamina annualmente l’attuazione della sperimentazione sulla base dei documenti predisposti dal dipartimento per gli affari sociali, dai comuni coinvolti e dall’ente o società incaricato della valutazione. A questa si affianca un’altra commissione nominata dalla Conferenza Unificata, composta da dieci esperti, cinque dei quali designati dalle Regioni e cinque designati dai rappresentanti dei Comuni.
Considerazione dell’esistente	Non viene fatto riferimento all’esistente.
Scansione temporale	Entro trenta giorni dall’entrata in vigore del decreto, con un decreto successivo sono individuati i Comuni nei quali è realizzata la sperimentazione.

Risultati

Effetti della riforma	La riforma non ha prodotto effetti di rilievo. Si trattava di una sperimentazione che non ha avuto seguito, terminata nel 2003.
Coerenza dei risultati	I risultati sono stati coerenti con le azioni messe in atto, anche se non è stato pienamente possibile conoscerli a causa della mancata divulgazione dei rapporti di valutazione.
Omogeneità dell’impatto	L’impatto è difficilmente valutabile, considerato che si trattava di una

	sperimentazione e che i risultati non sono stati diffusi.

Il sistema italiano di sostegno alle persone in difficoltà economica si basa su di un approccio assistenziale, ed eroga trasferimenti monetari senza alcuna valutazione di insieme del soggetto destinatario e del suo contesto di appartenenza. Nessuna delle misure previste ha un carattere universalistico nel contrastare la povertà, e nessuna di esse è orientata ad attivare nel beneficiario capacità di gestione del bisogno; sono misure poco eque, sul piano distributivo, e non necessariamente avvantaggiano chi è in condizione di bisogno.

I principali strumenti di contrasto alla povertà sono la pensione e l'assegno sociale, la pensione di invalidità civile e di guerra e gli assegni familiari. Complessivamente considerati, essi riducono la povertà (misurata in modo relativo, tenendo conto di una soglia di reddito pari al 60% del reddito mediano familiare equivalente) solo del 3,6%, a fronte di una spesa complessiva di circa 19 miliardi di euro (nel 2002).

La sperimentazione del reddito minimo di inserimento poteva essere l'occasione di introdurre una misura che potesse combattere seriamente la povertà: si tratta infatti di una misura universalistica, che ha come riferimento il reddito familiare e lo integra fino a raggiungere una soglia che tenga conto sia del numero di componenti della famiglia che delle loro caratteristiche. Al trasferimento monetario, inoltre, il reddito minimo unisce misure di reinserimento sociale, che si articolano su di una gamma di azioni abbastanza varia (fuoriuscita da situazioni di illegalità, percorsi per il superamento di dipendenze, assunzione di oneri di cura familiare).

Dopo alcuni anni di sperimentazione, nel 2004 il governo aveva previsto l'istituzione del Reddito di Ultima Istanza (RUI) che, nelle intenzioni, avrebbe dovuto avere un carattere più limitato e selettivo del RMI. Inizialmente era stato previsto il concorso al finanziamento da parte delle regioni. La Corte costituzionale dichiarò illegittimo il ricorso dello stato al fondo sociale per finanziare iniziative delle singole regioni, in quanto lesivo dell'autonomia regionale, e successivamente del RUI non si è più parlato.

In attesa delle indicazioni del livello centrale sulla possibilità di introdurre una misura del tipo RMI, alcune regioni, sollecitate dai comuni che nel frattempo avevano visto terminare il finanziamento statale, si sono mosse autonomamente introducendo misure in continuità con la sperimentazione conclusa. Le prime Regioni ad adottare una misura alternativa al RMI sono state quelle del Sud Italia: Campania, Sicilia e Basilicata. A queste si è aggiunto il Veneto.

Altre Regioni hanno previsto, nella loro legislazione, l'introduzione di misure di contrasto della povertà. Nel 2006, in Lazio e Sardegna la misura era in discussione; Emilia-Romagna e Toscana avevano concluso un'analisi di fattibilità di una misura di contrasto alla povertà e del relativo fabbisogno finanziario; in Friuli-Venezia Giulia era in corso di preparazione il regolamento per l'erogazione del Reddito di base per la cittadinanza. Infine, in Valle d'Aosta ed in Provincia di Bolzano esistono, dagli anni '90, misure di contrasto alla povertà che prevedono programmi di reinserimento sociale, in linea con la sperimentazione nazionale sul RMI.

8. La Legge n. 328 del 2000 sulla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Disegno attuativo

Obiettivi	E' stato creato un sistema integrato di interventi e servizi sociali, introducendo il metodo programmatorio. Sono stati promossi interventi sociali, assistenziali e sociosanitari che garantiscono un aiuto concreto alle persone e alle famiglie in difficoltà E' stata incoraggiata un'assistenza di tipo domiciliare e il sostegno dell'autonomia delle persone anziane, per favorire la loro permanenza nell'ambiente familiare. Gli obiettivi delle legge sono abbastanza verificabili.
Strumenti per la realizzazione	Viene istituito il fondo nazionale per le politiche e gli interventi sociali. Il Fondo nazionale per le politiche sociali è incrementato di 106,7 miliardi di lire per l'anno 2000, 761,5 miliardi di lire per il 2001 e 922,5 miliardi di lire per il 2002. Viene determinata annualmente una quota da riservare ai servizi per le persone non autosufficienti. Il Ministro per la solidarietà sociale predispone ogni anno una relazione al Parlamento sui risultati conseguiti rispetto agli obiettivi del Piano nazionale. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge è nominata una commissione tecnica con il compito di formulare proposte in ordine ai contenuti, al modello ed agli strumenti attraverso i quali dare attuazione ai diversi livelli operativi del sistema informativo dei servizi sociali. Entro il 30 giugno di ogni anno le regioni trasmettono una relazione al Ministro per la solidarietà sociale e al Ministro della sanità sullo stato di attuazione degli interventi e gli obiettivi conseguiti nelle attività. Qualora una Regione non provveda all'impegno contabile delle quote, il Ministro della solidarietà sociale provvede alla rideterminazione e rassegnazione dei finanziamenti alle regioni.
Considerazione dell'esistente	Non viene fatto riferimento all'esistente.
Scansione temporale	Il piano nazionale è adottato entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della legge. Il Governo è delegato ad emanare entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della legge, un decreto legislativo recante norme per il riordino degli assegni e delle indennità. Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge il Ministro della solidarietà sociale definisce i profili professionali delle figure professionali sociali. Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge il Ministro della solidarietà sociale adotta, tramite decreto, lo schema generale di riferimento della carte dei servizi. Entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge il Ministro della sanità definisce le modalità per indicare nella tessera sanitaria i dati relativi alle condizioni di non autosufficienza.

Risultati

Effetti della riforma	Alcune Regioni che erano in ritardo rispetto al processo di innovazione delle politiche sociali stanno recuperando, approvando e predisponendo atti normativi di riorganizzazione del welfare regionale. Alcuni aspetti come la trasformazione delle IPAB, l'individuazione di strumenti legislativi e gestionali per l'integrazione socio-sanitaria, la ricerca di metodi per l'accreditamento dei gestori più affidabili vengono affrontati, anche se solo in parte, sul territorio nazionale.
Coerenza dei risultati	I risultati sono parzialmente coerenti poiché si sono avviati i processi previsti, mancano però ancora alcuni aspetti fondamentali, come il completamento della legislazione e della programmazione regionale, l'attivazione di alcune indicazioni presenti nella legge rispetto all'organizzazione dei servizi. Inoltre la questione dei Liveas non è in realtà giunta a compimento.
Omogeneità dell'impatto	Le amministrazioni regionali hanno recepito questa legge quadro con tempi e modi diversi, avviando percorsi e processi regionali di costruzione di sistemi di welfare che si sviluppano con impegni e velocità molto differenziate.

La Legge 328/2000 intitolata "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", è finalizzata a promuovere interventi sociali, assistenziali e sociosanitari che garantiscono un aiuto concreto alle persone e alle famiglie in difficoltà, dando un forte segnale in merito agli orientamenti e alle politiche di sviluppo dei servizi sociali.

La legge ha istituito il fondo nazionale per le politiche e gli interventi sociali, utilizzando e ampliando i finanziamenti settoriali esistenti e destinandoli alla programmazione regionale e degli enti. Vengono individuati i servizi prioritari, lanciando cosi alle Regioni un chiaro segnale relativo alla direzione da seguire nello sviluppo dei servizi: tra questi, gli assegni di cura, politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura, prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, servizi di sollievo, per affiancare la famiglia nella responsabilità del lavoro di cura, e così via. Si prevede che venga determinata annualmente una quota da riservare ai servizi per le persone non autosufficienti, con il duplice scopo di favorirne l'autonomia e di sostenere il nucleo familiare.

Trattandosi di una legge quadro, la relativa applicazione delle indicazioni presenti in essa era delegata all'emanazione di atti normativi da parte del governo e delle Regioni. Le amministrazioni regionali, con tempi e modi diversi, hanno recepito questa legge avviando percorsi di costruzione di sistemi di welfare locale che esplicitamente o implicitamente si ispirano ai principi enunciati dalla legge nazionale. Alcune Regioni hanno optato per l'approvazione di una legge di riordino dei servizi sociali (Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Puglia e Calabria), altre si stanno muovendo in questa direzione (es. Campania, Veneto, Sardegna, Abruzzo) ma non hanno ancora concluso l'iter normativo; altre ancora si sono limitate ad applicare delle modifiche normative di settore, dal momento che, in materia, era già presente una normativa precedente alla Legge n. 328 (es. Umbria e Lazio). In generale gli aspetti critici si rifanno alle difficoltà di applicazione nelle regioni e nei comuni a causa della scarsità di fondi e dell'eccessivo frazionamento, talvolta, delle competenze tra di diversi assessorati.

9. Analisi trasversale delle diverse riforme nazionali

A conclusione dell'analisi delle singole leggi, si possono considerare le dimensioni delineate sopra, sintetizzando quanto emerso dalle riforme prese in esame.

Per quanto riguarda la griglia di valutazione sul *Disegno attuativo*, possono trarsi alcuni messaggi dalle dimensioni esaminate.

9.1. Obiettivi

La dimensione evidenzia che in molti casi gli obiettivi delle leggi sono enunciati in modo chiaro e spesso vengono definiti attraverso interventi concreti (ad esempio, nella realizzazione di strutture per anziani non autosufficienti e nella realizzazione di asili nido).

In alcuni casi, gli obiettivi delle leggi sono verificabili e quindi è possibile effettuare valutazioni sull'impatto delle medesime, anche grazie al sistema di monitoraggio, previsto in alcuni casi, oppure grazie a momenti di verifica delle politiche messe in atto.

Alcune leggi, però, si limitano ad enunciare solo orientamenti, senza introdurre né monitorare servizi specifici: è il caso, ad esempio, delle leggi a favore dei disabili adulti.

9.2. Strumenti per la realizzazione

Nelle riforme prese in esame viene spesso enunciata – anche se non in tutti i casi – la quantità di risorse a disposizione per raggiungere gli obiettivi.

Quasi sempre vengono indicati i termini entro i quali realizzare le azioni e vengono specificati con precisione i vincoli di tempo relativi all'attuazione degli interventi e agli obiettivi da conseguire. In questi casi, solitamente il ministero si fa garante della valutazione di questi interventi, avvalendosi talvolta di Commissioni apposite o realizzando relazioni ad hoc.

Nella quasi totalità delle riforme introdotte non è previsto un accompagnamento sul territorio per l'attuazione della legge. A volte ci si limita alla previsione di rappresentanti degli enti locali all'interno di organismi nazionali, come avviene per le politiche dell'handicap.

In pochi casi si parla esplicitamente di strumenti di monitoraggio nazionale come accade, ad esempio, nella legge sull'infanzia e l'adolescenza. Anche strumenti informativi come, ad esempio, indagini statistiche, vengono realizzati raramente e solo in ambiti limitati.

9.3. Considerazione dell'esistente

Solo in pochissime leggi è possibile trovare riferimenti alla legislazione esistente e rimandi ai percorsi già fatti ed agli obiettivi già raggiunti; nella maggioranza dei casi le leggi ignorano l'esistente, specialmente quanto realizzato dagli enti territoriali.

9.4. Scansione temporale

Nelle leggi analizzate vengono scadenzate, spesso in modo dettagliato, le fasi del processo attuativo e i tempi di realizzazione delle azioni previste. Talvolta si trovano indicazioni sui termini di utilizzo delle risorse, sulle modalità organizzative e di funzionamento per l'attuazione, sulla definizione di ruoli e funzioni degli organismi interessati.

Il disegno attuativo: messaggi dalle riforme precedenti

Obiettivi	– Obiettivi chiari e definiti attraverso interventi concreti in molti casi; – obiettivi verificabili in alcuni casi; – alcune leggi fissano solo orientamenti; di conseguenza, gli obiettivi non sono verificabili.
Strumenti per la realizzazione	– Spesso (ma non sempre) definite le risorse disponibili; – obiettivi verificabili in alcuni casi; – quasi mai si prevede un accompagnamento nel territorio; – raramente si parla di monitoraggio.
Considerazione dell'esistente	– Rarissimi riferimenti all'esistente.
Scansione temporale	– Scansione temporale dettagliata.

Per quanto riguarda la griglia di analisi sui *Risultati*, si possono trarre i messaggi seguenti.

Effetti della riforma

In alcuni casi gli effetti delle riforme sono stati significativi come, ad esempio, nel caso delle RSA o degli asili nido, per i quali si sono avuti incrementi significativi – anche se insufficienti – nell'offerta dei servizi. Alcune riforme, inoltre, hanno impattato in modo notevole sull'intero sistema dei servizi, innovandolo completamente: è il caso della legge sull'infanzia e l'adolescenza, che ha determinato la chiusura progressiva degli istituti: i minori ospitati in tali strutture risultano in forte calo.

Inoltre, in alcuni casi le riforme nazionali hanno stimolato i processi di innovazione delle politiche sociali di alcune regioni che, in ritardo, hanno parzialmente recuperato il divario che le separava dalle regioni più avanzate.

Coerenza dei risultati

I risultati delle leggi non sempre possono essere ritenuti soddisfacenti, se confrontati con gli obiettivi del testo legislativo. Quasi mai, in realtà, gli obiettivi che le leggi si ponevano sono stati completamente raggiunti. Nel caso dell'indennità di accompagnamento, addirittura, la riforma ha avuto un effetto diverso da quello per la quale era stata originariamente pensata.

In alcuni casi il mancato conseguimento risultati prefissati è dovuto dalla definizione di obiettivi troppo ambiziosi.

Omogeneità dell'impatto

Tutte le leggi esaminate mostrano un'efficacia ed un impatto disomogeneo sul territorio nazionale, che hanno determinato evidenti differenze territoriali nell'offerta di servizi. Ciò è dovuto anche al carattere molto diversificato delle leggi regionali di applicazione della normativa nazionale.

I risultati: messaggi dalle riforme precedenti

Effetti della riforma	– Effetti significativi in alcuni casi; – in alcuni casi, le riforme hanno completamente innovato il sistema precedente; – effetto di stimolo per alcune regioni.
Coerenza dei risultati	– Risultati insoddisfacenti se confrontati con gli obiettivi del testo di legge; – in un caso la riforma ha avuto un effetto diverso da quello previsto per legge.
Omogeneità dell'impatto	– Impatto disomogeneo per tutte le riforme.

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 3

I meccanismi nazionali di finanziamento

di

Laura Pelliccia

Luglio 2010

Parte I: le politiche nazionali di finanziamento degli interventi socio-sanitari e assistenziali

Nella prospettiva di formulare un'ipotesi di riforma per i servizi rivolti ai non autosufficienti, si ritiene utile offrire una breve ricognizione sui meccanismi di carattere nazionale che finora hanno finanziato gli interventi socio-sanitari e assistenziali. Saranno presi in considerazione sia il canale dei finanziamenti della sanità che quello dei fondi per la sfera del sociale, evidenziando gli indirizzi della programmazione finanziaria nazionale in queste materie assegnate all'autonomia degli enti decentrati (una questione cruciale ai fini della riforma, come ampiamente discusso nella parte terza di questo rapporto); inoltre si cercherà di far emergere il peso riconosciuto da queste politiche agli obiettivi di assistenza ai non autosufficienti.

In particolare, per tutti i canali di finanziamento, si indagheranno le metodologie utilizzate per stimare i fabbisogni regionali, la natura dei fondi trasferiti, l'esistenza o meno di meccanismi incentivanti per fare in modo che i governi locali aderiscano alle indicazioni nazionali. Per la sanità, saranno fornite alcune evidenze quantitative per valutare come, date queste politiche, gli enti decentrati hanno allocato le risorse per l'assistenza continuativa.

In ogni caso, ai fini del disegno di una nuova politica, è interessante raccogliere spunti sull'efficacia non soltanto degli specifici interventi per la non autosufficienza, ma anche delle misure più generali adottate dalla programmazione nazionale, per comprendere quali meccanismi vale la pena riproporre e quali invece sostituire con nuove soluzioni.

Il capitolo prende in considerazione soltanto i flussi dal livello statale a quello regionale per sostenere i servizi per la non autosufficienza erogati dal livello decentrato; per una disamina di altre canali di finanziamento quali l'indennità di accompagnamento si rimanda al capitolo 10.

1. Le risorse del fondo sanitario nazionale (parte corrente)

Il finanziamento dell'assistenza sanitaria rappresenta una delle questioni più emblematiche della faticosa ricerca di equilibrio tra la l'esigenza di assicurare l'autonomia gestionale delle regioni e la volontà di garantire l'accesso ai livelli di assistenza considerati essenziali per tutto il paese.

All'interno di questo sistema, uno dei passaggi chiave (e anche probabilmente quello che genera maggiori tensioni interistituzionali) è rappresentato dalla definizione del fabbisogno finanziario per l'assistenza sanitaria dei singoli territori[1]. La scelta degli indicatori e della formula impiegata per stimare il fabbisogno relativo di una regione rispetto alle altre viene determinata, spesso dopo lunghe negoziazioni, attraverso un'apposita intesa annuale presso la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province Autonome; questo processo, ispirato ad una logica di *risk adjustement*, porta alla definizione della quota capitaria ponderata.

Di fatto, dopo aver definito a monte la percentuale di risorse da destinare ad ogni macrolivello di assistenza sanitaria (secondo gli indirizzi della programmazione nazionale discussi

[1] Nell'ultimo decennio si è cercato di superare il sistema preesistente di assegnazione dal livello centrale di risorse vincolate quali il FSN, assegnando alle regioni un mix di tributi propri per il finanziamento della sanità. Tuttavia, è stata mantenuta la volontà di assicurare a tutte le regioni la possibilità di erogare livelli assistenza considerati essenziali (attraverso l'eventuale compensazione del Fondo Perequativo), definendo, a partire dalla quantità di risorse pubbliche che si è scelto di destinare alla sanità, il fabbisogno finanziario di ogni regione.

nel paragrafo successivo) si individuano indicatori specifici per rappresentare quel particolare bisogno.

Nello specifico, per conoscere come si tiene conto del fabbisogno di assistenza ai non autosufficienti, bisogna fare riferimento ai criteri di ponderazione del macrolivello "Assistenza distrettuale", che include questa tipologia di servizi. Occorre innanzi tutto premettere che oggi (come nel passato), nella ponderazione di diverse componenti si tiene conto del fattore età come predittore di maggior bisogno di alcune tipologie di assistenza (ad esempio, per l'assistenza specialistica ed in parte per l'assistenza ospedaliera[2]): ciò comporta una correzione della quota capitaria che consiste nell'applicare alla distribuzione regionale per fasce di età, pesi superiori per le categorie degli over 65enni rispetto agli altri segmenti di popolazione[3]. Tuttavia, non bisogna confondere questo maggior bisogno di alcuni servizi sanitari riconosciuto agli anziani con l'esigenza specifica di assistenza continuativa.

Fino al 2004, nella definizione della quota capitaria, si riservava una quota pari al 5% del complesso delle risorse specificatamente agli anziani, utilizzando il numero degli ultra65enni per la pesatura; si presume che ciò sottendesse lo scopo di finanziare i servizi dedicati a questo segmento di bisogno, come l'esigenza di Ltc.

A partire dal 2005[4] questa distinzione è venuta meno, perché la quota per gli anziani è stata fatta confluire nella categoria più generica dell"altra assistenza territoriale", un sottolivello dell'assistenza distrettuale cui è stata attribuita una quota del 17,1% (come somma del 12,1% precedentemente attribuito a questo livello e del 5% per gli anziani), divenuto 18,1% a partire dal 2006[5].

L'altra assistenza territoriale" ha un carattere residuale (l'assistenza distrettuale diversa dalla medicina di base-PLS, dalla farmaceutica e dalla specialistica) e, pertanto, tra le varie attività, vi sono compresi tutti i servizi che rientrano nell'assistenza continuativa per anziani e disabili (residenziali, semiresidenziali e domiciliari). Nella formula attualmente in uso le risorse destinate a tale scopo sono distribuite in base alla quota capitaria secca, quindi, ipotizzando che tutti i cittadini abbiano pari bisogno, una criterio molto semplicistico ma indubbiamente poco selettivo.

---

[2] Nel modello di Fiuggi, in vigore fino al 2004, si utilizzava questa pesatura anche l'assistenza farmaceutica.

[3] Si considerano distintamente le fasce da 65 a 74 anni e da 75 anni in su, attribuendo il peso più alto in assoluto agli over 75 per l'assistenza ospedaliera, e alla penultima fascia di età per l'assistenza specialistica. Si precisa che per l'assistenza ospedaliera viene riconosciuto un ruolo molto forte, oltre che agli anziani, anche alla popolazione al di sotto dell'anno.

[4] Nel 2005 sono stati modificati i parametri del modello di Fiuggi, anche se per quell'anno il riparto è avvenuto per metà tenendo conto dei nuovi criteri e per metà di quelli utilizzati dal 2001 al 2004. L'impianto generale dei criteri di ponderazione adottati per il 2005 è stato sostanzialmente mantenuto per gli anni successivi, fino al 2008, tranne alcuni ritocchi a margine. Ad esempio, nel 2006 un'integrazione aggiuntiva di 2 miliardi è stata ripartita tenendo maggiormente conto della popolazione pesata per l'età. Il riparto del 2007 è avvenuto a partire dal riparto del 2006, maggiorando il fabbisogno di tutte le regioni del 3,2% e poi rettificando ulteriormente in base agli eventuali incrementi demografici. Nel 2008 sono state utilizzate le quote capitarie del 2007, incrementate in maniera uniforme dell'1,81% (tranne una correzione per il recupero di fabbisogno per la regione Lazio) cui sono state applicati ulteriori meccanismi di riequilibrio. Anche per il riparto del 2009 sono stati adottati sostanzialmente gli stessi criteri adottati per il 2007 e per il 2008.

[5] L'aumento della quota destinata all'assistenza distrettuale è avvenuto a discapito dell'assistenza ospedaliera, che è scesa dal 45% al 44%, nell'intento programmatico di spostare risorse dall'ospedale al territorio Nel modello di Fiuggi era stato utilizzato un espediente per incoraggiare l'ampliamento dei servizi residenziali agli anziani e ridurre i ricoveri ordinari: nella definizione dei pesi da assegnare agli over 65 per l'assistenza ospedaliera, non si era tenuto conto integralmente del consumo di ricoveri osservato per gli anziani, ma solo dell'80% dello scostamento dalla media (Toniolo et al., 2003).

La discussione sulla validità di questo tipo di approccio nel calcolo del fabbisogno finanziario per l'assistenza sanitaria regionale è quanto mai attuale, soprattutto dopo che l'approvazione della L.42/2009 ha esplicitato l'esigenza di adottare il criterio dei costi standard (per una valutazione della rispondenza del metodo già utilizzato per la sanità al criterio dei costi standard e per un'analisi delle possibili alternative si rimanda al capitolo 16; altre utili considerazioni sulle difficoltà che si incontrano nel percorso di stima del fabbisogno standard per i Lep sono contenute nel capitolo 15).

Vale la pena ricordare che, comunque, oggi tali risorse pervengono alle regioni senza vincoli di destinazione, in virtù di quelle riforme in chiave regionalista della fine degli anni '90 che, conferendo agli enti decentrati maggiore autonomia e responsabilità, hanno portato all'abolizione dei precedenti obblighi di destinazione del FSN.

In ogni caso, fermo restando l'autonomia regionale, la programmazione nazionale, (quasi sempre attraverso intese condivise in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome) ha cercato di far convergere le politiche sanitarie delle regioni verso una serie di comuni indirizzi di fondo. Tra questi obiettivi di carattere nazionale, alcuni hanno riguardato l'allocazione della spesa sanitaria regionale: in particolare, appena sono stati definiti i Lea con il Dpcm 29/11/2001, è stato richiesto ai singoli SSR di rispettare un comune modello di riparto delle risorse tra i singoli livelli di assistenza, individuando percentuali target[6]. L'idea di fondo alla base di tale indicazione programmatica era quella di limitare, attraverso l'apposito tetto di spesa, il ricorso all'ospedale, nella convinzione che alcune forme di assistenza precedentemente erogate in ambito ospedaliero potessero essere assicurate in regime territoriale a costi inferiori (una delle aree da cui ci si aspettava un maggior recupero di efficienza era proprio quella dell'assistenza agli anziani, un bisogno cui troppo spesso si provvedeva prolungando le degenze ospedaliere, anziché ricorrere a strutture più appropriate come quelle residenziali territoriali).

Considerando la strategia nel suo insieme, tuttavia, non si può fare a meno di segnalare alcuni limiti di un siffatto metodo di programmazione finanziaria, che impone a tutte le regioni lo stesso modello di consumo: alla luce del fatto che i singoli territori si differenziano fortemente sul piano epidemiologico (una forte variabilità della morbilità), su quello culturale (diverse preferenze nel ricorso ai servizi sanitari) e su quello economico (livelli eterogenei di efficienza), sembra inopportuno richiedere a tutte le regioni una composizione della spesa uniforme (Mapelli, 2007).

Nel caso si intenda immaginare un meccanismo di finanziamento della non autosufficienza che imponga a tutte le regioni di destinare a questo bisogno la stessa quota di risorse, si dovrebbe tener conto di questi limiti. Finora, comunque, la programmazione nazionale non ha individuato target specifici per la quota di spesa sanitaria per i non autosufficienti (il vincolo per l'allocazione delle risorse è posto ad un livello molto più generale, ossia l'assistenza territoriale), una scelta rimessa alla discrezionalità regionale.

---

[6] La composizione della spesa per macrolivelli per il triennio 2002-2004 doveva essere la seguente: il 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, il 49,5% per l'assistenza distrettuale e il 45,5% per l'assistenza ospedaliera. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, era posto uno specifico vincolo per la spesa farmaceutica, che non doveva superare il 13% rispetto al totale della spesa complessiva (Dlgs. 347/2001), successivamente elevato al 16%, includendovi anche la distribuzione diretta di farmaci in regime ospedaliero (DL 269/2003). La L.222 del 2007 ha portato il tetto complessivo per la farmaceutica territoriale al 14% (introducendo anche un apposito limite per la spesa farmaceutica ospedaliera del 2,4%), percentuale nuovamente fissata dalla L. 77 del 2009 al 13,6%.

Rispetto all'assenza di vincoli di destinazione della spesa corrente, occorre segnalare che qualche sforzo per finalizzare esplicitamente risorse per migliorare l'assistenza continuativa è stato compiuto in materia di investimenti sanitari. Ad esempio, con il Piano Hospice del 1999 sono stati stanziati 207 milioni di eur per finanziare progetti regionali per potenziare l'assistenza palliativa e realizzare strutture di supporto per pazienti affetti da patologie neoplastiche terminali e per le relative famiglie: i risultati di questa iniziativa[7] sono stati molto eterogenei sul piano territoriale, poiché a fronte di regioni che hanno raccolto pienamente l'incentivo, accedendo al 100% dei finanziamenti (Provincia Autonoma di Bolzano, Emilia Romagna e Molise), in altre casi la percentuale di realizzazione è stata decisamente esigua (5% per la Valle d'Aosta, 8,8% per l'Abruzzo, 15,9% per la Sardegna), un'esperienza che dimostra che non sempre mettendo a disposizione finanziamenti le regioni reagiscono aumentando la propria offerta. Negli anni recenti la Finanziaria per il 2007, in una logica di premialità, nell'ambito dei programmi di edilizia sanitaria, ha destinato 100 milioni per le cure palliative per le regioni che hanno completato il Piano Hospice e hanno avviato programmi di assistenza domiciliare; ulteriori risorse in questa direzione sono giunte con la finanziaria per il 2008[8].

Oltre alla definizione delle quote di spesa per Lea, una novità significativa delle politiche sanitarie del nuovo secolo è stata l'introduzione di un meccanismo di sanzioni-incentivi per stimolare le regioni a concorrere ai comuni obiettivi della programmazione nazionale. Infatti, dal 2001 sono state individuate risorse aggiuntive per la sanità[9] da distribuire alle sole regioni che dimostravano di aver adottato una serie di comportamenti ritenuti virtuosi (ad esempio l'adesione alle convenzioni sugli acquisti, l'adempimento di obblighi informativi sul monitoraggio della spesa e l'adozione di misure per dare equilibrio alla gestione).

Questa politica aveva lo scopo di rendere le regioni responsabili dell'effettiva erogazione dei Lea appena definiti e, allo stesso tempo, del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario[10]. Per dare forza a questo meccanismo (il cosiddetto patto di stabilità per la sanità), ossia per rendere credibili le minacce e gli incentivi in esso incorporati, era stato istituito un apposito tavolo di monitoraggio dei Lea, preposto alla verifica degli adempimenti da parte delle regioni[11].

Per diversi esercizi, rispetto al fabbisogno stimato, veniva anticipato alle regioni soltanto il 95%, mentre l'ottenimento del saldo era condizionato all'esito delle verifiche del Tavolo di monitoraggio.

---

[7] Nel sito del Ministero del Welfare, settore "Salute", sono pubblicati, regione per regione, i finanziamenti stanziati dal DL 450/1998, gli importi erogati e la percentuale di realizzazione.

[8] Si tratta di 150 milioni di eur per strutture residenziali, per le cure palliative territoriali, comprese le patologie degenerative neurologiche croniche invalidanti. Nello stesso provvedimento si individuano come settori prioritari per la definizione degli Accordi di Programma la realizzazione di strutture sanitarie territoriali, residenziali e semiresidenziali.

[9] Nel 2001, con l'accordo dell'8 agosto, il Governo ha deciso di aumentare le risorse a disposizione per la sanità regionale (fino a un totale di 138.000 miliardi di lire, che dovevano raggiungere nel triennio 2002-2004 i quasi 156.000 miliardi) rispetto ai finanziamenti definiti dal precedente accordo di agosto 2000 (129.00 miliardi): le regioni che non avessero raggiunto gli obiettivi prefissati avrebbero avuto accesso soltanto al minor finanziamento previsto dall'accordo del 2000. Successivamente, la legge finanziaria per il 2005 ha nuovamente fissato gli importi dei finanziamenti integrativi a carico dello Stato, con un incremento del 2% annuo rispetto alle cifre dell'accordo del 2001.

[10] I fondi assegnati dallo Stato per l'assistenza sanitaria dovevano essere utilizzati esclusivamente per i Lea, mentre nel caso una regione avesse scelto di erogare servizi ulteriori rispetto a quelli considerati essenziali, avrebbe dovuto provvedervi con risorse proprie.

[11] Successivamente, con l'intesa del 23 marzo 2005, il Tavolo di monitoraggio dei Lea è stato trasformato in Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea, l'organo attualmente preposto alla certificazione e verifica degli adempimenti regionali (che riferisce gli esiti al Ministero dell'Economia).

Queste regole hanno subito variazioni nel corso del tempo, specialmente dopo l'approvazione dell'intesa del 23 marzo 2005[12]; secondo il più recente "Patto per la salute" la quota di finanziamento ancorata alla verifica degli adempimenti è pari al 3% del fabbisogno regionale[13].

Numerose revisioni hanno interessato anche gli adempimenti richiesti alle regioni, il cui ammontare è andato crescendo nel corso del tempo, con nuovi obiettivi introdotti dalla legge finanziaria per il 2003 e dall'intesa del 23 marzo 2005[14]. Di fatto, ogni volta che a livello nazionale sono stati individuati nuovi target programmatici, gli stessi sono stati recepiti all'interno di tale meccanismo, nella convinzione che ricorrere alla leva finanziaria fosse una valido strategia per spingere le regioni a raggiungere tali risultati.

In generale, il patto di stabilità per la sanità si è dimostrato uno strumento molto farraginoso, le cui verifiche hanno richiesto tempi lunghissimi, fatto che peraltro ha comportato consistenti problemi di liquidità per le regioni; peraltro il relativo monitoraggio sembra ancora oggi carente sotto il profilo della trasparenza e della pubblicità[15].

A nostro avviso si è trattato di un sistema inefficace perché con un unico strumento si è cercato di raggiungere una molteplicità di obiettivi, senza centrarne nessuno in particolare: nonostante l'enfasi sugli obiettivi finanziari, tale meccanismo non è stato in grado di prevenire la formazione di ulteriori deficit regionali; gli obiettivi riguardanti gli *outcomes* sanitari, sebbene presenti, sono stati definiti in modo poco stringente e vincolante, così da non aver inciso sulla effettiva possibilità dei cittadini delle singole regioni di aver accesso ai Lea.

E' emblematico, a tal riguardo, il modo in cui sono stati definiti gli obiettivi che hanno riguardato la non autosufficienza: nell'Intesa del 23 marzo 2005, tra gli adempimenti richiesti alle regioni si contemplava quello di "assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale ospedaliera", senza tuttavia fissarne i relativi standard qualitativi e quantitativi, fatto che suscita perplessità a proposito della effettiva possibilità di monitorare questo obiettivo e di collegarvi incentivi di carattere finanziario.

Anche il successivo "Patto per la salute 2007-2009", pur richiamando la necessità di intervento per la sfera della non autosufficienza, lo ha fatto in termini abbastanza evasivi[16]: ancora una volta sono mancate azioni concrete per dare centralità a tale questione nella programmazione sanitaria. Il "Patto per la salute 2010-2012" appena siglato (dicembre 2009) prevede azioni dirette alla razionalizzazione dell'assistenza agli anziani e ai non autosufficienti: innanzi tutto si richiede

---

[12] Secondo questo provvedimento, per l'accesso ai finanziamenti integrativi le regioni devono sottoscrivere un accordo con il Ministero dell'Economia e con quello della Salute in cui si prevede l'attribuzione dell'80% dei finanziamenti integrativi solo agli enti che perseguono l'equilibrio economico e mantengono l'erogazione dei Lea (il restante 20% è subordinato alla verifica del rispetto di ulteriori adempimenti); nel caso le prime due condizioni vengano a mancare, viene riconosciuto solo il 40% dei finanziamenti integrativi.

[13] Al netto delle entrate proprie per le regioni a statuto ordinario e, per Sicilia e Sardegna, al netto delle entrate proprie e delle partecipazioni.

[14] Oltre agli adempimenti già citati sono definiti altri obiettivi come lo standard di posti letto ospedalieri (4,5‰ di cui 1‰ riservato a riabilitazione e lungodegenza), misure per ridurre l'inappropriatezza organizzativa, il contenimento delle liste d'attesa, la previsione di decadenza automatica per i direttori delle aziende sanitarie in deficit, l'attivazione del monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche e specialistiche, il ripiano del 40% dello sfondamento del tetto programmato per la spesa farmaceutica.

[15] Come sottolineato in Arcangeli e De Vincenti (2008) i dati raccolti ai fini della certificazione (che hanno dato molto rilievo soprattutto agli obiettivi di spesa), non sono stati pubblicati e analizzati: di fatto, non sono accessibili, se non per gli addetti ai lavori, gli esiti delle certificazioni e le effettive sanzioni-incentivi che ne sono conseguite (ndr).

[16] Si prevede la costituzione di un tavolo per analizzare le aree di confine tra l'assistenza inclusa nei Lea socio-sanitari e le altre linee prestazionali, il tema dell'accertamento del bisogno e le iniziative già intraprese da parte delle regioni.

alle regioni di adottare un apposito atto di programmazione integrata per regolare l'assistenza residenziale e domiciliare nel rispetto della normativa sui Lea sociosanitari, anche allo scopo di favorire la deospedalizzazione dei soggetti che potrebbero essere assistiti a livello territoriale; in secondo luogo, l'accesso a queste prestazioni deve essere condizionato ad una valutazione multidimensionale il cui metodo sarà oggetto di verifica da parte del Comitato permanente per la verifica dei Lea; si dichiara infine l'avvio, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, dei flussi informativi per l'assistenza residenziale e domiciliare e, peraltro, è richiesto alle regioni di potenziare le proprie rilevazioni riguardanti le strutture per l'assistenza territoriale, residenziale e semiresidenziale e l'attività da esse erogata[17].

Si tratta di premesse utili nell'ottica di migliorare il livello conoscitivo sulla effettiva capacità di assistenza dei SSR ad anziani e disabili e nel tentativo di rendere uniformi le risposte regionali a queste tipologie di bisogni. Tuttavia sarebbe necessario andare oltre queste premesse e fissare standard quantitativi e qualitativi di riferimento per rendere efficace il potenziamento della tutela dei non autosufficienti: si auspica che gli accordi operativi che seguiranno riescano a definire misure più incisive che riguardino anche target di miglioramento dell'offerta per l'assistenza continuativa e che non ci si focalizzi esclusivamente su obiettivi contabili-finanziari. A tale scopo, sarà indispensabile il collegamento ad un valido sistema di monitoraggio, ad esempio attraverso l'implementazione del Sina (come discusso nel capitolo 17) da utilizzare per migliorare l'esigibilità dei diritti.

2. Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali

Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) è lo strumento con cui il livello statale finanzia la maggior parte degli interventi della sfera del sociale e costituisce un contenitore unico nel quale sono confluiti singoli fondi, che in precedenza sostenevano iniziative settoriali. Nonostante la sua istituzione risalga al 1998, il suo ruolo è stato maggiormente definito e rafforzato dalla L. 328/2000.

Tra le aree di intervento del fondo risultano anche iniziative a favore di anziani e disabili, ragion per cui non può essere trascurato nella ricognizione delle iniziative nazionali di finanziamento della non autosufficienza; comunque, indipendentemente dagli interventi finanziati, il Fnps rappresenta un'esperienza interessante di sostegno statale a politiche governate dagli enti decentrati[18].

Di fatto, con l'istituzione del Fnps lo Stato ha scelto di riservare una quota del proprio bilancio alle politiche sociali, sottraendo queste risorse ad altri possibili esiti allocativi. Tuttavia la consistenza del fondo non è predeterminata (ad esempio non si stabilisce a priori quale quota del Pil riservare al settore) ma il relativo finanziamento viene deciso annualmente in sede di legge finanziaria: dopo una prima fase di espansione del Fnps, negli anni più recenti il fondo ha subito un

[17] Questo impegno delle regioni, tuttavia, non sarà uno dei parametri per i quali saranno valutate per l'accesso ai fondi integrativi, come invece sarà il miglioramento delle procedure contabili.

[18] Il Fnps non viene integralmente ripartito tra le regioni, ma serve anche a finanziare interventi attuati da altri soggetti quali l'Inps (ad esempio gli assegni di maternità e i contributi legati alla L. 104/92), alcuni grandi comuni e il Ministero della Solidarietà Sociale. Ai fini del presente lavoro ci si limita a considerare il riparto tra le regioni. In ogni caso il recente accordo sul Patto della Salute 2010-2012 ha stabilito che in futuro le risorse di competenza dell'Inps saranno assegnate separatamente rispetto a quelle destinate alle Regioni.

ridimensionamento[19], con conseguenti proteste da parte delle regioni; in sede di accordo sul Patto della Salute 2010-2012 il Governo si è impegnato ad aumentare di 30 milioni di euro la consistenza del Fnps per il 2010.

In merito alla possibilità di spesa riconosciuta alle regioni, occorre precisare che nel corso degli anni i vincoli di destinazione del Fondo si sono gradualmente allentati. Fino al 2002 circa il 40% delle risorse veniva assegnata alle regioni specificandone la destinazione: ciò accadeva perché sotto la dicitura "risorse finalizzate" venivano riproposti i preesistenti fondi di settore (ad esempio si rivolgeva una quota all'infanzia o alle politiche migratorie), ma anche perché, di anno in anno, venivano introdotte nuove "ulteriori finalizzazioni" (ad esempio, per il 2001 una specifica quota era destinata agli anziani non autosufficienti). Il restante 60% del Fnps, detto "risorse indistinte", pur essendo articolato per aree di riferimento di spesa[20], non presentava invece vincoli di destinazione.

Con la finanziaria per il 2003 i vincoli di destinazione sono stati rimossi, convogliando la quasi totalità dei fondi tra le risorse indistinte; tuttavia, questo provvedimento ha imposto alle regioni di riservare una quota (10%) del Fnps alle politiche per le famiglie di nuova costituzione.

Quest'ultimo punto è stato tuttavia dichiarato lesivo dell'autonomia finanziaria delle regioni dalla Corte costituzionale; stessa sorte ha subito la norma della Finanziaria per il 2004 che poneva un vincolo della stessa natura. Di conseguenza, negli ultimi anni il Fnps è stato distribuito alle regioni integralmente a titolo di risorse indistinte.

Nonostante questa assenza di vincoli alla finalizzazione della relativa spesa, le preesistenti articolazioni settoriali continuano a incidere in qualche modo sulla determinazione del fabbisogno regionale odierno, dal momento che ancora oggi, come criteri di riparto, si utilizzano le percentuali[21] ricavate dalla distribuzione del fondo effettuata nel 2002 che, a sua volta, tranne per una piccola correzione[22], rispecchiavano il riparto del 2001; a quell'epoca le cifre da destinare ad ogni regione erano state ottenute scomponendo il fondo per settori di intervento ed utilizzando per ciascun settore indicatori che potessero stimare quello specifico fabbisogno.

Ad esempio, per citare le aree di nostro interesse, per ripartire le risorse finalizzate per l'handicap grave si faceva riferimento al numero di famiglie con disabili gravi per regione, per le ulteriori finalizzazioni per gli anziani non autosufficienti si ricorreva al numero di famiglie con disabili gravi di oltre 65 anni; le risorse indistinte destinate alle persone anziane venivano ripartire per metà sulla base della distribuzione degli over 65enni e per metà sulla distribuzione degli ultra 75enni, mentre quelle per i disabili sulla base della distribuzione delle famiglie con disabili gravi[23].

L'utilizzo di indicatori demografici relativi alla popolazione target (anzichè la popolazione complessiva) per ponderare la quota capitaria è apprezzabile come sforzo di ricerca di elementi predittivi del bisogno di interventi sociali; si suppone che questo tipo di variabile sia stata preferita

---

19 Rispetto allo stanziamento di 1.583 milioni di euro per il 2008, la finanziaria per il 2009 ha ridimensionato la consistenza del FNPS a 1.312 milioni.

20 Si tratta delle aree individuate dal Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003, ovvero: le responsabilità familiari, i diritti dei minori, le persone anziane, la povertà, i disabili, l'avvio della riforma prevista dalla L. 328/2000.

21 La quota destinata ad ogni regione rispetto al totale del fondo.

22 Nel 2002, rispetto al 2001, il 2% delle risorse era stato ripartito per il 70% in base agli stessi criteri della quota indistinta e il 30% solo tra le regioni meridionali, in base ad indicatori di povertà (evidentemente si riconosceva un legame tra condizioni economiche e bisogno di interventi sociali).

23 Nei decreti di riparto non è precisata la fonte statistica di questi indicatori.

ad altri indicatori quali il reddito o le condizioni occupazionali perché maggiormente disponibili (Pesaresi, 2008a).

E'curioso il fatto che dal 2002 in poi, per stimare il fabbisogno delle regioni non siano stati compiuti ulteriori sforzi di affinamento dei criteri di riparto; piuttosto, presumibilmente per evitare le tensioni che in genere si sviluppano intorno alle questioni dei riparti regionali, si è preferito mantenere l'equilibrio raggiunto fino a quel momento: per gli anni successivi, indipendentemente dalle iniziative finanziate (ad esempio per i finanziamenti per le famiglie di nuova costituzione introdotti nel 2003), sono state utilizzate sempre le stesse percentuali, senza ricercare indicatori specifici per i nuovi interventi e senza aggiornare il riparto alle variazioni della situazione demografica e sociale del Paese.

E' difficile dare un giudizio su quanto il Fnps abbia concorso a migliorare l'offerta di servizi per la sfera del sociale nelle singole regioni e, in particolare, per la sfera della non autosufficienza. La mancanza di un modello unico di bilancio per tutte le regioni, ancora oggi non permette di fare confronti interregionali sulla destinazione della spesa.

Tuttavia, è indubbio che le regioni abbiano ricevuto queste risorse senza vincoli di destinazione e senza essere sottoposte a particolari obblighi di garantire determinati diritti (ancora oggi si attende la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali). Considerando tale contesto, questo meccanismo di finanziamento non sembra offrire particolari incentivi o sanzioni alle regioni per potenziare la propria assistenza e, nello specifico, per quella rivolta ai non autosufficienti (a maggior ragione dopo che si è smesso di evidenziare nei riparti annuali la quota destinata ad anziani e disabili). Questi limiti non sminuiscono l'importanza, nell'ambito del bilancio statale, di un fondo per le politiche sociali, ma segnalano la possibilità di miglioramenti di efficacia e di efficienza nell'uso di queste risorse.

3. Il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza

Nella ricognizione sulle politiche di finanziamento nazionali per la non autosufficienza, non può essere certo trascurato l'apposito fondo istituito dalla Finanziaria per il 2007 ed alimentato anche per il 2008 e il 2009.

Si tratta di un'esperienza indubbiamente rilevante perché ha costituito un primo riconoscimento da parte del legislatore nazionale dell'esigenza di incrementare le risorse pubbliche destinate a questo segmento di bisogno; tuttavia, sono state espresse perplessità a proposito dell'entità dello stanziamento, ritenuto insufficiente rispetto alle effettive necessità (Gori, 2008b e Bosi et al., 2008). Anche riguardo al Fondo nazionale per la non autosufficienza è utile qualche breve riflessione a proposito delle caratteristiche di questo sistema di finanziamento, a partire dai relativi criteri di riparto.

Questi ultimi sono stati concordati tramite un'apposita Intesa in sede di Conferenza Unificata facendo ricorso in parte ad indicatori demografici e in parte a formule "storiche". Infatti il 60% dei fondi stanziati è distribuito tra le regioni in base alla distribuzione della popolazione over 75 e il restante 40% secondo le percentuali con cui veniva assegnato il Fnps tra le regioni.

Quanto al primo criterio, sebbene quello utilizzato non sia un indicatore specifico della distribuzione della non autosufficienza, è considerabile una *proxy* sicuramente più affinata rispetto ad altri parametri utilizzati in passato quando, ad esempio, per allocare le risorse del FSN relative

all'assistenza agli anziani, si considerava tutta la popolazione ultra 65enne, senza considerare che l'incidenza della disabilità negli "anziani più giovani" è abbastanza limitata[24].

Il riparto del 40% sulla base della distribuzione del Fnps non sembra invece ispirato ad una ricerca del reale fabbisogno regionale di assistenza continuativa, poiché come argomentato in precedenza, le quote regionali utilizzate per questo scopo risultano da un mix di indicatori riferiti a diverse politiche sociali (non esclusivamente alla non autosufficienza); inoltre è discutibile il ricorso a quote "congelate" dal 2002 e non aggiornate rispetto ai cambiamenti socio-demografici che hanno interessato le singole regioni. Come già osservato a proposito del Fnps, si presume che anche questa scelta sia giustificata dalla volontà di evitare nuove conflittualità tra le regioni.

Le risorse in questione pervengono alle regioni specificandone la destinazione per la non autosufficienza e suggerendo alcune aree prioritarie di intervento[25]. Non vengono invece individuati i percorsi che tali fondi devono seguire a livello infraregionale, lasciando all'autonomia degli enti decentrati la scelta di modelli organizzativi idonei alla relativa gestione.

Il programmatore nazionale si è invece preoccupato di specificare che tali somme devono essere utilizzate per coprire i costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria, che le prestazioni finanziate non sono sostitutive di quelle sanitarie e che gli enti locali non devono ridurre i contributi già destinati a tale scopo, considerando queste somme come aggiuntive.

A ben vedere queste indicazioni rischiano di rimanere disattese, perché non accompagnate da opportuni incentivi-sanzioni per le regioni, dal momento che i finanziamenti sono erogati senza essere condizionati ad obiettivi specifici da raggiungere. Non esistono insomma strumenti con cui il livello centrale possa verificare l'effettiva destinazione di queste risorse per migliorare l'assistenza ai non autosufficienti e, in pratica, le garanzie per i cittadini dei vari territori potrebbero non essere affatto rafforzate. Inoltre, non essendo previsti meccanismi di addizionalità, permane anche il rischio che regioni e comuni possano diminuire le risorse proprie che fino ad oggi hanno destinato alla non autosufficienza.

E' doveroso segnalare che nel decreto interministeriale del 6/8/2008 è specificata la volontà di istituire un apposito sistema di monitoraggio per "*verificare l'efficace gestione delle risorse*", di cui però all'attualità non si conoscono ancora le modalità attuative.

Per quanto valutare gli effetti del fondo sia ancora prematuro, non si può fare a meno di sottolineare alcune criticità di questa vicenda: il principale limite di un siffatto finanziamento è quello di non essere stato concepito all'interno di una riforma (Gori, 2008b); tenuto conto delle peculiarità di questo settore, assicurare risorse adeguate è solo uno degli elementi della definizione di un modello completo per un programma per la non autosufficienza, un obiettivo che richiede che siano individuati anche i relativi meccanismi di domanda e offerta (Bosi et. al, 2008).

Da notare che dopo la fase di avvio del fondo (il triennio 2007-2009) si è temuto che lo stesso non venisse rifinanziato per gli anni successivi, visto che non ve ne era traccia nelle manovre di programmazione economica: solo dopo il "braccio di ferro" tra Stato e Regioni che ha contrassegnato l'estate 2009, in sede di accordo per il Patto della Salute 2010-2012 il Governo ha

[24] Secondo la più recente indagine Multiscopo Istat, nel 2005 rispetto al totale delle persone con disabilità di oltre 6 anni che vivono a domicilio, solo il 6,7% si concentra nella fascia 65-74 anni; tale percentuale sale al 10,7% dai 75 ai 79 anni, al 16,1% nella fascia 75-79 anni, per arrivare al 46,3% negli ultra80enni.

[25] Si tratta del potenziamento dei punti unici di accesso, della predisposizione dei piani individualizzati di assistenza per la presa in carico dell'utente che favoriscano il mantenimento dell'autonomia, anche grazie a nuove tecnologie e degli interventi a favore della domiciliarità.

assicurato di proseguire l'impegno finanziario (400 milioni) anche per il 2010. Una vicenda che dimostra quanto questo canale di finanziamento per la non autosufficienza sia ancora fragile (troppo in balia delle contingenze annuali) e bisognoso di essere accompagnato da una riforma strutturale.

4. Il finanziamento dell'integrazione socio-sanitaria

Nel nostro paese, da tempo, il SSN e i comuni concorrono con proprie risorse al finanziamento dei servizi socio-sanitari e, una delle partite più rilevanti per le quali è prevista una responsabilità finanziaria congiunta dei due sistemi, è proprio la spesa per i servizi a favore di disabili e anziani, trattandosi di prestazioni in cui sono molto incerti i confini tra sanitario e sociale.

Le regole di questo co-finanziamento vanno originariamente cercate nel Dpcm 14/2/2001 che, in base alla presunta maggiore o minore prevalenza della componente sanitaria o sociale delle singole tipologie di prestazioni, ha individuato la quota di oneri che deve sopportare ciascuno dei due finanziatori (sanità e comuni)[26]. Questa distinzione ha un rilievo enorme per gli utenti, dal momento che i municipi, per la quota a loro carico, possono richiedere una compartecipazione ai costi.

Quando sono stati definiti i Lea (Dpcm 29/11/2001) segnando i confini delle prestazioni che il SSN intendeva garantire (almeno formalmente) su tutto il territorio nazionale, per la sfera del socio-sanitario il legislatore ha fatto riferimento proprio alle percentuali che il Dpcm 14/2/2001 aveva posto a carico della sanità. La quota a carico dei comuni non era considerata essenziale dal SSN, e per il fatto di essere potenzialmente trasferibile sugli utenti, si distingueva dai "Lea sociosanitari" per un minor grado di socializzazione del rischio.

Questa materia è stata rivisitata di recente grazie al decreto di aggiornamento dei Lea (Dpcm 21/4/2008) che ha parzialmente modificato i criteri di riparto degli oneri dell'assistenza sociosanitaria[27]. Tenendo conto anche di queste ultime novità, si prevede un totale finanziamento a carico del SSN solo per alcuni servizi di tipo LTC (per le attività destinate ai malati terminali, per i trattamenti per le persone non autosufficienti che richiedono elevata tutela sanitaria e per i trattamenti socio-riabilitativi intensivi-estensivi per i disabili con elevate necessità assistenziali).

Per le restanti prestazioni si richiedono forme di partecipazione parziale del SSN e dei comuni, differenziando le quote dovute a seconda che si tratti di servizi rivolti ai disabili o ai non autosufficienti (quest'ultima nozione è stata introdotta dal Dpcm 21/4/2008, mentre in precedenza ci si riferiva ai servizi per gli anziani).

Il SSN è tenuto a contribuire al 50% delle rette per i non autosufficienti che ricevono trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale in strutture residenziali o

---

[26] Il Dpcm 14/2/2001 ha recuperato la classificazione effettuata dal Dlgs 502/1992 e individuato tre diverse tipologie di prestazioni, definendo i relativi soggetti finanziatori: le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, a carico del fondo sanitario; le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, a carico dei comuni; le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, a carico del fondo sanitario. Per molti interventi sociosanitari è difficile trovare una collocazione univoca nelle tre precedenti categorie concettuali, dal momento che si verifica una compresenza inscindibile tra le prestazioni considerate a carico del fondo sanitario e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Con il Dpcm 14/2/2001 si è cercato di dare soluzione a questo problema, individuando le percentuali di contribuzione della sanità e del sociale.

[27] A proposito del Dpcm 21/4/2008 è stato sottolineato che il provvedimento non ha costituito soltanto una modifica alle quote di riparto tra sanità e sociale, quanto anche un miglioramento nella definizione del fabbisogno assistenziale delle varie casistiche, perché rispetto alla normativa precedente sono stati specificati i trattamenti necessari (Ragaini, 2008).

diurne; la partecipazione è elevata al 60% per il riorientamento dei soggetti affetti da demenze senili[28]: si tratta di una novità del più recente decreto che evidentemente riconosce a questa casistica un maggior fabbisogno assistenziale di tipo sanitario, sebbene la maggiorazione applicata sia considerata da qualcuno ancora insufficiente (Ragaini, 2008).
Per i servizi ai disabili la quota a carico del SSN è pari al 40% per i trattamenti a favore di soggetti privi del sostegno familiare e per i centri occupazionali semiresidenziali, mentre una maggiore contribuzione sanitaria (70%) è riconosciuta ai disabili gravi per gli interventi socio-riabilitativi (diurni o residenziali).

Indipendentemente dall'utenza coinvolta, i comuni e il SSN partecipano in pari misura (50%) al finanziamento dell'assistenza domiciliare.
Si segnala che all'interno di questo rapporto un capitolo specifico (11) approfondisce il metodo di riparto della spesa tra sanità e sociale, valutandone l'efficacia e l'equità e disegnando scenari di revisione dei parametri di co-finanziamento attualmente in uso.

Il sistema di co-finanziamento dell'assistenza socio-sanitaria all'italiana ha costituito una soluzione semplicistica, dettata da esigenze operative più che da una reale ricerca del modello ottimale di finanziamento di quest'area di confine e, per questo, non certo immune da criticità.
Innanzi tutto la determinazione delle quote a carico della sanità e dei comuni non è stata effettuata sulla base di evidenze scientifiche che abbiano quantificato, per ogni prestazione, il contenuto di tipo sociale e quello sanitario (Gori, 2008a). Peraltro, dal momento che le soluzioni per l'assistenza continuativa sono in continua evoluzione, non sembra corretto mantenere le medesime quote di partecipazione costanti nel lungo periodo, ma sarebbe necessario aggiornarle in modo da tener conto delle modifiche delle competenze delle varie istituzioni (Rebba, 2001).

La definizione dei criteri di riparto ha dato origine ad un elevato livello di attrito tra i diversi attori coinvolti, in particolare ha suscitato le ire dei comuni che si sono trovati ad affrontare oneri precedentemente a carico del SSN (Rebba, 2002) senza un opportuno adeguamento delle disponibilità finanziare da destinare a questo scopo, intravedendo come unica soluzione ammissibile quella di aumentare il grado di compartecipazione degli utenti.

In generale, si è creata una situazione di rimpallo delle responsabilità finanziarie, con il rischio di compromettere l'effettiva possibilità di accesso degli utenti ai Leasociosanitari (in particolare, a quelli relativi alla Ltc) per assenza di continuità assistenziale (Rebba, 2002): anziché promuovere la collaborazione tra i diversi attori per migliorare l'offerta in questo campo si è finiti con il renderlo una sorta di "terra di nessuno". Inoltre, i criteri di riparto individuati dai Dpcm sui Lea non sempre sono stati rispettati nella realtà, anche perchè ancora oggi in diverse regioni queste regole non sono state recepite: a proposito dell'assistenza residenziale per gli anziani non autosufficienti, è stato dimostrato che, di fatto, la quota sostenuta dal SSN è inferiore a quella individuata dalla normativa nazionale, con profonde differenze tra le singole realtà regionali (Pesaresi, 2008b).

Da notare che la presenza di due soggetti finanziatori dello stesso servizio ha finito col generare per entrambi comportamenti per limitare la quota a proprio carico, con effetti negativi sotto il profilo dell'efficienza (Fiorentini, 2004 e Ugolini, 2004): ad esempio, gli enti locali hanno cercato di aumentare la medicalizzazione dei servizi a favore di anziani e disabili, allo scopo di scaricare costi sul sistema sanitario (Ugolini, 2004).

[28] Nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento o dell'affettività.

In generale, un siffatto modello di finanziamento, che mantiene i budget dei due sistemi ben distinti, non comporta incentivi a coordinarsi per ricercare forme di integrazione tra i due mondi e tendere alla giusta combinazione tra prestazioni sociali e sanitarie (Rebba, 2001). A proposito della non autosufficienza Bosi et al. (2008) sottolineano che se esistesse una effettiva integrazione (a dispetto dell'attuale situazione di conflittualità tra sociale e sanitario) si potenzierebbe la riabilitazione e la prevenzione secondaria, prevenendo la degenerazione delle cronicità. L'esistenza di due diversi finanziatori impedisce, di fronte al bisogno socio-sanitario, di scegliere in maniera unitaria un'allocazione delle risorse tra le possibili risposte assistenziali che tenga conto di tutti i costi e i benefici, e non soltanto di quelli a proprio carico (Fiorentini, 2004).

In generale si considerano più adatti a tale scopo modelli che promuovono una maggiore integrazione istituzionale, tale da far sì che un unico soggetto internalizzi tutti gli effetti delle scelte assistenziali. Ad esempio, in Rebba (2002), proprio per la LTC, è stata suggerita un'importazione nel nostro paese dell'esperienza britannica di gestione comune delle risorse sanitarie e socio-assistenziali (*pooled budget*).

Tuttavia il passaggio ad un finanziatore unico non è di per sé considerabile un rimedio assoluto, perché anche questa soluzione è portatrice di rischi specifici[29]; questa scelta dovrebbe essere accompagnata dalla definizione di adeguati meccanismi di definizione della domanda, programmazione e regolazione dei servizi (Fiorentini, 2004). Peraltro, anche tenendo conto delle esperienze di integrazione condotte in altri contesti nazionali, non risultano ancora sufficienti evidenze empiriche per dimostrare la superiorità di un modello organizzativo rispetto agli altri (Ugolini, 2004).

Nonostante questa mancanza di certezze su quale sia il sistema ottimale per il finanziamento dell'integrazione socio-sanitaria, nella prospettiva di implementazione dei servizi per la non autosufficienza, occorre inevitabilmente ripensare la soluzione in uso oggi, per ricercare miglioramenti sotto il profilo dell'efficienza e dell'accessibilità ai servizi (alcune proposte di nuovi possibili assetti istituzionali sono ipotizzate nel capitolo 16).

5. La spesa delle regioni per l'assistenza domiciliare-residenziale-semiresidenziale: variabilità e necessità di intervento

Dopo aver illustrato nei precedenti paragrafi le modalità con cui le regioni ricevono risorse per l'assistenza sanitaria ai non autosufficienti, si presentano alcune sintetiche evidenze sulla spesa effettiva delle regioni per tale tipologia di bisogno: ciò permette di trarre qualche considerazione di massima sull'efficacia dei suddetti meccanismi di finanziamento e di raccogliere suggerimenti per eventuali ipotesi di riforma.

Occorre premettere che dato l'attuale sistema informativo sanitario, numerosi ostacoli impediscono una rigorosa quantificazione delle risorse che i SSR dedicano all'assistenza continuativa[30]. Pertanto, l'analisi che segue non ha alcuna pretesa di esaustività e, oltretutto, i

[29] Fiorentini (2004) segnala, tra i rischi dell'integrazione orizzontale tra diversi enti per l'assistenza sociosanitaria quello di una perdita di specializzazione e di efficienza tecnica, la maggior propensione di un soggetto simile a generare disavanzi e il fatto che il soggetto in questione realizzi una spesa non coerente con le indicazioni degli enti finanziatori.

[30] Le rilevazioni tradizionali del sistema contabile delle aziende sanitarie (contabilità generale ed i conseguenti modelli di conto economico), offrono uno spaccato della spesa per fattori produttivi, ma non permettono di evidenziare la destinazione della stessa. Anche alcune informazioni statistiche di carattere aggregato che traggono origine dal sistema informativo sanitario (ad esempio la spesa per funzioni pubblicata annualmente nella Relazione sulla situazione

risultati vanno interpretati con cautela, dal momento che i valori potrebbero presentare alcune criticità legate al metodo di rilevazione dei costi[31].

Tab. 1. Costi per Lea assistenza agli anziani (2005): v.a. per anziano per regime e composizione (%); incidenza (%) su totali costi per Lea dei Lea anziani e distrettuali

	Costi per anziano (eur)								*Costi per Lea anziani/ Tot. Costi per Lea (%)*	Costi per Lea distretto/ Tot. Costi per Lea
	Domiciliare		Semiresidenziale		Residenziale		Totale			
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%		
PIEMONTE	43,02	*16,4%*	17,74	*6,8%*	201,02	*76,8%*	261,78	*100,0%*	*3,5%*	50,0%
VALLE D`AOSTA	53,37	*38,4%*	14,88	*10,7%*	70,82	*50,9%*	139,07	*100,0%*	*1,4%*	47,7%
LOMBARDIA	4,64	*1,1%*	12,29	*2,8%*	419,29	*96,1%*	436,21	*100,0%*	*5,6%*	51,1%
P.A. BOLZANO	215,63	*19,0%*	92,49	*8,2%*	825,91	*72,8%*	1.134,03	*100,0%*	*9,4%*	51,8%
P.A. TRENTO	0,00	*0,0%*	0,12	*0,0%*	1.051,57	*100,0%*	1.051,69	*100,0%*	*11,0%*	50,6%
VENETO	68,56	*13,3%*	14,62	*2,8%*	433,43	*83,9%*	516,61	*100,0%*	*6,1%*	49,5%
FRIULI V.G.	30,21	*9,5%*	16,69	*5,2%*	271,95	*85,3%*	318,85	*100,0%*	*4,3%*	48,4%
LIGURIA	40,17	*21,5%*	4,37	*2,3%*	142,48	*76,2%*	187,01	*100,0%*	*2,7%*	53,9%
EMILIA ROMAGNA	2,63	*0,8%*	9,99	*3,2%*	304,07	*96,0%*	316,68	*100,0%*	*4,4%*	53,8%
TOSCANA	12,66	*5,6%*	11,00	*4,9%*	201,60	*89,5%*	225,27	*100,0%*	*3,2%*	51,3%
UMBRIA	11,53	*5,4%*	18,64	*8,8%*	182,31	*85,8%*	212,48	*100,0%*	*3,1%*	49,4%
MARCHE	12,22	*8,8%*	0,68	*0,5%*	126,68	*90,8%*	139,57	*100,0%*	*2,0%*	50,7%
ABRUZZO	34,30	*19,6%*	5,63	*3,2%*	135,47	*77,2%*	175,39	*100,0%*	*2,2%*	46,5%
MOLISE	11,34	*13,9%*	0,68	*0,8%*	69,83	*85,3%*	81,85	*100,0%*	*1,0%*	42,2%
CAMPANIA	32,63	*56,1%*	11,89	*20,5%*	13,60	*23,4%*	58,11	*100,0%*	*0,5%*	46,4%
PUGLIA	12,20	*24,7%*	5,78	*11,7%*	31,49	*63,7%*	49,47	*100,0%*	*0,5%*	48,5%
BASILICATA	6,98	*24,1%*	4,96	*17,1%*	17,00	*58,7%*	28,94	*100,0%*	*0,4%*	47,3%
CALABRIA	62,01	*36,6%*	22,24	*13,1%*	85,09	*50,2%*	169,34	*100,0%*	*2,0%*	47,6%
SICILIA	13,04	*18,4%*	21,68	*30,5%*	36,33	*51,1%*	71,04	*100,0%*	*0,8%*	47,8%
SARDEGNA	8,94	*18,7%*	17,41	*36,4%*	21,51	*44,9%*	47,87	*100,0%*	*0,5%*	**45,7%**
ITALIA (senza Lazio)	**24,79**	***9,5%***	**13,20**	***5,1%***	**221,93**	***85,4%***	**259,92**	***100,0%***	***3,2%***	49,5%
Nord	28,57	*7,3%*	13,78	*3,5%*	349,70	*89,2%*	392,05	*100,0%*	*5,1%*	51,1%
Centro (senza Lazio)	12,39	*6,1%*	9,55	*4,7%*	180,18	*89,1%*	202,12	*100,0%*	*2,9%*	50,9%
Sud	23,74	*30,2%*	13,71	*17,4%*	41,26	*52,4%*	78,70	*100,0%*	*0,8%*	47,2%

Fonte: Ns elaborazioni su dati Age.na.s

In merito ai servizi rivolti agli anziani (Tab. 1), confrontando i valori dei costi sostenuti per questi Lea (rapportati al numero di over 65enni) emerge una fortissima variabilità interregionale della spesa, sia per quel che riguarda i singoli regimi assistenziali, sia per il loro complesso: ad esempio, per l'assistenza domiciliare il costo oscilla da un minimo di 2,63 eur dell'Emilia Romagna[32] ai 215,63 eur di Bolzano; per la semiresidenziale dagli 0,12 eur di Trento ai 92,49 eur di

economica del Paese) non offrono sufficienti dati di dettaglio (i dati sulla spesa per anziani e disabili del SSN sono inclusi in un aggregato molto più ampio "altra assistenza convenzionata e accreditata", nel quale sono compresi, senza possibilità di scorporo, anche l'assistenza termale, la medicina dei servizi, i servizi per la salute mentale e quelli per tossicodipendenti e alcolisti; peraltro, tale aggregato riguarda solo gli acquisti di prestazioni e non comprende la spesa sostenuta direttamente dai servizi a gestione diretta del SSN).
Negli anni recenti, con l'introduzione delle rilevazioni "modello LA", si è cercato di raccogliere in maniera omogenea su tutto il territorio i costi per funzione, con riferimento ai livelli di assistenza individuati dal Dpcm 29/11/2001. A distanza di otto anni dalla sua diffusione, è difficile reperire dati di questa fonte (gli ultimi pubblicati risalgono al 2001) e, comunque, i risultati ottenuti non offrono sufficienti garanzie di uniformità (vedi nota successiva).

[31] I valori dei costi per Lea del 2005 per il macrolivello dell'assistenza distrettuale, per l'assistenza agli anziani e per l'Adi sono stati forniti, su richiesta, dall'Age.na.s (per tutte le regioni tranne il Lazio). I costi sono al netto degli ammortamenti per immobilizzazioni materiali acquistate con finanziamenti statali e degli oneri straordinari. Si precisa che questa rilevazione non ha ancora raggiunto un livello di omogeneità dei dati molto elevato, perché i costi segnalati risentono fortemente del diverso grado di sviluppo, tra le regioni, dei sistemi aziendali di contabilità analitica.

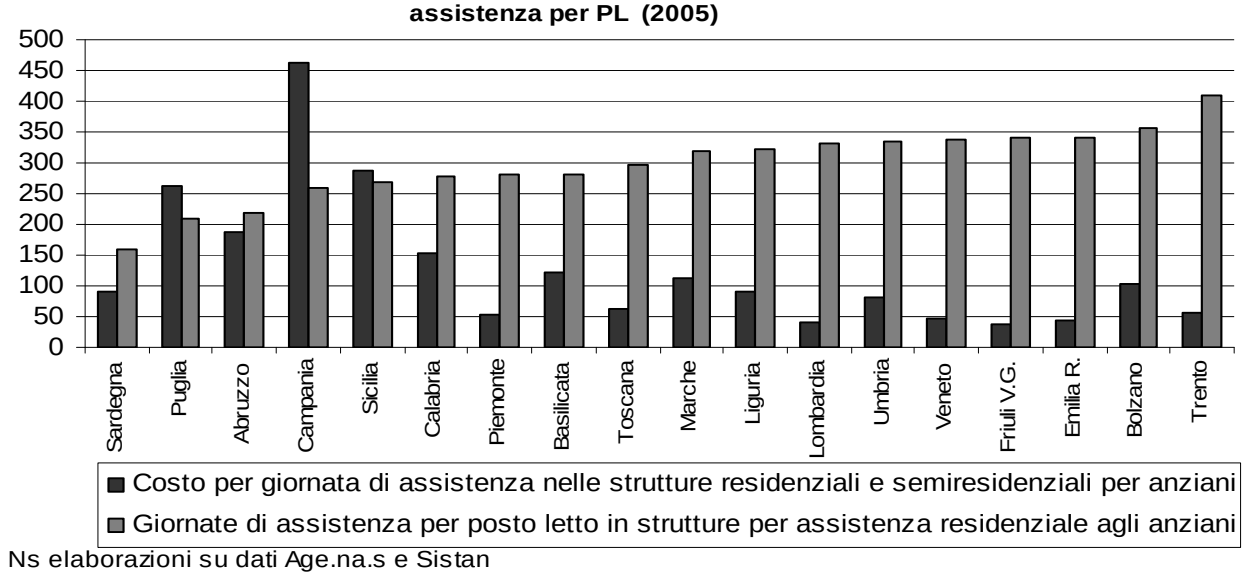
[32] Si tralascia il caso di Trento che non ha indicato nessun costo per l'assistenza domiciliare agli anziani.

Bolzano; per la residenziale dai 13,61 eur della Campania ai 1.051,57 eur di Trento. Al di là delle specificità regionali (che potrebbero essere attribuibili alla eterogeneità di imputazione dei costi ai singoli microlivelli), per tutte e tre le modalità di assistenza le cifre spese al Nord sono più elevate che nel resto del Paese, con un vantaggio molto pronunciato per l'assistenza residenziale (le risorse dedicate a questo scopo dal Nord sono quasi il doppio di quelle del Centro e oltre otto volte quelle del Sud). I costi per la domiciliarità e la semiresidenzialità sono notevolmente ridotti al Centro rispetto alle altre ripartizioni geografiche.

In generale, il Nord e il Centro sembrano scegliere un modello assistenziale per gli anziani abbastanza simile, con la quasi totalità delle risorse (quasi il 90%) assorbite dall'assistenza residenziale ed una quota per la domiciliarità lievemente superiore a quella per la semiresidenzialità. Il Sud dedica al regime residenziale soltanto poco più della metà della spesa, mentre a confronto con le altre regioni, è molto forte l'incidenza dell'assistenza domiciliare (30,2%) (Tab. 1). In ogni caso, vale la pena ribadirlo, tra le regioni non esistono differenze legate soltanto al fatto che si predilige una modalità di assistenza rispetto alle altre ma, comunque, il totale delle risorse destinate ai Lea per gli anziani al Nord è quasi il doppio di quello del Centro e quasi cinque volte quello del Sud.

Colpisce anche il fatto che la quota di risorse sanitarie rivolte all'assistenza agli anziani rispetto al totale dei costi per Lea sia profondamente variabile (dallo 0,4% della Basilicata all'11% di Trento): come anticipato in precedenza, non esiste una percentuale di riferimento nazionale (e non sarebbe così desiderabile nemmeno imporla indistintamente), tuttavia queste differenze sono eccessive per essere giustificate da un diverso grado di bisogno. Del resto, anche per gli aggregati per i quali era stato indicata una quota target, come la percentuale da destinare al macrolivello distrettuale, tali indicazioni sono state disattese da molte regioni: ad esempio, al Sud il territorio assorbe solo il 47,2% dei costi, ma anche la Valle d'Aosta o il Friuli presentano quote molto contenute (Tab. 1).

Graf. 1 - Strutture per anziani: costi per giornata di assistenza (eur) e giornate di assistenza per PL (2005)



Ns elaborazioni su dati Age.na.s e Sistan

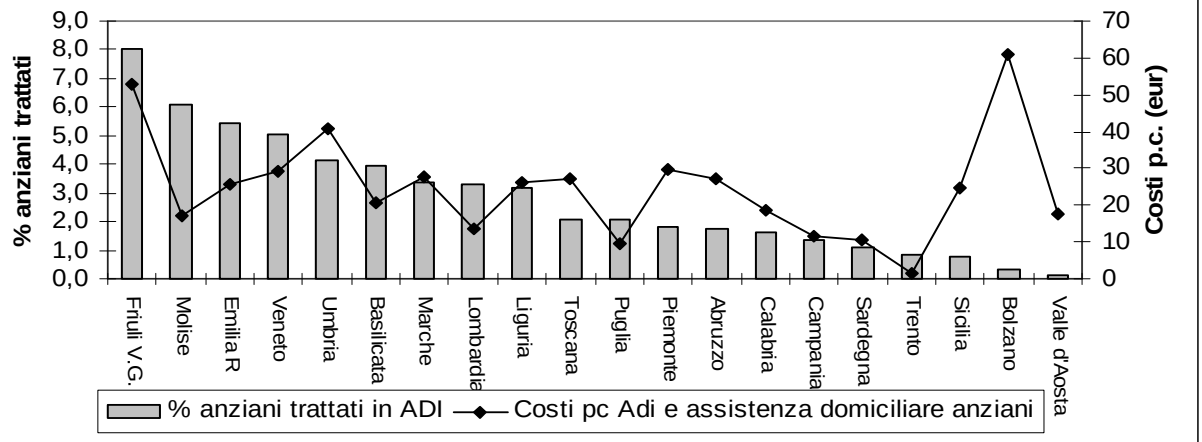
Oltre all'eterogeneità nei livelli di spesa complessiva per gli anziani, tra le regioni si riscontrano anche differenze pronunciate per i costi unitari delle prestazioni[33] (Graf. 1): ad esempio, considerando l'insieme dei servizi residenziali e semiresidenziali, il costo per giornata di assistenza varia tra i 36,60 eur del Friuli Venezia Giulia e i 462,69 eur della Campania (in generale nelle regioni del Sud i costi sono sensibilmente più elevati rispetto al Centro e al Nord).

Una delle cause di questa diversità potrebbe essere il maggiore o minore grado di utilizzo delle suddette strutture (giornate di assistenza per posto letto del Graf. 1): infatti i valori di costo per giornata più alti si verificano nelle regioni che utilizzano per meno giorni all'anno i posti letto residenziali (in genere ciò avviene nel Meridione).

E' noto come la disponibilità di Pl per anziani del Sud (rapportata al numero di anziani) sia molto ristretta a confronto del resto del paese, e per questo ci si aspetterebbe un potenziamento della dotazione strutturale in queste regioni. Le evidenze appena esposte suggeriscono che la semplice implementazione della disponibilità di Pl potrebbe non essere sufficiente a garantire agli anziani del Meridione l'effettiva accessibilità all'assistenza residenziale. Sembrano, infatti, esistere barriere diverse dalla disponibilità di Pl (ad esempio difficoltà economiche a sostenere la compartecipazione ai costi degli utenti) che fanno sì che i posti già disponibili siano poco utilizzati.

Per una più ampia discussione sugli squilibri esistenti tra le regioni nell'offerta residenziale e semiresidenziale si rimanda al cap. 8, dove si avanzano anche proposte di riforma che possano contribuire alla riduzione di queste diseguaglianze.

Graf. 2 - Quota (%) di anziani trattati in ADI e costi p.c. per ADI e per assistenza domiciliare agli anziani (eur), 2005



Ns elaborazioni su dati Age.na.s e Sistan

Infine, alcune considerazioni sull'assistenza domiciliare (Graf.2): anche questo servizio viene assicurato con un grado di copertura (misurato in termini di percentuale di anziani trattati) molto variabile da regione a regione, con un massimo in Friuli Venezia Giulia (8%) e un minimo in Valle d'Aosta (0,2%); per l'assistenza domiciliare, a differenza dell'assistenza residenziale, non sembrano emergere *pattern* Nord-Sud, poiché tra i territori maggiormente serviti troviamo sia

[33] I valori di struttura e di attività sono stati tratti dal Sistan: si considera il complesso dei servizi residenziali e semiresidenziali agli anziani perché detta rilevazione fornisce il dato complessivo e non quello specifico dei due regimi in questione. Non si ha disponibilità di dati sul numero di Pl per il Molise e la Valle d'Aosta, ragione per cui sono assenti nelle elaborazioni; il Lazio non è riportato per mancanza dei valori sui costi per Lea.

regioni settentrionali che meridionali. Questi dati sull'attività erogata, confrontati con i relativi Costi per Lea[34], rivelano che in genere la spesa più elevata di alcune regioni è giustificata da una migliore copertura del servizio. Fa eccezione il Molise, dove la spesa è molto contenuta rispetto ai livelli di attività e la provincia di Bolzano, che presenta la spesa più elevata a fronte di una percentuale di Adi molto contenuta.

Come per gli anziani, questa ulteriore variabilità potrebbe essere il risultato di politiche nazionali che non hanno mai cercato o posto obiettivi credibili per la domiciliarità (alcune proposte di intervento per ridurre questo tipo di differenze territoriali vengono avanzate nel cap. 7).

Dopo la conclusione di questo lavoro l'Age.na.s (2009) ha pubblicato dati più aggiornati sui costi per i Lea per gli anziani: la situazione che emerge per il 2007 è sempre quella di un'estrema variabilità interregionale della spesa per i servizi sociosanitari nel loro complesso (a fronte di una media nazionale di 377,64 eur per anziano si oscilla dai 99,01 eur della Sardegna ai 1.428,73 eur di Bolzano), ma anche per la singola componente residenziale (dai 14,45 eur della Campania ai 1.167,26 eur di Trento, contro una media nazionale di 252,85 eur) e per quella semiresidenziale (da regioni con spesa nulla ai 102,35 eur di Bolzano, con un dato nazionale di 13,92 eur).

Il rapporto dell'Age.na.s sottolinea i problemi di qualità del dato imputabili a problemi di omogeneità delle rilevazioni effettuate dalle regioni ma, comunque, conferma che al di là di tali questioni tecniche, gli squilibri nell'assistenza a livello territoriale sono innegabili.

Un altro risultato di interesse riguarda l'incidenza dell'assistenza agli anziani non autosufficienti sulla spesa sanitaria: a livello nazionale (il dato è disponibile solo in questi termini) il peso era del 4% nel 2005 ed è passato al 4,49% nel 2006.

6. Qualche considerazione d'insieme

La rassegna sui sistemi di finanziamento degli interventi sociali e socio-sanitari ha evidenziato una generale incapacità delle metodologie di riparto dei fondi attualmente in uso di rappresentare l'effettivo grado di bisogno di assistenza continuativa delle varie realtà territoriali.

L'assenza di finalizzazione delle risorse ha impedito che i fondi assegnati dallo Stato agli enti decentrati per la sanità e il sociale fossero effettivamente spesi per raggiungere gli obiettivi della programmazione nazionale.

A tale riguardo deve essere sottolineato che nonostante la definizione dei Lea sociosanitari ancora mancano standard di riferimento per l'assistenza ai non autosufficienti erogata dalle regioni, fatto che non ha permesso di condizionare l'accesso ai finanziamenti al raggiungimento di obiettivi specifici. In generale, comunque, anche il sistema di incentivi-sanzioni adottato per la sanità si è rivelato inefficace, forse perché troppo generico e poco snello sul piano del monitoraggio.

Non sono stati invece effettuati tentativi di inserire meccanismi incentivanti nel finanziamento delle politiche sociali. L'attuale sistema di co-finanziamento dei servizi sociosanitari non sembra promuovere una logica di integrazione, fatto che deve spingere a ricercare, all'interno della riforma per la non autosufficienza, nuove soluzioni operative.

[34] E' stata utilizzata la somma dei costi dei microlivelli "Assistenza programmata a domicilio (Adi) e "Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare agli anziani"; quest'ultima voce include anche i servizi ambulatoriali dei distretti rivolti agli anziani che, tuttavia, si presume abbiano un ruolo modesto rispetto alla domiciliarità.

Parte II: le iniziative delle Regioni

7. I criteri e le procedure generali di ripartizione del Fondo sanitario regionale tra le ASL

In questa sezione si osservano i criteri utilizzati in ambito regionale per allocare le risorse del fondo sanitario, in particolare per i servizi sociosanitari, per raccogliere eventuali suggerimenti da mutuare a livello nazionale.

Quasi tutte le regioni utilizzano, per il riparto dei fondi sanitari tra le Asl, la medesima metodologia utilizzata su base nazionale, in altre parole fanno ricorso ad una quota capitaria ponderata, articolando la ponderazione in base ai singoli livelli e sottolivelli di assistenza.

Tenendo conto di quanto emerso dalle più recenti ricognizioni effettuate a tal riguardo (Mapelli et al., 2007 e Cicchetti et al., 2007, Age.na.s, 2008), in generale, anche per l'allocazione delle risorse tra le Asl è molto diffuso il ricorso ai medesimi fattori utilizzati per il riparto nazionale. Per l'assistenza distrettuale si tendono quindi ad utilizzare soprattutto fattori demografici ed epidemiologici, tranne alcuni aggiustamenti per le caratteristiche geografiche e una sola regione (la Campania), nella quale si tiene conto del reddito come predittore di maggior bisogno di assistenza.

Dalle informazioni disponibili[35], non risultano essere stati compiuti, ai fini del riparto delle risorse sanitarie, sforzi specifici da parte di nessuna regione per cercare i fattori esplicativi del bisogno di assistenza continuativa della popolazione; il frequente rimando ai criteri nazionali che, come discusso in precedenza, fa riferimento un livello di aggregazione dei bisogni molto generico ("altra assistenza territoriale), impedisce alle singole regioni di tener conto delle esigenze legate alla diversa diffusione al proprio interno della non autosufficienza. Degno di nota il fatto che la Regione Friuli Venezia Giulia, nel proprio Piano Sanitario 2006-2009 (DGR 2843/2006) abbia previsto l'adozione di un modello di riparto innovativo che utilizza come pesi per la quota capitaria, tra le caratteristiche di salute della popolazione, oltre che la diffusione della cronicità anche quella della disabilità[36].

Un altro aspetto che sarebbe stato utile indagare è se e in che modo le regioni individuano una quota target di spesa da destinare ai servizi per anziani e disabili (si premette che comunque, a monte, c'è una grande difformità tra la quota che le singole regioni assegnano al macrolivello dell'assistenza territoriale: secondo quanto raccolto da Age.na.s, 2008 si va dal 45,7% del Friuli Venezia Giulia al 53% della Toscana).

Dalle informazioni reperite, risulta che l'Emilia Romagna (DGR 602/2008) abbia riservato, all'interno del livello "assistenza distrettuale":

[35] Soltanto poche regioni pubblicano on-line le delibere di riparto del FSR.

[36] La nuova formula dovrebbe basarsi su un modello di regressione con una tecnica che assegna ai costi osservati il ruolo di variabile dipendente, mentre i bisogni di salute sono considerati determinanti della spesa (purtroppo non è noto come questo metodo sia utilizzato per i singoli livelli di assistenza e, nello specifico, se ci sia una stima esplicita del costo per l'assistenza continuativa). I valori ottenuti sono ulteriormente corretti per premiare le aziende che a parità di bisogno di salute offrono maggiori risposte assistenziali.

- una quota specifica per l'assistenza domiciliare e gli hospice, pari al 2,22%, di cui il 25% viene ripartita tra le Asl in base alla popolazione tra i 45 e i 74 anni e il 75% in base alla distribuzione della popolazione con oltre 75 anni;
- una quota specifica per l'assistenza residenziale e semiresidenziale (inclusa la protesica), pari al 4,45%, allocata in base al solo indicatore della popolazione ultra75enne[37].

Nel più recente provvedimento di riparto del Veneto (DGR 2690/2008), rispetto ad un totale di risorse divise tra Asl per il finanziamento per i Lea di 7.303 milioni, le risorse attribuite per l'assistenza riabilitativa residenziale per anziani e altri soggetti non autosufficienti ammontano a 435 milioni (equivalenti al 5,9%), che vengono assegnati seguendo perlopiù criteri storici (il numero di impegnative rilasciate[38] e le quote a rilievo sanitario di ogni Asl verificatesi nell'esercizio precedente); queste risorse, rispetto alle restanti somme assegnate con la quota capitaria si differenziano per rappresentare uno specifico tetto di attività e spesa predeterminato.

Un'altra esperienza caratterizzata da un "isolamento" delle risorse per l'assistenza sociosanitaria rispetto alle restanti somme del FSR è quella della Lombardia. La singolarità di questa regione è quella di non attribuire globalmente attraverso la quota sanitaria tutte le somme per il finanziamento dei Lea, ma di scorporare "a monte" quelle per l'assistenza sociosanitaria che formano oggetto di un'assegnazione distinta[39], per poi seguire un percorso specifico all'interno dei bilanci aziendali: infatti, in questa è prevista una contabilità separata per queste risorse rispetto a quelle per l'assistenza sanitaria[40]; ciò dovrebbe garantire una finalizzazione di queste somme per i Lea sociosanitari, evitando che le aziende destinino tali fondi ad altre funzioni sanitarie.

Vale la pena fare un accenno anche i metodi a cui ricorre questa regione per assegnare tali risorse sociosanitarie, perché sembrano essere utilizzati criteri alternativi a quelli della quota capitaria: per alcuni servizi (tra cui probabilmente le RSA) l'allocazione infraregionale avviene sulla base dei costi storici dell'anno precedente, corretti in base agli aggiustamenti dovuti ad eventuali nuovi accreditamenti. Per altri interventi (centri diurni integrati per anziani, centri socio-educativi, centri diurni disabili, Adi, voucher) esiste uno specifico tetto aziendale alla possibilità di negoziazione con gli erogatori (budget) definito dal livello regionale, di nuovo facendo riferimento ai contratti stipulati in negli anni precedenti[41](DGR 6209/2007).

---

[37] E' stata scorporata la quota che alimenta il fondo regionale per la non autosufficienza di cui si dirà nel paragrafo successivo.

[38] Il numero di impegnative rilasciate in passato dalle unità di valutazione multidisciplinari è senza dubbio un indicatore capace di rappresentare i casi per cui in ogni Asl è stato accertato il fabbisogno di assistenza ai non autosufficienti. Tuttavia, questo tipo di riferimento potrebbe rivelarsi rischioso, dal momento che i valutatori del bisogno potrebbero aver interesse ad aumentare gli accertamenti per ottenere più risorse.

[39] Mentre il riparto dei fondi per i Lea sanitari è predisposto dalla DG Sanità, quello per i fondi sociosanitari dalla DG Famiglia e Solidarietà Sociale

[40] Peraltro, dal momento che in Lombardia le Asl rappresentano anche un anello di congiunzione per i fondi per le politiche del sociale che dal livello regionale affluiscono ai comuni (o agli enti capofila), viene mantenuta anche una distinzione specifica tra le risorse di tipo sociosanitario e quelle sociali. I bilanci si articolano in: sanitario, sociosanitario (ASSI) e sociale.

[41] Di anno in anno la regione stabilisce di quanto è possibile variare rispetto agli esercizi precedenti i contratti di acquisto di prestazioni stipulati con i soggetti erogatori.

Colpisce, anche in questo caso (come era già stato notato a proposito del Veneto), il fatto che l'allocazione avvenga facendo riferimento ai livelli di attività/spesa storica piuttosto che utilizzando quote capitarie[42].

Sembrerebbe quasi che per raggiungere obiettivi specifici si sia costretti ad un ritorno a strumenti tradizionali come i fondi a destinazione vincolata e il riferimento ai costi storici, che le riforme sanitarie degli anni '90 avevano cercato di superare.

Comunque da queste limitate informazioni non sembrano emergere criteri di riparto delle risorse mutuabili per una riforma nazionale, mentre potrebbe essere interessante l'opportunità di rendere più evidenti all'interno dei bilanci delle aziende sanitarie dei costi e dei ricavi legati all'assistenza ai non autosufficienti.

8. I fondi regionali per la non autosufficienza

Nonostante, come illustrato nel capitolo precedente, le politiche di finanziamento centrali siano risultate abbastanza deboli nell'incoraggiare le regioni a destinare risorse per la non autosufficienza, negli ultimi anni si è assistito ad un fervore di iniziative regionali a favore di questo segmento di bisogno; in alcune realtà gli interventi attuati hanno comportato anche investimenti e riforme importanti (come discusso in dettaglio nel capitolo 5 di questo rapporto).

Si tratta di progetti molto differenziati, sia per le tipologie di interventi che le regioni hanno cercato di implementare attraverso i nuovi fondi regionali per la non autosufficienza, sia per l'entità di risorse proprie che gli enti decentrati hanno destinato a questo scopo: in alcuni casi, l'investimento è stato piuttosto modesto, mentre in altri si è trattato di considerevoli interventi di riallocazione all'interno dei bilanci regionali (Bertone et al, 2008)[43]. Peraltro, molte di queste iniziative sono ancora in corso di definizione, ossia non ne sono ancora stati completamente tracciati i percorsi attuativi. E' comunque utile, ai fini del presente lavoro, osservare queste esperienze per quel che riguarda i meccanismi con cui le regioni hanno allocato le risorse aggiuntive dedicate alla non autosufficienza.

Si osserveranno alcuni casi di fondo regionale per verificare quali elementi di novità hanno comportato questi interventi rispetto al panorama nazionale illustrato in precedenza[44]; ciò permette peraltro di sottolineare alcune difficoltà incontrate dalle riforme locali, cui potrebbe trovarsi di fronte anche il *policy maker* centrale nel percorso di implementazione dei programmi nazionali a favore dei non autosufficienti[45]. Si procede fornendo una breve sintesi degli aspetti finanziari dei fondi in questione, da cui verranno tratte alcune considerazioni generali.

---

[42] In genere la stima del fabbisogno standard attraverso la quota capitaria è considerato un metodo più incentivante rispetto a quello della spesa storica. Il finanziamento in base alla spesa storica non responsabilizza i beneficiari al rispetto degli equilibri economici e potrebbe perpetuare l'esistenza di inefficienze e iniquità nell'allocazione dei fondi. I tetti predeterminati di spesa di Lombardia e Veneto sembrano utili per la prevenzione dei deficit, ma non è detto che siano altrettanto validi per allocare le risorse in base al fabbisogno reale, specialmente se non aggiornati in base alle variazioni socio-demografiche.

[43] Non tutte le riforme regionali di questo settore sono state caratterizzate dalla costituzione di fondi per la non autosufficienza, ad esempio la Lombardia ha implementato un proprio modello organizzativo senza ricorrere a tale meccanismo (Bertone et al, 2008).

[44] Nella selezione delle regioni da analizzare sono stati tralasciati i casi in cui il fondo per la non autosufficienza ha avuto una valenza solo simbolica.

[45] Data la frammentarietà delle informazioni disponibili, l'eterogeneità degli interventi finanziati e il diverso livello di implementazione delle varie iniziative regionali, questa analisi non costituisce una ricognizione completa e

Il caso dell'Emilia Romagna è indubbiamente di rilievo, se non altro per il cospicuo investimento di risorse dedicate da questa regione al potenziamento dei servizi per la non autosufficienza, un percorso avviato dalla LR 27/04 ed entrato ormai a regime. Per il 2008 la regione ha reperito risorse dalla propria fiscalità generale per 100 milioni che sommati alla stima di quanto precedentemente speso dal SSR per l'assistenza residenziale e semiresidenziale (211 milioni) oggi finanziata dal Fondo Regionale Non Autosufficienza (FRNA), formano un fondo di 311 milioni.

Di fatto, la quota a carico della sanità (pari a circa il 3% delle risorse per finanziare i Lea) non viene ripartita tramite quota capitaria, ma trattenuta per alimentare il FRNA (DGR 602/2008).

Lo stesso fondo viene ripartito tra le Asl sulla base della distribuzione della popolazione ultra 75enne, mentre il riparto tra i distretti è operato sulla base della programmazione congiunta di Asl-comuni, presso la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria; la stessa concertazione si raggiunge a livello di distretto (Comitato di distretto).

Il FRNA ha lo scopo di sostenere oltre a prestazioni monetarie quali l'assegno di cura, anche l'assistenza domiciliare per anziani e disabili, le strutture diurne, i ricoveri di sollievo, le iniziative per emersione del lavoro delle badanti, l'e-care ed i contributi per adattamento domestico. Da precisare che, in ogni caso, gli oneri coperti dal fondo sono quelli sociali e sociali a rilievo sanitario, con un'espressa previsione di mantenimento delle quote sanitarie a carico della sanità.

Le risorse vengono distribuite a destinazione vincolata e, al fine di tracciarne l'utilizzo, sono sottoposte a contabilità separata, in appositi conti economici (sotto questo profilo la regione sembra avere fornito precise indicazioni contabili). Per il momento, non sembra che anche le risorse comunali siano confluite nello stesso fondo per la non autosufficienza[46].

In Umbria il suddetto fondo è stato recentemente istituito facendovi convergere le risorse per l'assistenza ai non autosufficienti fino a quel momento spese dalla sanità (stimate in 20,7 milioni), i fondi del Fondo Nazionale per la non Autosufficienza (7 milioni) e un apporto di risorse proprie della regione (4 milioni). Tali somme dovrebbero servire a finanziare tutte le prestazioni sociosanitarie a favore dei non autosufficienti, con una certa preferenza per il mantenimento del soggetto al domicilio; in particolare, il contributo della regione dovrebbe servire a finanziare gli oneri a rilevanza sociale, mentre gli oneri a carico della sanità dovrebbero continuare ad essere finanziati dal SSN. Si prevede che il fondo debba essere alimentato anche con le risorse attualmente spese dai comuni, con l'avvertenza che il contributo di questi ultimi (come quello delle Asl) non possa scendere al di sotto della media osservata nell'ultimo triennio (condizione senza la quale non si ha diritto ai trasferimenti). Non è stato tuttavia definita la modalità con si provvederà a stimare il costo sinora sostenuto dai comuni a tale scopo, ai fini della verifica del rispetto di questa clausola di mantenimento degli impegni finanziari. La legge istitutiva del fondo (L. 9/2007) prevede anche per la regione l'impegno, nella definizione del proprio stanziamento annuale, a non ridurre il proprio apporto rispetto all'anno di partenza (2008).

---

non ha la pretesa di realizzare confronti globali tra le regioni (per questi aspetti si rimanda all'apposito capitolo di questo volume).

[46] La Dgr 1206/07 ha promosso l'avvio della ricostruzione del quadro allargato degli interventi per arrivare a quantificare le risorse dedicate alla non autosufficienza non solo dalla regione, ma anche dai comuni. Ciò dovrebbe permettere di verificare il requisito posto a tutti i soggetti, di non ridurre le risorse precedentemente destinate a tale scopo. Da notare che sono possibili forme di gestione integrata anche delle risorse, nel caso in cui fossero lanciati programmi finalizzati che vedono l'impegno sia della sanità che dei comuni (con un budget comune)

Le risorse sono ripartite tra le Asl in base alla distribuzione degli ultra75enni, specificando la quota relativa a ciascun distretto sociosanitario e Ambito Territoriale Sociale, e pervengono con vincolo di destinazione. A tale scopo devono essere evidenziate in una contabilità separata nei bilanci delle aziende sanitarie e, gli eventuali avanzi di questa gestione, devono essere impiegati negli esercizi successivi esclusivamente per lo stesso scopo.

In Veneto, il fondo per la non autosufficienza viene alimentato da un fondo preesistente (per la domiciliarietà) a favore dei servizi a sostegno delle famiglie con disabili gravi che la regione finanzia con risorse proprie (26,8 milioni per il 2008) e dalle risorse che il SSR dedica all'assistenza semiresidenziale per i disabili (196,7 milioni per il 2008)[47]. A proposito di quest'ultima posta, sembrerebbe che tali quote non vengano più ripartite tra le Asl insieme agli altri fondi per il finanziamento dei Lea, ma che vadano direttamente ad alimentare a monte il fondo per la non autosufficienza (DGR 1944/2008).

Il fondo in questione viene poi ripartito (secondo criteri ancora non noti) tra le Ulss, che possono utilizzarlo solo secondo gli indirizzi definiti di concerto con le rispettive Conferenze dei sindaci (coerentemente con i rispettivi piani di zona); i comuni sono dunque coinvolti nella programmazione degli interventi, sebbene non sembra che questo fondo implichi una co-gestione delle risorse da parte di sanità e comuni (il finanziamento a carico del sociale continua ad essere separato da quello sanitario).

In Toscana il fondo per la non autosufficienza è appena stato varato, insieme ad alcune prime misure per il 2008 (DGR 754/2008) che saranno gradualmente implementate nel prossimo triennio all'interno di un progetto più ambizioso; a fine 2008 è stata peraltro approvata la legge istitutiva del fondo (LR 66/2008).

Per il primo anno la regione ha destinato risorse proprie al finanziamento di giornate di degenza nelle Rsa per ridurre le liste d'attesa[48] (con 6,5 milioni trasferiti alle Usl che servono a coprire anche la quota a carico del sociale[49]) e al potenziamento dell'assistenza domiciliare (con 20 milioni)[50].

Le risorse per quest'ultima tipologia di interventi sono ripartite tra i distretti, afferendo alla Società della Salute[51], il nuovo soggetto istituzionale che questa regione ha promosso per l'integrazione socio-sanitaria di cui fanno parte non solo le Asl ma anche i comuni.

Ad entrambi questi soggetti viene richiesto di attivare una contabilità separata nei propri bilanci per tutte le risorse destinate ai servizi sociosanitari per la non autosufficienza.

Sono stati individuati quattro criteri per il riparto delle risorse per l'assistenza domiciliare (non è chiaro come queste singole formule siano state combinate insieme):

- popolazione di oltre 65 anni;

---

47 La legge istitutiva del Fondo per la non autosufficienza veneto (LR n.1/2008) prevede che vi confluiscano anche le risorse destinate al finanziamento del servizio di telesoccorso e telecontrollo a domicilio con sistemi telematici integrati ed eventuali le risorse derivanti dallo Stato o da altri soggetti pubblici o privati destinati alla non autosufficienza

48 La regione ambisce ad azzerare completamente le liste d'attesa entro il 2010.

49 Di fatto, si fa in modo che gli oneri di questi interventi siano trattati come componente sanitaria dell'assistenza residenziale e pertanto non è richiesta compartecipazione agli utenti.

50 La Dgr 754/2008 prevede anche di coprire del 50% della spesa degli hospice per cure palliative effettivamente attivati, rimandando tuttavia la definizione del relativo stanziamento ad un provvedimento successivo.

51 Per i distretti per i quali la Società della Salute non è stata ancora costituita le risorse pervengono alle USL.

- incidenza degli ultra 65enni sulla popolazione residente;
- popolazione non autosufficiente;
- quota non autosufficienti del distretto su totale regione.

In merito a questi ultimi due punti non è precisata la fonte dei dati in questione, ma si presume si faccia riferimento ad indagine campionarie di tipo epidemiologico svolte dall'Agenzia Regionale Sanitaria.

Il controllo dell'effettiva destinazione di queste risorse secondo gli indirizzi regionali è affidato a rendiconti mensili che i distretti devono produrre a proposito delle quote sanitarie di giornate in Rsa e sullo smaltimento delle liste d'attesa.

Per il futuro[52] si prevede che altri interventi oggi finanziati dal FSR vengano trasferiti all'interno del Fondo regionale per la non autosufficienza (tutta l'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare agli anziani e, dal 2010, anche quella per disabili di meno di 65 anni non autosufficienti), con un impegno della regione che, a regime, raggiungerà gli 80 milioni. La peculiarità di questo progetto è quella di voler realizzare un budget unico tra le varie fonti a sostegno degli interventi sociosanitari per la non autosufficienza: risorse sanitarie, risorse di derivazione comunale, risorse del fondo sociale regionale, risorse del fondo nazionale per la non autosufficienza. Si conferma il vincolo di destinazione delle risorse del FSR (che continueranno ad essere trasferite alle Asl); gli altri finanziamenti regionali saranno erogati alle Sds e questo canale sarà alimentato anche dalle risorse dei comuni. Non è ancora chiara la modalità con cui sarà determinato il concorso di questi ultimi (si accenna solo ad un co-finanziamento minimo del 30% delle spese per l'assistenza domiciliare, mentre è ancora incerta la quota a loro carico per gli altri servizi).

Queste regole contenute nei primi provvedimenti operativi per il 2008 sono state formalizzate con la legge istitutiva del fondo, che ha confermato l'obbligo di trasferimento delle risorse alle SdS, se già costituite, oppure alle Aziende Unità Sanitaria Locale con vincolo di destinazione e con obbligo di contabilità separata. Lo stesso provvedimento elenca i criteri per il riparto delle risorse alle zone distretto, menzionando indicatori di carattere demografico, indicatori sull'incidenza della disabilità e della non autosufficienza e indicatori sul numero di anziani e disabili accolti in strutture residenziali e semi-residenziali[53].

La definizione del concorso finanziario dei comuni viene demandato a"patti interistituzionali", con il vincolo che tale apporto non può essere inferiore a quanto speso individualmente dal singolo comune per i non autosufficienti nei bilanci del 2007 (purtroppo non vengono ulteriormente declinate le regole operative per individuare in maniera uniforme tali importi).

Le esperienze esaminate sono indubbiamente di rilievo in quanto manifestano una sensibilità dei governi regionali alle politiche per la non autosufficienza, verso le quali hanno destinato risorse sottraendole ad altri potenziali usi.

Per accertarsi che questi investimenti raggiungano realmente questo obiettivo, i legislatori regionali hanno utilizzato lo strumento dei finanziamenti vincolati: piuttosto che rischiare che i

[52] Informazioni tratte da "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" della Direzione Generale diritto alla salute e politiche di solidarietà della regione Toscana, versione del settembre 2008, da considerare un documento ancora incompleto e soggetto alla possibilità di modifiche future.

[53] Quest'ultima tipologia di indicatore comporta il rischio di premiare i distretti già maggiormente serviti.

beneficiari dei fondi li utilizzassero per altre funzioni si è preferito ad esempio frenare l'autonomia gestionale delle Asl[54].

Un altro elemento comune è il ricorso a sistemi di contabilità separata dei fondi per la non autosufficienza rispetto ai bilanci delle aziende sanitarie e dei comuni. Tale espediente ha innanzi tutto vantaggi sul piano dell'"evidenza" delle risorse destinate a queste politiche e impedisce che i trasferimenti si confondano all'interno dei conti economici e finiscano per sussidiare altri servizi sanitari.

Questi meccanismi, comunque, non sembrano in grado di assicurare che la gestione degli interventi per la non autosufficienza conduca ad un equilibrio economico e, peraltro, non sembrano essere state definite le responsabilità in caso di sfondamento dei budget programmati (in alcuni casi, come quello dell'Umbria e dell'Emilia Romagna, si prevede che gli eventuali avanzi della gestione debbano essere utilizzati per gli interventi per la non autosufficienza degli anni successivi, ma non vengono tracciate le regole per la copertura di eventuali deficit).

Da precisare che nell'attesa di una esplicita definizione dei diritti soggettivi dei non autosufficienti il rischio di generare disavanzi sembra in ogni caso contenuto: nella situazione attuale i gestori potrebbero essere portati a spendere soltanto le risorse disponibili, negando l'accesso alle prestazioni una volta esauriti i fondi (in pratica il budget ha una funzione autorizzativa della spesa). Questo fenomeno ha caratterizzato per molto tempo le politiche sociali degli enti locali dal momento che, in assenza della definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali, la maggiore o minore spesa è stata condizionata dalle disponibilità finanziarie.

Nel caso della sanità, invece, storicamente si è manifestata una maggiore attitudine a generare disavanzi, dal momento che l'esistenza dei Lea e l'individuazione di un comune denominatore di servizi da assicurare in tutti i territori ha fatto sì che la spesa fosse più difficilmente controllabile.

Un aspetto da giudicare con favore di queste politiche regionali è il fatto che abbiano spinto le regioni a ripensare i criteri di allocazione delle risorse, ricercando una maggior capacità di rappresentare il fabbisogno di assistenza ai non autosufficienti rispetto a quanto non si facesse nel riparto delle risorse per la sanità. Specialmente nei casi in cui i fondi corrispondenti agli oneri in precedenza a carico della sanità sono stati scorporati a monte dal riparto del FSR e redistribuiti sottoforma di fondo per la non autosufficienza con criteri specifici, è avvenuta una riallocazione più selettiva.

Sicuramente, rispetto agli sforzi compiuti nella ricerca di indicatori validi (che spesso hanno portato a considerare la distribuzione degli ultra 75 enni), possono ancora essere compiuti passi in avanti. E' esemplare, sotto questo profilo, la scelta della Toscana di utilizzare i risultati di indagini epidemiologiche sulla diffusione della non autosufficienza (indicatori validi perché non manipolabili dalle parti interessate come potrebbero essere i dati di natura amministrativa sui livelli di attività erogata). Sarebbe indubbiamente utile disporre di informazioni simili anche a livello nazionale .

[54] Riguardo all'utilizzo dei finanziamenti vincolati per il fondo dell'Emilia Romagna, Fiorentini (2004) aveva osservato che i vincoli posti dalle regioni potrebbero essere meno inopportuni di quelli posti sul piano nazionale: nel secondo caso, imporre scelte allocative uniformi potrebbe rivelarsi inefficiente perché non rispetta le differenti preferenze locali, un problema che si ridimensiona a livello regionale, dal momento che le preferenze dovrebbero essere più uniformi.

Quanto alle capacità dei fondi regionali di promuovere l'integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario, in generale questo processo è favorito dalle modifiche di carattere organizzativo che hanno accompagnato le riforme regionali (ci si riferisce alle attività di pianificazione degli interventi); non sembrano invece essere state realizzate forme di budget comune (al massimo le nuove risorse sono servite per ridurre gli oneri a carico dei comuni e degli utenti, senza tuttavia disegnare un nuovo modello organizzativo di finanziamento).

Quando la Sds entrerà a regime in Toscana, si assisterà ad un'integrazione anche finanziaria, di cui però oggi non sono ancora noti i dettagli. Va ricordato che quasi tutti i fondi contemplano una fusione di risorse regionali, sanitarie e comunali ma che, a proposito di quest'ultima fonte, non sono state individuate regole per definire l'apporto dovuto dai comuni (ci si limita a precisare che non devono ridurre le risorse che finora destinavano a questo scopo, senza però chiarire come effettuare tale quantificazione)[55]; di questa difficoltà si dovrebbe tener conto anche per le riforme nazionali.

Si sottolinea infine che i fondi regionali per la non autosufficienza esaminati non sembrano contenere incentivi finanziari per gli attori del sistema a ricercare miglioramenti di efficienza (di fatto i distretti hanno interesse a spendere tutte le risorse assegnate e non a contenere i costi); non esistono neppure meccanismi premianti a favore di chi riesce maggiormente ad assicurare l'accessibilità ai servizi.

[55] Mentre per la sanità le regioni, quali regolatori dei SSR, dispongono di informazioni sulla spesa storica delle Asl per i servizi per anziani e disabili, non avviene altrettanto per la spesa dei singoli comuni per la non autosufficienza, perché finora i comuni non sono mai stati tenuti a garantire un debito informativo a tale riguardo nei confronti delle rispettive regioni.

Bibliografia di riferimento

Age.na.s (2008), *Sistemi regionali di ripartizione del Fondo Sanitario e di remunerazione dei ricoveri per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza*, analisi della normativa vigente al 30 ottobre 2008, www.assr.it

Age.na.s (2009), *Rilevazione sull'attuale spesa sanitaria pubblica per gli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard*, www.assr.it

Arcangeli L. e De Vincenti C. (2008), *La politica sanitaria, in La finanza pubblica italiana – Rapporto 2008*, Bologna, Il Mulino.

Bertone et al. (2008), *Il quadro delle riforme*, in C. Gori (acura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci

Bosi et. al (2008), *Le politiche per la non autosufficienza*, in La finanza pubblica italiana 2008, a cura di M.C. Guerra e A. Zanardi, Bologna, Il Mulino.

Cicchetti et al, (2007), *Allocazione delle risorse e modelli di solidarietà sociale in un'epoca di devolution*, Paper presentato alla Conferenza annuale Aies, 18 ottobre 2007, Firenze.

Fiorentini G. (2004), *Dimensioni verticali e orizzontali dell'integrazione socio-sanitaria: assetti istituzionali e organizzativi per l'assistenza agli anziani non autosufficienti*, in Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino.

Gori C. (2008a), *Quali livelli essenziali per i non autosufficienti, in Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, in E. Ranci Ortigosa (a cura di), *i Quid*, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 2.

Gori C. (2008b), *Prove di riforma*, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 4.

Mapelli V. (2007), *Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le regioni*, in Politiche Sanitarie, n. 1.

Mapelli V. (2007), *I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali*, in Quaderni, n. 57.

Pesaresi F. (2008b), *La suddivisione della spesa tra utenti e servizi*, in C. Gori (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci.

Pesaresi F.(2008a), *La spesa pubblica per le prestazioni sociali*, in E. Ranci Ortigosa (acura di), *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni, i Quid*, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 2.

Ragaini F. (2008), *I nuovi Lea sociosanitari*, Appunti sulle politiche sociali, n. 3.

Rebba V. (2001), *La sanità territoriale: i servizi di assistenza domiciliare integrata*, in Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino.

Rebba V. (2002), "*Concorrenza amministrata nei servizi socio-sanitari: il caso della "long term care"*,. in Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino.

Toniolo et al. (2003), *Alcune considerazioni relative al "modello Fiuggi" per il riparto tra le regioni delle risorse sanitarie*, in Politiche sanitarie, n. 3.

Ugolini C. (2004), *La gestione integrata dei servizi sociosanitari: questioni aperte secondo la teoria economica*, in Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino.

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 4

Le esperienze internazionali: messaggi per l’Italia

di

Francesco Bertoni e Benedetta Riboldi

Luglio 2010

Introduzione

In questo capitolo vengono descritte le principali caratteristiche del sistema di assistenza agli anziani non autosufficienti del nostro Paese, attraverso una chiave di lettura comparativa rispetto agli altri Paesi europei. Attraverso questo confronto sarà possibile trarre dalle esperienze di altri Paesi alcune indicazioni e suggerimenti per potenziare e migliorare le politiche per la non autosufficienza in Italia.

Per agevolare il confronto sono stati individuati alcuni aspetti chiave attraverso i quali è stata condotta l'analisi delle diverse realtà nazionali. Questi aspetti sono stati raggruppati in due parti: la prima riguarda *I contenuti delle riforme* (indicatori da 1 a 4), e considera lo sforzo pubblico complessivo, le caratteristiche delle prestazioni monetarie, dei servizi domiciliari e dei servizi residenziali; la seconda riguarda, invece, *Modalità e strumenti per la realizzazione delle riforme* (indicatori da 5 a 8) e considera le riforme realizzate negli altri paesi, il ruolo delle politiche nazionali nei paesi federali, le modalità con cui si realizza il percorso attuativo e, infine, il ruolo delle assicurazioni private.

I contenuti delle riforme

1. Come si caratterizza l'Italia per lo sforzo pubblico complessivo?
2. Come si caratterizza l'Italia nell'erogazione delle prestazioni monetarie?
3. Come si caratterizza l'Italia nei servizi domiciliari?
4. Come si caratterizza l'Italia nei servizi residenziali?

Modalità e strumenti per la realizzazione delle riforme

1. Sono state realizzate riforme nazionali negli altri paesi ?
2. Quale è il ruolo delle politiche nazionali nei paesi federali/decentrati?
3. Come viene costruito il percorso attuativo?
4. Qual è il ruolo dell'assicurazione privata?

I quesiti sono stati scelti per la loro rilevanza all'interno del dibattito italiano sul tema della non autosufficienza. Alcuni di questi saranno poi sviluppati in modo più dettagliato nei capitoli successivi.

A livello puramente metodologico, non è agevole trovare dati che permettano di comparare il nostro paese con gli altri. Infatti, la spesa complessiva per long term care (cioè la spesa per le politiche a favore degli anziani non autosufficienti) è ottenuta attraverso l'aggregazione di dati che in parte afferiscono alla sanità ed in parte alle politiche sociali; tale aggregazione può comprendere interventi diversi a seconda dei contesti nazionali presi in esame, anche a causa delle differenti politiche che i paesi intraprendono in modo autonomo. In alcuni casi risulta difficile dare una collocazione precisa e netta degli interventi realizzati, e possono verificarsi casi di sottostima o di sovrastima dei dati raccolti. Sgomberato il campo dalle doverose precisazioni metodologiche, le informazioni presenti nei prossimi capitoli sono tuttavia estremamente utili per capire come si

colloca il nostro paese rispetto agli altri, in modo da poter cogliere quali messaggi gli altri paesi forniscono al nostro per il potenziamento delle politiche a favore della non autosufficienza.

1. I contenuti delle riforme

1.1. Come si caratterizza l'Italia per lo sforzo pubblico complessivo?

Considerate le premesse metodologiche, i dati che meglio permettono di confrontare la spesa per la non autosufficienza in Italia con quella degli altri paesi sono quelli di fonte OECD. Con riferimento ad uno studio pubblicato nel 2009, che considera i dati relativi al 2005 (OECD, 2009, p. 26), la situazione relativa alla spesa per i servizi sociali e sanitari può essere descritta come segue (tabella 1).

Tab. 1. Spesa per sanità pubblica e servizi sociali, valori percentuali rispetto al PIL, 2005

	Sanità (A)	Servizi sociali (B)	Di cui: servizi per anziani (C)	Totale (A+B)
Italia	6,8	0,9	0,1	7,7
Spagna	5,8	1,5	0,4	7,3
Portogallo	7,2	0,6	0,1	7,8
Germania	7,7	2,2	0,2	9,9
Regno Unito	7,0	3,5	0,6	10,5
Francia	7,8	2,9	0,3	10,7
Norvegia	5,8	4,3	1,8	10,1
Danimarca	5,9	5,7	1,8	11,6
Svezia	6,8	6,9	2,5	13,7
OECD-30	6,2	2,2	Nd	8,4

Fonte: OECD (2009), OECD Stat Extracts http://stats.oecd.org/Index.aspx

La spesa per la sanità, considerata in rapporto al PIL, nel nostro paese è pari al 6,8%, in linea con la media dei paesi OECD. La spesa per i servizi sociali, in Italia, risulta invece estremamente bassa, in particolare con riferimento all'area della non autosufficienza: la spesa per servizi agli anziani, che dall'OECD sono identificati con *home help and residential services for the elderly* (OECD, 2009, p.10), rappresenta lo 0,1% del PIL. Tutti gli altri paesi considerati, fatta eccezione per il Portogallo, presentano un livello di spesa per i servizi agli anziani non autosufficienti più elevato. Senza arrivare ai livelli elevati di spesa che contraddistinguono i paesi scandinavi, si può evidenziare che, per i servizi agli anziani non autosufficienti, in rapporto al PIL la Germania spende il doppio dell'Italia, la Francia il triplo e la Spagna quattro volte tanto[1].

[1] Altrove si riporta una spesa per LTC in Italia pari all'1,6% del PIL, a fronte di una media UE pari allo 0,9% del PIL. Tali dati sovrastimano la spesa del nostro Paese in quanto includono impropriamente anche spese sanitarie che qui, correttamente, non vengono computate.

Il dato sulla spesa complessiva per la non autosufficienza può essere ottenuto sommando alla spesa per servizi, indicata nella colonna (c) della tabella 1, la spesa per trasferimenti monetari diretti agli anziani non autosufficienti. In questo modo si ottiene la spesa complessiva per gli anziani non autosufficienti, che in Italia è pari a poco meno dell'1% del PIL: peggio del nostro paese fanno solo Polonia, Portogallo, Spagna; Norvegia, Austria e Finlandia spendono risorse tra l'1% e il 2% del PIL; Regno Unito e Danimarca spendono fra il 2% e il 3% e la Svezia oltre il 4% del PIL (NNA, 2009, p. 32; Huber, Rodrigues, 2008).

1.2. Come si caratterizza l'Italia nell'erogazione delle prestazioni monetarie?

I dati a disposizione mostrano che il sistema di sostegno ai non autosufficienti in Italia è eccessivamente sbilanciato verso le prestazioni monetarie. Diversi autori hanno considerato questo aspetto, evidenziando le risorse cospicue che nel nostro paese vengono spese per l'indennità di accompagnamento (Da Roit, 2008). In Italia, la percentuale della spesa per trasferimenti monetari sul totale della spesa per long term care è pari al 42%. Pochi sono i paesi europei che mostrano una tale propensione all'utilizzo dei trasferimenti monetari (tabella 2).

Tabella 2. Spesa per trasferimenti monetari, in percentuale sulla spesa complessiva per long term care

Paese	**Spesa per trasferimenti monetari**
Austria	57%
Belgio	0
Danimarca	0
Finlandia	7%
Francia	0
Germania	24%
Norvegia	8%
Spagna	14%
Svezia	3%
Svizzera	20%
Italia	**42%**

Fonte: Huber, Rodrigues, 2008

All'interno dell'EU-15 (escludendo, quindi, i paesi che più recentemente sono entrati a far parte dell'Unione Europea), solo in Austria (con il 57% sul totale della spesa per long term care) la spesa per la non autosufficienza è più sbilanciata verso i trasferimenti monetari rispetto all'Italia; ciò ha determinato alcune critiche, mosse a livello internazionale[2]. In tutti gli altri paesi, siano essi quelli più generosi del Nord Europa o quelli in cui il sistema di welfare è residuale, come quelli del

[2] Lundsgaard J., "Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care", OECD (2005).

mediterraneo, la quota della spesa per trasferimenti monetari sul totale della spesa per la non autosufficienza è inferiore rispetto al nostro paese. In Germania è pari al 24%, in Spagna al 14%, in Norvegia all'8%, in Finlandia al 7%. Rispetto agli altri paesi, nel nostro il grado di copertura delle prestazioni economiche nazionali è più elevato: raggiunge il 9,5% della popolazione anziana, rispetto al 5-7% di Germania e Spagna. Fino a pochi anni fa, tuttavia, il tasso di copertura italiano risultava su livelli simili a quelli degli altri paesi: l'attuale valore è probabilmente il risultato di un'applicazione meno restrittiva dei criteri di eleggibilità da parte delle Commissioni di valutazione operanti sul territorio nazionale, anche a causa dell'aumento della domanda (NNA, 2009).

Le critiche ai trasferimenti monetari sono determinate dai limiti che essi presentano. Un primo, rilevante, limite (nel caso del nostro paese, dell'indennità di accompagnamento) è dato dal fatto che una quota non trascurabile di anziani in condizione di non autosufficienza grave o gravissima, risulta esclusa dal beneficio (Da Roit, 2008). Inoltre, l'importo dell'indennità di accompagnamento, che nel 2009 era pari a 472 €, risulta di entità inferiore se paragonato ai trasferimenti monetari presenti negli altri paesi: nel 2006, in Francia, l'APA aveva un valore mensile massimo pari a 1169 €; nello stesso anno, in Germania il trasferimento monetario massimo era pari a 665 €; in Austria, pari a 1562 € (Simonazzi, 2008).

L'indennità di accompagnamento, infine, si differenzia nettamente dai trasferimenti monetari di Francia, Germania e Spagna per la mancata differenziazione dell'importo della prestazione rispetto al livello di non autosufficienza del beneficiario. Mentre in Italia l'indennità di accompagnamento è di importo fisso, a prescindere del livello di non autosufficienza del beneficiario, in Germania sono previsti tre diversi livelli del trasferimento, in Francia ne sono previsti quattro, ed in Spagna sei (NNA, 2009).

1.3. Come si caratterizza l'Italia nei servizi domiciliari?

Il SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) assiste a domicilio gli anziani non autosufficienti, soddisfacendo una parte del lavoro di cura complessivo domandato dalle famiglie. Di norma, il SAD è gestito dai comuni (direttamente o attraverso esternalizzazioni) e svolge prestazioni di ausilio nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. Riveste un'importanza cruciale per quelle famiglie che non sono in grado di soddisfare la domanda di cura dell'anziano, ma anche per gli anziani soli. Nel nostro paese risulta poco sviluppato: in Italia l'assistenza domiciliare erogata dai servizi sociali serve un'utenza pari al 2,4% della popolazione con più di 65 anni. Negli altri Paesi OECD la percentuale di anziani che ricevono il servizio a domicilio è molto più elevata: considerando i dati relativi alla metà degli anni 2000 in Germania la quota di persone assistite a domicilio è pari al 7%, e in Francia al 8%. Nei paesi del nord Europa (Danimarca, in particolare) la quota di anziani assistiti al proprio domicilio è di gran lunga più elevata rispetto a tutti gli altri Paese considerati, come evidenziato dai dati (tabella 3).

Tab. 3. Utenti anziani assistiti a domicilio nei paesi industrializzati, valori percentuali rispetto alla popolazione con più di 65 anni

Paese	Utenti / popolazione > 65 anni
Italia	4,9
Danimarca	21
Francia	8
Germania	7
Svezia	9
Spagna	4
EU (15)	10

Fonte: NNA (2009)

Per completare il quadro, si può considerare, accanto all'utenza del SAD, l'utenza dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata). Quest'ultimo servizio soddisfa utenti con un bisogno di carattere socio-sanitario, che non necessariamente sono anziani non autosufficienti. E' un servizio gestito, di norma, dall'Azienda USL, la cui componente sanitaria è di solito prevalente. In Italia la quota di utenti, calcolata con riferimento alla popolazione con più di 65 anni, è pari al 3,3%.

1.4. Come si caratterizza l'Italia nei servizi residenziali?

La grande disomogeneità, sia terminologica che di tipologia dei servizi, fa sì che risulti difficoltoso effettuare confronti completamente attendibili (Spillman, Black, 2005). In Italia, i dati a disposizione evidenziano, al 2005, un numero di posti in case protette pari al 2,3% rispetto alla popolazione con più di 65 anni. Rispetto al 2002, i posti risultano aumentati in valore assoluto, passando da poco più di 242.000 a circa 265.000, ma sostanzialmente costanti rispetto alla popolazione con più di 65 anni. Le differenziazioni territoriali sono evidenti: il nord presenta un livello di offerta elevato e superiore rispetto alla media nazionale; viceversa, il sud presenta una evidente carenza di strutture, come si evidenzierà in dettaglio successivamente, nel capitolo a cura di Brizioli e Pesaresi.

Se confrontato al resto d'europa, il livello dell'offerta del nostro paese appare insufficiente: molti paesi, infatti, possiedono un'offerta di servizi residenziali meglio strutturata. I dati evidenziano che solo la Grecia, tra i paesi dell'Unione Europea, presenta un'offerta di servizi residenziali inferiore, se calcolata rispetto alla popolazione con più di 65 anni, rispetto al nostro paese. In tutti gli altri paesi l'offerta di servizi residenziali è più elevata (tabella 4): in Germania viene assistito in strutture residenziali il 3,9% delle persone con 65 anni o più; in Spagna il 4%, nel Regno Unito il 5,1% fino ad arrivare a valori molto elevati, come quelli dell'Olanda (6,9%), della Svezia (7,5%) e del Belgio (8,1%) (NNA, 2009).

Tab. 4. Utenti anziani assistiti in strutture residenziali, valori percentuali rispetto alla popolazione di riferimento, annate varie

Nazione	% anziani assistiti in strutture residenziali
Belgio	8,1
Svezia	7,5
Olanda	6,9
Portogallo	6,7
Francia	6,3
Austria	5,5
Regno Unito	5,1
Finlandia	4,9
Irlanda	4,6
Danimarca	4,4
Spagna	4
Lussemburgo	3,9
Germania	3,9
Italia	3
Grecia	1

Fonte: Rapporto NNA (2009)

1.4.1 Alloggi protetti e domotica

Nei paesi scandinavi è diffusa la tendenza a potenziare la dotazione di strutture di accoglienza che erogano assistenza meno intensiva. La Danimarca, ad esempio, ha smesso nel 1987 di costruire strutture socio-sanitarie ed ha sviluppato un sistema di assistenza basato sull'edilizia sociale, che unisce l'adattamento dell'abitazione alle esigenze dell'anziano, anche attraverso l'utilizzo di ausili tecnologici e della domotica, all'inserimento dell'anziano stesso all'interno di un contesto sociale in cui può ricevere assistenza in modo agevole, attraverso il servizio di portierato sociale o attraverso i servizi erogati a domanda. Le case per anziani non autosufficienti possono essere sia indipendenti che organizzate in gruppi. I dati mostrano che, in Danimarca, gli appartamenti attrezzati (*nursing dwellings*, *housing for the elderly*) ospitano un numero di anziani pari a quello delle strutture socio-sanitarie (nursing homes) (Solinas, Bertoni, 2006). Anche in altri paesi è evidente lo sviluppo di servizi diversi rispetto a quelli socio-sanitari: negli Stati Uniti, nel corso del periodo 1995-2002, si è verificato un aumento cospicuo degli *alternative residential care settings*, (passati da 16.000 a 36.000 nel periodo considerato) a fronte di un andamento stabile delle *nursing homes*.

Un segmento in forte espansione è quello relativo alla domotica. Essa nasce negli anni '80 come visione di futuro tecnologizzato; solo in un secondo tempo viene utilizzata per mettere a punto alcuni prototipi mirati a soddisfare i bisogni di assistenza delle persone non autosufficienti e il bisogno di supporto delle loro famiglie. I primi esempi sono stati realizzati nei Paesi scandinavi:

SmartBo in Svezia, Sophia House in Danimarca e il progetto BESTA in Norvegia (Morini, Biocca, 2004).

2. Modalità e strumenti per la realizzazione delle riforme

2.1. Sono state realizzate riforme nazionali negli altri paesi ?

Dall'inizio degli anni '90, numerosi paesi hanno realizzato riforme significative nel campo dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, che hanno inciso fortemente sulla revisione del sistema dei servizi agli anziani non autosufficienti, incrementando in modo cospicuo le risorse disponibili. Lo sforzo riformatore si è finora principalmente concentrato nell'Europa centrale: sono state realizzate riforme in Austria nel 1993, in Germania nel 1995, in Francia nel 1997 e nel 2002, in Belgio (Comunità Fiamminga), nel 1999. Anche al di fuori dell'Europa sono state realizzate riforme: è il caso del Giappone, che ha potenziato le politiche per gli anziani non autosufficienti nel 2000. Le riforme non hanno toccato i paesi dove i servizi risultano fortemente sviluppati – i paesi scandinavi – e quelli dove le politiche per i non autosufficienti non sono tradizionalmente un argomento di interesse pubblico, come il nostro paese.

Anche in questi ultimi, tuttavia, l'atteggiamento è cambiato. Recentemente, infatti, la spinta all'innovazione ha raggiunto l'Europa meridionale: in Spagna nel 2007 è stata approvata una riforma delle politiche per i non autosufficienti, la *ley de dependencia* (tabella 5).

Tab. 5. Le riforme nazionali nel campo della non autosufficienza

Paese	**Anno di realizzazione della riforma**
Austria	1993
Germania	1995
Lussemburgo	1998
Belgio	1999
Giappone	2000
Francia	1997, 2002
Scozia	2002
Spagna	2007

Fonte: Rapporto NNA (2009), Gori, Casanova (2008)

Il filo conduttore delle riforme realizzate nell'Europa Centrale ed in Spagna consiste in un incremento delle risorse pubbliche dedicate dal Governo centrale alle politiche per i non autosufficienti. Il maggiore finanziamento viene abitualmente accompagnato dalla definizione di un pacchetto di diritti validi per tutti i cittadini che vivono in una stessa condizione di bisogno in qualunque parte del Paese si trovino. In Spagna, in particolare, il *"Sistema Nacional de Dependencia"* (SND) disegna un nuovo diritto soggettivo della persona non autosufficiente ad usufruire di un modello pubblico integrato di assistenza.

Inoltre, l'introduzione delle suddette riforme nazionali è stata accompagnata da un crescente interesse verso gli interventi per la qualità: l'introduzione di una riforma nazionale ha portato abitualmente il Governo centrale ad assumere maggiore responsabilità dell'assistenza ai non autosufficienti non solo nel finanziamento, ma anche nella definizione di criteri di qualità e nella loro verifica.

2.2 Quale è il ruolo delle politiche nazionali nei paesi federali/decentrati?

Nella definizione di una riforma nazionale – ed in particolare nell'ambito di cui si tratta – risulta cruciale definire le modalità di coordinamento tra Stato ed Enti decentrati – nel caso italiano, le Regioni. La collaborazione ed il coordinamento tra i diversi livelli di governo si sostanzia sia dal punto di vista prettamente attuativo, con una precisa suddivisione dei compiti, sia dal punto di vista del finanziamento.

Per quanto riguarda i compiti degli enti coinvolti, in Gran Bretagna, ad esempio, al governo centrale spetta la produzione normativa di indirizzo, mentre alle Autorità Locali la gestione operativa, che comprende l'erogazione dell'offerta, la valutazione del bisogno e del singolo caso, la definizione dei propri obiettivi territoriali, dei criteri di eleggibilità e degli eventuali strumenti di copertura finanziaria.

In Spagna, Stato e Comunità Autonome (assimilabili alle Regioni italiane) concorrono alla definizione delle politiche. Lo Stato controlla e verifica la realizzazione della riforma, e le Comunità Autonome si scambiano le rispettive esperienze. Sempre in Spagna, è prevista la costituzione del Comitè Consultivo, che permette una partecipazione permanente alla discussione sulla riforma da parte di sindacati ed altri organizzazioni.

Per quanto riguarda il finanziamento, l'incremento delle risorse dedicate al potenziamento dei servizi di sostegno alla non autosufficienza è spesso suddiviso tra più soggetti: Stato, Regioni ed utenti. Questa modalità di finanziamento è presente in Giappone ed in Lussemburgo. Anche in Spagna, con l'introduzione della nuova riforma, lo Stato assume una maggiore responsabilità, attraverso un incremento del finanziamento, accanto ad un meccanismo che prevede che le Comunità Autonome (l'equivalente delle nostre Regioni) debbano contribuire all'aumento delle risorse stanziate con una somma pari a quella erogata dallo Stato. Il governo spagnolo si è impegnato a spendere per il *long term care* più di 12 milioni di euro in meno di un decennio e le Comunità Autonome si impegnano a garantire l'altra metà delle risorse.

Negli ultimi 20 anni, l'intervento pubblico in Italia è cresciuto ma non abbastanza da colmare il gap con il centro-Europa. A differenza del nostro Paese, infatti, negli ultimi 15 anni la maggior parte dei paesi dell'Europa centro-meridionale ha realizzato riforme nazionali con contenuti diversi ma logica comune: una revisione delle regole nazionali del sistema – o loro introduzione quando mancavano – accompagnata da un incremento delle risorse statali dedicate. In Italia è nota la necessità di una riforma nazionale che definisca poche regole chiave per tutto il paese, elimini le storture esistenti e incrementi le risorse destinate ai servizi.

2.3. Come viene costruito il percorso attuativo?

Il percorso attuativo può essere realizzato attraverso due modalità. La prima, che contraddistingue il nostro paese – ed ha caratterizzato anche altri paesi in passato – consiste nella redazione di piani pluriennali che delineano grandi obiettivi da raggiungere, ma senza identificare gli strumenti per raggiungerli.

Un caso è dato dal Gold Plan del Giappone: introdotto nel 1989, delineava una strategia decennale per promuovere la salute e il benessere degli anziani, attraverso la fissazione di numerosi obiettivi (raddoppiare il numero di posti in strutture residenziali, triplicare il numero di assistenti domiciliari, e così via). Analogamente, in Spagna, fino al 2007, le politiche a favore della non autosufficienza erano basate sul Plan Gerontologico, di otto anni. Il documento delineava uno spettro ampio di obiettivi da raggiungere, relativi ai servizi sociali, sanitari, alle politiche abitative e così via.

In entrambi i casi, gli obiettivi sono stati raggiunti in minima parte, a causa della natura di indirizzo dei documenti: in essi, si indicano gli interventi da realizzare ma non vi sono le azioni concrete da mettere in atto.

La seconda modalità prevede la definizione di obiettivi chiari, la precisa scansione temporale della riforma (di solito più lunga di una legislatura), ed una stretta collaborazione tra i diversi livelli di governo – di cui si è discusso nel punto precedente.

Sia la Spagna che il Giappone hanno effettuato una svolta rilevante, passando dalla prima alla seconda modalità, vale a dire dalla definizione di vaghi piani pluriennali alla realizzazione di riforme basate su pochi obiettivi accompagnati dagli strumenti necessari. Quella di realizzare riforme con obiettivi precisi e ben definiti è una tendenza riscontrata, in realtà, in tutti gli altri paesi che negli ultimi quindici anni hanno introdotto innovazioni nel sistema di assistenza agli anziani non autosufficienti, ed è la modalità di realizzazione delle politiche che caratterizza i paesi con sistemi di welfare più solidi. Spagna e Giappone, partendo da una situazione di arretratezza delle politiche per la non autosufficienza simile a quella in cui attualmente si trova il nostro paese, hanno realizzato innovazioni di rilievo che li hanno portati ad avvicinarsi ai sistemi di welfare più avanzati.

2.4. Qual è il ruolo dell'assicurazione privata?

Nei paesi che hanno realizzato riforme delle politiche a favore della non autosufficienza, il ruolo di maggior peso è giocato dallo stato. Il settore privato, ove sviluppato, ha sempre un ruolo integrativo e, attraverso polizze assicurative private contro il rischio della non autosufficienza, rappresenta il cosiddetto "secondo pilastro" dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

I problemi più evidenti dei prodotti proposti dalle assicurazioni private, infatti, riguardano, da un lato, la complessità; dall'altro, il livello elevato dei premi. Questi ultimi possono variare in modo significativo in base alle caratteristiche individuali e non sempre permettono al consumatore di percepire i costi del rischio di non autosufficienza. La situazione è complicata dal fatto che le polizze private, per essere convenienti, dovrebbero essere sottoscritte in giovane età, ma difficilmente le persone sentono l'esigenza di acquistare un'assicurazione di questo tipo e, una volta

in età avanzata, spesso non sono in grado di acquistarle perché il premio richiesto dall'assicurazione è troppo elevato.

A causa di queste caratteristiche intrinseche delle polizze private, non stupisce che la diffusione delle assicurazioni private di long term care assente o molto limitata in tutti i paesi, sia quelli in cui i sistemi pubblici di LTC molto generosi (come quelli dei paesi scandinavi), sia negli altri paesi OECD, in cui la copertura pubblica per LTC risulta limitata.

I prodotti offerti dalle assicurazioni private possono avere diverse forme. In Francia, ad esempio, la maggior parte dei prodotti offrono una rendita forfettaria al verificarsi dello stato di non autosufficienza; negli Stati Uniti, invece, le assicurazioni offrono prevalentemente prodotti che risarciscono le spese sostenute per l'assistenza legata allo stato di non autosufficienza.

Al di là delle differenze tra i paesi, in generale il livello della domanda di polizze private per LTC è molto basso: negli Stati Uniti, ad esempio, ove pure sono state realizzate politiche di incentivo alla sottoscrizione di polizze assicurative private, la percentuale di popolazione coperta è molto bassa, intorno al 7%.

Bibliografia di riferimento

Adema W. (2009), Ladaique M., "*How expensive is the welfare state? Gross and net indicators in the OECD social expenditure database*", *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, n.92, OECD.

Huber M., Rodrigues R. (2008), *"A framework for measuring long-term care expenditure in Europe"*, Paper presentato alla 30a Conferenza della International Association for Research in Income and Wealth, Portoroz, Slovenia, 24-30 agosto, www.iariw.org

Network Non Autosufficienza (2009), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti. Rapporto 2009*, IRCCS-INRCA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento, Rimini, Maggioli.

Da Roit B. (2006), "La *riforma dell'indennità di accompagnamento"*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Fondazione SmithKline, Bologna, Il Mulino.

Lundsgaard J. (2005), *"Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care"*, OECD Health working papers, n.20.

Simonazzi A. (2008), *"Care regimes and national employment models"*, Working paper n.113, Dipartimento di Economia Pubblica, Università di Roma "La Sapienza".

Spillman B. (2005), Black K., *"The size of the long term care population in residential care: a review of estimates and methodology"*, U.S. Department of Health and Human Services (HHS), Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy (DALTCP), http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/ltcpopsz.htm

Solinas G. (2006), Bertoni F., *"Un modello di integrazione pubblico-privato: le tecnologie assistive"*, Progetto EQUAL "Fuori Orario", Dipartimento di economia politica, http://www.equalfuoriorario.it/efqpolitichesoc.html

Morini A., Biocca L. (2004), *"Il contributo della domotica"*, in Micheli G.A., *La questione anziana. Ridisegnare le coordinate di una società che invecchia*, Milano, Franco Angeli.

Gori C., Casanova G., "Esperienze estere e indicazioni per l'Italia", in … , 2008

Gori C. (2009), Casanova G., *"La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti in Spagna"*, Tendenze nuove, Gennaio-Febbraio

Campbell J.C. (2000), Ikegami N., *"Long-term care insurance comes to Japan"*, Health affairs, vol.19, n.3, Maggio-Giugno.

Cutler D. (1993), *"Why doesn't the market fully insure long-term care?"*, NBER working paper, 4301.

AA.VV. (2003), *"Private LTC insurance. International comparisons"*, SCOR technical newsletter, http://scor.com/www/fileadmin/uploads/publics/NT2003_09_en_NTS9en.pdf

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 5

Le politiche regionali

di

Francesco Bertoni e Benedetta Riboldi

Luglio 2010

Introduzione

Qualsiasi discorso in merito alle politiche nazionali a favore degli anziani non autosufficienti deve necessariamente partire dall'esame delle riforme regionali che sono state già realizzate e programmate all'interno delle Regioni nell'ultimo decennio. A seguito della legge 328 del 2000, infatti, molte regioni hanno intrapreso un percorso di forte sviluppo ed innovazione dell'accesso, dell'offerta e delle modalità di gestione dei servizi a favore degli anziani non autosufficienti.

La relativa applicazione delle indicazioni presenti in essa era delegata all'emanazione di atti normativi da parte del governo e delle Regioni. Le amministrazioni regionali, infatti, hanno recepito questa legge e si sono adeguati con tempi e modi diversi, avviando percorsi di costruzione di sistemi di welfare che esplicitamente o implicitamente si ispirano ai principi enunciati dalla legge nazionale.

Possiamo però sottolineare come, pur di fronte ad un processo di attuazione lento e avvenuto con diverse velocità a seconda delle differenti realtà regionali, ciò che emerge con prepotenza è la gradualità del processo di attuazione nel quale la legge quadro nazionale è riuscita comunque ad acquisire autorevolezza delle amministrazioni regionali. Possiamo, quindi, dire che tutte queste Regioni hanno oggi un quadro organico di disciplina dei servizi sociali coerente con la Legge n.328/2000, che per alcuni aspetti riscontra tratti comuni nelle diverse realtà regionali, seppur le modalità utilizzate sono talvolta molto diverse.

Le leggi regionali approvate mostrano, infatti, una sostanziale omogeneità riguardo i principi e gli indirizzi a cui fanno riferimento le politiche sociali regionali, come l'aspetto dalla sussidiarietà del sistema, la centralità della persona e la sua dignità, la partecipazione attiva dei cittadini e il ruolo della famiglia. Inoltre le leggi regionali hanno assunto una struttura tendenzialmente simile, che parte dall'individuazione dei principi generali e delle finalità e si sviluppa poi nella definizione dei diritti degli utenti, dei criteri per l'accesso ai servizi, delle competenze e responsabilità dei soggetti istituzionali, della metodologia della programmazione per arrivare alla garanzia della qualità e al sistema di finanziamento.

Ciò che invece distingue principalmente l'impostazione riguarda alcuni aspetti che sono stati sviluppati in modo differente, ovvero l'inserimento o meno nelle leggi regionali della questione del riordino delle Ipab, la previsione di indirizzi sulle politiche sociali di settore e la definizione di uno specifico sistema di valutazione e monitoraggio per il sistema integrato dei servizi. [Ferioli, 2005].

A partire da questo inquadramento normativo, il capitolo tratterà inizialmente lo sviluppo della normativa sui non autosufficienti nelle diverse Regioni italiane, per poi concentrarsi sull'analisi di 4 dimensioni: accesso ai servizi, valutazione del livello di non autosufficienza, caratteristiche della domanda e tipologie dei servizi offerti.

L'analisi di queste dimensioni prevede una parte discorsiva che delinea le innovazioni e gli sviluppi più significativi realizzati nelle diverse realtà regionali fino ad ora, per poi concentrarsi sui vincoli e le opportunità che tali innovazioni regionali pongono allo Stato in merito alla realizzazione di una riforma e di una politica di intervento a livello nazionale.

1. Alcune traiettorie di cambiamento

Negli ultimi anni la crescente domanda sociale ha spinto le Regioni a intraprendere percorsi autonomi per il potenziamento dei servizi a favore delle persone non autosufficienti, spesso attraverso la costituzione di un Fondo per la Non Autosufficienza. Quest'ultimo è visto come un completamento della definizione degli obiettivi, dell'unificazione dei flussi economici e dell'inserimento dei progetti specifici come testimoniano le regioni centro settentrionali.

Ad oggi già dieci Regioni e la Provincia autonoma di Bolzano, hanno istituito un apposito fondo dedicato alla non autosufficienza (Tab. 1). Anche le altre Regioni hanno potenziato gli interventi a favore dei non autosufficienti con elevate diversità di approccio su cui hanno influito anche i mutamenti dei livelli di governance attuati nelle diverse realtà.

Tab. 1. Anno di istituzione del Fondo per la Non Autosufficienza per Regione

REGIONI	ANNO ISTITUZIONE FNA
Basilicata	2007
Emilia-Romagna	2004
Friuli Venezia Giulia	2006
Lazio	2006
Liguria	2006
Marche	2008
Sardegna	2007
Toscana	2008
Umbria	2008
Veneto	2008
Provincia Autonoma di Bolzano	2007

Si possono evidenziare due modalità di realizzare la programmazione regionale: alcune regioni (Marche, Puglia, Umbria, Sardegna, Toscana) hanno implementato un piano sociale accanto ad un piano sanitario che riprende la parte relativa ai servizi socio-sanitari, altre regioni (come ad esempio Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna) hanno tentato di integrare gli strumenti di programmazione della sanità e del sociale realizzandone uno unico.

Altre differenze si riscontrano dal punto di vista amministrativo: alcune regioni uniscono gli assessorati alla sanità e alle politiche sociali (Friuli-Venezia Giulia, Sardegna), altre regioni invece li mantengono distinti, come Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Veneto, Puglia.

2. L'accesso ai servizi

Per quanto riguarda l'accesso, l'analisi viene svolta considerando un ideale percorso dell'anziano non autosufficiente che si rivolge ai servizi che ha inizio dal Punto Unico di Accesso (PUA) per arrivare alla valutazione della condizione di non autosufficienza che permette poi di accedere ai servizi dedicati.

Il PUA è definito dalla Conferenza Stato-Regioni come "Un sistema di accoglienza della domanda in grado di offrire al cittadino l'opportunità di accedere a tutti i servizi della rete locale nello stesso momento, consentendogli di percorrere a partire da un solo punto di accesso, l'intera rete dei servizi sociali e sanitari" [2003]. Il PUA è quindi in grado di fornire la prima risposta complessiva ai bisogni degli utenti e richiama sia il concetto di ingresso che quello di unitarietà; inoltre, innovativo appare il fatto che debba essere "accogliente", concetto che raramente fa capolino nella Pubblica Amministrazione. L'importanza di questi aspetti viene ribadita dalla Legge finanziaria 2007 e dagli atti successivi che, attivando il Fondo Nazionale per le non autosufficienze, prevedono una ripartizione delle risorse secondo alcune priorità tra cui "la previsione o il 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".

Il PUA non è ancora previsto in tutti i contesti regionali. Le Regioni hanno dato vita a diverse tipologie di percorsi assistenziali basati su differenti idee di accesso e su sistemi già esistenti sul territorio, assumendo spesso denominazioni differenti. Questa eterogeneità è probabilmente dovuta anche alla scarsa presenza di norme nazionali in merito, poiché solo nel modello assistenziale della "Casa della salute" si parla di Sportello Unico di accesso per integrare le attività sanitarie e attività socio-assistenziali.

Rispetto ai percorsi seguiti dalle Regioni possiamo evidenziare come un gruppo di esse abbia previsto porte di accesso alle sole prestazioni sociali – Porte Sociali – (Emilia-Romagna, Liguria, Marche, Umbria) raccordate con le Ausl per le prestazioni sanitarie, mentre un secondo gruppo più ampio di Regioni ha previsto un accesso unitario sia per prestazioni sociali che socio-sanitarie (es. Veneto, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, ecc..) – Punto Unico di Accesso[1] [Pesaresi, 2008].

Le differenze tra i PUA sono determinate anche da altri fattori.

Sul piano organizzativo si possono distinguere due tipologie di PUA: la prima lo considera un luogo fisico in cui si concentrano le attività tipiche di un servizio di accesso, mentre la seconda lo considera un sistema di rete in cui la funzione del servizio risiede nella governance di tutti i punti di contatto con i cittadini.

Sul piano processuale alcuni PUA agiscono in una logica prestazionale in cui prevalgono meccanismi di stampo burocratico mentre altri sono contraddistinti da logiche processuali per garantire la continuità delle cure. Questa tematica è collegata a quella più generale legata al rischio di creare un modello dove non ci sia coerenza tra la progettazione concettuale e l'applicabilità: il passaggio tra i due modelli è un cambiamento radicale e in alcune esperienze si è riscontrata una resistenza al cambiamento da parte degli operatori.

[1] L'esperienza di questo secondo gruppo di Regioni può essere vista come l'evoluzione più complessa della Porta unica sociale poiché coinvolge un maggior numero di attori e di responsabilità e delle tipologie di prestazioni più complesse: per questo motivo le esperienze presenti sul nostro territorio nazionale sono ancora sporadiche e poco numerose.

Vincoli ed opportunità

Il primo vincolo è rappresentato dall'eterogeneità delle esperienze regionali, non sempre chiaramente identificabili, e la conseguente assenza di esperienze generalizzate e di confronto tra le diverse realtà: si pone quindi un problema di eterogeneità qualitativa e quantitativa (in alcune regioni c'è, in altre non c'è; in alcune regioni la porta sociale è unificata a quella sanitaria, in altre no): il settore dei servizi sociali è caratterizzato da forti squilibri territoriali sia intra che inter regionali che non garantiscono i livelli di equità territoriale nell'accesso ai servizi.

Un secondo vincolo riscontrato è la difficoltà nel definire chiaramente le funzioni che deve svolgere il Punto Unico di Accesso poiché talvolta nelle Regioni sono state inserite in essa delle funzioni non proprie che rendono ancora più complicata la gestione delle stesse.

Questo assetto organizzativo deve comunque essere considerato come un momento di passaggio, un'opportunità che prevede lo sviluppo di un sistema strutturato attraverso accordi operativi con le aziende sanitarie per unificare l'accesso vero e proprio ai servizi sociali e socio-sanitari: questi interventi possono essere l'input per la trasformazione dell'assetto dei servizi già esistenti.

Per utilizzare le informazioni in modo integrato è necessario il potenziamento e lo sviluppo degli strumenti informativi e delle strutture tecnologiche e lo sviluppo di capacità di condivisione delle informazioni.

3. Le modalità di valutazione del livello di non autosufficienza

I processi di valutazione del livello di non autosufficienza comprendono sia gli organismi cui compete la funzione valutativa (composti da figure professionali di diverso tipo) e gli strumenti tecnici da essi utilizzati.

Nelle Regioni dove il FNA è stato istituito o è in corso di definizione, si rileva una certa disomogeneità per quanto riguarda entrambi gli aspetti sopra citati.

Per quanto riguarda gli organismi di valutazione delle condizioni di non autosufficienza risulta esserci un'elevata disomogeneità che conferma quanto le Regioni si stiano concentrando su questi interventi. Si trova quindi un'ampia varietà tra le tipologie di commissioni chiamate a valutare la condizione dell'anziano, che possono differire sia per numerosità (da due componenti in Liguria, Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Abruzzo, Molise; a sette componenti, in Piemonte e in Sicilia), che per tipologia di componenti al loro interno. Inoltre in alcuni casi l'Unità di Valutazione è costituita da un numero di componenti fisso, mentre in altre Regioni ad un nucleo fisso si aggiungono di volta in volta figure professionali diverse.

Per quanto riguarda invece gli strumenti di valutazione, alcune Regioni, come il Friuli Venezia Giulia, hanno dato autonomia ai distretti e agli operatori nella loro applicazione, pur definendo a livello regionale criteri uniformi per l'accesso alle prestazioni. Altre invece, come la

Sardegna, la Toscana e il Veneto, hanno stabilito procedure di valutazione applicate in modo uniforme in tutto il territorio.

Inoltre diverse regioni hanno sperimentato nuove modalità di valutazione delle condizioni della persona anziana attraverso l'introduzione di apposite schede. In Abruzzo, Basilicata e Calabria si utilizza la VAOR; in Veneto e in Puglia la SVAMA; in Lombardia la SOSIA. Ed ancora in alcune realtà regionali, come ad esempio il Veneto e la Lombardia, sono stati introdotti altri strumenti, come la scheda per la valutazione della condizione dei disabili adulti.

Se alcune dimensioni accomunano le schede di tutte le Regioni (es. la cura della persona, la capacità di mobilità, i disturbi cognitivi, ecc…), altre invece sono proprie solo di alcune realtà (condizioni sensoriali, abilità strumentali, ecc..) creando cosi forti differenziazioni regionali.

Vincoli ed opportunità

Le amministrazioni regionali, o talvolta addirittura quelle locali, hanno sviluppato dei sistemi propri di valutazione del bisogno e di utilizzo delle risorse poichè a livello nazionale non esistono criteri precisi e condivisi e non vi sono direttive unitarie. Ciò costituisce un vincolo importante poiché ha reso più diffusa la disomogeneità nell'accesso ai servizi e ha creato in alcune situazioni difficoltà di comunicazione con gli utenti.

L'utilizzo di diversi criteri di valutazione rischia, inoltre, di creare delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi e l'esclusione di alcune categorie.

Un forte vincolo è rappresentato dal fatto che, la complessità degli interventi richiede a volte l'intervento di diversi soggetti con diverse professionalità. Ciò ha un costo elevato che si scontra con la scarsità delle risorse del periodo attuale.

La valutazione multidimensionale può avere un ruolo importante in sede di programmazione ed erogazione dei servizi, per gestire con efficacia ed equità le risorse scarse disponibili.

4. Le caratteristiche della domanda

Questo paragrafo prende in esame gli strumenti realizzati a sostegno della crescente domanda: si tratta, in primo luogo, dei trasferimenti monetari ma, più in generale, delle misure di supporto alle famiglie nell'assistenza agli anziani, attraverso, ad esempio, la formazione delle assistenti familiari, utile a garantire un più elevato livello qualitativo di assistenza. Se si considerano i trasferimenti monetari, si può dire che tutte le regioni italiane hanno introdotto questa misura all'interno del loro sistema di welfare. Denominati in molti casi "assegni di cura", sono trasferimenti economici senza vincolo di destinazione, che possono essere utilizzati dalle famiglie nel modo ritenuto più opportuno.

L’importo di questi assegni varia a seconda della realtà regionale presa in esame: si passa dai 515 euro mensili della Provincia di Bolzano ai 200 euro mensili della Regione Veneto. Anche il tasso di copertura, calcolato con riferimento alla popolazione con più di 65 anni, risulta piuttosto variabile: la Provincia di Bolzano presenta un valore superiore al 3%, il Veneto e l’Emilia-Romagna si attestano intorno al 2%, mentre altre Regioni sono sotto allo 0,3%.

In altri casi le regioni hanno invece deciso di introdurre un trasferimento economico vincolato, che assume il nome di “voucher” o di “assegno servizi”, con il quale si deve documentare come sono state spese le risorse erogate. In quest’ultimo caso, le risorse devono essere spese nell’ambito del settore dei servizi agli anziani non autosufficienti. Il caso più evidente è costituito dalla Lombardia in cui il voucher socio-sanitario, il voucher sociale e il buono sociale costituiscono i pilastri della riforma del welfare regionale.

L’introduzione degli assegni di cura si inserisce all’interno di un sistema di welfare nel quale è massiccia la presenza di assistenti familiari, che per una buona parte sono assunte in modo irregolare. Si tratta di donne straniere, che in molti casi dispongono di un basso livello di formazione specifica per l’assistenza agli anziani.

Diverse regioni hanno attuato misure volte a cercare di fare emergere il lavoro nero e regolarizzare le assistenti familiari, come testimonia la crescente diffusione (in Veneto, Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna, recentemente) dei trasferimenti monetari da utilizzare in modo esclusivo per il pagamento dell’assistenza ricevuta dalle assistenti familiari. Nelle Marche, ad esempio, è stato stimato che il 43% dei lavoratori stranieri nell’ambito della cura agli anziani abbia un contratto di lavoro irregolare.

Alcune regioni, inoltre, hanno realizzato interventi di formazione rivolti alle assistenti familiari, in modo da riuscire a garantire alle famiglie un’assistenza qualitativamente più elevata. In Friuli-Venezia Giulia, l’approvazione di una legge regionale specifica sulle assistenti familiari ha previsto al suo interno iniziative di formazione ed aggiornamento del personale addetto all’assistenza familiare; promozione dell’incontro tra domanda e offerta di lavoro, informazione, assistenza, supporto e consulenza; in Emilia-Romagna, è stato normato il “percorso formativo a sostegno della qualificazione dell’assistenza familiare privata a domicilio”, della durata di 120 ore [Pavolini, PSS 14/2006].

Vincoli ed opportunità

Trasferimenti monetari

Gli assegni di cura vengono assegnati con un sistema completamente diverso da quello previsto per l'indennità di accompagnamento. Se all'apparenza questo aspetto può rappresentare un vincolo, in realtà può essere considerato un'opportunità nell'eventuale ottica di una riforma dell'indennità di accompagnamento: tutte le Regioni, infatti, hanno introdotto un trasferimento monetario all'interno del loro sistema di servizi agli anziani non autosufficienti.

All'interno di questa opportunità per lo stato, vi sono però alcuni vincoli da tenere in considerazione. In primo luogo, le disomogeneità dei trasferimenti monetari delle diverse regioni. In alcuni casi, infatti, gli assegni di cura sono misure assai diffuse, che soddisfano un'elevata percentuale di beneficiari; in altri casi sono invece strumenti deboli, spesso inseriti all'interno di un sistema di welfare regionale di tipo residuale (Pavolini, 2006).

In secondo luogo, in alcune regioni il trasferimento monetario viene erogato alla famiglia e non ne viene verificato l'utilizzo; in altre, invece, il trasferimento è specificamente vincolato all'acquisto di servizi. Al di là del giudizio sulla preferibilità dell'una o dell'altra misura, è evidente che questa differenza costituisca un aspetto su cui concentrarsi. D'altra parte, prerequisito dell'introduzione di un trasferimento monetario vincolato all'acquisto di servizi è la presenza dei servizi stessi, cosa non ovvia in alcuni contesti regionali.

Assistenti familiari

Un'opportunità è data dal fatto che in molti casi gli assegni di cura vengono utilizzati per la loro retribuzione delle assistenti familiari (Spano, 2006); contemporaneamente, però, c'è un vincolo costituito dal fatto che, se il trasferimento viene erogato solo per la regolarizzazione della badante, la famiglia lo richiederà solo se la regolarizzazione non risulterà economicamente sconveniente. In molto regioni la diffusione dei trasferimenti vincolati alla regolarizzazione è stata frenata dalla valutazione economica delle famiglie.

Un ulteriore vincolo è costituito dall'eterogeneità e dalla scarsa diffusione delle iniziative di formazione per le assistenti familiari. Questa eterogeneità può essere spiegata dal fatto che la famiglia ha molte difficoltà a riconoscere l'aumento della professionalità dell'assistente familiare attraverso un aumento della retribuzione, principalmente perché il maggior costo non viene percepito come maggiore affidabilità nell'erogazione dell'assistenza.

5. Le tipologie di servizi offerti

Per quanto riguarda l'offerta di servizi, l'introduzione in molte Regioni del Fondo per la non autosufficienza ha determinato un potenziamento o una riorganizzazione dei servizi residenziali e domiciliari e in alcuni casi un incremento delle risorse a disposizione:in Emilia-Romagna, ad esempio, il Fondo ha portato un incremento di risorse cospicuo, finalizzato a realizzare una riforma complessiva delle politiche regionali per i non autosufficienti sia in termini di strategie e percorsi, che in termini di finanziamenti; in Sardegna, invece, l'introduzione del Fondo ha semplicemente messo a sistema gli interventi realizzati fino a quel momento a favore degli anziani non autosufficienti.

Una forte innovazione che si riscontra nella maggior parte delle Regioni riguarda i servizi domiciliari o a supporto della domiciliarità, ovvero prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie erogate direttamente al domicilio della persona anziana o disabile da personale qualificato. I servizi domiciliari mirano a mantenere la persona anziana o disabile a casa propria, sostenendo l'autonomia nella gestione della vita quotidiana e aiutando, laddove presenti, i familiari nella cura. In particolare, il SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) è inteso come un servizio che eroga prestazioni di cura della persona e di aiuto domestico, cui possono aggiungersi la fornitura dei pasti, la lavanderia o altre prestazioni collaterali. Lo sviluppo di questo servizio favorisce il miglioramento della qualità della vita delle persone con limitata autosufficienza e differisce l'ingresso in strutture residenziali. I comuni, attraverso il SAD, nel 2004 hanno assistito poco meno di 200.000 anziani, pari all'1,8% della popolazione di riferimento (tab. 2).

Accanto al SAD, le ASL assicurano le cure domiciliari, che si articolano in diverse tipologie: l'assistenza infermieristica, l'assistenza domiciliare programmata, l'assistenza domiciliare integrata e l'ospedalizzazione domiciliare [Pesaresi, 2007]. Complessivamente, le cure domiciliari assistono il 3,4% della popolazione anziana [Gori, Casanova, 2009].

Tab. 2. Utenti del SAD nelle regioni italiane, 2006

	Anziani residenti	Utenti anziani sad	% anziani assistiti
Piemonte	934.750	13.086	1,4%
Valle d'Aosta	23.932	933	3,9%
Lombardia	1.740.603	31.331	1,8%
Bolzano	75.941	2.962	3,9%
Trento	90.116	2.974	3,3%
Veneto	867.758	14.752	1,7%
Friuli-Venezia Giulia	262.523	6.826	2,6%
Liguria	415.349	4.984	1,2%
Emilia-Romagna	924.636	14.794	1,6%
Toscana	818.413	17.187	2,1%
Umbria	196.487	1.179	0,6%
Marche	333.620	3.003	0,9%
Lazio	967.635	10.644	1,1%
Abruzzo	268.495	6.712	2,5%
Molise	69.100	2.488	3,6%
Campania	851.380	14.473	1,7%
Puglia	671.612	6.044	0,9%
Basilicata	115.161	1.382	1,2%
Calabria	354.197	3.188	0,9%
Sicilia	872.569	30.540	3,5%
Sardegna	274.397	10.427	3,8%
Italia	11.128.674	199.909	1,8%

Le regioni hanno, infine, investito risorse ingenti sullo sviluppo ed il potenziamento dei servizi residenziali. L'indagine ISTAT sui presidi residenziali socio-assistenziali permette di evidenziare il tasso di copertura, calcolato come rapporto tra i posti letto disponibili in strutture per anziani non autosufficienti e la popolazione con più di 75 anni. Risulta evidente la maggiore copertura delle regioni del Nord Italia.

Tab. 3. Utenti delle strutture residenziali per Regione in percentuale rispetto alla popolazione con più di 65 anni, 2005

Regione	Utenti/popolazione > 65 anni
Piemonte	4,52%
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	3,80%
Lombardia	3,07%
Bolzano/Bozen	4,50%
Trento	5,16%
Veneto	3,87%
Friuli-Venezia Giulia	4,27%
Liguria	2,94%
Emilia-Romagna	3,02%
Toscana	1,89%
Umbria	1,10%
Marche	2,36%
Lazio	1,29%
Abruzzo	1,48%
Molise	1,89%
Campania	0,64%
Puglia	0,97%
Basilicata	0,54%
Calabria	0,59%
Sicilia	1,00%
Sardegna	1,10%
TOTALE	**2,33%**

Fonte: ISTAT (2008)

Nel corso degli anni si è, inoltre, modificata la tipologia dei servizi residenziali: a fronte di una riduzione consistente di ricoveri in case di riposo destinate agli autosufficienti, si è verificato un aumento dei ricoveri degli anziani non autosufficienti nelle RSA. Questo fenomeno è andato di pari passo sia con la riconversione e riqualificazione delle vecchie strutture, ma anche all'apertura di nuove strutture.

Se si considera la fotografia al 2005 per regione, le strutture socio-sanitarie sono più diffuse nel nord Italia, mentre le strutture socio-assistenziali sono più diffuse nel centro-sud, a testimoniare la maggiore arretratezza del sistema di welfare delle regioni meridionali (tab. 4).

Tab. 4.Utenti delle strutture residenziali per Regione e per tipologia di struttura, in percentuale rispetto alla popolazione con più di 65 anni, 2005

Regione	% Utenti in residenze socio-assistenziali	% utenti in residenze socio-sanitarie	% utenti in RSA
Piemonte	2,50%	1,38%	0,63%
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	0,22%	2,98%	0,60%
Lombardia	0,09%	0,16%	2,82%
Bolzano/Bozen	0,00%	3,80%	0,70%
Trento	0,02%	0,00%	5,14%
Veneto	0,73%	2,59%	0,55%
Friuli-Venezia Giulia	0,85%	2,78%	0,64%
Liguria	0,17%	2,12%	0,65%
Emilia-Romagna	0,90%	1,89%	0,23%
Toscana	0,38%	0,20%	1,30%
Umbria	0,32%	0,64%	0,14%
Marche	1,01%	0,92%	0,44%
Lazio	0,76%	0,11%	0,42%
Abruzzo	0,45%	0,74%	0,29%
Molise	0,40%	1,46%	0,03%
Campania	0,45%	0,07%	0,12%
Puglia	0,55%	0,38%	0,04%
Basilicata	0,33%	0,21%	0,00%
Calabria	0,17%	0,09%	0,32%
Sicilia	0,42%	0,48%	0,10%
Sardegna	0,55%	0,13%	0,42%
Italia	**0,65%**	**0,84%**	**0,84%**

Fonte: ISTAT (2008)

Vincoli ed opportunità

Servizi residenziali

Un vincolo all'intervento dello stato è costituito dalla notevole differenza nell'offerta di servizi tra le diverse regioni italiane.

L'ampiezza dell'offerta per anziani non autosufficienti può essere misurata sommando i posti delle residenze socio-sanitarie per anziani e delle RSA, come definite dall'indagine ISTAT sui presidi residenziali e semiresidenziali, e poi rapportandola alla popolazione con più di 75 anni, in modo da ottenere un tasso di copertura della popolazione non autosufficiente. Come i dati evidenziano, nel 2005 esiste una differenza notevole tra il livello dei servizi per anziani non autosufficienti nel nord italia (in cui i posti letto sono in media pari al 5,8% della popolazione con più di 75 anni), e nel Mezzogiorno (posti letto pari all'1% della popolazione con più di 75 anni).

Questa enorme differenza non si è, inoltre, ridotta nel tempo dal momento che in tutte le ripartizioni territoriali il tasso di copertura è rimasto pressoché costante. Permane dunque un forte squilibrio territoriale nel tasso di copertura dei servizi residenziali. L'offerta di servizi fatica ad adeguarsi alla crescente domanda di prestazioni per anziani non autosufficienti, come testimonia la presenza di numerose case di riposo, oggi abilitate formalmente ad ospitare anziani autosufficienti.

Nell'Italia meridionale l'offerta di servizi residenziali, già bassa, tende a calare. Questo fenomeno può essere dovuto alle rette elevate a carico degli utenti.

Servizi domiciliari

Un'opportunità per lo stato è data dal fatto che, pur nell'assenza di una legislazione nazionale, tutte le Regioni, pur in tempi e con modalità diverse, hanno approvato una normativa di regolamentazione del SAD.

Analogamente a quanto sostenuto per i servizi residenziali, anche nel caso dei servizi domiciliari un vincolo è costituito dalla distribuzione disomogenea sul territorio nazionale. Un forte vincolo ad uno sviluppo dell'assistenza domiciliare coerente con i bisogni della popolazione anziana è dato dalla mancanza di dati conoscitivi completi, che permettano di effettuare valutazioni sull'utenza presa in carico.

Il vincolo principale è però probabilmente costituito dal fatto che vi sono due modelli di SAD nel panorama dei servizi. Il primo assiste un maggior numero di anziani con una minore intensità assistenziale; il secondo si concentra su di un numero di casi più ristretto ma con maggiore problematicità.

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 6

La porta unica di accesso

di

Giovanni Devastato

Luglio 2010

1. Introduzione

La riforma del sistema di welfare italiano si è andata caratterizzando negli ultimi anni per l'accentuata localizzazione delle politiche e degli interventi e per un deciso impulso all'attivazione di percorsi assistenziali integrati e convergenti di tipo comunitario incrementando sempre più lo sviluppo di un sistema locale di protezione sociale attiva.

In questo senso esso ha assunto una peculiare configurazione territoriale, connotandosi sempre più come "sistema articolato in una filiera organizzata di servizi differenziati" non più basato su misure risarcitorie post-evento ma centrate su azioni generative e proattive mediante la costruzione di "infrastrutture di cittadinanza" localmente disseminate.

L'implementazione di questa nuova logica ha ridisegnato, pertanto, la geografia della cittadinanza sociale in quanto i sistemi locali di welfare diventano luoghi e processi di realizzazione di diritti sociali ad intonazione universalistica e ad impronta comunitaria. E' in questo frame teorico-normativo che assume rilevanza cruciale il nodo dell'accessibilità ai percorsi assistenziali e delle relative strategie di prossimità dei servizi fino ad introdurre un specifica unità di offerta che, nella architettura multilivello del nuovo prisma del welfare, si incardina in quel segmento che assume la denominazione di *welfare dell'accesso*.

Con questa espressione, infatti, si designa un servizio inteso a riorganizzare in modo nuovo e più evoluto le funzioni tipiche del Segretariato Sociale[1], in quanto rappresenta il primo livello di accesso al sistema territoriale dei servizi. Il welfare dell'accesso si configura come l'articolazione microterritoriale di un presidio pubblico nel senso di una *infrastruttura socio-sanitaria di base* del territorio all'interno di un bacino omogeneo di riferimento per generare e sostenere percorsi di cittadinanza inclusiva, supporto sociale e legami comunitari.

In questo senso esso costituisce il dispositivo di base che fa leva sulle risorse e sui potenziali locali per allargare gli spazi di esercizio delle capacità di azione delle persone e delle reti con cui interagisce. Non si tratta, dunque, "*dell'ultimo ritrovato à la page, ma deve essere un segmento fondamentale e rivelatore della reale riorganizzazione dell'intero servizio sociale*"[2].

Nella pratiche correnti su scala regionale si ritrovano diversi riferimenti a sistemi locali di accesso utilizzando svariate formulazioni quali "*porta unitaria di accesso*" o "*porta sociale*" (utilizzata prevalentemente per il settore sociale), "*Punto unico di accesso*" (più riferita ad interventi a carattere sociosanitario) oppure "*Sportello Sociale*" o "*Sportello integrato*". Ne consegue che uno dei primi nodi da sciogliere riguarda l'adozione di una denominazione univoca del dispositivo superando l'attuale giungla lessicale con cui si designano moduli sicuramente affini, ma comunque forieri di implicazioni confusive.

Ci sembra che la formula ormai più utilizzata sulla quale esistono diffusi repertori normativi oltre che un'apprezzabile letteratura scientifica e compilatoria sia quella di **Punto unico di accesso**, detto in acronimo, **PUA**. Già il 24 luglio 2003 in sede di Conferenza Stato- Regioni fu sottoscritta una definizione generale di Pua come di " *un sistema di accoglienza della domanda in grado di*

[1] La formula del Segretariato Sociale nel campo dei Servizi sociali ha una lunga storia: essa nasce prevalentemente con una centratura (quasi esclusiva) sulla componente informativa per evolversi solo successivamente in moduli più complessi. E' per questo motivo che, quando si utilizza questa espressione, bisogna contestualizzarla in una declinazione moderna secondo schemi implementativi avanzati come le *porte unitarie di accesso*; per una sua ricostruzione storica e culturale cfr. Fabbri V.-Lippi A., Il Segretariato Sociale, Carocci Faber, Roma 2007;

[2] Mirabile M.L. (a cura di), La nuova Assistenza, Rapporto Ires – V annualità, Roma , Aprile 2008;

offrire al cittadino l'opportunità di accedere a tutti i servizi della rete locale nello stesso momento, consentendogli di percorrere, a partire da un solo punto di accesso, l'intera rete dei servizi sia sociali che sanitari"

Recentemente un gruppo di Regioni è giunto a stabilire un accordo base, condiviso secondo questa formulazione[3] :

Il punto unico di accesso è una modalità organizzativa, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali non comprese nell'emergenza. Il Pua è costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi ai quali la persona assistita e i suoi familiari devono adempiere.

In entrambe le definizioni si enfatizzano tre aspetti essenziali: lo snodo di *ingresso* ai servizi, l'*unitarietà* del percorso e delle prestazioni, la *semplificazione* dei passaggi da compiere da parte del cittadino.

2. Le maggiori criticità della situazione attuale

Il primo strumento programmatorio che introduce specificatamente questa modalità operativa è stato il Piano sociale nazionale (DPR 3/5/2001) che prevede l'istituzione in ogni ambito sociale territoriale di una porta unitaria di accesso al sistema dei servizi con la finalità di garantire:

- unitarietà di accesso;
- capacità di ascolto;
- informazioni complete ai cittadini in merito ai diritti, alle prestazioni e alle modalità di accesso ai servizi;
- funzione di orientamento;
- funzione di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse del territorio;
- funzione di filtro;
- funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi.

Successivamente col *DPCM 29 novembre 2001* sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza con lo scopo di garantire anche l'equità dell'accesso all'assistenza.

Il *DM 10 luglio 2007* sugli obiettivi prioritari del PSN 2006-08 ha previsto la sperimentazione delle Case della Salute con Sportello unico di accesso per la presa in carico dei pazienti. La *legge finanziaria 2007* ha attivato il Fondo nazionale per le non autosufficienze e il *DM (Solidarietà Sociale) 12 ottobre 2007*, nel ripartire tra le Regioni le relative risorse per l'anno 2007, ha fissato alcune priorità tra cui "

[3] Riprendiamo questa definizione perché già oggetto di confronto e condivisione tra nove Regioni italiane (Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Calabria, Sardegna) nel quadro di una Ricerca finalizzata a cura di Agenas, *"Punto unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale"*, in I Quaderni di Monitor- 2° Supplemento al n.. 21/2008, p.13;

la previsione o il 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". L'impianto è stato sostanzialmente confermato nel D.M. del 6 agosto 2008 pubblicato in G.U. n. 261 dell'1.11.2008 recante *il riparto del Fondo per le non Autosufficienze per gli anni 2008 e 2009.*

Vi è stato, poi, l'Accordo approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 25 marzo 2009 che stabilisce gli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per il 2009 con le relative risorse finanziarie. Tra gli obiettivi indicati vi è anche quello relativo alla Non Autosufficienza per la quale si propone l'incremento e la costituzione, in ambito territoriale, dei Punti unici di accesso, attraverso un rinnovato impulso alle pratiche di accoglienza, ascolto, definizione del piano personalizzato di cura e di verifica degli esiti degli interventi.

Ultimo, in ordine di tempo, è l'Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni relativo al "*Nuovo Patto per la Salute 2010-2012*" (23 ottobre 2009) e la sua definitiva approvazione da parte della Presidenza del Consiglio dei Ministri (3 dicembre 2009) che prevede il rifinanziamento del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza di € 400 milioni per l'anno 2010. Tale complesso di interventi si muove nella direzione di salvaguardare l'approccio universalistico affinché le persone e le famiglie, in particolare quelle con situazioni di bisogno più acuto o in condizioni di maggiore fragilità, siano messe in grado di poter accedere ai servizi e alle misure disponibili.

A fronte, però, della crescente attenzione a livello nazionale e di una significativa diffusione su scala regionale, registriamo ancora una notevole disomogeneità degli stili attuativi di questo dispositivo nei diversi contesti locali dove queste nuove direttrici di azione trovano modalità applicative diversificate[4]. Infatti un primo gruppo di regioni ha previsto porte d'accesso alle sole prestazioni sociali mentre un secondo gruppo di regioni, più ampio, ha previsto porte unitarie d'accesso alle prestazioni sociali e sociosanitarie.

In ogni caso, per quanto riguarda la normativa specifica sui Pua, la situazione nelle singole Regioni è la seguente:

[4] Cfr. Mirabile M.L. (2008), op. cit., in cui si evidenzia empiricamente questa difformità, dovuta alla "presenza di una pluralità multiforme di porte di accesso formali ed informali, sovente sostitutive di una dotazione essenziale di base per il sistema territoriale di riferimento, individuabili molto spesso grazie solo a contatti interpersonali piuttosto che sulla base di informazioni e prassi codificate";

Regioni	Denominazione	Riferimento principale
Abruzzo	Punto Unico di Accesso	PSR 2008 -2010 e Piano sociale reg. 2007 -09
Basilicata	Sportello Unico di accesso ai servizi socia li e sanitari	L.R. 14 .2.2007 n. 4 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale ". L.R. 1.7.2008 n. 12 di riordino del SSR.
Campania	Porta Unitaria di Accesso	DGR n. 2006 del 2004
Calabria	Punto Unico di Accesso	Piano reg. per la salute 2004 -06
Emilia -Romagna	Punto Unico di Accesso, Sportello Sociale	PSSR 2007 -2009; DGR 8.2.1999, n. 124 (cure domiciliari) - Del. 432/08
Friuli V. Giulia	Punto Unico Accesso	Piano san. e sociosanitario reg. 2006 -2008
Lazio	Punto Un ico di Accesso	D.G.R. n. 433 del 2007 ; D.G.R. 28.01.2008, n. 40 strumento di valutazione multidimensionale regionale.
Liguria	Sportell o Integrato Sociosanitario	L.R. 24.5.2006, n. 12; Piano sociale integrato reg. 2007 -2010
Marche	Punto Unico di Accesso	PSR 2007 -2010
Piemonte	Sportello Unico di Accesso ai servizi sociosanitari	PSSR 2007 -2010 e DGR 28 .7.2008 sul Fondo per la non a utosufficienza (risorse per Sportelli unici)
Puglia	"Porta unica di accesso" ai servizi sociali e sociosanitari	PSR 2008 -2010; L.R. 3.8.2006 n. 25 "Principi e organizzazione del SSR"; L.R. 10.7.2006 n. 19 sul sistema integrato dei servizi sociali.."
Sard egna	Punto unico di accesso	Piano socio -san. r eg. 2006 -08 e DGR n. 8/16 del 21.02.2006
Sicilia	Sportello unificato di accesso (Punt o unic o di accesso)	Decreto Presidenziale 4.11.2002 - Linee guida per la redazione dei Piani di zona 200 1-03, in attuazione della L. 328/2000".
Toscana	Punt o un ico di accesso e Punti Insieme	*Prog. per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente- sett.08*
Umbria	*Centri di salute e Uffici della Cittadinanza* con funzioni di PUA	Piano regionale integrato per la non Autosufficienza 8/6/08 - -
Veneto	Sportello integrato	D.G.R. n 39/2006 "Il sistema della domiciliarità. Disposizioni applicative "

Fonte: (adattato da Banchero A., Il Punto unico di accesso nelle realtà regionali, slide presentata al Convegno Agenas, "Punto unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale", Roma, 1 ottobre 2008)

Perciò, ai fini di una delineazione chiara del profilo del servizio, può essere di aiuto una decantazione terminologica: con il termine di "*Porta sociale*" ci riferiamo a quei servizi che, all'interno di una pluralità di declinazioni territoriali,[5] si occupano dell'accesso alle sole prestazioni sociali mentre con il termine "*Punto unico di accesso*" (Pua) designeremo quei servizi che si occupano di accesso alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie.[6]

Il presente Paper, per le sue specifiche finalità miranti a codificare servizi che riguardano il trattamento degli stati di non autosufficienza, assumerà la seconda dizione (cioè Pua) in considerazione sia della peculiarità dei bisogni intercettati che della complessità organizzativa dei percorsi da attivare vincolati all'imperativo dell'integrazione socio-sanitaria.

Pertanto, come osservato in precedenza, non esistendo uno schema di indirizzi omogenei a livello centrale, lo scenario nazionale è contrassegnato da una molteplicità diversificata di pratiche sul terreno, per di più ancora in fase sperimentale, per cui siamo lontani da un modello condiviso tale da costituire un quadro di riferimento uniforme in grado di orientare i decisori verso un design riconoscibile e sostenibile di servizio. Tale configurazione "ad assetto variabile" presenta

[5] Richiamiamo, in questa sede, solo alcune delle denominazioni più note: Uffici della cittadinanza, Sportelli Sociali, Uffici di promozione sociale, moduli avanzati di Segretariato Sociale, ecc.

[6] Pesaresi F., La Porta sociale: le tendenze in Italia in Prospettive Sociali e Sanitarie, n.18 – 15 ottobre 2008

inevitabilmente una serie di criticità la cui analisi ci consente di rilevare le principali distonie che ci serviranno per enucleare le possibili ipotesi di cambiamento.

In primo luogo occorre rilevare una *marcata multiformità delle pratiche di sperimentazione in atto* tale da generare forti squilibri territoriali fra le regioni ma anche dentro le regioni (**criticità 1**); inoltre, vi sono ancora aree del Paese (in particolare nel Mezzogiorno) in cui stentano a partire questi nuovi dispositivi per cui vi è il concreto rischio della mancata garanzia dei livelli di equità territoriale nell'accesso ai servizi (**criticità 2**)**.**

L'altro grappolo di questioni riguarda, invece, l'assetto interno del servizio ancora estremamente differenziato sia per quanto riguarda l'impianto organizzativo che i processi di lavoro. Sul piano organizzativo riscontriamo ancora una certa variabilità dovuta alla presenza di almeno due schemi tipologici (**criticità 3**): il primo, per il quale il Pua è essenzialmente un *luogo fisico*, chiaramente identificabile, in cui si concentrano tutte le attività tipiche di un servizio di accesso (*modello strutturale*); il secondo, si configura piuttosto come una *modalità organizzativa* basata su un modello di "sistema di rete" in cui la funzione del servizio risiede nella strutturazione integrata e nella governance di tutti i punti di contatto con i cittadini in una logica prevalentemente di *meta-office*[7] (*modello funzionale/reticolare*).

Anche sul piano dei processi di lavoro non mancano sensibili differenze (**criticità 4)** riconducibili sostanzialmente a due aspetti: gli approcci tecnico-metodologici e le funzioni specifiche del Pua.

Sul primo punto, due sono le evidenze di maggiore rilievo: da una parte una logica strettamente *prestazionale* in cui prevalgono ancora meccanismi procedurali di stampo burocratico che segmentano il percorso in passaggi puntiformi; dall'altra, una visione *processuale* secondo cui l'aspetto fondamentale è la garanzia della continuità delle cure all'interno di un sistema di appropriatezza dei regimi assistenziali.

Per quanto riguarda le funzioni, invece, l'elemento differenziale nelle pratiche correnti consiste nella presenza o meno della presa in carico del soggetto da parte del punto di accesso: alcuni modelli si collocano in un' ottica di "sistema" secondo cui il Pua costituisce *il luogo di attivazione e non di erogazione* della filiera integrata dei diversi passaggi interconnessi che garantiscono la continuità assistenziale: dalla Segnalazione, alla Valutazione multidimensionale (UVM), alla predisposizione del Progetto Individualizzato con individuazione del case/care Manager fino alla Presa in carico; l'altro modello, invece, ritiene il Pua già lo strumento per la strutturazione della presa in carico in una logica di welfare "pesante" in cui non si distingue il momento dell'accoglienza e dell'accesso da quello dell'intervento e delle azioni di care.

Da qui la difficoltà a ricondurre ad una rappresentatazione omogenea e coerente "*le scelte che i territori hanno fatto sul tema dell'accesso, anche perché, a fronte di riferimenti regionali diffusi, ambiti territoriali e distretti sanitari hanno provveduto ad attivare l'accesso unitario innestandolo sul sistema pre-esistente*[8]". Se questa è, in una lettura sintetica, la fenomenologia prevalente, bisogna attrezzarsi per superare l'attuale frammentazione delle pratiche per riconoscersi in un quadro di standards condivisi.

---

[7] In riferimento allo schema organizzativo *a tre lines* (front-office, back-office e meta-office) cfr. Devastato G., Un percorso di innovazione sociale: gli uffici della Cittadinanza in Umbria in *La Rivista del Servizio Sociale –ISTISS* n. 2/2008;

[8] Cicoletti D., Il percorso assistenziale, in Gori C. (a cura di), Le riforme regionali per i non autosufficienti, Carocci Editore, Roma 2009;

3. Le ipotesi di cambiamento e le loro ragioni

Nel panorama nazionale non troviamo un modello univoco di Pua bensì diverse configurazioni sperimentali riconducibili a quattro possibili scenari distintivi di seguito presentati e discussi. Lo spettro delle ipotesi considerate è ricavato, con alcuni aggiustamenti, dalla ricerca documentale e dall'approfondimento metodologico-organizzativo delle sperimentazioni locali in varie realtà regionali e segnatamente seguendo l'ordine dei modelli presentati con l'esclusione (per ovvi motivi) della prima ipotesi : Marche (ATS XX- ASUR, Z.T. 11), Sardegna (ASL 8 di Cagliari), Toscana (SdS Area Fiorentina).

1. Mantenimento della situazione attuale che non prevede alcun cambiamento;
2. il modello reticolare secondo cui il Puaè una modalità generale di accoglienza territoriale;
3. Il modello sistemico secondo cui il Pua è anche luogo specifico della presa in carico;
4. il modello struttural-funzionale secondo cui il Pua rappresenta una "macrofunzione complessa" in termini di snodo degli interventi integrati.

I criteri seguiti per la costruzione degli scenari si riferiscono fondamentalmente a tre dimensioni:

1. il *target* di riferimento e le *tipologie* di offerta: in base a questo criterio il Pua può avere o un'impronta *generalista,* in quanto prevede un accesso universale per tutta la popolazione all'insieme complessivo del sistema di offerta disponibile, o una connotazione *settoriale,* perché rivolto prevalentemente a fasce di popolazione ben definite da indirizzare verso tipologie specifiche di servizi, come nel caso della Non Autosufficienza (*modello dell'accettazione territoriale*);

2. la complessità *dell'articolazione organizzativa interna*: questo criterio riguarda la presenza o meno nel Pua della fase della presa in carico strettamente intesa non solo come primo avvio ma attivazione diretta e gestione del processo assistenziale (*modello sistemico*);

3. la *dislocazione territoriale* del Pua che può essere di due tipi: una, di tipo *strutturale,* che prevede delle sedi fisiche dedicate, visibili e facilmente raggiungibili e l'altra, in un'ottica più *funzionale*, nella quale l'unitarietà del sistema è data dalla interconnessione funzionale di diverse postazioni di acceso diffuse sul territorio, connotandosi piuttosto come una modalità organizzativa con funzioni complesse e non solo come postazione fisica di tipo frontale (*modello struttural-funzionale*).

3.1. Ipotesi 1: mantenimento della situazione attuale

La proposta

Una prima ipotesi non prevede alcun cambiamento, mantenendo sostanzialmente lo status quo. Sotto questo aspetto il livello centrale si limita a proporre indicazioni programmatorie ed operative non vincolanti e a monitorare le diverse situazioni esistenti in modo da avere una panoramica dei singoli modelli regionali. Pertanto alle singole Regioni è lasciata la responsabilità di emanare *Linee guida* per l'attivazione e il funzionamento dei Pua sul proprio territorio.

Elementi di discussione

La motivazione principale di questa opzione risiede nelle difficoltà da parte del governo statale ad aumentare le risorse a disposizione della spesa socio-sanitaria e nella necessità di responsabilizzare le Regioni che di tale spesa hanno competenza. Contro questa ipotesi, invece, stanno tutte le ragioni già riportate nella parte relativa alle principali criticità da cui si evince il rischio di una ricaduta negativa in termini di uniformità dei percorsi, universalità delle risposte e trasparenza delle azioni con conseguente disomogeneita' degli stili attuativi nei contesti regionali.

Ipotesi 1: griglia valutativa

Dimensione	**Punti di forza e di debolezza**
Finanza pubblica	tiene conto delle compatibilità di bilancio
Efficacia	non supera le criticità attuali
Equità	nessun impatto
Differenze territoriali	non riduce le differenze territoriali
Fattibilità	semplice
Welfare futuro	depotenzia la necessità di istituire, dentro una visione universalistica e solidale, un sistema unitario di accesso alla rete dei servizi sociosanitari per i cittadini

3.2. Ipotesi 2: modello reticolare

La proposta

Questo modello si caratterizza per una diffusa articolazione nel territorio di nodi di accesso all'interno di una modalità organizzativa che prefigura una forte sinergia tra settore pubblico e risorse locali. Una siffatta logica di Pua, a struttura disseminativa, si declina attraverso dei *Punti di Accoglienza Territoriale* (detti anche *Punti di Accettazione Territoriale*) insediati in un sistema che si avvale di più risorse e reti sul piano clinico-terapeutico, psico-sociale e solidaristico per rispondere ai bisogni multidimensionali delle persone che accedono ai servizi.

Mission

In questa ipotesi il Pua è un *sistema a rete* rivolto a persone fragili sia sotto il profilo dei bisogni di salute che sotto quello del disagio sociale non compresi nell'emergenza e rappresenta il servizio di primo livello a disposizione del cittadino con l'obiettivo di:

- ricondurre ad unità accessi ed interventi parcellizzati da parte dei servizi nel campo delle prestazioni sanitarie, sociali, socio-sanitarie;
- semplificare le procedure burocratico-amministrative;
- garantire ascolto del cittadino per una opportuna e accurata decodifica della domanda;
- garantire l'attivazione del percorso a seconda delle necessità (bisogni semplici o complessi);
- favorire l'interazione e l'integrazione tra Enti diversi.

Funzioni

Le funzioni cardine di questo modello sono:

- accoglienza (Ascolto, Informazione, Accompagnamento);
- orientamento;
- raccolta delle segnalazioni;
- gestione della domanda mediante attivazione diretta di prestazioni in relazioni a bisogni semplici, di gestione delle pratiche e delle procedure amministrative;
- avvio della presa in carico e integrazione con i servizi della rete territoriale e ospedaliera.

Attività

In questo modello il PUA svolge le seguenti attività:

- registrazione dell'accesso;
- decodifica della domanda;
- analisi del bisogno;
- valutazione del livello di complessità del bisogno;
- apertura di una cartella dell'assistito per la prima istruttoria del caso;
- segnalazione del caso complesso con trasmissione di informazioni all'UVM;
- definizione dei percorsi di accompagnamento;
- invio del cittadino ai servizi di competenza.

Nel Pua, pertanto, si effettuano sia la raccolta di informazioni sul caso sia le prime azioni valutative per la distinzione tra bisogni semplici (che richiedono una risposta assistenziale monospecialistica) e complessi (che richiedono interventi sociosanitari di tipo multiprofessionale).

La responsabilità del sistema è in capo alla Direzione del Distretto sanitario e alla Dirigenza (Coordinatore/Responsabile) della Zona Sociale che svolgono entrambi la funzione di regia organizzativa per l'attivazione e il raccordo sia con gli altri organi del governo della domanda (attraverso una programmazione specifica delle attività) sia con i diversi professionisti coinvolti predisponendo procedure e strumenti di tipo strutturale e telematico. In questo caso, un fuoco particolare va rivolto all'attività di formalizzazione di rapporti collaborativi di tipo interistituzionale

attraverso l'adozione di atti vincolanti che incidano sulle singole Organizzazioni (Convenzioni, Protocolli, Accordi, ecc.).

Personale (*una sede per ambito distrettuale)*

- 2 assistenti sociali;
- 1 infermiere professionale;
- 1 amministrativo;
- Apertura: *6 h. al giorno per 6 gg. Settimanali.*

3.2.1. Il percorso attuativo

Primo anno:

- coinvolgimento degli Enti istituzionalmente competenti e predisposizione del piano programmatico delle attività attraverso la regia congiunta del Direttore di Distretto e del Responsabile della Zona sociale;
- formazione del personale;
- progettazione di un sistema informatico gestionale.

Secondo anno:

- organizzazione di strumenti procedurali, organizzativi e telematici;
- iniziative informative e di comunicazione sociale;
- predisposizione degli strumenti stipulativi per gli Accordi istituzionali;
- individuazione dei nodi di accesso territorializzati e loro progressiva apertura;

Terzo anno:

- formalizzazione degli Accordi per l'attivazione della rete multimodale di accesso;
- iniziative informative e di comunicazione sociale;
- apertura a regime dei nodi di accesso.

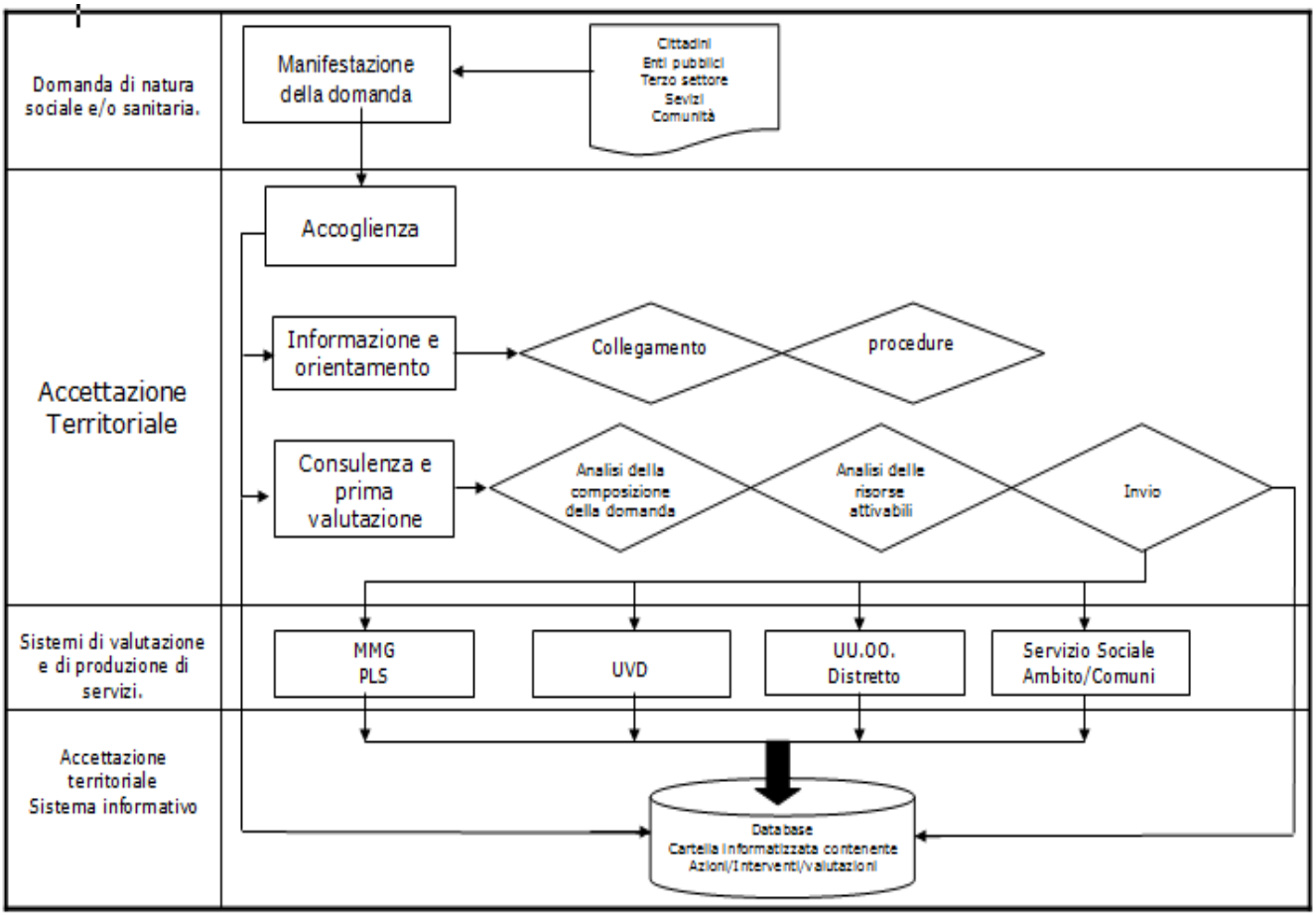
3.2.2 Elementi di riflessione

Il punto di forza del modello risiede nella sua valenza fortemente territorializzata attraverso l'innesco di densi scambi di rete in un'ottica di network governance. Infatti, questo caso fa riferimento all'architettura sistemico-istituzionale per la governance dell'integrazione socio-sanitaria previsti all'interno dei Programmi delle Attività territoriali (*Pat*) e dei Piani di zona (*Pdz*) che vanno declinati in un'ottica programmatoria congiunta secondo uno schema unificante e

convergente così come previsto dalla normativa di riferimento (art. 3-quater D.Lgs. 229/99 e art.19 L.328/00). Pertanto, il Pua è espressione di una precisa pianificazione strategica che pone al centro il sistema locale di welfare all'interno di una pluralità di attori e nella globalità delle sue risorse. In tale prospettiva vengono individuate in modo puntuale le funzioni di regia e di governo allocate alle due figure chiave del nuovo welfare localizzato: il Responsabile della Zona Sociale e il Direttore del Distretto sanitario.

Restano più nell'ombra alcuni aspetti sia di organizzazione interna, come, ad es., l'articolazione in front-office e back-office, che di gestione operativa quali l'attivazione della presa in carico e le modalità di accompagnamento delle persone nel loro percorso assistenziale.

Diagramma di flusso del modello di accettazione territoriale



Dimensione	Punti di forza e di debolezza
Finanza pubblica	richiede un parziale investimento aggiuntivo
Efficacia	consente di raggiungere un numero elevato di potenziali utenti
Equità	è garantita dalla capillarità dei nodi di accesso
Differenze territoriali	aiuta le regioni con minore offerta a dotare il territorio di modalità ravvicinate di accesso sviluppando un sistema integrato di accesso
Fattibilità	- è condizionata dalla rigidità del vincolo di spesa - dipende dalla dotazione di capitale sociale del territorio
Welfare futuro	va nella direzione di costruire un welfare dell'accesso mediante strategie di prossimità territoriale dei servizi

IPOTESI DEI COSTI ECONOMICI

Ipotesi 2: un Pua per Ambito distrettuale

N.B. Visti gli orari di apertura, ipotizzo che il personale sia dedicato a tempo pieno alla struttura.
Si considera un Pua ogni 30.000 abitanti, approssimando al numero intero più vicino.

Regione	Popolazione 1/1/2009	Distretti previsti 2009	Popolazione per distretto	Numero di Pua per distretto (1 Pua ogni 30000 abitanti)	Numero pua complessivo	Assistenti sociali	Amministrativi	Infermieri	Costo totale annuo
Piemonte	4.438.402	58	76.524	3	174	2	1	1	20.699.035
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	127.311	4	31.828	1	4	2	1	1	475.840
Lombardia	9.715.434	86	112.970	4	344	2	1	1	40.922.231
Trentino-Alto Adige (a)	1.018.293	33	30.857	1	33	2	1	1	3.925.679
Veneto	4.879.752	53	92.071	3	159	2	1	1	18.914.636
Friuli-Venezia Giulia	1.229.750	20	61.488	2	40	2	1	1	4.758.399
Liguria	1.611.626	19	84.822	3	57	2	1	1	6.780.718
Emilia-Romagna	4.323.915	38	113.787	4	152	2	1	1	18.081.916
Toscana	3.708.189	34	109.064	4	136	2	1	1	16.178.556
Umbria	893.075	12	74.423	2	24	2	1	1	2.855.039
Marche	1.567.169	24	65.299	2	48	2	1	1	5.710.079
Lazio	5.608.229	55	101.968	3	165	2	1	1	19.628.396
Abruzzo	1.329.585	25	53.183	2	50	2	1	1	5.947.999
Molise	320.802	7	45.829	2	14	2	1	1	1.665.440
Campania	5.793.857	72	80.470	3	216	2	1	1	25.695.354
Puglia	4.075.729	48	84.911	3	144	2	1	1	17.130.236
Basilicata	589.516	7	84.217	3	21	2	1	1	2.498.159
Calabria	2.009.221	35	57.406	2	70	2	1	1	8.327.198
Sicilia	5.022.863	55	91.325	3	165	2	1	1	19.628.396
Sardegna	1.666.403	23	72.452	2	46	2	1	1	5.472.159
TOTALE	59.929.121	708	84.646	3	2062	2	1	1	245.295.465

Fonti: il numero di distretti è tratto da Agenas, “Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane”, 2009, pg. 29. La popolazione è tratta da demo.istat.it (proiezioni della popolazione, scenario centrale)

Tab. 1. Criteri per il calcolo del costo del personale

Assistente sociale: qualifica D1 comparto autonomie locali, CCNL 2009				
Retribuzione tabellare	tredicesima	contributi datore di lavoro	TFR	Totale
21166,71	1763,8925	5503,3446	1584,504633	30018,45173
Amministrativo: qualifica C1 comparto autonomie locali, CCNL 2009				
Retribuzione tabellare	tredicesima	contributi datore di lavoro	TFR	
19454,15	1621,179167	5058,079	1456,305245	27589,71341
Infermiere: qualifica D, comparto sanità 2009				
Retribuzione tabellare	tredicesima	contributi datore di lavoro	TFR	
22093,88	1841,156667	5744,4088	1653,911034	31333,3565
Istruttore direttivo amministrativo: qualifica D1, comparto sanità 2009				
Retribuzione tabellare	tredicesima	contributi datore di lavoro	TFR	
22903,07	1908,589167	5954,7982	1714,485648	32480,94302
UdV				
Costo orario (=costo visita, perché si assume che ogni visita duri un'ora)				
100				

3.3. Ipotesi 3: Il modello sistemico

La proposta

Il Pua, in questa fattispecie, rappresenta un nuovo modello d'assistenza, basato sulla cosiddetta "*presa in carico*" della persona nella complessità e globalità dei bisogni, non solo del singolo ma anche della famiglia e del contesto di riferimento.

Esso si fonda sull'accoglienza delle persone in base ai principi di equità ed unitarietà: l'equità è intesa come garanzia dell’accesso ai servizi ai soggetti più deboli e fragili anche in termini di raggiungibilità, orari di apertura e accoglienza; l'unitarietà dell’accesso si realizza invece attraverso l'integrazione tra gli interventi sanitari e sociali, grazie alla concentrazione in un'unica sede delle prestazioni di cui necessita il soggetto fragile. Così inteso, il Punto Unico di Accesso segna il passaggio da una logica in cui il paziente è "libero" di scegliere tra le offerte sanitarie presenti, ma deve trovare da sé la soluzione più adatta al suo problema, ad una logica in cui spetta ai servizi il compito di dare una risposta complessiva integrata: il paziente, infatti, viene informato sull'offerta dei servizi disponibili e indirizzato verso quello più adatto, attraverso l'elaborazione di un progetto personalizzato.

Mission

Secondo questa ipotesi, il Punto Unico d'Accesso è il luogo dove ogni cittadino può rivolgersi per ottenere informazioni relative ai servizi, alle prestazioni erogate, alle modalità e ai tempi di accesso. E' gestito da uno staff di operatori che ascoltano e analizzano i bisogni dell'utente e dei familiari, individuando con loro il percorso terapeutico più adatto e accompagnandoli in ogni fase del setting assistenziale.

Ne deriva che il Pua garantisce anche *la presa in carico globale* del soggetto "fragile": un luogo al quale fare riferimento per trovare soluzioni alla complessità del suo bisogno di salute e di assistenza.

Funzioni

Il Punto Unico d'Accesso rappresenta lo snodo di riferimento per il paziente e i suoi familiari che hanno necessità di formulare una domanda di assistenza. A volte quest'ultima viene posta in maniera imprecisa e non esprime la reale necessità. Sarà quindi compito del servizio, una volta avvenuto il contatto con l'utente, "decodificare" la sua richiesta per identificare il bisogno in maniera quanto più realistica possibile e per trovare la soluzione più adatta.

Quando il problema rilevato è di bassa complessità, gli operatori intervengono prendendo le decisioni ritenute più appropriate al caso; se, invece, il bisogno si rivela complesso, interviene l'UVM, che indirizza i cittadini ai servizi più appropriati per la predisposizione del percorso terapeutico più idoneo, stabilito nel dettaglio e concordato con l'assistito e con la famiglia, per l'erogazione delle prestazioni previste all'interno della rete sociosanitaria.

In questo caso, la funzionalità del Pua è garantita dal fatto che tutti i professionisti coinvolti accedono a un sistema contenente la scheda completa di ogni paziente, i dati anagrafici, i riferimenti del medico curante e della famiglia, e i servizi sociosanitari in essere. Questa procedura consente la conoscenza immediata e totale della situazione dell'assistito, assicurando quindi la piena uniformità nella successiva rilevazione del bisogno, nella progettazione di un intervento personalizzato, nella programmazione delle attività, nella gestione delle responsabilità e infine nella verifica dei risultati.

La specificità del paziente anziano e/o non autosufficiente, affetto da varie patologie concomitanti, dove lo stato funzionale, la qualità di vita e la prognosi dipendono anche da fattori come la condizione cognitiva-neuropsicologica e la situazione economica, sociale ed ambientale necessita, da un punto di vista clinico, dell'integrazione di servizi sanitari e sociali finalizzati a realizzare piani di intervento individuali.

Attività

Il flusso delle attività[9] si snoda su due assi: i bisogni semplici e i bisogni complessi. Nel primo caso, in presenza di bisogni sanitari semplici, la presa in carico è effettuata dal MMG, dal PLS e dai medici della continuità assistenziale; quando, invece, sono in gioco bisogni sociali

[9] Questa parte fa riferimento al modello (riferito all'ASL 8 di Cagliari) presentato da Frau G., *Il punto unico di accesso come modello organizzativo per la presa in carico delle persone* in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 18 – 15 ottobre 2008

semplici interviene il Servizio Sociale Professionale con l'offerta dei suoi percorsi socio-assistenziali.

Nel secondo caso, trattandosi di bisogni complessi a rilievo sociosanitario, si attiva l'èquipe interprofessionale che procede alla UVM per la definizione del setting assistenziale all'interno di una tempistica ben definita.

Considerata la natura integrata e sistemica del modello, le attività/processi si svolgono in maniera sequenziale e coordinata secondo queste fasi:

- accoglienza a livello di primo front-office per la decodifica della domanda;
- approfondimento della domanda, individuazione del bisogno e definizione del problema a livello di secondo front-office;
- presa in carico da parte dell'UVM;
- creazione di un sistema informatizzato sulla base di un unico data base centralizzato;
- collegamento al sistema di tutti i soggetti della rete sociosanitaria.

Personale (una sede per ambito distrettuale)

- 2 assistenti sociali;
- 1 medico di assistenza distrettuale;
- 1 amministrativo;
- 1 infermiere professionale.

In questo caso, poiché nel Pua viene anche prevista la Valutazione Multidimensionale, ciascuna UVM è composta da un nucleo base, formato da un medico di assistenza distrettuale (responsabile del percorso assistenziale e della continuità delle cure), e da un operatore sociale del Distretto-Zona Sociale, i quali si avvalgono dell'apporto del Medico di Medicina Generale (o Pediatra di Libera Scelta) del paziente, di almeno un medico specialista, di un altro operatore sanitario specializzato nelle discipline connesse alla tipologia del paziente da valutare.

Apertura: *6 h. al giorno per 6 gg. Settimanali*

3.3.1 Percorso attuativo

*Primo anno***:**

- creare una rete istituzionale e una rete socio-ambientale per la presa in carico attraverso un sistema di governance sociosanitaria;
- ridefinizione organizzativa del comparto socio-sanitario attraverso l'attivazione di una rete integrata a sostegno dei percorsi della presa in carico;
- avvio della dotazione strumentale di tipo informatico-gestionale per la fruizione on line delle informazioni necessarie;
- formazione integrata del personale.

Secondo anno:

- implementazione dell'èquipe professionale di tipo integrato (operatori sanitari e sociali);
- attivazione delle sedi Pua per singoli distretti;
- messa a regime degli strumenti di collegamento informatico per il monitoraggio dei processi di cura e la valutazione degli esiti;
- iniziative informative e di comunicazione sociale.

Terzo anno:

- messa in rete delle sedi Pua;
- allestimento di un server centrale per la raccolta dati;
- attività di coordinamento tra i Pua.

3.3.2. Elementi di discussione

Il primo elemento da considerare riguarda la definizione di presa in carico non più intesa nel senso tradizionale e, in alcuni casi, ancora presente di curare (*curing*), ma come prendersi cura (*caring*) della persona nella globalità e complessità non solo dei suoi bisogni, ma anche della sua famiglia e del contesto di riferimento (*sequenza: problema, persona, famiglia, ambiente*). In questo modello specifico, pertanto, vi è una concentrazione nel Pua sia dell'accoglienza del soggetto che della gestione del suo percorso assistenziale. Ora, pur ammettendo che la presa in carico costituisce una componente trasversale alle fasi costitutive del processo assistenziale senza configurarla come una fase statica a sé stante, rimane la necessità di prevedere un'articolazione dei modelli di gestione/erogazione dei piani di cura. Infatti, laddove si richiedono interventi e supporti specialistici, da ritenersi aggiuntivi alla fase della prima accoglienza, occorre operare uno spostamento della presa in carico su altri livelli tecnico-operativi del percorso assistenziale attraverso l'individuazione di un case/care manager[10] che garantisca sia l'insieme coordinato degli interventi sia l'efficacia finale del percorso i termini di valutazione di esito dello stesso. Ciò significa che il modello sistemico, per quanto positivamente integrato, rischia di concentrare il complesso sistema di cura in unico snodo totalizzante con il rischio di appesantire le funzioni del Pua: a tale proposito opportunamente alcuni Documenti di Piano regionali collocano la funzione dell'accesso in quello che viene definito " welfare leggero"[11], intendendo con questa formula non l'inconsistenza o l'evanenscenza del servizio, ma la sua agilità e dinamicità.

Di contro, in una tale ipotesi, il sistema garantisce risposte tempestive ed efficaci tali da soddisfare il bisogno di salute dell'anziano e del disabile e favorisce l'utilizzo delle strutture territoriali, limitando e gestendo in maniera più appropriata il ricorso alle strutture ospedaliere. Da ciò ne consegue che il Pua è fortemente orientato, fin dalle iniziali procedure di accoglienza, alla gestione dei percorsi di cura del cittadino (laddove siano valutati necessari).

[10] La complessità di tali interventi richiede sempre più e in maniera indilazionabile l'individuazione/attivazione di una simile figura al fine di garantire l'unitarietà del processo e l'appropriatezza degli interventi.

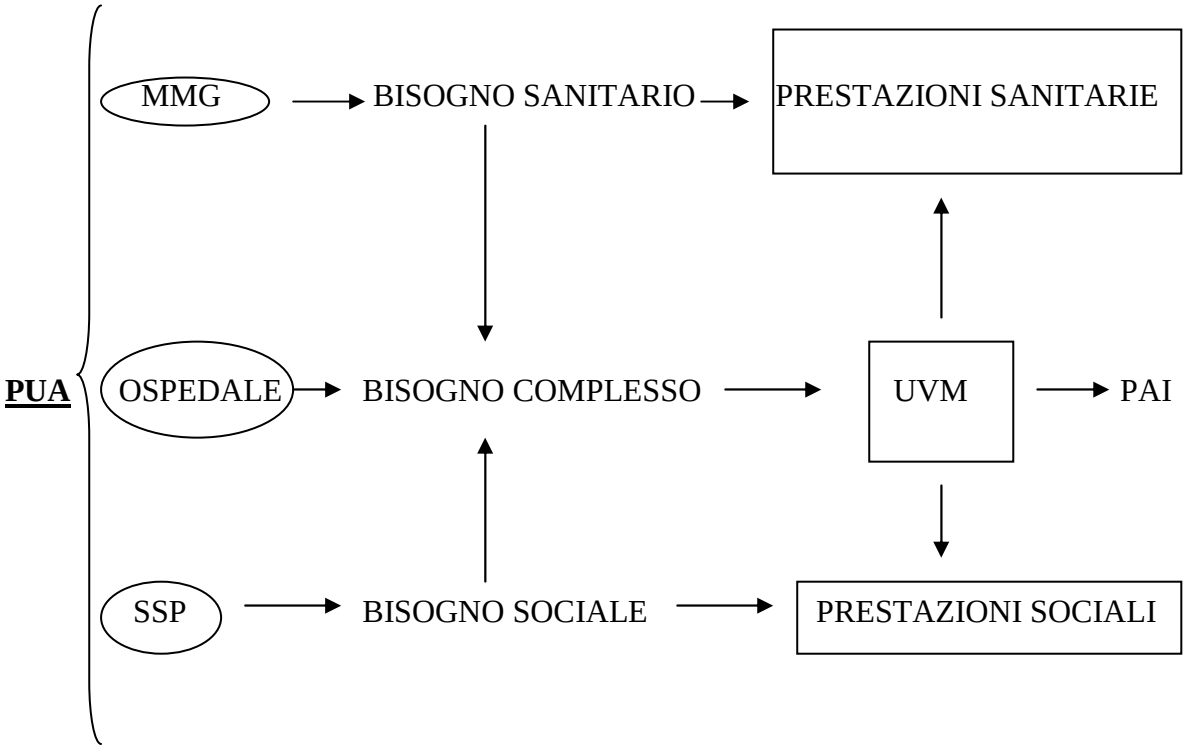
[11] Troviamo anche altre formulazioni come: welfare di prossimità o welfare dell'accesso.

Attraverso il Punto Unico di Accesso quindi, i cittadini non sono più costretti a mettere in atto comportamenti "utilitaristici", cioè a scegliere il servizio più vicino o meno costoso, ma sarà un soggetto competente a valutarne i suoi bisogni e a disegnarne un profilo per aiutarlo a scegliere il servizio migliore e più appropriato.

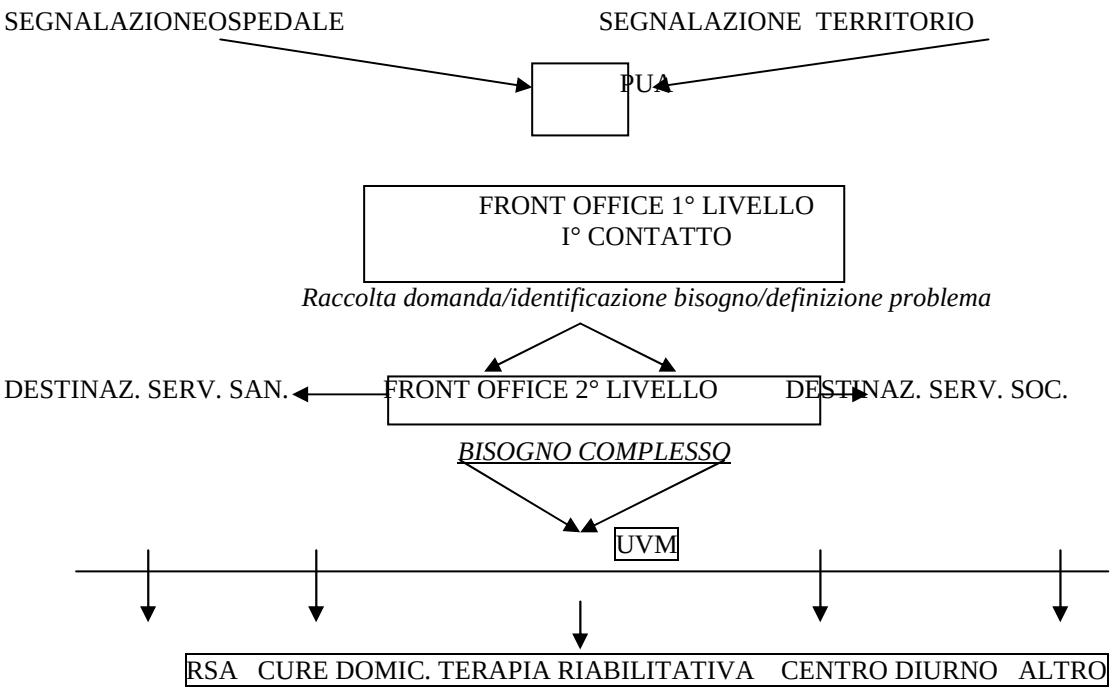
Resta inteso che una configurazione di tipo "olistico" (in quanto comprensivo anche della presa in carico) presuppone alcuni requisiti essenziali per innescare cambiamenti efficaci:

- sul piano organizzativo;
- sul piano tecnologico;
- sul piano dei processi;
- sul piano degli attori.

Diagramma di flusso del Pua per la presa in carico



Il Pua per la presa in carico



Ipotesi 3: Griglia valutativa

Dimensione	**Punti di forza e di debolezza**
Finanza pubblica	richiede un adeguato investimento aggiuntivo
Efficacia	- favorisce l'utilizzo delle strutture territoriali, limitando e gestendo in maniera più appropriata il ricorso alle strutture ospedaliere; - garantisce risposte tempestive e mirate tali da soddisfare il bisogno di salute della persona valutandone i bisogni e aiutandolo a scegliere il servizio migliore e più appropriato.
Equità	garantisce l'accesso ai servizi ai soggetti più deboli e fragili non solo sul piano dell'accoglienza e dell' ascolto ma anche in termini di raggiungibilità, orari di apertura e riconoscibilità.
Differenze territoriali	aiuta le regioni con livelli organizzativi ancora deboli a organizzare percorsi di cura adeguati attraverso la funzione primaria di un sistema di accesso orientato alla gestione della presa in carico.
Fattibilità	- è condizionata dalla rigidità del vincolo di spesa; - presenta alcune difficoltà di tipo organizzativo.
Welfare futuro	va nella direzione di costruire un sistema di governance dell'offerta socio-sanitaria in una logica unificante e convergente di programmazione locale.

IPOTESI DEI COSTI ECONOMICI

Ipotesi 3: un ufficio per ambito distrettuale

N.B. Per l'UdV si ipotizza un costo di 100 euro per la "presa in carico", con un tempo per utente pari a un'ora.
La domanda potenziale è rappresentata dai disabili residenti in casa secondo l'indagine Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari (2004/2005)". Il numero di Pua è lo stesso dell'ipotesi 2

PUA						UDV	
Regione	**Numero distretti**	**Assistenti sociali**	**Amministrativi**	**Infermieri**	**Costo totale annuo**	**Numero disabili 6+ anni residenti in famiglia (migliaia)**	**Costo annuo UdV**
Piemonte	174	2	1	1	20.699.035	190	19.000.000
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	4	2	1	1	475.840	5	500.000
Lombardia	344	2	1	1	40.922.231	337	33.700.000
Trentino-Alto Adige (a)	33	2	1	1	3.925.679	24	2.400.000
Veneto	159	2	1	1	18.914.636	182	18.200.000
Friuli-Venezia Giulia	40	2	1	1	4.758.399	52	5.200.000
Liguria	57	2	1	1	6.780.718	86	8.600.000
Emilia-Romagna	152	2	1	1	18.081.916	171	17.100.000
Toscana	136	2	1	1	16.178.556	179	17.900.000
Umbria	24	2	1	1	2.855.039	48	4.800.000
Marche	48	2	1	1	5.710.079	75	7.500.000
Lazio	165	2	1	1	19.628.396	217	21.700.000
Abruzzo	50	2	1	1	5.947.999	66	6.600.000
Molise	14	2	1	1	1.665.440	18	1.800.000
Campania	216	2	1	1	25.695.354	252	25.200.000
Puglia	144	2	1	1	17.130.236	212	21.200.000
Basilicata	21	2	1	1	2.498.159	33	3.300.000
Calabria	70	2	1	1	8.327.198	105	10.500.000
Sicilia	165	2	1	1	19.628.396	285	28.500.000
Sardegna	46	2	1	1	5.472.159	72	7.200.000
TOTALE	2062	2	1	1	245.295.465	2.609	260.900.000

Fonti: il numero di disabili 6+ anni è tratto dall'indagine Istati " Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari-2004/2005".

3.4. Ipotesi 4: il modello struttural-funzionale

La proposta

E' un servizio rivolto alla totalità dei cittadini per la generalità delle problematiche; è dunque a bassa intensità prestazionale, esplica la sua azione prevalentemente ad un livello promozionale ed esclude una funzione strutturata e complessa di presa in carico che spetta ai successivi livelli dei servizi di welfare in un'ottica di continuità assistenziale. A partire da questo inquadramento, pertanto, il Pua rappresenta una nuova modalità organizzativa di tipo unitaria ed integrata per rispondere alla crescente complessità dei bisogni di salute, attivando un sistema

capillarizzato di presidi di prossimità che, proprio per questa funzione primaria, inverano un livello essenziale del welfare locale: quello dell'accoglienza e dell'accesso ai servizi da parte dei cittadini.

Mission

In questo senso esso costituisce il primo nodo di ingresso al sistema territoriale dei servizi allo scopo di facilitare l'accesso guidato ed unificato alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie prioritariamente rivolto a soggetti che vivono situazioni di fragilità.
In tal modo si viene a prefigurare *"un percorso unico ad accesso multiplo"*o anche un sistema unificato di *"accesso diffuso"* (***modello funzionale/reticolare***) in cui *l'unicità* non è un semplice connotato spaziale, ma un elemento di tipo organizzativo.

In quest'ultima configurazione, infatti, il Pua diventa piuttosto un livello direzionale e di coordinamento (governo strategico della rete) di presidi operativi che svolgono una funzione microterritoriale di accoglienza di base.[12]

Ne deriva che i sistemi locali di accesso, nella loro formulazione più avanzata, non sono assimilabili con le operazioni tipiche di uno sportello informativo: non è in gioco semplicemente uno scambio informativo tipico di una postazione front-office, ma una *macrofunzione* più complessa che vuole configurare la "porta unitaria di accesso" alla rete dei servizi con modalità proattive e consulenziali. Ciò presuppone il superamento del modello prestazionale a favore di un approccio relazionale nel senso che il Pua non è tanto un centro erogativo di prestazioni specifiche quanto un luogo di accoglienza centrato sulle dimensioni dell'ascolto attivo, dell'orientamento personalizzato, dell'affiancamento leggero (counseling), della guida relazionale, del supporto sociale e del coordinamento di rete[13].

Pertanto la finalità del Pua è quella di garantire una reale unitarietà degli interventi facilitando la presa in carico, promuovendo la parità di trattamento e favorendo percorsi personalizzati.

Funzioni

In questa prospettiva le funzioni chiave del Pua possono essere ricondotte alle seguenti dimensioni:

<u>1. informazione conoscenza.</u>

La funzione informativa, che costituisce la base delle attività del Pua, pur senza esaurirsi in essa, comprende tutte quelle attività che, partendo dall'ascolto dei bisogni/richieste dell'utente, informano lo stesso sulle risorse disponibili in un dato territorio e sulle modalità di accesso ai

[12] A questo riguardo possiamo citare il "*Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente*" elaborato dalla Regione Toscana (proposta del settembre 2008) in cui viene disegnato un modello di governance del sistema e un assetto organizzativo articolato su due livelli: un livello strategico-direzionale (definito PUA) e un livello operativo-funzionale (i cosiddetti Punti Insieme) che costituisce il presidio di prossimità ai cittadini.
Inoltre, in alcuni Regolamenti di funzionamento del Pua (es.: Società della Salute di Firenze) si fa la distinzione tra il PuaC (punto centrale) e i PuaT (punti di accesso territoriali), riproducendo in sostanza la proposta regionale summenzionata;

[13] Devastato G., Le funzioni del welfare dell'accesso in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 18 – 15 ottobre 2008;

servizi locali. La funzione informativa può contemplare la risposta a una data domanda, il sostegno all'utilizzo delle informazioni ricevute e l'erogazione di prestazioni di base come il disbrigo pratiche.

Si tratta, perciò, di:

- fornire informazioni aggiornate e tempestive sui servizi e sulle risorse disponibili sul territorio;
- rafforzare la capacità della persona di esprimere la domanda, di conoscere ed operare scelte nel complesso sistema dei servizi incrementando i livelli di consapevolezza (*awareness*)[14];
- raccogliere e, all'occorrenza, inoltrare le domande di prestazioni ad altri servizi;
- semplificare ed accelerare i percorsi amministrativi insieme a quelli sanitari (es. modulistica e domande per assegno di cura, buono servizio, invalidità etc.).

2. Promozione/osservatorio

Uno servizio di accesso svolge una funzione di promozione/osservatorio nel momento in cui esplica una modalità proattiva e di animazione territoriale con l'obiettivo di:

- promuovere all'esterno un servizio e la sua visibilità sul territorio;
- tutelare l'esigibilità dei diritti sociali dei cittadini/utenti e promuovere il corretto utilizzo del Sistema integrato dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari;
- sviluppare reti di partenariato e di "empowerment" territoriale in una logica di rete.

A tale proposito, può svolgere le seguenti attività:

- distribuzione di informazioni sulla disponibilità e/o funzionamento di specifici servizi;
- distribuzione di informazioni rispetto ad opportunità di accesso ai servizi in relazione ad aree di bisogno e azioni di marketing mirato;
- funzioni di osservatorio sui bisogni e sulla situazione globale della zona;
- Attività di monitoraggio della domanda rivolta al servizio.

3. Orientamento/accompagnamento

La funzione di orientamento/accompagnamento costituisce una fase più avanzata rispetto a quella informativa e promozionale. Tale funzione si attiva in presenza di richieste o casi che richiedono:

[14] È interessante evidenziare come nel Programma "*Aging and Disability Resource Center*", che istituisce una rete di punti unici di accesso per la gestione del *long-term Care System* all'interno del sistema sanitario statunitense, la prima funzione viene denominata significativamente "*Awareness*", includendo, perciò, anche una componente educativa in ordine allo sviluppo di consapevolezza della popolazione-target (si tratta, infatti, di un processo di *Public education* alla conoscenza del servizio);

- una prima analisi del caso per fornire indicazioni appropriate sul servizio richiesto;
- un procedimento di assessment[15] inteso come prima valutazione del bisogno per orientare correttamente e in modo unitario la domanda mediante l'utilizzo dello strumento del *Contact Assessment,* uno strumento di primo contatto con la persona per lo screening dei suoi bisogni;
- un affiancamento all'utente nella fase di accesso al servizio richiesto (compilazione domanda, contatto con personale del servizio);
- un percorso di facilitazione per la messa in contatto dell'utente con i servizi di 2° livello o l'Uvm nell'eventualità in cui il caso sia di tipo complesso.

4.Accesso/attivazione percorso

L'apprezzabile differenza rispetto alle esperienze pregresse di dispositivi di ingresso consiste nella pregnanza che viene riconosciuta a quest'ultima dimensione: quella dell'accesso nel duplice senso o dell'***attivazione diretta*** di risposte (a fronte di *bisogni semplici*) o dell'***avvio guidato*** di percorsi (a fronte di *bisogni complessi*); ciò allo scopo di garantire, sulla base di un'analisi di appropriatezza della domanda, una reale fruizione dell'intera filiera di interventi in una "logica di sistema": *accesso, valutazione multidimensionale, Progetto individualizzato, presa in carico, case/care management, continuità assistenziale.* In questo senso il Pua è uno dei luoghi elettivi dove si pratica l'integrazione socio-sanitaria a livello *istituzionale, professionale, gestionale e comunitario* mediante la costruzione di sinergie operative con gli altri servizi e con l'Unità di Valutazione Multidimensionale per l'elaborazione del progetto personalizzato fino alla attivazione della presa in carico strutturata.
Si tratta di operare un viraggio di grande rilievo, passando " *dal malato che ruota attorno ai servizi, ai servizi costruiti attorno ai bisogni della persona*" (PSN 1998-2000).

Pertanto le attività da garantire a questo livello sono:

- *l'attivazione diretta* di prestazioni in risposta a bisogni semplici;
- *l'avvio guidato* della presa in carico per garantire la continuità assistenziale in integrazione con la rete dei servizi, tramite*:*
    - una prima valutazione del bisogno;
    - la registrazione dell'accesso e apertura della "*cartella integrata dell'assistito*";
    - l'attivazione dell' UVM per il caso complesso.

Attività

Procediamo alla descrizione delle attività che sostengono tali funzioni, distinguendole in attività di front-office e di back-office.[16]

[15] Per assessment intendiamo un procedimento metodologico di tipo professionale che coincide con la fase di valutazione iniziale del bisogno, su cui ci soffermeremo più avanti nel testo;
[16] Con ragionevole approssimazione e con le dovute cautele, si potrebbe dire che questa distinzione corrisponde per molti versi alla doppia articolazione sul piano organizzativo che alcune Regioni hanno previsto; per cui le attività di

Le attività di front-office sono tutte quelle azioni (di tipo frontale, appunto) che si rivolgono direttamente al cittadino e riguardano soprattutto le funzioni informative, orientative e di accompagnamento: è la messa in gioco del servizio rispetto alle richieste/aspettative del cittadino; mentre quelle di back-office riguardano i livelli intra e inter-organizzativi sia dell'èquipe che del lavoro di rete al fine di agire la presa in carico della persona dentro un sistema combinato e cooperativo di servizi territoriali.

In quest'ultimo caso, data la complessità organizzativa della fase, è necessario dotarsi di una serie di strumenti di coordinamento, quali protocolli operativi e/o dispositivi di azione integrata, con lo scopo di identificare responsabilità "certe" nella conduzione "plurale" del percorso garantendo la continuità assistenziale secondo un'ottica di community care[17].

Di seguito riportiamo le attività più rilevanti del Pua, quali:

- segnalazione;
- ascolto della domanda/analisi del bisogno;
- registrazione dell'accesso mediante una scheda di accesso;
- prima valutazione del bisogno (attività di assessment);
- apertura/stesura cartella personale;
- invio guidato del caso complesso all'UVM.

Il sistema di accesso può essere alimentato oltre che da contatti diretti dell'utente anche da *segnalazioni* provenienti da altri sportelli tematici o da soggetti terzi (numeri verde, ospedali, medici di medicina generale, servizi sociali comunali, familiari, rete informale, ecc.).

Questi soggetti, contribuendo alla funzione di *"antenna"* sul territorio, possono indirizzare al Pua le richieste a loro pervenute. Tale attività di segnalazione contribuisce a rafforzare il legame tra i diversi soggetti che all'interno della rete locale offrono servizi assistenziali (sociali e sanitari).

Il sistema di segnalazioni potrà esser codificato e regolato attraverso accordi specifici tra i Pua e gli altri soggetti coinvolti. Inoltre al Pua spetta il compito di compilare una scheda di accesso con lo scopo di raccogliere lo spettro essenziali di informazioni sull'utente e di avviare eventualmente alle fasi di valutazione e presa incarico successive.

La scheda di primo accesso è la base per l'avvio del percorso del cittadino nel sistema dei servizi ed è condivisa dagli operatori dei servizi che successivamente procederanno alla presa in carico e alla definizione dei singoli servizi da erogare. I dati di primo accesso e le informazioni relative a presa in carico e interventi erogati al singolo e al suo nucleo familiare costituiscono i contenuti di una "*cartella integrata dell'assistito*".

---

front-office sono svolte dai centri di primo contatto come presidio di prossimità e accoglienza dei cittadini (es.: i Punti Insieme della Regione Toscana) mentre quelle di back-office appartengono piuttosto ai livelli di governo e coordinamento centrale (i cosiddetti Pua di zona); nel nostro caso, invece, le due linee di attività sono compresenti all'interno dello stesso servizio;

[17] Con questo termine, aldilà delle accezioni che ha avuto nel contesto anglosassone (come strategia di contenimento dei costi), si vuole dare enfasi al concetto di *cure territoriali* come tratto distintivo della cosiddetta *medicina di vicinanza o prossimità*;

La peculiarità di queste azioni documenta il fatto che il Pua debba utilizzare prioritariamente procedimenti di tipo *valutativo,* che, a seconda dei casi, possono essere semplici (di fronte a situazioni di ordinaria gestione) o complessi (per casi ad elevata problematicità per i quali si attiva l'UVM).

In ogni modo per entrambe le casistiche è necessario mobilitare competenze professionali adeguate non più riducibili alla produzione seriale di prestazioni standardizzate, ma orientate a garantire la facilitazione, l'attivazione e l'allineamento del complesso delle prestazioni all'interno di una logica progettuale centrata sulla persona dentro il contesto comunitario: si tratta, cioè, di ancorare saldamente il *care planning*, ossia la strategia di intervento, alle risorse disponibili nella comunità di appartenenza[18]**.**

Affinché ciò si realizzi, è necessario impostare un corretto e appropriato procedimento di *assessment* inteso come *valutazione/accertamento della situazione del soggetto e/o del suo nucleo in vista di un giudizio professionale per la presa di decisione ponderata e rendicontabile.*
A tale proposito uno degli strumenti validati e codificati per la registrazione del primo contatto è l'*InterRAI Contact Assessment*[19]*,* che consente lo screening iniziale sulla situazione complessiva della persona. In questo senso l'assessment si configura come un'attività complessa in quanto mira a valutare contestualmente un corredo di condizioni di partenza, quali:

- l'accertamento dei *requisiti* iniziali del soggetto;
- la valutazione dei *rischi* personali e ambientali;
- la diagnosi dei *bisogni;*
- l'esplorazione del coefficiente di *agency*[20] intesa come capacita' di azione sia del soggetto che della sua rete di appartenenza ordinata a fronteggiare i fattori di fragilità attraverso attività di sviluppo di abilità , (enabling/empowerment), di supporto/sostegno (social support) e di protezione (risk assessment).

Dalle risultanze ottenute in sede di assessment deriva la richiesta specifica da parte del Pua alla UVM. Per quanto riguarda quest'ultima attività, in molti documenti esaminati, si ritrova ancora l'espressione "*segnalazione"*[21], che, come abbiamo visto, riguarda il momento in cui il problema viene presentato per la prima volta al Pua; in questo caso, invece, è più corretto parlare di *invio guidato e/o accompagnato* in quanto si tratta non tanto di una mera procedura burocratico-amministrativa né tantomeno di un formale smistamento di un caso ad altro servizio quanto piuttosto di un processo di *accompagnamento mirato* della persona nel suo percorso di presa in

[18] Ci si richiama ai nuovi paradigmi del lavoro di cura sempre più incardinato su dinamiche processuali e reticolari con una maggiore curvatura sugli *eventi* piuttosto che sui *prodotti*;

[19] una procedura che fa parte di una Suite di strumenti InterRai (si tratta di una rete collaborativa di ricercatori in oltre 30 paesi impegnati a migliorare l'assistenza sanitaria per le persone che sono anziane, fragili, o disabili);

[20] L'espressione "*agency"* sta riscontrando nella letteratura di settore una risonanza di notevole portata in quanto è connesso sia al concetto di *capabilities* (cfr. Sen A., *La diseguaglianza*, Laterza, Bari 1994) che a quello di *strategie di fronteggiamento* (coping) (cfr. Folgheraiter F., *Teoria e metodologia del servizio sociale*, Franco Angeli, Milano 1998) o di *competenza ad agire* (cfr. Colaianni L., *La competenza ad agire: agency, capabilities e servizio sociale*, Franco Angeli editore, Milano 2006);

[21] Infatti il termine *segnalazione* lo si ritrova nella corrente documentazione sia per indicare la presentazione del caso che viene fatta per la prima volta al Pua sia per intendere la procedura attraverso la quale il caso viene "segnalato" ai livelli successivi (es.: all'UVM); in questa sede distinguiamo i due momenti, riservando il termine "*segnalazione*" solo alla prima presentazione del caso al servizio di accoglienza, mentre riteniamo più appropriato definire "*invio*" il passaggio ai livelli successivi di intervento del Pua;

carico. In ogni caso, al fine di presidiare i flussi informativi e monitorare gli interventi, è necessario che tale procedura sia formalizzata attraverso delle schede che contengono le informazioni essenziali per definire la domanda di assistenza e avviare tutto il percorso assistenziale.

Personale: dislocato in un Pua centrale con punti decentrati

- *PUA centrale:*

- 1 assistente sociale coordinatore;
- 1 medico;
- 1 infermiere professionale;
- 1 istruttore direttivo amministrativo;
- Il Pua centrale non svolgendo funzioni di front-office non prevede apertura al pubblico, ma solo momenti di coordinamento e valutazione 3 volte a settimana per complessive 12 h.

- *Punti decentrati* in base all'estensione della Zona-Distretto:

- 1 assistente sociale che lavora a stretto contatto con il MMG;
- 1 amministrativo.

Apertura: *6 h. al giorno per 6 gg. settimanali*

3.4.1 Percorso attuativo

In questa parte viene avanzata un'ipotesi di progressiva implementazione del modello attraverso una declinazione processuale del percorso attuativo (in un arco temporale triennale) fino alla messa a regime.

Si suggerisce, pertanto, di seguire una *logica incrementale*, propria di un approccio costruttivista a razionalità strategica, in quanto l'innovazione istituzionale si produce attraverso processi gradualistici sorretti da un costante monitoraggio al fine di giungere all' "*analisi di validazione*" finale del modello operativo per procedere, qualora se ne verifichino le condizioni, alla codifica formale del servizio attraverso il suo consolidamento e la sua strutturazione.[22]

Resta implicito il fatto che tale proiezione va calibrata in base alle condizioni di partenza dei vari contesti regionali in quanto (come abbiamo già osservato) siamo in presenza di uno scenario "*ad assetto variabile*" e quindi con diverse velocità nei processi implementativi dei quadri normativi di riferimento. Infatti, tenendo conto di tali disparità di partenza, nel proporre un sostenibile percorso attuativo, distingueremo tra *avvio del sistema* (per le Regioni che devono ancora implementare il loro programma) e *sviluppo del modello* (per le Regioni, che invece si trovano in una fase già avanzata di implementazione).

[22] Sulle implicazioni programmatorie e metodologiche dell'incrementalismo cfr. SettiBassanini M.C., La logica incrementale in Prospettive Sociali e Sanitarie n.8/2003;

Dalle più recenti indagini sul campo[23], la principale differenza territoriale che emerge è il tradizionale e, purtroppo, il perdurante divario tra le Regioni del Centro-Nord e quelle del Sud del nostro Paese, ragion per cui diventa necessario prevedere una declinazione articolata e modulare del processo. In ogni caso, il punto di riferimento complessivo per tutte le Regioni è rappresentato dall'obiettivo strategico del triennio, ossia *la costruzione, l'allestimento e la stabilizzazione dei Pua, intesi come primo nodo di ingresso al sistema territoriale dei servizi allo scopo di facilitare l'accesso guidato ed unificato alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie prioritariamente rivolto a soggetti che vivono situazione di fragilità* [24].

A fronte di tale obiettivo, occorre prevedere alcuni *obiettivi intermedi*, propedeutici al suo raggiungimento, pertanto: *nel primo anno* di attuazione, le Regioni dovrebbero prevedere una serie di azioni di supporto e accompagnamento per *l'avvio e/o lo sviluppo* della rete dei Pua e della loro integrazione con gli altri Servizi al fine di rendere omogenea ed equa la dislocazione territoriale dei dispositivi di accesso per il cittadino al sistema dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari.

Nel fare questo seguiremo uno schema a doppio binario:

- Per *le Regioni in fase di avvio* tali azioni si dovrebbero concretizzare attraverso:

- l'individuazione e allestimento delle sedi fisiche;
- il reclutamento di un primo nucleo di figure professionali: medico e assistente sociale;
- la formazione integrata agli operatori per la gestione dei Pua ;
- l'elaborazione di un tracciato-standard per la "*scheda di primo accesso*", in maniera da uniformare il livello di informazione sulla domanda espressa e rendere i dati comparabili tra i diversi ambiti distrettuali;
- una prima parziale apertura al pubblico.

- Per *le Regioni in fase già di sviluppo del modello*, invece, le azioni da prevedere sono:

- l'elaborazione di un tracciato-standard per la "*scheda di primo accesso*", in maniera da uniformare il livello di informazione sulla domanda espressa e rendere i dati comparabili tra i diversi ambiti distrettuali;
- l'accompagnamento nella definizione dei raccordi e nel collegamento tra sistemi informativi regionali e sistemi informativi locali, al fine di garantire la massima integrazione e avviare un percorso di rilevazione e condivisione regionale delle informazioni sulla domanda;
- l'allestimento di un "*borsino delle buone pratiche*" mediante la raccolta e messa a disposizione e confronto di materiali ed esperienze.

Seguendo il precedente schema, *nel secondo anno*, il funzionamento dei Pua, dovrebbe prevedere:

- *per le Regioni in fase di avvio*:

[23] Cfr. Gori C. (a cura di), Le riforme regionali per i non autosufficienti, Carocci, Roma 2009, Pavolini E., Regioni e politiche sociali per anziani. Le sfide per la non autosufficienza, Il Mulino. Bologna 2004;

[24] Come si ricorderà si tratta della definizione cha abbiamo utilizzato nella parte introduttiva;

- l’incremento degli orari di apertura al pubblico e delle modalità di contatto;
- la stabilizzazione del personale previsto;
- l’utilizzo di strumenti di comunicazione e contatto con la cittadinanza, in un’ottica di avvio e rafforzamento della funzione dei Pua, mediante campagne di informazione mirata.

- per le Regioni in fase avanzata:

- la codifica delle azioni di lettura della domanda e dei rispettivi sistemi informativi che consenta la comunicazione tra i diversi servizi nella prospettiva di risposte unitarie e personalizzate ai bisogni delle persone;
- il raccordo e l’allineamento con gli altri soggetti mediante azioni di scambio, collegamento e interconnessione sulla base di protocolli operativi formalizzati;
- lo sviluppo e/o il consolidamento dei rapporti con il Terzo settore e con altri sportelli tematici per aggiornamento e adeguamento delle informazioni sui servizi e gli interventi sociali e socio-sanitari realizzati sul territorio e per avviare e/o consolidare un *sistema organizzato di segnalazione*, come indicato in precedenza.

Sulla base di queste azioni intermedie, nel *Terzo anno* si dovrà pervenire alla stabilizzazione e alla messa a regime del sistema mediante la codifica e la validazione dei processi operativi, degli assetti organizzativi e del sistema di governance locale (*così come indicati nel par. 6.3. relativo alle attività del Pua*).

Pertanto il *cronogramma differenziale* del percorso attuativo potrebbe essere il seguente:

- per le Regioni in fase di avvio

Annualità	**Ente referente***	**Obiettivo di fase**
Prima	Regione	Avvio
Seconda	Ambiti distrettuali	Stabilizzazione
Terza	Regione/Ambiti distrettuali	Messa a regime

* per Ente Referente si intende il soggetto istituzionale che svolge un ruolo prevalente ma non esclusivo per il raggiungimento dell’obiettivo di fase;

- per le Regioni in fase di sviluppo

Annualità	Ente referente*	Obiettivo di fase
Prima	Ambiti distrettuali	Sviluppo
Seconda	Ambiti distrettuali	consolidamento
Terza	Regione/Ambiti distrettuali	Validazione

* per Ente Referente si intende il soggetto istituzionale che svolge un ruolo prevalente ma non esclusivo per il raggiungimento dell'obiettivo di fase;

3.4.2 Elementi di riflessione

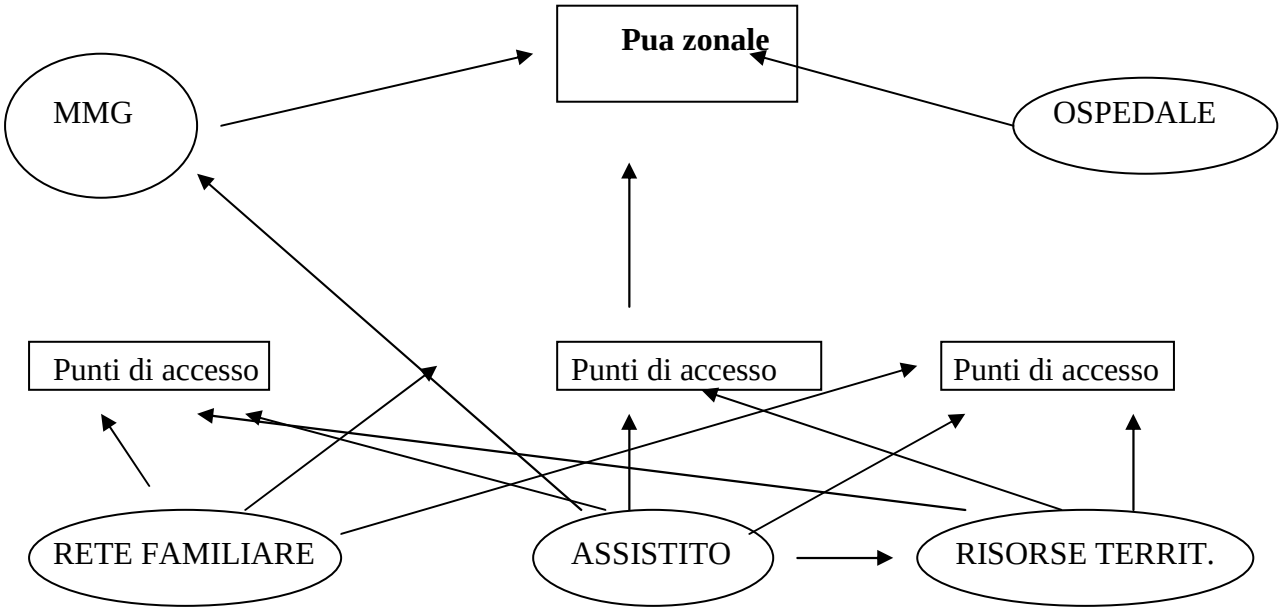
Un primo nodo da sciogliere, per quanto attiene a questo modello, è quello della sede operativa. Infatti abbiamo rilevato in precedenza come potrebbe esistere una strisciante antinomia tra un Pua inteso come luogo fisico e un Pua declinato come una particolare modalità organizzativa.

Con quest'ultima espressione s'intende la possibilità di prevedere un Pua funzionale costituito da una costellazione disseminata di "antenne" territoriali" che costituiscono i nodi strutturali di "un sistema a rete". In tal modo avremmo due tipologie: l'una che enfatizza maggiormente le dimensioni della struttura e dei prodotti (*Pua strutturale*); l'altra che accentuerebbe i fattori dei processi e delle funzioni (*Pua funzionale*). In ogni caso, pur prevedendo una *configurazione struttural-funzionale*, nel senso di punti strutturali raccordati e governati da un Pua funzionale, rimane il problema logistico di una sede territorialmente riconosciuta che abbia i caratteri *dell'accessibilità, della visibilità e della fruibilità*.

Infatti, nel modello *struttural-funzionale* il Pua costituisce lo snodo-regia, con funzione di back-office, di una serie di presidi di prossimità che facilitano l'accoglienza e l'orientamento di primo contatto organizzati in forma di front-office. La doppia articolazione delle lines (front e back) consentirebbe di inverare una funzione più complessa di Pua che non si limita solo ad accogliere il cittadino ed orientarlo, ma svolgerebbe una funzione di *coordinamento intraorganizzativo* (con gli altri servizi per la presa in carico al fine di garantire l'accompagnamento nella continuità assistenziale[25]) e di *raccordo interorganizzativo* (con le risorse locali sia formali che informali).

[25] E' a questo livello che si pone il tema del ruolo del case management

DIAGRAMMA DI FLUSSO
DEL SISTEMA UNIFICATO DI RETE PER L'ACCESSO



Ipotesi 4: griglia valutativa

Dimensione	**Punti di forza e di debolezza**
Finanza pubblica	richiede un adeguato finanziamento aggiuntivo.
Efficacia	Facilita l'accesso guidato ed unificato alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie prioritariamente rivolto a soggetti che vivono situazioni di fragilità.
Equità	Rappresenta una modalità organizzativa in grado di rispondere alla crescente complessità dei bisogni di salute, inverando un livello essenziale del welfare locale (l'accesso ai servizi da parte dei cittadini) e assicurando ad essi parità di trattamento.
Differenze territoriali	Supporta le Regioni con minore tasso di sviluppo nel campo dei servizi a promuovere in modo incrementale il sistema di offerta al fine di raggiungere standard omogeni.
Fattibilità	– è condizionata dalla rigidità del vincolo di spesa; – presenta apprezzabili difficoltà di tipo organizzativo e gestionale.
Welfare futuro	Va nella direzione di considerare il welfare dell'accesso un livello essenziale attraverso la messa a regime di assetti, procedure e funzioni codificate.

IPOTESI DEI COSTI ECONOMICI

Ipotesi 4: un ufficio centrale per ogni ambito distrettuale più pua decentrati
Si ipotizza un Pua centrale ogni 50.000 abitanti mantenendo però lo stesso numero di uffici decentrati (uno ogni 15.000 abitanti)

	PUA CENTRALE	PUA DECENTRATI	Costo totale annuo				
Regione	Numero distretti	Popolazione per distretto	Numero Pua centrali per distretto (uno ogni 50000 abitanti circa)	Totale Pua centrali (uno ogni 50.000 abitanti circa)	Assistenti sociali	Infermieri	Istruttu direttiv amministr
Piemonte	58	76.524	2	116	1	1	1
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	4	31.828	1	4	1	1	1
Lombardia	86	112.970	2	172	1	1	1
Trentino-Alto Adige (a)	33	30.857	1	33	1	1	1
Veneto	53	92.071	2	106	1	1	1
Friuli-Venezia Giulia	20	61.488	1	20	1	1	1
Liguria	19	84.823	2	38	1	1	1
Emilia-Romagna	38	113.787	2	76	1	1	1
Toscana	34	109.064	2	68	1	1	1
Umbria	12	74.423	1	12	1	1	1
Marche	24	65.299	1	24	1	1	1
Lazio	55	101.968	2	110	1	1	1
Abruzzo	25	53.183	1	25	1	1	1
Molise	7	45.829	1	7	1	1	1
Campania	72	80.470	2	144	1	1	1
Puglia	48	84.911	2	96	1	1	1
Basilicata	7	84.217	2	14	1	1	1
Calabria	35	57.406	1	35	1	1	1
Sicilia	55	91.325	2	110	1	1	1
Sardegna	23	72.452	1	23	1	1	1
TOTALE	708	84.646	2	1233	1	1	1

PUA DECENTRATI					Costo totale annuo
Numero di Pua decentrati per distretto (1 Pua ogni 15000 abitanti)	**Numero pua decentrati (uno ogni 15000 abitanti)**	**Assistenti sociali**	**Amministrativi**	**Costo annuo**	
5	290	1	1	16.706.368	22.506.088
2	8	1	1	460.865	660.856
8	688	1	1	39.634.418	48.234.002
2	66	1	1	3.802.139	5.452.059
6	318	1	1	18.319.397	23.619.140
4	80	1	1	4.608.653	5.608.605
6	114	1	1	6.567.331	8.467.239
8	304	1	1	17.512.882	21.312.699
7	238	1	1	13.710.743	17.110.579
5	60	1	1	3.456.490	4.056.461
4	96	1	1	5.530.384	6.730.326
7	385	1	1	22.179.144	27.678.878
4	100	1	1	5.760.817	7.010.756
3	21	1	1	1.209.771	1.559.755
5	360	1	1	20.738.939	27.938.592
6	288	1	1	16.591.152	21.390.920
6	42	1	1	2.419.543	3.119.509
4	140	1	1	8.065.143	9.815.059
6	330	1	1	19.010.694	24.510.429
5	115	1	1	6.624.939	7.774.883
6	4043	1	1	232.909.812	294.556.832

Nota: risulta un Pua ogni 14823 abitanti. Il numero totale dei Pua decentrati non è esattamente il doppio della proposta 1 per via dell'approssimazione nella definizione del numero di Pua per distretto.

Criteri per il calcolo dei costi

Per il medico, si è considerato come riferimento la retribuzione oraria di un medico di continuità assistenziale, prevedendo un aumento per eventuali indennità (si è assunto un parametro di 30 € lorde orari)

Per le altre figure si ritiene che siano assunte presso altre strutture e che siano impiegati nell'ufficio solo 12h. a settim. Di conseguenza si è considerato solo un terzo della loro retribuzione come costo per il Pua Centrale.

4. Considerazioni conclusive

Le ragioni per accreditare e promuovere una specifica ipotesi operativa, selezionando uno tra i modelli qui presentati, dipendono, come abbiamo visto, da un grappolo di variabili inerenti aspetti progettuali, metodologici, organizzativi, tecnologici, logistici e, last but not least, finanziari.
In ogni caso, aldilà dell'ipotesi che potrà risultare più praticabile, risulta chiaro che vi è una fondata consapevolezza della necessità di garantire uno "spazio" (fisico e/o organizzativo) in cui le persone anziane e le loro famiglie "*possano ricevere le informazioni necessarie ad affrontare i bisogni insorti e di ricomporre i vari servizi e prestazioni erogate nei frammentati sistemi di welfare locale*

ad unitarietà".[26] E' fondamentale, perciò, anche per garantire l'equità sostanziale su scala nazionale tra tutti i cittadini, definire un quadro di indirizzi al fine di realizzare un sistema nazionale di accesso unificato alle prestazioni socio-sanitarie nel campo della Non Autosufficienza a partire da un'analisi dei modelli regionali che hanno maggiormente investito su questo particolare dispositivo.
I modelli disegnati attestano che una moderna funzione di accesso può esprimere tutta la sua valenza innovatrice sull'attuale sistema ad alcune condizioni:

- una ridefinizione dell'assetto organizzativo in modo da innescare un processo di cambiamento sostanziale del sistema dei servizi esistenti sia sul piano delle culture organizzative (paradigma reticolare e governo clinico mediante accordi interistituzionali) che su quello dei modelli operativi (case management e matrice a filiera dei servizi per la continuità assistenziale: VM, Pai per le situazioni complesse);
- l'implementazione di sistemi informativi unici per il supporto ai percorsi attivati e per il monitoraggio e la valutazione di processo e di esito con la dotazione di Ict fondamentali per gestire il presumibile incremento della domanda di intervento indotta dalla disseminazioni dei Pua;
- un adeguato investimento economico, il cui costo prevalente è da ascriversi alle spese per il personale che costituisce la risorsa primaria del servizio. Infatti le figure professionali coinvolte sono operatori sia sociali che sanitari che in genere riguardano figure professionali specifiche: medici, infermieri professionali, assistenti sociali e amministrativi variamente reclutati sia sulla base delle caratteristiche del modello prevalente (*reticolare, integrato, struttural-funzionale*) che in relazione al monte ore previsto circa gli orari di apertura dei punti di accesso con relativo impiego a tempo parziale o pieno degli operatori[27].

Rispetto a quest'ultimo punto, occorre osservare che l'introduzione del nuovo sistema di accesso guidato alle cure territoriali dovrebbe in qualche modo fungere da fattore di contenimento della spesa complessiva sia in previsione di un'auspicabile ottimizzazione dei regimi di appropriatezza delle risposte fornite (in base al ruolo di filtro svolto) sia per l'effetto di una più accurata azione di orientamento delle persone che dovrebbe comportare un'apprezzabile riduzione delle forme di istituzionalizzazione che hanno una maggiore incidenza in termini di costi generali. *In altre parole si tratterebbe di un investimento a redditività differita in quanto il suo impatto economico va considerato nel medio-lungo periodo.*
Ciò potrebbe far concludere che il Pua, oltre ad una maggiore efficacia sul piano dei regimi appropriativi delle risposte, produrrebbe una maggiore efficienza sul piano dell'economicità dei costi.
Del resto questa misura è stata più volte evocata in vari testi istituzionalmente rilevanti, tra i quali citiamo il *Rapporto nazionale sulle strategie per la protezione sociale e l'inclusione - 2006* (meglio conosciuto come *Piano di azione nazionale contro l'esclusione*) del Ministero del Welfare in cui si fa esplicitamente riferimento all'obiettivo di organizzare servizi saldamente radicati nel territorio

[26] Gori C.- Pesaresi F., Il welfare futuro: una mappa del dibattito, in Network Non Autosufficienza, L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporto 2009, Maggioli Editore, Sant'Arcangelo di Romagna 2009;
[27] Così come abbiamo descritto nella parte del personale per ogni singolo modello organizzativo

attraverso un approccio di tipo qualitativo che fossero "*in grado di produrre misure e interventi per stimolare e sostenere, attraverso l'inclusione in rapporti sociali ricchi e partecipati, l'autonomia e le capacità individuali. Nell'ambito dello sviluppo del processo di sussidiarietà assumono un'importanza centrale modalità organizzative (quali gli uffici di cittadinanza[28]) che svolgono attività di informazione, supporto e tutela individuale e collettiva sui diritti della persona. Essi devono divenire il vero luogo della "presa in carico della persona" e quindi il primo livello essenziale di assistenza*" .

Pertanto questi percorsi hanno senso se non si connotano solo come riforma estetica e lessicale di un servizio, ma come profonda innovazione di sistema che trovano nel Pua lo snodo fondamentale in ordine alla garanzia dell'accesso ai servizi, all'universalità delle prestazioni e all'esigibilità dei diritti.

Riferimenti Bibliografici

Agenas, "*Punto unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale"*, in I Quaderni di Monitor- 2° Supplemento al n.. 21/2008

Bellentani M.D.- Simonetti R.- Guglielmi E., *Il Punto unico di accesso: scelte regionali* in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 12 – 1 luglio 2009

Cicoletti D. (2009) *Il percorso assistenziale*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci.

Colaianni L. (2006), *La competenza ad agire: agency, capabilities e servizio sociale*, Milano, Franco Angeli.

Devastato G. (2008), *Le funzioni del welfare dell'accesso*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 18 – 15 ottobre 2008

Devastato G. (2008), *Un percorso di innovazione sociale: gli uffici della Cittadinanza in Umbria*, in La Rivista del Servizio Sociale –ISTISS n. 2

Devastato G. (2009), *Nel nuovo welfare*, Rimini, Maggioli.

Fabbri V.-Lippi A. (2007), *Il Segretariato Sociale*, Roma, Carocci.

Folgheraiter F. (1998), *Teoria e metodologia del servizio sociale*, Milano, Franco Angeli.

Frau G. (2008), *Il punto unico di accesso come modello organizzativo per la presa in carico delle persone*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n.18 – 15

Gori C. (a cura di) (2009), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci.

Gori C.- Pesaresi F., (2009), *Il welfare futuro: una mappa del dibattito*, in Network Non Autosufficienza, L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporto 2009, Rimini, Maggioli.

[28] che nel nostro caso potremmo tradurre con Pua vista l'affinità dei compiti e delle funzioni (nda).

Mirabile M.L. (a cura di), *La nuova Assistenza*, Rapporto Ires – V annualità, Roma , Aprile 2008

Pavolini E. (2004), *Regioni e politiche sociali per anziani. Le sfide per la non autosufficienza*, Bologna, Il Mulino.

Pesaresi F. (2008), *La Porta sociale: le tendenze in Italia* in Prospettive Sociali e Sanitarie, n.18 – 15 ottobro.

Regione Toscana (2008), *Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente*" (proposta del settembre 2008)

Sen A. (1994), *La diseguaglianza*, Bari, Laterza.

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 7

Lo sviluppo dell’offerta di servizi domiciliari

di

Giambattista Guerrini

Luglio 2010

1. Introduzione

Le profonde trasformazioni demografiche (prime tra tutte l'aumento della speranza di vita e la riduzione dei tassi di natalità), sociali (la riduzione delle dimensioni medie della famiglia e l'aumento del tasso di occupazione delle donne) ed epidemiologiche (l'incremento delle patologie croniche ad evoluzione invalidante) che hanno interessato il nostro Paese negli ultimi decenni rende ragione di un aumento della domanda di cure continuative (long term care), all'interno delle quali le cure domiciliari rappresentano il pilastro fondamentale. Su un altro versante, per le persone disabili in età giovane-adulta è ormai culturalmente preferito – e tecnologicamente possibile – un forte investimento sulla "vita indipendente" a domicilio rispetto alle soluzioni residenziali.

In Italia purtroppo i servizi domiciliari resi alle persone non autosufficienti segnano ancora un significativo ritardo rispetto alla media dei Paesi europei. Un adeguato sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti non può pertanto prescindere dal potenziamento di tali servizi, dal loro stretto raccordo con la medicina di base e da un progressivo spostamento di risorse dal comparto ospedaliero per acuti alle cure a domicilio.

Il presente capitolo, dopo aver esaminato, sulla base degli scarsi dati disponibili, le principali criticità dei servizi domiciliari oggi in Italia e le ragioni di un loro deciso potenziamento (paragrafo 2), si sofferma su alcune ipotesi di cambiamento che possono essere promosse dal livello di governo statale, illustrando per ognuna di tale ipotesi alcuni scenari alternativi. Vengono così discusse alcune opzioni alternative relative all'offerta dei servizi (paragrafo 3), con una particolare attenzione alle differenze territoriali che caratterizzano anche in questo ambito il nostro Paese (paragrafo 4). Il paragrafo 5 esamina l'opportunità o meno per lo Stato di proporre e/o incentivare nelle cure domiciliari alcuni criteri di qualità di cui la letteratura scientifica, anche nel nostro Paese, ha dimostrato l'efficacia.

2. Le maggiori criticità della situazione attuale

I servizi domiciliari rivolti alle persone non autosufficienti si articolano oggi in Italia in due comparti: il servizio di assistenza domiciliare (SAD) gestito dai Comuni e le Cure domiciliari assicurate dalle ASL.

Il **SAD** (o ADA: assistenza domiciliare anziani) offre a persone anziane, a minori, a disabili, a nuclei familiari comprendenti soggetti a rischio di emarginazione prestazioni di assistenza tutelare (aiuto nelle attività di base della vita quotidiana), di aiuto domestico e di natura complementare (pasti a domicilio, lavanderia, trasporti, telesoccorso-teleassistenza, disbrigo pratiche e collegamento con altri servizi).

Nonostante quasi l'80% dell'utenza del SAD sia rappresentata da anziani (sono il 78% ed il 77% di tutti gli utenti del SAD rispettivamente nel 2004 e nel 2005) il numero di ultrasessantacinquenni assistiti a domicilio (214.640) e la loro percentuale sulla popolazione (l'1.8%) restano in Italia molto bassi (tabella 1), con una grande variabilità sul territorio nazionale, dallo 0.6% dell'Umbria al 4.9% della Valle d'Aosta nel 2006 (vedi tabella 2 in appendice) (ISTAT, 2009).

Tab. 1. I servizi domiciliari agli anziani erogati dai Comuni.

	2004	2005	2006
Spesa totale assistenza domiciliare (migliaia di Euro)	477.059	496.314	524.003
Utenti anziani SAD (%)	1.6	1.7	1.8
Utenti anziani ADI [(1)] (%)	0.5	0.6	1.0 [(2)]
Voucher e assegni di cura (%)	0.5	0.5	0.5
Telesoccorso-teleassistenza (%)	0.6	0.6	0.6
Numero medio di ore/settimana		3	

(1) Solo interventi socio-assistenziali.
(2) La spesa media per utente per l'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari è di Euro 454 contro la spesa media per utente del SAD che è di 1.646 Euro.

Non sono disponibili dati precisi sulla tipologia dell'utenza del SAD, anche se sembra riscontrarsi una tendenza di questo servizio a farsi carico di persone più gravemente non autosufficienti e con bisogni assistenziali più complessi. A fronte di questa crescente complessità della domanda, fanno peraltro riscontro (anche in questo caso i dati sono molto scarsi e frammentari) livelli organizzativi ancora del tutto inadeguati: un numero medio di ore settimanali erogate di poco superiore a 3 (da 1.1 della Provincia di Bolzano a 4.8 delle Marche secondo i pochi dati disponibili, elaborati da Pesaresi, 2007a) ed una scarsa garanzia del servizio nelle ore serali e notturne e nelle giornate festive (Pesaresi, 2007a).

Le **cure domiciliari** assicurate dalle ASL, pur nella variabilità che contrassegna le diverse realtà regionali, si articolano oggi in Italia fondamentalmente in quattro tipologie (cui alcune Regioni aggiungono alcune tipologie di assistenza domiciliare specialistica: per pazienti terminali, per pazienti dementi, per persone che necessitano di nutrizione artificiale domiciliare, ecc.) (Pesaresi, 2007b) :

- l'assistenza infermieristica estemporanea, che prevede prestazioni occasionali o a ciclo programmato;
- l'assistenza domiciliare programmata (ADP), prestazioni domiciliari erogate dal medico di medicina generale (MMG) a persone non in grado di accedere all'ambulatorio, sulla base di un programma autorizzato dal distretto;
- l'assistenza domiciliare integrata (ADI), complesso di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali erogate "in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza" (POA, 1992);
- l'ospedalizzazione domiciliare (OD) che consiste nella "effettuazione nel luogo di vita del malato dei principali interventi diagnostici e terapeutici normalmente possibili in ospedale (POA, 1992).

Nella maggior parte delle Regioni le prestazioni erogate dall'ADI sono suddivise in due o tre livelli in base all'intensità assistenziale (vedi nota 1 in appendice). L'accesso all'ADI è in genere subordinato alla valutazione multidimensionale (VMD) ed alla definizione di un piano di assistenza da parte di un'equipe multidisciplinare.

Anche per le cure domiciliari i pochi dati disponibili evidenziano:

- una netta prevalenza degli anziani tra gli assistiti (nel 2006 rappresentavano l'84.8% del totale);

- una percentuale di assistiti sulla popolazione anziana (il 3.4% nel 2008) che, seppure in crescita costante, si colloca significativamente al di sotto della media dei paesi europei; nell'Europa a 15 (Gori e Casanova, 2009) i servizi domiciliari coinvolgerebbero il 10% degli anziani, mentre in Italia, sommando gli utenti dell'ADI al 2008 con quelli del SAD al 2006, si raggiunge la percentuale del 5.2%;
- la scarsa continuità dell'assistenza erogata, con una media di sole 24 ore di assistenza all'anno nel 2008, la scarsa garanzia della reperibilità 24 ore su 24 (Cittadinanzattiva, 2006) ed in particolare l'insufficiente cultura e pratica della continuità assistenziale nella transizione tra le diverse articolazioni della rete, in particolare per quanto riguarda le dimissioni protette (Cittadinanzattiva, 2006);
- un basso livello di integrazione tra gli interventi sanitari e quelli sociali (erogati contemporaneamente solo allo 0.5% di tutti gli anziani).

Uno *sguardo di sintesi* alla realtà complessiva dei servizi domiciliari nel nostro Paese ci consegna un quadro caratterizzato da:

- insufficiente offerta di servizi domiciliari;
- grande eterogeneità territoriale sia sul versante quantitativo (percentuale di utenti sulla popolazione e spesa pro capite: per lo più – ma non costantemente – con un gradiente negativo Nord-Sud) (tabella 2 in appendice) che sul versante dell'organizzazione dei servizi (modalità di attivazione, modelli gestionali, metodologia di valutazione degli utenti, tipologia dell'intervento);
- carenza e scarsa confrontabilità, in virtù di tale eterogeneità, di dati conoscitivi relativi:
  - alle caratteristiche dell'utenza (complessità del bisogno e dimensioni della rete informale);
  - alla tipologia delle prestazioni erogate (mix di figure professionali impiegate, intensità, continuità nella giornata/settimana, qualità);
- basso grado di integrazione socio-sanitaria (Federsanità – ANCI, 2005) (nota 1);
- difficoltà dei servizi ad affrontare in modo attivo la nuova realtà del personale (per lo più straniero) di assistenza a domicilio a pagamento (le cosiddette badanti), con programmi di qualificazione, di sostegno, di formazione sul campo, di accompagnamento degli operatori e di tutela degli stessi anziani assistiti (Gori, 2002; Pasquinelli e Rusmini, 2009).

La necessità di superare questi limiti sia sul piano quantitativo che su quello qualitativo è d'altra parte imposta da una lunga serie di ragioni (vedi nota 2 in appendice):

- *di ordine demografico*: legate all'invecchiamento della popolazione italiana per effetto combinato dell'allungamento della speranza di vita e della riduzione dei tassi di natalità;
- *di ordine epidemiologico*: per l'aumentare, nel quadro epidemiologico, delle (poli)patologie croniche che postulano la continuità delle cure in ragione della loro dimensione longitudinale, della loro stretta interazione con le condizioni di vita e della loro evoluzione potenzialmente invalidante;
- *di ordine sociale*: per la riduzione delle dimensioni e della capacità di cura della famiglia e l'incertezza che avvolge il futuro delle assistenti domiciliari private (le cosiddette "badanti") che

oggi consentono alla famiglia di sostenere il peso dell'assistenza a domicilio alle persone non autosufficienti;

- *di equità*: a fronte di una percentuale di persone ultrasessantacinquenni gravemente dipendente che si calcola tra il 10% ed il 20% (Jacobzone, 1999), le persone che ricevono una qualche intervento di supporto dai servizi domiciliari sono solo il 5%, con forti limiti di discontinuità dell'intervento e di eterogeneità territoriale;
- *di ordine psicologico*: tanto gli anziani quanto i caregiver manifestano la loro preferenza per le cure domiciliari rispetto alle soluzioni residenziali;
- *di sostegno reale alla famiglia*, sulla quale grava oggi il peso maggiore dell'assistenza a domicilio alle persone non autosufficienti;
- *di sostegno e di supervisione alle assistenti domiciliari private*, spesso prive delle competenze tecniche (ma talvolta anche delle capacità comunicative) che un simile impegno assistenziale riceve.

Se all'invecchiamento della popolazione italiana ed al conseguente prevalere nel quadro epidemiologico nazionale della patologia cronica hanno fatto riscontro un ripensamento dei modelli organizzativi delle strutture ospedaliere, che ne ha accentuato la capacità di rispondere con intensività ed elevata specializzazione alle emergenze ed alle fasi acute di malattia, nonché l'aumento dell'offerta di presidi riabilitativi, resta ancora largamente inadeguato l'investimento economico, organizzativo, professionale e culturale sulle cure domiciliari che in altre nazioni si è dimostrato in grado di migliorare la gestione della malattia cronica, di ridurre significativamente il ricorso al ricovero ospedaliero e di perseguire programmi di riduzione dell'offerta di servizi residenziali (Wieland et al, 2000; Williamson, 2000; Beland e Bergman, 2006).

I limiti sopra citati condizionano d'altra parte le modalità con le quali si può operativamente procedere, sul territorio nazionale, al necessario potenziamento di questo ambito di risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti.

Sembra ragionevole ipotizzare che nel primo triennio di attuazione del Piano all'eventuale erogazione iniziale, da parte del Governo, dei fondi necessari ad incrementare l'offerta di servizi domiciliari debba accompagnarsi la verifica delle modalità di reporting e degli strumenti di valutazione utilizzati nelle varie Regioni e la definizione di un "minimum data set" quale debito informativo indispensabile per accedere ad ulteriori finanziamenti statali.

La disponibilità di dati conoscitivi omogenei relativi tanto alla tipologia dell'utenza quanto alla modalità di erogazione delle prestazioni consentirà di costruire un quadro leggibile dell'offerta domiciliare e di definire i successivi obiettivi di sviluppo, finalizzando a tali obiettivi ulteriori interventi finanziari.

3. Le ipotesi di cambiamento e le loro ragioni: l'ampliamento dell'offerta dei servizi domiciliari alle persone non autosufficienti

Si è già accennato alle ragioni che suggeriscono un deciso ampliamento dell'offerta dei servizi domiciliari, in particolare per le persone non autosufficienti. Tale aumento può peraltro svilupparsi con tre differenti modalità

- privilegiando l'aumento del numero di utenti dei servizi domiciliari;
- aumentando l'intensità media degli interventi resi a domicilio;

- puntando, infine, all'aumento globale dei servizi domiciliari (più utenti con una intensità media di intervento maggiore).

Nel delineare i possibili scenari alternativi (resta in campo anche l'opzione di un mantenimento sostanziale della situazione attuale) si è preferito in questo paragrafo considerare l'offerta di servizi domiciliari nel suo complesso, senza distinguere i servizi sociali da quelli sanitari.

Allo stesso modo verranno solo accennate le differenze territoriali, che saranno oggetto di approfondimento nel paragrafo 4.

3.1. Mantenimento della situazione attuale

La proposta

Una prima ipotesi prevede che lo Stato non intervenga a modificare l'attuale realtà quantitativa e qualitativa dei servizi a domicilio alle persone non autosufficienti, limitandosi a proporre indicazioni programmatorie ed operative non vincolanti e a promuovere una modalità stabile di rilevazione dei dati conoscitivi sulla tipologia degli utenti e delle prestazioni erogate, come base per un confronto tra i risultati ottenuti nelle diverse realtà regionali e per eventuali ulteriori interventi programmatori.

Alle singole Regioni è lasciata la responsabilità di individuare, nella gestione del Fondo sanitario e del fondo sociale, il giusto equilibrio tra interventi erogati in regime ospedaliero e residenziale ed interventi domiciliari.

Il percorso attuativo

Operativamente il livello di governo statale si limita a promuovere un gruppo di lavoro nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni cui affida il compito di:

- promuovere un confronto degli strumenti di VMD utilizzati nelle diverse Regioni;
- validare gli strumenti in grado di definire i diversi livelli di complessità del bisogno;
- definire, anche attraverso l'analisi dei sistemi di reporting già in uso nelle diverse Regioni, un set minimo di dati omogenei (debito informativo) relativo alla tipologia dell'utenza e delle prestazioni erogate a domicilio che le Regioni sono tenute a trasmettere allo Stato per consentire una lettura più omogenea e confrontabile della realtà dei servizi domiciliari.

Sulla base delle indicazioni fornite dal gruppo di lavoro entro il terzo anno del Progetto, le Regioni forniscono i dati conoscitivi della tipologia delle persone non autosufficienti seguite a domicilio e degli interventi messi in campo.

Ipotesi 3.1. Di mantenimento dello status quo

La proposta:

- lo Stato propone indicazioni non vincolanti sulle modalità programmatorie ed organizzative per potenziare i servizi domiciliari e promuove un'indagine conoscitiva sui servizi domiciliari
- non vengono erogati finanziamenti aggiuntivi;
- le Regioni operano autonomamente nell'ambito del Fondo sanitario e del Fondo sociale correnti.

Il percorso attuativo:

- un gruppo di lavoro Stato-Regioni confronta modalità organizzative e strumenti operativi in uso nelle diverse Regioni e definisce entro il secondo anno un minimum data set idoneo a confrontare le diverse realtà regionali;
- le Regioni forniscono entro il terzo anno i dati conoscitivi sulla tipologia degli utenti e degli interventi erogati.

Elementi di discussione:

La motivazione principale di questa opzione risiede nella consapevolezza delle difficoltà da parte del governo statale ad aumentare le risorse a disposizione della spesa sanitaria e della necessità di responsabilizzare le Regioni che di tale spesa hanno competenza, nell'ambito dei trasferimenti legati alla quota capitaria. Secondo tale ipotesi, le differenze nello sviluppo dei servizi domiciliari potrebbero anche riflettere un diverso livello di bisogni – legato a differenti contesti socio-familiari – e non obbligatoriamente una diversa (e in alcune Regioni insufficiente) capacità di rispondere a tali bisogni. Da ultimo, la disponibilità di servizi aggiuntivi potrebbe indurre richieste non motivate da bisogni reali. La conoscenza più precisa dell'utenza e dell'organizzazione dei servizi domiciliari nelle diverse Regioni può d'altra parte rappresentare la base indispensabile per eventuali successivi piani di finanziamento.

Contro questa ipotesi stanno tutte le ragioni già riportate in precedenza che sollecitano al contrario un deciso sviluppo dei servizi domiciliari, in considerazione del prevedibile accentuarsi nel tempo dei fenomeni segnalati. Il sistema attuale non garantisce secondo molti osservatori una risposta adeguata alle persone non autosufficienti ed alle loro famiglie, escludendo in particolare "un cospicuo gruppo di *né né*" (Baldini et al, 2008), quegli anziani "che non sono abbastanza poveri da ricevere il SAD né abbastanza benestanti da pagarsi l'assistente familiare ... e quelli che non hanno bisogni sanitari sufficientemente gravi da poter ricevere oggi l'ADI ma non sono certo esenti dalla necessità di fruirne" (ibidem). La limitatezza delle risorse in campo orienta oggi i servizi domiciliari – tanto il SAD, come si è accennato nel paragrafo precedente, quanto l'ADI, come emerge da un confronto internazionale (nota 2) – verso soggetti più problematici sia sul versante funzionale che sanitario, ai quali peraltro non riesce a garantire la necessaria intensità assistenziale, limitando al tempo stesso la capacità del sistema di prevenire ulteriori perdite dell'autosufficienza.

La permanenza dello status quo lascerebbe irrisolto il nodo dell'ampia eterogeneità territoriale che caratterizza il nostro Paese; impedirebbe infine quello spostamento, ritenuto la necessaria risposta ai mutamenti demografici ed epidemiologici, dal comparto per acuti alla long

term care e, all'interno di quest'ultima, dalla residenzialità alla domiciliarità. La tabella che segue sintetizza i punti di forza e le criticità del mantenimento dello status quo.

Tab.2. Punti di forza e le criticità del mantenimento dello status quo

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
Finanza pubblica	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- tiene conto delle compatibilità di bilancio; - vincola l'aumento della spesa per i servizi domiciliari alla riduzione di altri capitoli di spesa (ospedaliera, residenziale, ...)
Efficacia	
Per la persona non autosufficiente	- non supera le criticità attuali.
Per la famiglia	- lascia invariato il numero di famiglie che possono avvalersi di un aiuto a domicilio da parte dei servizi
Equità	
Per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)	- non incide sul gruppo dei "né né", sia per quanto riguarda le condizioni di salute che per quanto riguarda il reddito.
Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)	- non aumenta la possibilità per chi è in condizioni più gravi di ottenere un intervento domiciliare.
Per l'insieme delle persone non autosufficienti	- conferma la scarsa capacità preventiva dei servizi domiciliari; - non consente al sistema delle cure domiciliari di rappresentare una reale alternativa all'istituzionalizzazione.
Fattibilità	
La realizzabilità operativa	- è facilmente realizzabile.
Welfare futuro	
Conseguenze per il sistema italiano di assistenza continuativa nel tempo	- non affronta il nodo del necessario potenziamento degli interventi domiciliari a discapito delle prestazioni ospedaliere residenziali.

3.2. Aumento del numero di utenti dei servizi domiciliari

La proposta

La seconda opzione prevede l'aumento della percentuale di anziani non autosufficienti assistiti al loro domicilio con l'attuale intensità media di intervento. Come già si è visto, gli anziani utenti dei servizi domiciliari, sommando arbitrariamente i dati dell'ADI relativi all'anno 2008 con quelli del SAD del 2006 rappresentano il 5.2% della popolazione anziana contro una media dell'Europa a 15 del 10% (Gori e Casanova, 2009) (tabella 3 in appendice).

Secondo questa ipotesi appare realistico assumere come obiettivo l'incremento dell'utenza dei servizi domiciliari (ADI e SAD) (nota 3) senza modificarne l'attuale intensità. Si sono ipotizzati un indice programmatorio medio nazionale ed un indice minimo che ogni Regione deve raggiungere, prevedendo di passare dall'attuale 5.2% al 6% entro il primo triennio, con un indice minimo del 3.7%, per conseguire alla fine del secondo triennio rispettivamente una media di assistiti a livello nazionale del 9%, con un tasso minimo regionale del 5%.

Tab. 3. Ipotesi di aumento del numero di utenti dei servizi domiciliari.

Ipotesi di aumento	SAD		ADI		TOTALE	
	min	medio	min	medio	min	medio
attuale (%)		1.8		3.4		5.2
I° triennio (%)	1.7	2.0	2.0	4.0	3.7	6.0
II° triennio (%)	2.0	3.0	3.0	6.0	5.0	9.0

L'aumento della spesa annua rispetto all'attuale (1.425 milioni di Euro) sarebbe del 16.6% a 3 anni (+ 236 milioni di Euro) e del 74.2% (+ 1.058 milioni di Euro) alla fine del secondo triennio (nota 3 e tabella 4 in appendice).

Il percorso attuativo

Secondo questa ipotesi entro il primo triennio lo Stato, oltre a quanto previsto nella prima ipotesi in rapporto alla definizione di strumenti conoscitivi condivisi, eroga alle Regioni i finanziamenti necessari al raggiungimento degli obiettivi del triennio, vincolati al potenziamento delle cure domiciliari alle persone non autosufficienti e subordinati alla restituzione del debito informativo.

Ipotesi 3.2. Aumento del numero di utenti dei servizi domiciliari

La proposta:

- lo Stato eroga finanziamenti aggiuntivi vincolati destinati ad aumentare (rispettivamente al 6% e al 9% nei 2 trienni) il numero delle persone non autosufficienti assistite a domicilio, lasciando invariata l'intensità media attuale degli interventi garantiti ad ogni utente.

Il percorso attuativo:

- un gruppo di lavoro Stato-Regioni confronta modalità organizzative e strumenti operativi in uso nelle diverse Regioni e definisce entro il secondo anno un minimum data set idoneo a confrontare le diverse realtà regionali;
- la quota annuale del finanziamento viene subordinata alla restituzione da parte delle Regioni del debito informativo ed alla rendicontazione dell'utenza assistita.

Elementi di discussione

Questa ipotesi comporta, almeno nel primo triennio (aumento degli assistiti al 6%), un onere globalmente sostenibile dal bilancio pubblico, che – come si è visto in precedenza – può essere nel tempo compensato da una riduzione degli accessi alle strutture ospedaliere per acuti e dal ricorso alla residenzialità protetta; la gradualità dell'aumento dell'utenza riduce inoltre le difficoltà di garantire un incremento della spesa sociale nell'attuale periodo di recessione economica.

Il puro aumento della platea dei destinatari non risolve i problemi, segnalati nella parte introduttiva, dovuti alla bassa intensità degli interventi ed alla loro discontinuità nell'arco della settimana. D'altra parte, se si tiene conto della valutazione sostanzialmente positiva che gli utenti

danno delle prestazioni domiciliari ricevute (Cittadinanzattiva, 2006), non è priva di significato la possibilità di estenderne i benefici ad un numero maggiore di utenti. Allo stesso modo, sebbene in questa ipotesi il maggior carico della cura delle persone non autosufficienti continui a gravare sulle famiglie, eventualmente coadiuvate dall'assistenza privata, è comunque positivo ampliare il numero di familiari che può avvalersi di un supporto esterno pur limitato (nota 4).

L'aumento dell'utenza dei servizi ha invece una valenza del tutto positiva in termini di equità, riducendo il numero di persone non autosufficienti e di famiglie che appartengono a quel gruppo, già citato, di "né né", attualmente escluso da ogni intervento, ed aumentando la probabilità che persone in condizioni di grave bisogno riescano ad ottenere dal sistema una risposta oggi subordinata alla disponibilità di risorse. Rende inoltre possibile rafforzare il carattere preventivo dei servizi domiciliari, molto presente nel nostro Paese nei primi anni del loro sviluppo e progressivamente sacrificato – data la limitatezza delle risorse – all'esigenza di sostenere a domicilio le situazioni più gravi: intervenire in una fase precoce consente infatti di rallentare la perdita dei livelli di autonomia, individuando per tempo i sintomi di uno scompenso clinico e/o funzionale reversibile, di sostenere la famiglia prima che lo stress diventi insopportabile e di ridurre di conseguenza il rischio dell'istituzionalizzazione.

La fattibilità operativa di questa ipotesi, che il livello governativo può facilmente verificare vincolando l'erogazione dei finanziamenti all'assolvimento di un debito informativo, non appare particolarmente complessa.

Per quanto riguarda, infine, l'impatto sistemico dell'incremento dell'utenza dei servizi domiciliari, lo spostamento di risorse dal comparto ospedaliero alla long term care è considerato a livello internazionale una risposta obbligata alle trasformazioni del quadro demografico ed epidemiologico.

La tabella che segue sintetizza i punti di forza e le criticità dell'ipotesi di aumento dell'utenza dei servizi domiciliari.

Tab.4. Punti di forza e le criticità dell'ipotesi di aumento dell'utenza dei servizi domiciliari

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
Finanza pubblica	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- rispetta in misura sostanziale le compatibilità di bilancio; - prevede un aumento della spesa graduale; - lascia ipotizzare una riduzione della spesa per l'assistenza ospedaliera e residenziale.
Efficacia	
Per la persona non autosufficiente	- aumenta il numero di persone che possono avvalersi di un supporto domiciliare; - lascia irrisolti i limiti legati alla bassa intensità ed alla discontinuità degli interventi.
Per la famiglia	- aumenta il numero di famiglie che possono avvalersi di un aiuto concreto e di un sostegno, sia pure limitati, dal sistema dei servizi - lascia a carico della famiglia il carico maggiore dell'assistenza
Equità	
per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)	- riduce il numero delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie appartenenti al gruppo dei "né né".
Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)	- aumenta il numero di persone assistite.
Per l'insieme delle persone non autosufficienti	- sviluppa la valenza preventiva dei servizi domiciliari, riducendo il ricorso all'istituzionalizzazione.
Fattibilità	
La realizzabilità operativa	- è condizionata dalla rigidità del vincolo di spesa; - non presenta particolari difficoltà.
Welfare futuro	
Conseguenze per il sistema italiano di assistenza continuativa nel tempo	- favorisce lo spostamento delle risorse dal comparto ospedaliero alla long term care e dalla residenzialità alla domiciliarità, in linea con le indicazioni internazionali.

3.3. Aumento dell'intensità degli interventi domiciliari a parità di persone assistite

La proposta

La terza ipotesi predilige l'aumento dell'intensità degli interventi a parità del numero di persone assistite.

Si è già visto come i servizi domiciliari si caratterizzino nel nostro Paese per uno scarso numero di ore di assistenza e cura dedicate agli utenti (24 ore all'anno per ogni caso nell'ADI, 2-3 ore alla settimana per il SAD) e per la scarsa continuità del servizio, sia nell'arco della giornata che a copertura del sabato e delle giornate festive. La scarsa intensità e la discontinuità degli interventi sono segnalati dagli utenti come un fattore di bassa qualità dei servizi domiciliari (Cittadinanzattiva, 2006) e condizionano la loro capacità di rappresentare per gli anziani non autosufficienti una reale alternativa al ricovero (Da Roit e Castegnaro, 2004).

D’altra parte, in ragione di molti fattori di ordine demografico, epidemiologico e sociale e grazie agli stessi sviluppi della medicina, l’utenza dei servizi domiciliari si connota per una sempre maggiore complessità in ragione dell’interazione tra disabilità progressiva, instabilità clinica e compromissione cognitiva. La scarsità delle risorse disponibili consiglia allora, secondo questa ipotesi, di selezionare accuratamente l’utenza dei servizi domiciliari, privilegiando proprio le persone in condizioni di salute e di autonomia più gravemente compromesse ed assicurando loro una maggior intensità delle prestazioni ed una più elevata qualificazione delle cure, soprattutto sul versante sanitario

In carenza di dati sicuri sull’intensità delle cure domiciliari attualmente erogate in rapporto alla diversa tipologia dell’utenza e nell’attesa che il programmato reporting delle Regioni consenta una programmazione più mirata, si può ipotizzare un finanziamento da parte dello Stato atto ad incrementare in media del 30% l’intensità degli interventi entro il terzo anno e del 50% nel secondo triennio. L’aumento della spesa annua, in questa ipotesi, è di 427 milioni di Euro alla fine del primo triennio, di 712 milioni di Euro alla fine del secondo (tabella 5 in appendice), cui sono da aggiungere i fondi destinati a finanziare la realizzazione del sistema informativo dei servizi domiciliari e i necessari interventi formativi.

Il percorso attuativo

Questa ipotesi prevede per le ASL l’obbligo di potenziare e di formare adeguatamente le equipe domiciliari, aumentandone la capacità di erogare prestazioni specialistiche a domicilio (si veda a questo proposito il documento predisposto dalla Commissione LEA sulle cure domiciliari. 2006). Il finanziamento statale è subordinato alla restituzione del debito informativo già ricordato, che documenterà anche l’aumento del numero di ore di assistenza a parità di tipologia di utente.

Ipotesi 3.3. Aumento dell’intensità degli interventi domiciliari a parità di persone assistite

La proposta:

- a parità di persone assistite, i finanziamenti aggiuntivi sono vincolati ad aumentare (del 30% a tre anni e del 50% a 6 anni) l’intensità delle prestazioni erogate a domicilio alle persone non autosufficienti.

Il percorso attuativo:

- entro il terzo anno ogni ASL assicura la restituzione del debito informativo che documenta l’aumento del 30% dell’intensità delle prestazioni;
- lo Stato incentiva la formazione del personale;
- la quota annuale del finanziamento resta subordinata alla rendicontazione dell’utenza assistita.

Elementi di discussione

Anche per questa ipotesi gli oneri per il bilancio pubblico appaiono sostenibili (valgono anche in questo caso le considerazioni sulla gradualità nel triennio dell’incremento della spesa e sul possibile recupero parziale legato ad una minor spesa per ricoveri nelle strutture residenziali).

L'aumento dell'intensità degli interventi è indubbiamente in grado di assicurare, nelle situazioni prese in carico, la necessaria efficacia dei servizi domiciliari sia per la persona non autosufficiente che per la sua famiglia: consente infatti un supporto più adeguato a persone in condizioni di autonomia fortemente compromessa e una migliore gestione tanto della complessità quanto dell'instabilità clinica e favorisce la riduzione dello stress dei familiari. L'ipotesi lascia peraltro invariata la platea dei destinatari, già sottodimensionata, come si è visto, rispetto agli altri Paesi europei, e non offre risposta alle persone non autosufficienti ed alle famiglie che appartengono al citato gruppo dei "né né" ; esclude inoltre dagli obiettivi delle cure domiciliari l'intervento preventivo. La fattibilità di una simile ipotesi presuppone, oltre ai vincoli di spesa, un investimento nella formazione del personale. L'aumento dell'intensità delle cure domiciliari, infine, può ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione di pazienti in condizioni di marcata fragilità e dipendenza; appare al contrario meno efficace in termine di prevenzione della perdita dell'autonomia e di monitoraggio dell'instabilità clinica, limitando la possibilità di trasferire risorse dal comparto ospedaliero alle cure continuative.

La tabella che segue sintetizza i punti di forza e le criticità dell'ipotesi di aumento dell'intensità e della continuità dei servizi domiciliari.

Tab. 5. Punti di forza e le criticità dell'ipotesi di aumento dell'intensità e della continuità dei servizi domiciliari

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
Finanza pubblica	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- rispetta in misura sostanziale le compatibilità di bilancio; - prevede un aumento della spesa graduale; - lascia ipotizzare una riduzione della spesa per l'assistenza residenziale ed una più contenuta riduzione della spesa ospedaliera.
Efficacia	
Per la persona non autosufficiente	- consente una risposta più efficace alle persone prese in carico.
Per la famiglia	- solleva la famiglia dal carico assistenziale e ne previene lo stress eccessivo.
Equità	
per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)	- non si fa carico del gruppo dei "né né" sia per le in condizioni di salute che per il reddito.
Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)	- garantisce una risposta prioritaria a persone in condizioni particolarmente gravi, senza peraltro aumentare il numero dei destinatari (subordinato all'entità delle risorse disponibili).
Per l'insieme delle persone non autosufficienti	- garantisce una risposta adeguata alle persone con dipendenza più accentuata ma non mette in campo interventi di prevenzione.
Fattibilità	
La dimensione attuativa	- richiede un maggior investimento organizzativo e formativo da parte delle ASL; - richiede un indirizzo preciso da parte del livello statale attraverso rigidi vincoli di spesa.
Welfare futuro	
Conseguenze per il sistema italiano di assistenza continuativa	- favorisce lo spostamento delle risorse dalla residenzialità alla domiciliarità e solo in misura minore dal comparto ospedaliero alla long term care (mancata individuazione precoce di situazioni di scompenso clinico).

3.4. Aumento globale dei servizi domiciliari (più utenti con una intensità media di intervento maggiore)

La proposta

L'ultima ipotesi prevede un investimento più coraggioso sui servizi domiciliari per le persone non autosufficienti, puntando allo stesso tempo ad aumentare la platea dei destinatari e l'ìntensità degli interventi erogati ad ogni utente. L'indice di fabbisogno dovrebbe aumentare rispetto dall'attuale 5.2% al 6% nel I° e al 9% nel II° triennio (con un indice minimo rispettivamente del 3.7% e del 5%), mentre l'intensità delle prestazioni erogate dovrebbe aumentare negli stessi periodi del 30% e del 50%.

Il costo di una simile scelta (tabella 6 in appendice) rappresenta la somma del costo delle due precedenti ipotesi, comportando un aumento della spesa annua rispettivamente del 51.6% e del 161.4% .

Il percorso attuativo

Il percorso attuativo, che assomma i passaggi previsti dalle due ipotesi precedenti, subordina il finanziamento statale:

- alla definizione di strumenti di VMD e di sistemi di reporting condivisi;
- all'assolvimento del debito informativo da parte delle Regioni;
- al perseguimento graduale dell'indice di fabbisogno;
- all'ampliamento del numero medio di ore di accesso domiciliare;
- ad un piano di formazione del personale dei servizi domiciliari.

Ipotesi 3.4. Aumento globale dei servizi domiciliari alle persone non autosufficienti

La proposta:

- viene perseguito l'aumento sia del numero di persone assistite che dell'intensità e della continuità delle prestazioni erogate a domicilio.

Il percorso attuativo:

- entro il terzo anno ogni ASL garantisce sia l'aumento dell'utenza fino ad una percentuale del 6% degli anziani che l'aumento dell'intensità delle prestazioni del 30% ;
- lo Stato incentiva la formazione del personale;
- la quota annuale del finanziamento resta subordinata alla rendicontazione dell'utenza assistita.

Elementi di discussione

L'opzione in esame comporta evidentemente un onere maggiore per il bilancio pubblico, compatibile solo con l'individuazione di nuove risorse, anche perché la pur prevedibile riduzione dei tassi di ospedalizzazione e di istituzionalizzazione potrà far sentire il proprio beneficio sulla

spesa complessiva solo in tempi medio-lunghi. L'impatto sulla finanza pubblica potrebbe in parte essere attenuato dalla gradualità di attuazione del programma.

Indubbiamente un deciso investimento sui servizi domiciliari garantisce la miglior risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti, in particolare se in condizioni particolarmente gravi, e delle loro famiglie sia in termine di efficacia che di equità, garantendo al tempo stesso l'ampliamento della platea dei destinatari e l'aumento dell'intensità e della continuità delle cure. La valorizzazione della valenza preventiva degli interventi domiciliari e lo spostamento di risorse dal comparto ospedaliero a quello della long term care e dagli interventi residenziali a quelli domiciliari rappresentano indubbiamente la risposta più corretta al progressivo aumento nel quadro epidemiologico nazionale della patologia cronica ad evoluzione invalidante. Una simile scelta, di ridurre l'istituzionalizzazione delle persone anziane attraverso forti investimenti sui servizi domiciliari, è stata operata, a partire dagli anni Novanta, da diversi Paesi del Nord Europa, che partivano peraltro da una disponibilità di posti letto in strutture residenziali ben superiore a quella italiana (Gori e Casanova, 2009).

Sul piano della fattibilità la scelta di garantire servizi più "pesanti" ad un'utenza più ampia comporta un maggior impegno sia nella condivisione del progetto che nella dimostrazione dell'utilità di un simile investimento (rigido vincolo di spesa, assolvimento del debito informativo, piano di formazione, individuazione di indicatori di qualità degli interventi erogati).

La tabella che segue sintetizza i punti di forza e le criticità dell'ipotesi di aumento globale dei servizi domiciliari (più utenza con un'intensità media dell'intervento maggiore).

Tab.6. Punti di forza e le criticità dell'ipotesi di aumento globale dei servizi domiciliari

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
Finanza pubblica	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- richiede un maggior investimento di risorse, sia pure attraverso un graduale aumento della spesa; - consente una riduzione della spesa ospedaliera e della spesa per l'assistenza residenziale nel tempo medio-lungo.
Efficacia	
Per la persona non autosufficiente	- aumenta il numero di persone che ricevono un'assistenza a domicilio; - garantisce una risposta più efficace alle persone prese in carico.
Per la famiglia	- aumenta il numero di famiglie che si avvalgono di un supporto a domicilio; - solleva la famiglia dal carico assistenziale e ne previene lo stress eccessivo.
Equità	
Per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)	- si fa carico delle situazioni che appartengono al gruppo dei "né né" .
Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)	- garantisce un'adeguata presa in carico delle persone in condizioni di bisogno maggiore.
Per l'insieme delle persone non autosufficienti	- garantisce una risposta adeguata alle persone con dipendenza più accentuata e mette contemporaneamente in campo interventi di prevenzione rivolti alle persone in condizioni di salute e di autonomia meno precarie.
Fattibilità	
La dimensione attuativa	- richiede un maggior investimento organizzativo e formativo da parte delle ASL; - richiede un indirizzo preciso da parte del livello statale attraverso rigidi vincoli di spesa.
Welfare futuro	
Conseguenze per il sistema	- orienta decisamente lo spostamento delle risorse dalla residenzialità alla

italiano di assistenza continuativa	domiciliarità e dal comparto ospedaliero alla long term care.

4. Il superamento delle differenze territoriali

Si è segnalato più volte nelle pagine precedenti come, a fronte di una quota di utenti dei servizi domiciliari inferiore alla media europea e ad un'intensità degli interventi piuttosto modesta, l'analisi dei dati scorporati per Regioni ci metta di fronte a situazioni profondamente diversificate.

La tabella 2 in appendice illustra bene tali differenze territoriali, che l'ipotesi di aumento dell'utenza dei servizi domiciliari illustrata nel paragrafo precedente (al punto 3.2) si ripromette di contenere, prevedendo nell'ambito dell'indice programmatorio un obiettivo minimo da perseguire.
Si tratta, peraltro, di una sola delle ipotesi possibili, da confrontare con altre possibili opzioni tra di loro antitetiche:

- non intervenire, dal livello centrale, sulle scelte delle singole Regioni, lasciando loro l'autonoma definizione degli indici di fabbisogno;
- aumentare in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale la percentuale di anziani assistiti;
- indirizzare le scarse risorse disponibili alle sole Regioni che non raggiungono un indice minimo di sviluppo dei servizi;
- o, infine, promuovere con meccanismi più vincolanti il raggiungimento di livelli assistenziali omogenei su tutto il territorio nazionale, privilegiando anche in questo caso, nel sostegno finanziario, le Regioni più "arretrate".

La tabella 14 in appendice riporta la sintesi della spesa connessa a ciascuna di queste diverse opzioni, di seguito analiticamente discusse, suddividendo le Regioni per macro-aree.

E' opportuno infine precisare che le ipotesi sviluppate prendono in considerazione, per esigenze di semplicità espositiva, solo il numero di utenti e non l'intensità degli interventi erogati.

4.1. Mantenimento della situazione attuale

La proposta

In coerenza con l'ipotesi contenuta al punto 3.1 lo Stato non deve interferire con l'autonomia delle singole Regioni limitandosi ad un intervento di indirizzo non vincolante e a mettere loro a disposizione i dati conoscitivi sulla realtà dei servizi domiciliari. La responsabilità dell'eventuale sviluppo dei servizi domiciliari spetta alle Regioni.

Il percorso attuativo

A livello operativo vale quanto riportato al punto 3.1 in merito alla verifica, da parte dello Stato, delle modalità di erogazione dei servizi domiciliari nei diversi ambiti territoriali e alla definizione di un set minimo di dati omogenei (debito informativo) che le Regioni devono restituire, entro il terzo anno, per consentire un confronto delle diverse realtà dei servizi. Solo nel secondo

triennio, sulla base di una migliore conoscenza della realtà, potrà essere valutata l'opportunità di un intervento da parte dello Stato.

Ipotesi 4.1. Di mantenimento dello status quo

La proposta:

- lo Stato propone indicazioni non vincolanti sulle modalità programmatorie ed organizzative per potenziare i servizi domiciliari e promuove un'indagine conoscitiva sui servizi domiciliari;
- non vengono erogati finanziamenti aggiuntivi;
- le Regioni operano autonomamente nell'ambito del Fondo sanitario e del Fondo sociale correnti.

Il percorso attuativo:

- un gruppo di lavoro Stato-Regioni confronta modalità organizzative e strumenti operativi in uso nelle diverse Regioni e definisce entro il secondo anno un minimum data set idoneo a confrontare le diverse realtà regionali;
- le Regioni forniscono entro il terzo anno i dati conoscitivi sulla tipologia degli utenti e degli interventi erogati.

Elementi di discussione:

Le motivazioni di questa opzione ricalcano quanto già riportato al punto 3.1 in riferimento:

- alle difficoltà del governo statale ad aumentare la spesa sanitaria ed alla necessità di responsabilizzare le Regioni, competenti in materia;
- alla possibilità che il differente sviluppo dei servizi domiciliari sia la conseguenza di una diversa domanda legata a contesti socio-familiari non omogenei e non solo della maggiore o minore capacità organizzativa delle singole Regioni.

Allo stesso modo valgono tutte le ragioni contrarie al mantenimento dello status quo, riportate nel suddetto paragrafo 4.1.

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
Finanza pubblica	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- tiene conto delle compatibilità di bilancio; - vincola l'aumento della spesa per i servizi domiciliari da parte delle Regioni alla riduzione di altri capitoli di spesa (ospedaliera, residenziale, ...).
Differenze territoriali	
Le conseguenze sull'eterogeneità geografica	- lascia invariate le attuali differenze territoriali.
Fattibilità	
La realizzabilità operativa	-

4.2. Progressiva riduzione delle differenze territoriali, con finanziamento delle sole Regioni che non raggiungono l'indice minimo di copertura dei servizi domiciliari.

La proposta

La proposta punta a ridurre le differenze territoriali assicurando i finanziamenti alle sole Regioni che non raggiungono la percentuale minima – del 3.7% e del 5% nei due trienni – di copertura del servizio prevista dall'ipotesi discussa nel precedente punto 3.2 (tabella 7 in appendice).

Il percorso attuativo

Rispetto a quanto già previsto nel paragrafo 3.2 lo Stato si limita a finanziare solo le Regioni i cui indici di copertura siano inferiori a quelli minimi definiti e mette in campo nei confronti di tali Regioni un'azione di consulenza tecnica ("assistenza metodologica", Gori, 2008) e di monitoraggio più intensiva, vincolando l'erogazione dei finanziamenti al progressivo aumento degli assistiti oltre che alla restituzione del debito informativo.

Ipotesi 4.2. Progressiva riduzione delle differenze territoriali

La proposta:

- lo Stato eroga finanziamenti alle sole Regioni che non raggiungono gli indici minimi di persone non autosufficienti assistite a domicilio.

Il percorso attuativo:

- nell'ambito del gruppo di lavoro Stato-Regioni viene istituito un sottogruppo incaricato di garantire una specifica consulenza tecnica alle Regioni che presentano un minor sviluppo dei servizi domiciliari;
- la quota annuale del finanziamento viene subordinata alla restituzione da parte delle Regioni del debito informativo ed alla rendicontazione dell'utenza assistita.

Elementi di discussione:

Pur tenendo conto delle differenze del quadro socio-economico e delle dimensioni quantitative e valoriali del tessuto familiare che caratterizzano il Paese, è difficile assegnare solo a questi fattori le significative differenze territoriali nello sviluppo dei servizi. Regioni molto "vicine" tra di loro, anche per caratteristiche socio-economiche e culturali, presentano infatti percentuali di assistiti molto differenti: il 3.3% per il Piemonte (tra ADI e SAD) contro il 5.8% della Lombardia; l'8.5% dell'Emilia contro il 3.3% della Toscana; il 2.7% della Puglia contro il 6.5% del Molise! Analoghe differenze si riscontrano peraltro in altri settori della spesa socio-sanitaria: lo sviluppo dei servizi residenziali segue spesso lo stesso andamento di quelli domiciliari, e non viceversa.

Alla luce di questi dati – e pur mantenendo l'obiettivo, sottolineato anche dalla recente legge sul federalismo fiscale, che ogni Regione punti a razionalizzare le proprie modalità di spesa, al momento molto difformi – appare indispensabile uno specifico piano di sostegno da parte dello

Stato alle Regioni più "in ritardo" sui servizi domiciliari, a tutela della esigibilità concreta dei diritti su tutto il territorio nazionale. Allo stesso tempo ragioni di bilancio consigliano di concentrare su tali Regioni le scarse risorse disponibili.

L'onere del finanziamento delle sole Regioni che non raggiungono l'indice minimo di copertura dell'utenza corrisponde, su base annua, ad un aumento della spesa del 5,2% alla fine del primo triennio e del 19,9% alla fine del secondo (vedi tabella 8 in appendice). Si tratta pertanto di un'opzione del tutto compatibile con la finanza nazionale, anche se richiede una forte condivisione "politica" da parte delle Regioni escluse dai finanziamenti.

La tabella che segue sintetizza vantaggi e criticità dell'ipotesi di una politica di riduzione delle differenze territoriali.

Tab.7. Vantaggi e criticità dell'ipotesi di una politica di riduzione delle differenze territoriali

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
Finanza pubblica	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- si pone al di sotto degli importi di spesa previsti dal punto 3.2; - richiede un modesto investimento per azioni di consulenza metodologica delle Regioni con minor sviluppo dei servizi.
Differenze territoriali	
Le conseguenze sull'eterogeneità geografica	- aiuta le Regioni con minor offerta, indicando un obiettivo realistico.
Fattibilità	
La realizzabilità operativa	- richiede una forte condivisione sia da parte delle Regioni "beneficiarie" che da parte delle Regioni escluse dai finanziamenti; - presuppone un deciso sostegno metodologico ed un costante monitoraggio da parte dello Stato.

4.3. Aumento del numero di utenti dei servizi domiciliari senza alcuna riduzione delle differenze territoriali

La proposta

Si ipotizza un intervento da parte dello Stato finalizzato ad aumentare di una percentuale fissa l'utenza dei servizi domiciliari di ogni Regione, così da conseguire alla fine dei due trienni gli indici programmatori del 6% e del 9% di anziani assistiti.

Il percorso attuativo

Lo Stato eroga finanziamenti, vincolati alla restituzione del debito informativo ed al conseguimento degli obiettivi, finalizzati ad aumentare a 3 e 6 anni l'utenza del SAD rispettivamente del 10% e del 50% e l'utenza dell'ADI del 20% e del 50% in ogni Regione, così da raggiungere la media nazionale del 6% e del 9% alla fine dei due trienni (tabella 9 in appendice).

Ipotesi 4.3. Aumento del numero degli utenti senza riduzione delle differenze territoriali

La proposta:

- lo Stato finanzia un aumento percentualmente uguale dell'utenza dei servizi domiciliari in ogni Regione.

Il percorso attuativo:

- la quota annuale del finanziamento viene subordinata alla restituzione da parte delle Regioni del debito informativo ed alla rendicontazione dell'utenza assistita.

Elementi di discussione:

Nelle pagine precedenti (in particolare al paragrafo 3, punto 3.2) si è già ampiamente ragionato sulla necessità, l'utilità ed i limiti dell'aumento del numero degli utenti dei servizi domiciliari – sia pure senza un parallelo aumento dell'intensità degli interventi.

D'altra parte, anche se comporta, almeno nel primo triennio, un onere globalmente sostenibile dal bilancio pubblico (tabella 10 in appendice), questa ipotesi aumenta, anziché ridurre, le differenze territoriali: promuovere lo stesso incremento percentuale dell'utenza in tutte le Regioni finisce infatti per ampliare il divario tra le Regioni più avanzate e quelle che assistono un minor numero di anziani (la differenza tra Friuli Venezia Giulia e Puglia, ad esempio, passerebbe dall'attuale 7.6% al 13.2%). La sua praticabilità "politica" sarebbe pertanto molto difficile.

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
Finanza pubblica	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- rispetta in misura sostanziale le compatibilità di bilancio; - prevede un aumento della spesa graduale.
Differenze territoriali	
Le conseguenze sull'eterogeneità geografica	- amplia, anziché ridurre, le differenze territoriali dell'offerta di servizi domiciliari.
Fattibilità	
La realizzabilità operativa	- non comporta particolari difficoltà sul piano operativo; - è difficilmente praticabile sul piano politico (distribuisce di più alle Regioni più "ricche" di servizi).

4.4. Aumento del numero di utenti dei servizi domiciliari e contestuale progressiva riduzione delle differenze territoriali

Corrisponde all'opzione presentata, nel paragrafo precedente, al punto 3.2 e prevede un indice programmatorio medio nazionale rispettivamente del 6% e del 9% nei due trienni ed un indice minimo che ogni Regione deve raggiungere del 3.7% entro il primo triennio e del 5% a 6 anni (tabella 11 in appendice).

Per l'illustrazione dell'ipotesi si rimanda al citato paragrafo.

4.5. Definizione di un indice programmatorio vincolante per tutte le Regioni

La proposta

Secondo questa opzione obiettivo prioritario di un progetto di potenziamento dei servizi domiciliari deve essere il superamento delle differenze territoriali ed il perseguimento in tutte le Regioni dello stesso livello di sviluppo, destinando a questo obiettivo tutte le risorse disponibili.

A parità di indice programmatorio (il 6% ed il 9% di anziani assistiti) l'obiettivo è raggiungibile solo a condizione di un aumento delle risorse messe in campo dallo Stato.

Il percorso attuativo

Ancor più che nell'ipotesi precedente appare indispensabile un rilevante impegno dello Stato nel sostenere sul piano metodologico e tecnico le Regioni che sono più lontane dall'obiettivo indicato e nel monitorarne accuratamente gli interventi attuativi. Ulteriori trasferimenti alle Regioni che già assistono una percentuale di anziani superiore al 6% slitterebbero al secondo triennio del Piano.

Ipotesi 4.5. Definizione di un indice programmatorio vincolante per tutte le Regioni e finanziamento delle sole Regioni che non raggiungono tale indice

La proposta:

- lo Stato eroga finanziamenti aggiuntivi, vincolati destinati a raggiungere nei due trienni l'indice del 6% e del 9%, solo alle Regioni che si collocano al di sotto di tale livello.

Il percorso attuativo:

- nell'ambito del gruppo di lavoro Stato-Regioni viene istituito un sottogruppo incaricato di garantire una specifica consulenza tecnica alle Regioni che presentano un minor sviluppo dei servizi domiciliari;
- la quota annuale del finanziamento viene subordinata alla restituzione da parte delle Regioni del debito informativo ed alla rendicontazione dell'utenza assistita.

Elementi di discussione:

Questa proposta enfatizza la necessità di un investimento "straordinario" che punta ad aumentare l'utenza dei servizi domiciliari in tutto il Paese, destinando il grosso dei finanziamenti alle Regioni meno attrezzate, in relazione inversa alla percentuale di soggetti assistiti (tabella 12 in appendice). Rappresenta indubbiamente per queste Regioni un significativo contributo a colmare il divario che le separa da quelle più avanzate, garantendo a tutti i cittadini del Paese eguale opportunità di essere assistiti al loro domicilio – e alle loro famiglie un aiuto concreto in un impegno assistenziale oggi affrontato in solitudine pressoché totale.

Non sembra d'altra parte facile, almeno per alcune di queste Regioni, riuscire in un triennio a riorganizzare i servizi ampliandone in modo così significativo le capacità operative. Ugualmente

difficile potrebbe essere ottenere dalle Regioni escluse, nel primo triennio, da ogni incentivo economico la messa a disposizione di quei dati conoscitivi sull'utenza e sulle modalità di funzionamento dei servizi che si ritengono indispensabili per un progetto di più lungo termine.

La scelta sopra illustrata non pare tener adeguatamente conto dei differenti contesti socio-familiari che caratterizzano il nostro Paese (anche se lascia alle Regioni la possibilità di declinare l'indice di distribuzione all'interno del loro territorio in rapporto alle diverse articolazioni abitative – rurale, urbana o metropolitana), con il rischio di indurre, in alcune realtà territoriali, domande di assistenza non motivate da bisogni reali.

Questa ipotesi comporta infine un aumento dei costi nel primo triennio del 30.3% alla fine del primo triennio e dell'82.5% a 6 anni (vedi tabella 13 in appendice).

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
Finanza pubblica	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- comporta oneri superiori all'ipotesi precedente, anche se probabilmente sostenibili grazie ad una riduzione – nel tempo – della spesa ospedaliera; - richiede un ulteriore investimento per azioni di consulenza metodologica delle Regioni con minor sviluppo dei servizi.
Differenze territoriali	
Le conseguenze sull'eterogeneità geografica	- aiuta solo le Regioni con un'offerta inferiore all'indice programmatorio; - non premia in alcun modo le Regioni che già hanno un'offerta più ampia.
Fattibilità	
La realizzabilità operativa	- richiede una forte condivisione dell'obiettivo da parte delle Regioni; - presuppone un deciso sostegno metodologico ed un costante monitoraggio da parte dello Stato; - propone alle Regioni meno dotate di servizi un compito di potenziamento dei servizi particolarmente complesso.

5. L'individuazione di criteri qualitativi nei servizi domiciliari alle persone non autosufficienti

Si è ragionato fino ad ora della necessità di garantire ai servizi domiciliari nel nostro Paese uno sviluppo quantitativo che li avvicini alla realtà delle nazioni più sviluppate.

La letteratura internazionale ha peraltro documentato come la piena efficacia degli interventi domiciliari è possibile solo in presenza di una corretta metodologia operativa. Gli aspetti sui quali le proposte di riforma dell'assistenza ai non autosufficienti ed il dibattito che le ha accompagnate sembrano trovare il massimo consenso sono:

- l'estensione del servizio (almeno sulle 12 ore al giorno, 365 giorni all'anno) e la garanzia della reperibilità di un operatore nelle ore non coperte dal servizio;
- la capacità da parte dei servizi domiciliari di svolgere un adeguato intervento di informazione, di orientamento e di accompagnamento dell'utente e della sua famiglia;
- la valutazione multidimensionale dei bisogni e delle risorse della persona e della sua famiglia;

- la definizione – su questa base – di un progetto assistenziale individuale (PAI), che preveda il monitoraggio nel tempo degli interventi e dei risultati;
- la necessità che il progetto di cura individui per ogni paziente preso in carico un responsabile del caso (*case manager*).

Ad eccezione del primo punto, si tratta di criteri qualitativi comuni ad ogni fase del rapporto della persona con i servizi, siano essi domiciliari, semi-residenziali o residenziali, che dovrebbero informare anche il sostegno della domanda (in particolare sul versante delle assistenti familiari: formazione, incontro domanda/offerta e sostegno economico alle famiglie). La loro introduzione su scala nazionale può consentire – grazie all'individuazione di idonei indicatori di esito – di verificarne l'efficacia suggerita dalla letteratura su un'ampia popolazione di utenti.

La definizione di simili criteri qualitativi dovrebbe essere accompagnata dallo sviluppo, da parte dello Stato, non solo di un forte sistema di monitoraggio ma anche di una funzione di consulenza tecnica alle Regioni ed ai Comuni.

La scarsa fiducia nella fattibilità di una programmazione nazionale, unitamente alla considerazione che la riforma del titolo V° della Costituzione ed il federalismo fiscale assegnano in primo luogo alle Regioni le competenze in materia, consigliano al contrario allo Stato di limitarsi a definire – e finanziare – obiettivi di tipo quantitativo, lasciando alle singole Regioni la responsabilità sulle modalità attuative; l'intervento statale potrebbe limitarsi eventualmente a proporre in materia linee guida.

5.1. Nessun intervento da parte dello Stato in merito a criteri di qualità dei servizi domiciliari

La proposta:

Secondo questa prima ipotesi lo Stato deve limitarsi ad indicare obiettivi di sviluppo dei servizi domiciliari di tipo quantitativo, mettendo a disposizione le risorse economiche necessarie, e a chiedere alle Regioni dati conoscitivi sulle modalità di erogazione e sui criteri di qualità dei servizi domiciliari, la cui definizione resta di competenza delle Regioni stesse.

Il percorso attuativo:

- al gruppo di lavoro di cui al punto 3.1. istituito nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni lo Stato affida il compito di definire le modalità di rilevazione dei criteri di qualità applicati, da parte delle singole Regioni e/o ASL, nei servizi domiciliari;
- entro il terzo anno del Progetto le Regioni forniscono i dati conoscitivi richiesti;
- l'introduzione di eventuali criteri di qualità viene lasciata alla responsabilità delle Regioni.

Ipotesi 5.1. Nessun intervento da parte dello Stato in merito a criteri di qualità dei servizi domiciliari

La proposta:
- lo Stato non propone alcun criterio di qualità e si limita ad indicare in proposito il debito informativo delle Regioni.

Il percorso attuativo:
- un gruppo di lavoro Stato-Regioni definisce un set di dati da rilevare relativamente ai criteri qualitativi in uso nei servizi domiciliari;
- le Regioni forniscono nel secondo e terzo anno i dati conoscitivi richiesti;
- lo Stato confronta i risultati raggiunti con le diverse metodologie applicate, riservandosi di intervenire in una seconda fase del progetto.

Elementi di discussione:

Le motivazioni di tale posizione, come si è detto, affondano da un lato nella scarsa fiducia nelle capacità del livello centrale di governo di superare la fase delle enunciazioni per dare vita ad un percorso programmatorio efficace su tutto il territorio nazionale, superando le profonde e radicate differenze territoriali. Su un altro versante si osserva come la riforma del titolo V° assegni alle Regioni le competenze socio-sanitarie e come già oggi (vedi la proposta della Commissione LEA per la residenzialità) sia difficile ricondurre le diverse Regioni all'utilizzo, ad esempio, di uno strumento unico di valutazione multidimensionale. La direzione appare peraltro confermata dalla recente approvazione della legge sul federalismo fiscale. Sulla base di queste considerazioni, in una prima fase può sembrare più opportuno da parte del livello di governo statale limitarsi a rilevare le modalità operative in atto nelle diverse realtà del Paese, riservando ad una seconda fase azioni di indirizzo e di incentivazione.

Limitandosi ad interventi di natura quantitativa peraltro lo Stato rinuncia ad esercitare un ruolo attivo su un aspetto – quello della qualità – fondamentale nei servizi domiciliari e ad intervenire sulla difformità che già oggi contrassegna le diverse esperienze sviluppate nel Paese.

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
Finanza pubblica	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- non richiede investimenti finalizzati.
Efficacia	
Per la persona non autosufficiente	- non modifica la realtà attuale.
Per la famiglia	- non modifica la realtà attuale.
Equità	
Per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)	- non modifica la realtà attuale.
Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)	- non modifica la realtà attuale
Per l'insieme delle persone non autosufficienti	-
Differenze territoriali	
Le conseguenze nei diversi territori	- rispetta l'autonomia delle Regioni; - lascia invariata l'attuale difformità territoriale nell'erogazione delle prestazioni domiciliari
Fattibilità	
La dimensione attuativa	-
Welfare futuro	
Conseguenze per il sistema italiano di assistenza continuativa	-

5.2. Definizione di linee guida per lo sviluppo qualitativo dei servizi domiciliari.

La proposta:

Secondo questa ipotesi lo Stato, oltre ad indicare obiettivi di sviluppo quantitativo dei servizi domiciliari, offre un supporto metodologico, attraverso la predisposizione di apposite linee guida, al miglioramento qualitativo degli interventi.

Il percorso attuativo:

- lo Stato promuove nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni una commissione tecnica incaricata di definire, entro il primo anno, specifiche linee guida per l'introduzione nei servizi domiciliari dei criteri di qualità sopra indicati ed il relativo debito informativo;
- nel secondo e terzo anno le Regioni restituiscono allo Stato i dati richiesti;
- lo Stato riserva al triennio successivo l'eventuale erogazione di incentivi per l'introduzione dei criteri qualitativi.

Definizione di linee guida per lo sviluppo qualitativo dei servizi domiciliari

La proposta:
- lo Stato fornisce alle Regioni linee guida relative ai criteri di qualità che devono accompagnare lo sviluppo dei servizi territoriali.

Il percorso attuativo:
- la Conferenza Stato-Regioni istituisce una commissione tecnica incaricata di definire, entro il primo anno, le suddette linee guida ed i relativi indicatori;
- nel secondo e terzo anno lo Stato rileva l'entità dell'applicazione da parte delle Regioni delle linee guida e ne verifica l'impatto sui risultati raggiunti con le diverse metodologie applicate.

Elementi di discussione:

Le motivazioni che inducono a limitare l'intervento dello Stato in questa materia alla definizione e alla diffusione di linee guida sono le stesse del punto precedente e si riferiscono in particolare all'opportunità di rispettare le competenze regionali. La proposta di linee guida concordate a livello Stato-Regioni e il vincolo alle Regioni di rilevare sistematicamente un set di dati rappresentativo della tipologia dell'utenza, delle modalità di erogazione degli interventi e dei risultati raggiunti rappresentano peraltro un passo avanti, capace di orientare lo sviluppo anche qualitativo dei servizi domiciliari.

Resta peraltro difficile, nell'ipotesi che lo Stato si limiti a fornire linee guida senza prevedere alcun vincolo e/o incentivo al loro utilizzo, avviare un deciso superamento della disomogeneità che caratterizza oggi nel nostro Paese i servizi domiciliari.

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
Finanza pubblica	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- non richiede investimenti finalizzati.
Efficacia	
Per la persona non autosufficiente	- non modifica la realtà attuale.
Per la famiglia	- non modifica la realtà attuale.
Equità	
Per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)	- non modifica la realtà attuale.
Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)	- non modifica la realtà attuale.
Per l'insieme delle persone non autosufficienti	-
Differenze territoriali	
Le conseguenze nei diversi territori	- rispetta l'autonomia delle Regioni, vincolandole solo alla restituzione di un debito informativo; - lascia invariata l'attuale difformità territoriale nell'erogazione delle prestazioni domiciliari.
Fattibilità	
La dimensione attuativa	- non comporta particolari difficoltà; - non prevedendo alcun vincolo per le Regioni, non offre alcuna garanzia sulla

	praticabilità di un percorso di miglioramento della qualità.
Welfare futuro	
Conseguenze per il sistema italiano di assistenza continuativa	- può orientare lo sviluppo qualitativo dei servizi domiciliari.

5.3. Introduzione nei servizi domiciliari di criteri di qualità relativi a:

- garanzia di continuità del servizio (ampliamento delle fasce orarie di intervento, pronta reperibilità);
- sviluppo nelle equipe delle capacità di accompagnamento, educazione e counseling;
- stesura, monitoraggio e verifica nel tempo di un progetto assistenziale individuale per ogni utente dei servizi domiciliari;
- individuazione per ogni situazione complessa presa in carico del responsabile del caso (case manager).

La proposta:

Promuovere, grazie ad uno specifico sostegno finanziario, un processo di miglioramento della qualità dei servizi domiciliari su tutto il territorio nazionale, puntando in particolare a:

- estendere il servizio almeno sulle 12 ore al giorno per tutto l'anno organizzando la reperibilità sulle 24 ore di un operatore (normalmente un infermiere professionale durante il giorno, il medico di continuità assistenziale durante la notte) (nota 5) in grado di accedere ai dati conoscitivi dell'utente e di fornire le necessarie consulenze telefoniche o di intervenire tempestivamente in caso di "crisi";
- garantire a tutte le equipe di assistenza domiciliare la presenza di adeguate capacità/competenze sia di educazione sanitaria e supporto nella gestione della dipendenza (tecniche assistenziali, ausili, adeguamento degli ambienti, ...) sia di *counseling*/sostegno psicologico/ accompagnamento della persona, dei familiari, delle assistenti familiari. La formazione in questo senso va assicurata a tutti gli operatori, privilegiando quelle figure (operatori socio-sanitari, infermieri "coordinatori", ...) che all'interno delle equipe svolgono funzioni di valutazione multidimensionale (soprattutto al domicilio) e di coordinamento degli altri operatori;
- prevedere che la presa in carico di ogni persona non autosufficiente sia accompagnata dalla stesura di un progetto assistenziale individualizzato (PAI) ad opera di un'equipe integrata socio-sanitaria: il PAI deve contenere, oltre alla valutazione e alla quantificazione delle condizioni cliniche, funzionali, cognitive ed affettive dell'utente, la valutazione delle potenzialità e delle criticità del contesto di vita (rete familiare, realtà ambientale, condizioni socio-economiche), gli obiettivi del progetto di cura e i programmi di intervento delle diverse figure professionali coinvolte e le scadenze per la verifica dei risultati e la ridefinizione degli obiettivi;
- individuare in ogni situazione complessa seguita a domicilio un operatore che assuma la responsabilità del progetto di cura (*case manager*).

Il percorso attuativo:

- *lo Stato:*
  - entro il primo anno definisce, oltre alle linee guida di cui al paragrafo 5.2, una proposta di Piano di assistenza personalizzato ed i contenuti professionali che l'equipe deve sviluppare per garantire l'applicazione dei criteri di qualità sopra indicati;
  - destina il 5% dei fondi trasferiti alle Regioni alla realizzazione del sistema informativo dei servizi e alla formazione ECM degli infermieri e dei medici coinvolti nel sistema di reperibilità;
  - nel secondo triennio incentiva le Regioni che hanno provveduto all'applicazione dei criteri di qualità.

- *Entro il secondo anno le Regioni provvedono:*
  - a definire i relativi piani di formazione ed ad organizzare gli interventi di aggiornamento professionale rivolti a tutte le figure professionali in servizio e in particolare agli operatori (generalmente IP) che saranno chiamati ad assumere le funzioni di *case management;*
  - a definire le modalità di utilizzo del PAI.

- *Entro il terzo anno le ASL:*
  - provvedono in almeno il 60% dei Distretti alla copertura del servizio dalle ore 8 alle 20, 365 giorni all'anno (in raccordo organizzativo con la guardia medica notturna) e all'attivazione della reperibilità 24 ore al giorno;
  - promuovono con gli Enti Locali, per quanto di competenza, l'eventuale aggiornamento professionale sui contenuti indicati di almeno il 50% del personale in servizio (il 25% nel secondo anno, il 25% nel terzo anno);
  - dispongono affinché per tutti i nuovi casi presi in carico dal sistema di cure domiciliari (ad eccezione di quelli che ricevono solo prestazioni occasionali o a ciclo programmato) sia predisposto un PAI e sia individuato il *case manager*.

Introduzione dei criteri di qualità

La proposta:

- avviare un percorso di promozione della qualità dei servizi promuovendo;
  - la continuità del servizio (ampliamento degli orari e reperibilità);
  - le capacità di educazione sanitaria, di supporto nella gestione della dipendenza, di *counseling* e accompagnamento;
  - l'utilizzo del piano di assistenza individualizzato;
  - l'introduzione del *case manager*.

Il percorso attuativo:

- lo Stato definisce le modalità di gestione del PAI, le funzioni del *case manager* ed i relativi percorsi formativi, da attuarsi entro il terzo anno, incentivandoli con il 5% dei fondi trasferiti alle Regioni;

- nel secondo triennio incentiva le Regioni che hanno provveduto all'applicazione nei servizi domiciliari dei criteri di qualità.

Elementi di discussione:

Continuità del servizio. L'instabilità delle condizioni cliniche degli anziani non autosufficienti (così come l'imprevedibilità dei disturbi comportamentali nelle persone dementi) richiedono una maggior continuità di cura e soprattutto la disponibilità del sistema ad intervenire in caso di bisogno. Proprio la difficoltà ad affrontare gli episodi di scompenso e l'imprevedibilità dei disturbi comportamentali sono tra le principali cause di stress dei familiari e del ricorso da parte loro al ricovero ospedaliero e all'istituzionalizzazione (Guaita e Pucci, 2001).

Accompagnamento. La realizzazione della "porta unica di accesso" ai servizi (vedi cap 6) cui competono istituzionalmente le funzioni di informazione e di orientamento della persona e della sua famiglia, non esaurisce le funzioni di informazione/formazione e di accompagnamento che il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti deve avere in ogni sua articolazione. In particolare i servizi domiciliari, date la riduzione del numero dei familiari coinvolti nella cura e la diffusione del ricorso a personale a pagamento (le cosiddette "badanti") spesso sprovvisto di una specifica preparazione al lavoro di cura (e non raramente portatore di modelli assistenziali superati dalla cultura più moderna orientata alla promozione dell'autonomia), devono garantire accanto alle tradizionali prestazioni professionali:

- una più efficace azione di formazione e di educazione sanitaria orientata all'individuazione, alla prevenzione ed alla gestione delle fluttuazioni clinico-funzionali, degli eventi avversi, dei disturbi comportamentali;
- la consulenza e il supporto nell'affrontare i molteplici problemi posti dalle condizioni di dipendenza (tecniche assistenziali, utilizzo di ausili, adeguamento degli ambienti, ...);
- un più globale intervento di *counseling*, di sostegno psicologico, di accompagnamento dell'utente e del caregiver nel percorso di cura e nel rapporto con la rete dei servizi.

La scarsa conoscenza della "storia naturale" della malattia cronica, dei segni e sintomi precoci di scompenso, del significato e delle possibilità di soluzione dei disturbi comportamentali della demenza, delle tecniche in grado di rispondere alle problematiche della dipendenza senza pregiudicare la propria salute accentuano nel caregiver l'onere dell'impegno assistenziale, sono fonti di stress, aumentano il rischio di ospedalizzazione impropria e di istituzionalizzazione. Per contro numerosi studi hanno dimostrato, almeno per i familiari delle persone affette da demenza, l'efficacia di programmi di formazione/educazione sanitaria e di sostegno da parte di operatori adeguatamente preparati (Facchini, 2003; Nobili et al, 2004; Guerrini et al, 2005; Callahan et al, 2006).

Valutazione multidimensionale e PAI. Per quanto riguarda la metodologia dell'approccio alle persone anziane con autosufficienza limitata la letteratura internazionale ha ampiamente dimostrato come nelle cure domiciliari un approccio basato sulla valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni della persona e delle risorse che il contesto familiare e sociale è in

grado di mettere in campo sia in grado di migliorare lo stato funzionale e di ridurre i tassi di ospedalizzazione e di istituzionalizzazione contribuendo al contenimento dei costi complessivi dell'assistenza (Stuck et al, 1995; Hughes et al, 1997; Bernabei et al, 1998; Landi et al, 1999). La definizione, nel PAI, del programma di intervento delle diverse figure professionali, sociali e sanitarie, coinvolte rafforza tra l'altro l'integrazione socio-sanitaria (resa necessaria dalla stretta interdipendenza dei bisogni della persona non autosufficiente) e favorisce l'unitarietà del progetto e l'uso corretto delle risorse (nota 6).

Case management. Numerosi studi infine (Stuck et al, 1995; Ferguson e Weinberger, 1998; Landi et al, 1999 e 2001; Williamson, 2000; Onder et al, 2007) dimostrano che l'individuazione di una figura – per lo più un infermiere – responsabile del percorso di cura a domicilio (*case manager*) consente migliori risultati in termini di gestione delle principali patologie croniche e di ridotto ricorso al ricovero ospedaliero ed istituzionale, con un contenimento della spesa globale ed una riduzione dello stress dei caregiver. La presenza di una figura che si propone come punto di riferimento dell'utente e della sua famiglia e ne garantisce il collegamento con il medico di medicina generale e le altre figure professionali chiamate ad erogare le loro prestazioni e con la rete dei servizi è accolta favorevolmente dall'utenza e può contribuire, a livello del singolo caso, a mitigare le conseguenze di alcuni limiti strutturali dei servizi domiciliari (la discontinuità del servizio, l'elevato *turn-over* del personale, i conflitti di competenza tra comparto sanitario e comparto socio-assistenziale) che rischiano di negare nei fatti la fruibilità del diritto alle cure domiciliari.

Sulla base di queste considerazioni sembra importante che lo Stato assuma come obiettivo dello sviluppo delle cure domiciliari il loro riferirsi a criteri operativi di qualità confermati dalla ricerca in materia. Per questo oltre alla definizione di linee guida valide per tutto il territorio nazionale e ad una decisa azione di sostegno metodologico alle Regioni appare importante la destinazione di una quota dei trasferimenti ad un ampio programma di formazione delle equipe domiciliari e la previsione, per il secondo triennio del Piano, di interventi di incentivazione nei confronti delle Regioni che meglio si adegueranno agli indirizzi forniti. I costi di tale investimento sulla qualità dovrebbero essere ampiamente compensati da una maggior capacità del sistema delle cure domiciliari di garantire agli utenti le risposte necessarie.

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
Finanza pubblica	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- rispetto all'aumento del numero degli assistiti e/o dell'intensità degli interventi; - prevede un aumento del finanziamento (+ 5%) contenuto.
Efficacia	
Per la persona non autosufficiente	- migliora la presa in carico delle problematiche complesse della persona e l'individuazione precoce di scompensi clinico-funzionali.
Per la famiglia	- migliora il sostegno alla famiglia
Equità	
Per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)	-
Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)	- aumenta la capacità dei servizi di farsi carico prioritariamente delle situazioni più problematiche.
Per l'insieme delle persone non	- favorisce la personalizzazione degli interventi domiciliari.

autosufficienti	
Differenze territoriali	
Le conseguenze nei diversi territori	- favorisce la generalizzazione di modalità assistenziali validate dalla letteratura scientifica.
Fattibilità	
La dimensione attuativa	- richiede allo Stato un forte supporto metodologico e precisi vincoli di spesa; - richiede alle Regioni ed alle ASL un convinto investimento organizzativo e formativo.
Welfare futuro	
Conseguenze per il sistema italiano di assistenza continuativa	- mette in grado i servizi domiciliari di rappresentare una reale alternativa alla residenzialità.

Note (NB: in margine alla pagina)

1. Meno del 20% delle persone seguite dall'ADI riceve anche prestazioni sociali
2. Secondo lo studio AdHOC, Aged in Home Care Project, condotto in 11 paesi dell'Unione Europea, nei (pochi) utenti dei servizi domiciliari formali in Italia i tassi di compromissione funzionale e cognitiva risultano nettamente più elevati rispetto agli altri Paesi, Francia esclusa (Carpenter et al, 2004).
3. Le ipotesi quantitative formulate di seguito ed il calcolo dei relativi costi si riferiscono al complesso di interventi resi a domicilio dal SAD e dall'ADI, mantenendo inalterato l'attuale rapporto SAD/ADI.
4. Alcune ricerche confermano peraltro, almeno per i familiari delle persone dementi, la possibilità di contenere lo stress dei familiari anche con interventi domiciliari limitati (Guerrini et al, 2005, Facchini, 2003)
5. Le funzioni sopra riportate possono essere svolte dai medici di medicina generale organizzati in forma associata (gruppi di cure primarie).
6. Gli studi sopra citati sottolineano l'importanza della continuità tra la valutazione e la gestione/ responsabilità del caso, configurando il case manager come "braccio operativo" dell'unità di valutazione multidimensionale territoriale (Bernabei et al, 1998) e rimarcando la necessità della sua adeguata formazione alla conoscenza della metodologia della VMD, all'individuazione ed alla gestione delle principali problematiche che possono presentarsi a domicilio, alla programmazione della cura ed al coordinamento dei servizi coinvolti (Applebaum e Wilson, 1988; Landi et al, 1996). In particolare le competenze valutative e lo stretto raccordo con l'equipe multidisciplinare di valutazione multidimensionale appaiono essenziali per assicurare le tempestive ed adeguate risposte alla variabilità nel tempo dei bisogni degli anziani (Landi et al, 1996).

Bibliografia di riferimento

Applebaum RA, Wilson NL. (1988), *Training needs of case managers serving long term care channelling demonstration*, in Gerontologist, 28:172-176

Baldini M, Gori C, Mazzaferro C e Morciano M. Costi (2008), *Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, C. Gori (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti* , Roma, Carocci.

Beland F, Bergman H, Lebel P et al (2006), *A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled* trial. J Gerontol Biol Med Sci pp. 61-367-37

Beltrametti L. (2006), *I costi di un fondo per la non autosufficienza in Italia: alcune simulazioni*, in C. Gori C (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino, pp. 109-130

Bernabei R, Landi F, Gambassi G et al. (1998), *Randomized trial of impact of a model of integrated care and case management for older people living in community*. BMJ 316-1348-1351

Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW et al. (2006), *Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer's disease in primary care: a randomized trial*. JAMA, 295-2148-2157

Carpenter I, Gambassi G, Topinkova E, Shroll M, Finne-Soveri H, Enrard J-C, Garms-Homolova V, Jonsson P, Frjiters D, Ljumggren G, SØrbye LW, Wagner C, Onder G, Pedone C, Bernabei R. (2004), *Community care in Euriope. The Aged in HOme Care project (AdHOC),* Aging Clin Exp Res 16-257-269.

CENSIS – Pfizer (2004), *Invecchiare in salute, cinque regioni a confronto.*

Facchini C. (2003), *Anziani e rete dei servizi. Provincia di Milano* – Università degli Studi di Milano Bicocca.

Federsanità – ANCI. (2005), *L'attività domiciliare e residenziale per gli anziani fragili dalla parte dei Comuni*. (http://www.sigg.it/public/doc/DASCARICARE/324.pdf)

Ferguson JA, Winberger M. (1998), *Case management programs in primary care,* J Gen Intern Med 13-123-126

Gori C. (2008), *Il dibattito sulla riforma nazionale,* in C. Gori (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato,* Roma, Carocci.

Gori C (a cura di) (2002), Il *welfare nascosto. Il mercato privato dell'assistenza in Italia e in Europa*, Roma, Carocci.

Gori C, Casanova G. (2009), *I servizi domiciliari*, in C. Gori (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*. Network Non Autosufficienza, Rimini, Maggioli.

Guaita A, Pucci D. (2001), *Le motivazioni alla richiesta di ricovero presso una struttura residenziale sanitaria: dimensione qualitativa e quantitativa,* Tendenze Nuove, 2-3:243-250

Guerrini G, Scotuzzi AM, Scaglia L. (2005), *Costituzione di un team di supporto ai pazienti dementi che vivono al domicilio ed alle loro famiglie,* G Gerontol 53-A41

ISTAT (2009), *Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali nei comuni.*

Jacobzone S, Cambois E, Chaplain E, Robine JM. (1999), *The health of older persons in OECD Countries: is it improviong fast enough to compensate for population ageing?* OECD "Labour market and social policy occasional papers" n. 37.

Johri M, Beland F, Bergman H. (2003), *International experiments in integrated care for the elderly*: *a synthesis of the evidence*. Int J Geriatr Psychiatry 18-222-235

Landi F, Sgadari A, Cipriani L et al. (1996), *A simple program to train case manager in community elderly care,* Aging Clin Exp Res 8-211-218

Landi F, Gambassi G, Pola R et al. (1999), *Impact of integrated home care services on hospital use*. J Am Geriatr Soc 47- 1430-143

Landi F, Onder G, Russo A et al. (2001), *A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use*. J Clin Epidemiol 54-968-970

Ministero della Salute (2006), *Commissione nazionale per la definizione e l'aumento dei Livelli essenziali di assistenza. Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*, Roma

Onder G, Liperoti R, Bernabei R, Landi F. (2008), *Case management, preventive strategies, and caregiver attitudes among older adults in home care: results of the ADHOC study*. Journal of the American Medical Directors Association 337-41.

Pasquinelli S, Rusmini G. (2009), *I sostegni al lavoro privato di cura,* in C. Gori, (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*. Network Non Autosufficienza, Rimini, Maggioli.

Pesaresi F. (2005), T*endenze internazionali nell'assistenza dell'anziano non autosufficiente,* in Gensini GF, Rizzini P, Trabucchi M e Vanara F (a cura di). Rapporto Sanità 2005, Bologna, Il Mulino, pp. 293-382

Pesaresi F. (2007a), *Il Sad per anziani in Italia,* in Prospettive Sociali e Sanitarie 18:1-5

Pesaresi F. (2007b), *Le cure domiciliari per anziani in Italia*, in Prospettive Sociali e Sanitarie 15:1-6

Pesaresi F, Gori C. (2003), *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa,* Tendenze Nuove, 4-5.

Regione Lombardia. Legge Regionale 7 gennaio 1996 n. 1. Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia.

Roti L, Bartali B, Cantini E, Vivoli E, Lauretani F, Buiatti E, Ferrucci L. (2003), *Messa a punto e validazione di una breve intervista per lo screening della disabilità nella popolazione anziana. Il Progetto Domus.* G Gerontol 51-35-41

Rubenstein LZ, Bernabei R, Wieland D. (1993), *Comprehensive geriatric assessment into the breach*. Aging Clin Exp Res 6-1-3

SIGG - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. Linee-guida sull'utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano fragile nella rete dei servizi. VMD e assistenza domiciliare integrata (ADI). 2001 (http://www.sigg.it/vmd/vmd%20sezione%206.htm)

Stuck AE, Siu AL, Wieland GD et al. (1993), *Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials.* Lancet 342-1032-1036

Stuck AE, Aronow HU, Steiner A et al. (1995), *A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessment for elderly people living in the community*. N Engl J Med 333-1184-1189

Stuck AE, Minder CE, Peter West I et al. (2000), *A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission*. Arch Intern Med 160-977-986

Wieland D, Lamb VL, Sutton SR, Boland R, Clark M, Friedman S, Brummel-Smith K, Eleazer GP. (2000), *Hospitalization in the Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): rates, concomitants, and predictors.* J Am Geriatr Soc 48-1373-1380

Williamson JD. (2000), *Improving care management and health outcomes for frail older people: implication of the PACE model. Program for All-inclusive Care of the Elderly*. J Am Geriatr Soc 48-1529-1530

Appendice

Nota 1

Recentemente la Commissione nazionale LEA nel citato documento dal titolo "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" ha proposto una nuova classificazione delle cure domiciliari in:

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 mentre quelle di terzo livello assorbono l'OD.*
3. *"Cure domiciliari palliative a malati terminali", assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e l'Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative.*

La valorizzazione economica di tali profili di cura è proposta dalla Commissione sulla base della natura del bisogno, dell'intensità e durata dell'intervento e del mix di figure professionali coinvolte.

Nota 2

Le ragioni dello sviluppo dell'offerta dei servizi domiciliari:

- *di ordine demografico*: l'Italia è oggi (2008, ISTAT) il Paese con la più alta percentuale di ultrasessantacinquenni (il 20.0%) in ragione dell'aumento della speranza di vita (rispettivamente 78.7ed 84.0 anni per maschi e femmine) e della riduzione del tasso di natalità (9.6 per 1.000) e del numero medio di figli per donna (1.41);
- *di ordine epidemiologico*: con il crescere dell'età tendono ad aumentare le condizioni caratterizzate da disabilità progressiva, instabilità clinica, compromissione cognitiva. La netta prevalenza, nel quadro epidemiologico, delle (poli)patologie croniche caratterizzate dalla dimensione longitudinale, dalla stretta interazione con le condizioni di vita e dalla potenziale evoluzione invalidante ha chiesto e chiede ai sistemi sanitari un profondo ripensamento, epistemologico ed operativo. E' in particolare necessario integrare il consolidato modello "clinico" di medicina (funzionale alla gestione della malattia acuta) con un approccio basato sull'integrazione dei servizi sanitari e sociali e sulla continuità della cura nel tempo e sostituire ad un modello "ospedalocentrico" un deciso potenziamento delle cure primarie e degli interventi domiciliari e territoriali. Numerose esperienze internazionali hanno dimostrato che il significativo investimento iniziale richiesto per l'implementazione (o il potenziamento) di un sistema integrato di cure domiciliari rivolto a persone anziane ad alto rischio può essere compensato nel tempo da una sensibile riduzione dei ricoveri ospedalieri e dei costi complessivi delle cure (Williamson, 2000; Beland e Bergman, 2006);

- *di ordine sociale*: riduzione delle dimensioni e della capacità di cura della famiglia ed incertezza sul futuro delle "badanti". La famiglia rimane ancora, oggi in Italia, la principale "agenzia" di cura delle persone non autosufficienti: l'11% delle famiglie ha in casa ameno un disabile (ISTAT, 2001). Tale capacità di supplenza ad un welfare imperfetto è stata peraltro progressivamente indebolita dalla riduzione della sua dimensione (da 3.0 a 2.6 dal 1981 al 2001) e dal maggior inserimento delle donne nel mondo del lavoro (il tasso di occupazione femminile nelle classi di età comprese tra i 15 ed i 64 anni è aumentato dal 1970 al 2003 dal 22% al 43.1%); nella stessa direzione va il progressivo innalzamento dell'età di pensionamento: molti caregiver sono a loro volta anziani ed impegnati da tempo in un lavoro di cura, spesso a più membri della famiglia (CENSIS, 1999; Lamura et al, 2004; AIMA-CENSIS, 2006; Principi et al, 2007; Di Bari et al, 2008). Anche il ricorso all'assistenza privata (le assistenti familiari o "badanti") che ha rappresentato fino ad oggi la risposta della famiglia a queste trasformazioni "strutturali" può nel futuro divenire più problematico per una minore disponibilità di forza lavoro o per la difficoltà ad affrontarne il relativo impegno economico (Piperno, 2009). Un altro ostacolo all'efficace supporto da parte dei familiari ad un congiunto non autosufficiente è rappresentato dai cambiamenti delle condizioni abitative, con l'aumento del numero di famiglie composte da soli anziani ed una proporzionale riduzione delle famiglie multi generazionali;
- *di equità*: a fronte di una percentuale di persone ultrasessantacinquenni gravemente dipendente che si calcola tra il 10% ed il 20% (Jacobzone, 1999) le persone che ricevono una qualche intervento di supporto dai servizi domiciliari non raggiungono il 5%, con tutti i limiti (di discontinuità dell'intervento e di eterogeneità territoriale) già segnalati. Non stupisce in questa situazione che, come riportato dallo studio AdHOC (Carpenter et al, 2004), i servizi domiciliari nel nostro Paese tendano a selezionare gli utenti più gravi, rinunciando di fatto ad un intervento preventivo. E' anche importante sottolineare come il sempre maggiore coinvolgimento dell'utenza nella copertura dei costi dei servizi domiciliari socio-assistenziali (SAD), legato alle crescenti difficoltà finanziarie degli Enti Locali, e la scarsità delle risorse investite nell'ADI comportino l'esclusione dagli interventi domiciliari di "un cospicuo gruppo di *né né*" (Baldini et al, 2008), quegli anziani "che non sono abbastanza poveri da ricevere il SAD né abbastanza benestanti da pagarsi l'assistente familiare ... e quelli che non hanno bisogni sanitari sufficientemente gravi da poter ricevere oggi l'ADI ma non sono certo esenti dalla necessità di fruirne" (ibidem);
- *di ordine psicologico*: maggior gradimento da parte degli interessati per le cure domiciliari, come emerge da tutte le indagini tanto sugli anziani (secondo una recente inchiesta del CENSIS il 76% degli anziani intervistati chiede il potenziamento dei servizi domiciliari) quanto sui caregiver (a titolo esemplificativo: AIMA-CENSIS, 2006; Principi et al, 2007);
- *di sostegno reale alla famiglia*: numerose indagini hanno dimostrato il costo, psicologico e sociale oltre che economico, del caregiving familiare (Taccani, 1994; CENSIS, 1999; Principi et al, 2007), la interazione bidirezionale che lega le condizioni di salute del paziente con il benessere e lo stress dei familiari (Cigoli, 1997; Tamanza, 1998), così come il bisogno che questi ultimi esprimono di aiuto concreto, di sostegno economico, di sollievo dalla continuità dell'impegno assistenziale, ma anche di informazione/ formazione, di counseling, di supporto psicologico, di rassicurazione, di riconoscimento del lavoro di cura (AIMA-CENSIS, 2006; Principi et al, 2007). Molti lavori anche in Italia hanno peraltro dimostrato, quanto meno per le demenze, l'efficacia di programmi di educazione e di sostegno ai familiari di persone non autosufficienti (Facchini, 2003; Nobili et al, 2004; Guerrini et al, 2005; Callahan et al, 2006);

- *di sostegno e di supervisione alle assistenti domiciliari private*: un'analoga funzione di educazione agli interventi assistenziali, di formazione, di ascolto, di "prossimità", vale anche per le assistenti domiciliari private (le "badanti"), che affrontano l'impegno di cura con un gravoso fardello di problemi personali e familiari, con grosse difficoltà comunicative e relazionali, senza le necessarie conoscenze e competenze tecniche (Gori, 2002), a disagio nello stabilire i collegamenti con gli operatori dei servizi pubblici (Giunco et al, 2000), per di più non raramente informate ad un modello di "caregiving assistenzialistico, che mira ad accudire l'anziano sostituendolo nelle attività della vita quotidiana più che ad ottimizzare e conservare le capacità residue" (Ferrucci et al, 2002).

Bibliografiadi riferimento

AIMA – CENSIS (2006), *La vita riposta: i costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer*, Milano, FrancoAngeli.

CENSIS (1999), *La mente rubata. Bisogni e costi sociali della malattia di Alzheimer*. Milano, FrancoAngeli.

Cigoli V. (1992), *Il corpo familiare. L'anziano, la malattia, l'intreccio generazionale*, Milano, FrancoAngeli.

Di Bari M, Pecchioli A, Mazzaglia G, Marini M, Macciocco G, Ferrucci L, Marchionni N. Care available to severely disabled older persons living at home in Florence, Italy. Aging Clin Exp Res 2008; 20:31-39

Ferrucci L, Bandinelli S, Cavazzini C, Bartali B, Benvenuti E, Lauretani F. (2002), *Dalla fragilità dell'anziano al ricovero in RSA: un percorso ad ostacoli o un circuito delle alternative*?, in Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. (a cura di), *Residenze sanitarie per anziani*, Bologna, Il Mulino.

Giunco F. (a cura di) (2005), *Cura e assistenza a domicilio*, Torino, UTET.

ISTAT (2001), *Le condizioni di salute della popolazione.*

Lamura G, Sirolla C., Melchiorre MG, Quattrini S. (2004), *L'assistenza famigliare dell'anziano non autosufficiente*, in Animazione Sociale n. 2 (supplemento): 69-74.

Piperno F. (2009), *Welfare e immigrazione. Impatto e sostenibilità dei flussi migratori diretti al settore socio-sanitario e della cura*. Risultati di una consultazione tra esperti. CeSPI Working Paper n. 55.

Principi A, Polverini F, Balducci C, Melchiorre MG, Quattrini S, Gianelli MV e Lamura G. EUROFAMCARE. Rapporto Nazionale per l'Italia. http://www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare/

Taccani P (a cura di) (1994), *Dentro la cura. Famiglie e anziani non autosufficienti*, Milano, FrancoAngeli, Milano.

Tamanza G. (1998), *La malattia del riconoscimento. L'Alzheimer, le relazioni familiari, il processo di cura*, Milano, Edizioni Unicopli.

Nota 3.

Appendice metodologica (a cura di Emanuele Ciani, Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche dell'Università di Modena)

I dati sul SAD sono tratti dall'"Indagine Censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni" dell'ISTAT, anno 2006 (ultimo anno disponibile).

I dati sulla spesa del SSN (ultimo anno disponibile 2006) per l'ADI e sul numero di anziani presi in carico dal servizio (ultimo anno disponibile 2008) sono stati forniti dal Ministero per lo Sviluppo (il secondo dato è disponibile online http://www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio/dati.asp, ultimo accesso 9/7/2009). Per i valori della popolazione residente sono state utilizzate le previsioni elaborate dall'ISTAT all'1/1/2009 (scenario centrale), disponibili online su demo.istat.it.

Come valore di spesa media per utente anziano SAD si è utilizzata direttamente la spesa media dei Comuni per utente, fornita dalle tavole ISTAT. La spesa per ADI è stata invece stimata dividendo la spesa complessiva del SSN fornita dal Ministero dello Sviluppo per il totale di utenza dell'anno corrispondente.

Questo ultimo dato presenta alcune criticità, legate al fatto che i dati di spesa e quelli di utenza provengono, nei fatti, da due fonti differenti. La spesa per ADI viene infatti rilevata all'interno della voce 20801 dei modelli LA compilati nell'ambito della rilevazione annuale sui LEA. Tale voce comprende anche la spesa per ADP (Assistenza Domiciliare Programmata), mentre i dati di utenza dell'Annuario Statistico del SSN si riferiscono alla sola ADI. Non è però possibile scorporare l'ADP, perché non sono disponibili dati distinti né per la spesa né per l'utenza. Per questa ragione, per alcune regioni, in particolare Valle d'Aosta, Sicilia e Provincia Autonoma di Bolzano, i dati di spesa risultano sostanzialmente incoerenti con quelli dell'utenza. I valori di spesa media per utente, stimati come prima indicato, sono infatti molto superiori rispetto alla media nazionale.

Si è deciso di utilizzare per queste regioni un valore di spesa pari alla media fra i due valori di spesa per utente di servizi domiciliari rilevati dall'Age.Na.S. (2009) in una recente ricerca volta a stimare il fabbisogno standard per assistenza socio-sanitaria agli anziani. E' stata successivamente controllata la coerenza per i dati così ricostruiti, seguendo lo stesso metodo proposto dall'Age.Na.S.. L'indice di correlazione fra il tasso di utenza ADI fra gli anziani e la spesa pro-capite per anziani risulta pari a 0.78 (R2=0,609), il che mostra una certa coerenza fra i due dati. A riguardo della correzione adottata per alcune regioni, va in ogni caso osservato che il loro peso sul totale dell'utenza è limitato: nel 2008 risultavano il 2,3% sul totale nazionale di anziani presi in carico ADI.

Per tutte le voci di utenza e spesa sono stati utilizzati gli ultimi dati disponibili, anche se appartengono ad anni diversi, in linea con altri lavori sull'argomento (Casanova e Gori, 2006) che sostengono una sostanziale stabilità negli ultimi anni dell'utenza e della spesa SAD (fra i due servizi quello con le informazioni meno recenti). Allo scopo di renderli omogenei, i valori assoluti di spesa sono stati stimati moltiplicando il tasso di utenza per il numero di anziani residenti all'1/1/2009 (previsione dell'ISTAT, scenario centrale, disponibile online su demo.istat.it). Anche tutti i valori di spesa sono stati riportati in euro 2009, utilizzando l'indice dei prezzi al consumo NIC (comprensivo dei tabacchi)

Partendo da questi dati si è provveduto a stimare il costo delle riforme proposte, applicando gli aumenti di utenza alla popolazione anziana residente e senza ipotizzare un processo di

convergenza della spesa media regionale per utente. La variazione di spesa è definita in relazione allo status quo. Coerentemente con gli altri capitoli, tutte le stime proposte sono di tipo statico.

Occorre sottolineare che nella simulazione delle riforme dell'ADI viene considerata la sola spesa del SSN. Si è scelto di procedere in questo modo perché i dati sulla spesa comunale per "Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari", forniti dall'Indagine Censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni, non sono risultati coerenti con i valori di spesa e utenza rilevati dalle altre fonti, al di là della differenza spiegabile dal fatto che non tutti gli interventi ADI prevedono anche una componente socio-assistenziale. Per questa ragione vengono forniti, a solo scopo indicativo, alcuni valori di spesa comunale in percentuale della spesa del SSN. Questa frazione è stata stimata utilizzando i due valori di spesa complessiva per ADI al 2006 (ultima informazione disponibile per la spesa comunale), per diverse aree geografiche.

AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI (Age.Na.S.) 2009.
Relazione finale del progetto di ricerca corrente "Rilevazione dell'attuale spesa pubblica per l'assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard".
(http://www.assr.it/agenas_pdf/convegno_modelli_costi_anziani_assist_primaria/Relazione_finale_Anziani_non_autosufficienti.pdf)

Tab. 2. I Servizi domiciliari nelle Regioni italiane (anni 2005 – 2007)

REGIONE	SAD [1] %	ADI [2] %	REGIONE	SAD [1] %	ADI [2] %
Piemonte	1.4	1.9	Marche	1.0	4.1
Valle d'Aosta	4.9	0.4	Lazio	1.8	3.3
Lombardia	1.8	4.0	Abruzzo	2.4	4.2
Bolzano	3.9	0.5	Molise	3.1	3.4
Trento	3.6	1.0	Campania	1,6	1.9
Veneto	1.7	6,1	Puglia	0,8	1.9
Friuli	2.9	7.4	Basilicata	1,1	4.0
Liguria	1.3	3.2	Calabria	1,4	2.6
Emilia Romagna	2.4	6.1	Sicilia	3.4	0.9
Toscana	1.3	2.0	Sardegna	2.5	2.1
Umbria	0.6	5.1	ITALIA	1.8	3,4

1. ISTAT. Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni (anno 2006)
2. Ministero dello Sviluppo (anno 2008)

Tab. 3. I servizi domiciliari in Europa

Paese / Macroarea	Utenti anziani %
Danimarca	21
Svezia	9
Europa settentrionale	*13*
Germania	7
Francia	8
Europa Centrale	*8*
Spagna	4

Italia	5
Europa meridionale	*4*
EUROPA a 15	10

Fonte: da Gori e Casanova, 2009, mod

Tab. 4. Costi annui dell'aumento del numero di assistiti a domicilio

	SAD			ADI			TOTALE		
	status quo	**più utenza**	**> Spesa**	**status quo**	**più utenza**	**> Spesa**	**status quo**	**più utenza**	**> Spesa**
II triennio	389.469.968	428.056.537	38.586.570	1.035.091.954	1.233.005.061	197.913.106	1.424.561.922	1.661.061.598	236.499.676
			9,9%			*19,1%*			*16,6%*
II triennio	389.469.968	637.830.881	248.360.913	1.035.091.954	1.844.437.248	809.345.294	1.424.561.922	2.482.268.129	1.057.706.207
			63,8%			*78,2%*			*74,2%*

Tab. 5. Costi annui dell'aumento di intensità degli interventi domiciliari a parità di persone assistite.

	SAD			ADI			TOTALE		
	status quo	**più utenza**	**> Spesa**	**status quo**	**più utenza**	**> Spesa**	**status quo**	**più utenza**	**> Spesa**
II triennio	389.469.968	506.310.958	116.840.990	1.035.091.954	1.345.619.541	310.527.586	1.424.561.922	1.851.930.499	427.368.577
			30,0%			*30,0%*			*30,0%*
II triennio	389.469.968	584.204.951	194.734.984	1.035.091.954	1.552.637.932	517.545.977	1.424.561.922	2.136.842.883	712.280.961
			50,0%			*50,0%*			*50,0%*

Tab. 6. Costi annui dell'aumento globale dei servizi domiciliari.

	SAD			ADI			TOTALE		
	status quo	**più utenza**	**> Spesa**	**status quo**	**più utenza**	**> Spesa**	**status quo**	**più utenza**	**> Spesa**
II triennio	389.469.968	556.473.498	167.003.531	1.035.091.954	1.602.906.579	567.814.625	1.424.561.922	2.159.380.077	734.818.156
			42,9%			*54,9%*			*51,6%*
II triennio	389.469.968	956.746.321	567.276.353	1.035.091.954	2.766.655.873	1.731.563.918	1.424.561.922	3.723.402.193	2.298.840.272
			145,7%			*167,3%*			*161,4%*

Tab. 7. Progressiva riduzione delle differenze territoriali, con finanziamento delle sole Regioni che non raggiungono l'indice minimo di copertura dei servizi domiciliari: evoluzione dell'utenza nelle diverse Regioni a 3 e 6 anni

REGIONE	**Attuale %**	**3 anni %**	**6 anni %**	**REGIONE**	**Attuale %**	**3 anni %**	**6 anni %**
Piemonte	3.3			Marche	5.1	5.8	6.1
Valle d'Aosta	5.3	3.7	5.0	Lazio	5.1	5.1	5.3
Lombardia	5.8	6.9	7.9	Abruzzo	6.6	6.6	6.6
Bolzano	4.4	5.8	6.0	Molise	6.5	6.5	6.5
Trento	4.6	5.9	6.9	Campania	3.5	3.7	5.0
Veneto	7.8	5.6	6.6	Puglia	2.7	3.7	5.0
Friuli	10.3	7.8	8.1	Basilicata	5.1	5.7	6.0
Liguria	4.5	10.3	10.3	Calabria	4.0	4.3	5.0
Emilia Romagna	8.5	4.9	5.2	Sicilia	4.3	5.4	6.4
Toscana	3.3	8.5	8.5	Sardegna	2.6	4.5	5.5
Umbria	5.7	3.7	5.0	**ITALIA**	**5.2**	**5.5**	**6.1**

Tab. 8. Costi annui della progressiva riduzione delle differenze territoriali, con finanziamento delle sole Regioni che non raggiungono l'indice minimo di copertura dei servizi domiciliari

	SAD			ADI			TOTALE		
	status quo	**più utenza**	**> Spesa**	**status quo**	**più utenza**	**> Spesa**	**status quo**	**più utenza**	**> Spesa**
II triennio	389.469.968	428.056.537	38.586.569	1.035.091.954	1.070.430.911	35.348.957	1.424.561.922	1.498.487.448	73.935.526
			9,9%			*3,4%*			*5,2%*
II triennio	389.469.968	465.510.038	76.040.070	1.035.091.954	1.243.165.159	208.073.205	1.424.561.922	1.708.675.197	284.113.275
			19,5%			*20,1%*			*19,9%*

Tab. 9. Aumento del numero degli utenti senza riduzione delle differenze territoriali: evoluzione dell'utenza nelle diverse Regioni a 3 e 6 anni

REGIONE	Attuale %	3 anni %	6 anni %	REGIONE	Attuale %	3 anni %	6 anni %
Piemonte	3.3	3.8	5.8	Marche	5.1	6.1	9.2
Valle d'Aosta	5.3	6.0	8.8	Lazio	5.1	6.0	9.0
Lombardia	5.8	6.8	10.2	Abruzzo	6.6	7.6	11.5
Bolzano	4.4	4.9	7.5	Molise	6.5	7.5	11.2
Trento	4.6	5.2	7.9	Campania	3.5	3.9	5.9
Veneto	7.8	9.2	13.7	Puglia	2.7	3.1	4.8
Friuli	10.3	12.1	18.0	Basilicata	5.1	6.0	9.1
Liguria	4.5	5.3	7.9	Calabria	4.0	4.6	6.9
Emilia Romagna	8.5	9.9	14.8	Sicilia	4.3	4.8	7.3
Toscana	3.3	3.8	5.7	Sardegna	2.6	5.3	8.0
Umbria	5.7	6.8	10.1	**ITALIA**	**5.2**	**6.0**	**9.0**

Tab. 10. Costi annui dell'aumento del numero degli utenti senza riduzione delle differenze territoriali

	SAD			ADI			TOTALE		
	status quo	**più utenza**	**> Spesa**	**status quo**	**più utenza**	**> Spesa**	**status quo**	**più utenza**	**> Spesa**
II triennio	389.469.968	428.416.964	38.946.997	1.035.091.954	1.242.110.345	207.018.391	1.424.561.922	1.670.527.310	245.965.388
			10,0%			*20,0%*			*17,3%*
II triennio	389.469.968	642.625.446	253.155.479	1.035.091.954	1.863.165.518	828.073.564	1.424.561.922	2.505.790.964	1.081.229.042
			65,0%			*80,0%*			*75,9%*

Tab. 11. Aumento del numero degli utenti e contestuale riduzione delle differenze territoriali: evoluzione dell'utenza nelle diverse Regioni a 3 e 6 anni

REGIONE	Attuale %	3 anni %	6 anni %	REGIONE	Attuale %	3 anni %	6 anni %
Piemonte	3.3	4.0	5.6	Marche	5.1	6.5	9.3
Valle d'Aosta	5.3	6.9	10.8	Lazio	5.1	5.7	8.7
Lombardia	5.8	6.5	9.9	Abruzzo	6.6	7.3	11.2
Bolzano	4.4	5.9	9.3	Molise	6.5	7.1	10.9
Trento	4.6	5.6	8.8	Campania	3.5	3.9	5.8
Veneto	7.8	8.8	13.4	Puglia	2.7	3.9	5.3
Friuli	10.3	11.6	17.5	Basilicata	5.1	6.4	9.0
Liguria	4.5	5.8	7.7	Calabria	4.0	4.7	6.7
Emilia Romagna	8.5	9.5	14.4	Sicilia	4.3	5.4	8.4
Toscana	3.3	4.1	5.5	Sardegna	2.6	5.0	7.7
Umbria	5.7	7.6	10.9	**ITALIA**	**5.2**	**6.0**	**9.0**

Tab. 12. Finanziamento dell'indice programmatorio su tutto il territorio nazionale: evoluzione dell'utenza nelle diverse Regioni a 3 e 6 anni

REGIONE	Attuale %	3 anni %	6 anni %	REGIONE	Attuale %	3 anni %	6 anni %
Piemonte	3.3	6.0	9.0	Marche	5.1	6.0	9.0
Valle d'Aosta	5.3	6.0	9.0	Lazio	5.1	6.0	9.0
Lombardia	5.8	6.0	9.0	Abruzzo	6.6	6.6	6.6
Bolzano	4.4	6.0	9.0	Molise	6.5	6.5	6.5
Trento	4.6	6.0	9.0	Campania	3.5	6.0	9.0
Veneto	7.8	7.8	7.8	Puglia	2.7	6.0	9.0
Friuli	10.3	10.3	10.3	Basilicata	5.1	6.0	9.0
Liguria	4.5	6.0	9.0	Calabria	4.0	6.0	9.0
Emilia Romagna	8.5	8.5	8.5	Sicilia	4.3	6.0	9.0
Toscana	3.3	6.0	9.0	Sardegna	2.6	6.0	9.0
Umbria	5.7	6.0	9.0	**ITALIA**	**5.2**	**6.5**	**9.1**

Tab. 13. Costi del finanziamento dell'indice programmatorio in tutte le Regioni

	SAD			ADI			TOTALE		
	status quo	**più utenza**	**> Spesa**	**status quo**	**più utenza**	**> Spesa**	**status quo**	**più utenza**	**> Spesa**
II triennio	389.469.968	459.323.831	69.853.863	1.035.091.954	1.397.217.513	362.125.558	1.424.561.922	1.856.541.344	431.979.422
			17,9%			*35,0%*			*30,3%*
II triennio	389.469.968	635.581.168	246.111.200	1.035.091.954	1.964.082.949	928.990.995	1.424.561.922	2.599.664.117	1.175.102.195
			63,2%			*89,7%*			*82,5%*

Tab. 14. Costi annui dei servizi domiciliari (SAD + ADI) nelle diverse opzioni

	status quo (ip. 1)	ipotesi 2	> spesa	ipotesi 3	> spesa	ipotesi 4	> spesa	ipotesi 5	> spesa
II triennio									
Italia	1.424.561.922	1.498.170.961	73.609.039	1.670.527.310	245.965.388	1.661.061.598	236.499.676	1.856.541.344	431.979.422
			5,2%		*17,3%*		*16,6%*		*30,3%*
Nord-Ovest	368.511.747	381.868.598	13.356.851	432.009.775	63.498.028	423.464.338	54.952.591	497.565.748	129.054.002
			3,6%		*17,2%*		*14,9%*		*35,0%*
Nord-Est	436.498.452	439.828.193	3.329.741	512.849.904	76.351.452	495.152.473	58.654.020	440.235.273	3.736.820
			0,8%		*17,5%*		*13,4%*		*0,9%*
Centro	333.130.945	349.524.220	16.393.275	392.854.013	59.723.068	394.750.317	61.619.372	459.060.805	125.929.861
			4,9%		*17,9%*		*18,5%*		*37,8%*
Mezzogiorno	286.420.778	326.949.949	40.529.171	332.813.618	46.392.840	347.694.470	61.273.692	459.679.517	173.258.739
			14,2%		*16,2%*		*21,4%*		*60,5%*

Tab. 15. Intervento sulle differenze territoriali

	status quo	ipotesi 1	> spesa	ipotesi 2	> spesa	ipotesi 3	> spesa	ipotesi 4	> spesa
Il triennio									
Italia	1.424.561.922	1.708.675.197	284.113.275	2.505.790.964	1.081.229.042	2.482.268.129	1.057.706.207	2.599.664.117	1.175.102.195
			19,9%		*75,9%*	2.482.268.129	1.057.706.207		*82,5%*
Nord-Ovest	368.511.747	443.678.805	75.167.058	648.014.662	279.502.915		*74,2%*	742.599.290	374.087.543
			20,4%		*75,8%*	630.868.080	262.356.333		*101,5%*
Nord-Est	436.498.452	446.112.368	9.613.916	769.274.856	332.776.404		*71,2%*	472.966.426	36.467.974
			2,2%		*76,2%*	752.049.763	315.551.310		*8,4%*
Centro	333.130.945	405.220.563	72.089.608	589.281.019	256.150.074		*72,3%*	682.660.066	349.529.121
			21,6%		*76,9%*	579.665.563	246.534.618		*104,9%*
Mezzogiorno	286.420.778	413.663.471	127.242.693	499.220.427	212.799.649		*74,0%*	701.438.335	415.017.557
			44,4%		*74,3%*	519.684.723	233.263.945		*144,9%*

Ipotesi 2 = finanziamento delle sole Regioni che non raggiungono l’indice minimo di copertura dei servizi domiciliari (paragrafo 4, punto 4.2)
Ipotesi 3 = aumento del numero degli utenti senza riduzione delle differenze territoriali (paragrafo 4, punto 4.3)
Ipotesi 4 = aumento del numero degli utenti e contestuale riduzione delle differenze territoriali (paragrafo 3, punto 3.2)
Ipotesi 5 = definizione di un indice programmatorio vincolante per tutte le Regioni (paragrafo 4, punto 4.5)

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 8

Lo Sviluppo dell’offerta di servizi residenziali e semiresidenziali

di

Franco Pesaresi & Enrico Brizioli

Luglio 2010

Il presente capitolo è diviso in tre parti; la prima si occupa dell'assistenza residenziale per gli anziani, la seconda dell'assistenza semiresidenziale e la terza sintetizza il costo complessivo delle varie ipotesi presentate.

1° parte: LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE

1. Le maggiori criticità della situazione attuale

In Italia, i servizi residenziali hanno registrato sin dagli anni '90 un dinamismo contenuto, senza mai raggiungere gli obiettivi di diffusione attesi, se non in alcune Regioni.

Ci si aspettava infatti che la soglia dei 300.000 posti letto, raggiunta già nella seconda metà degli anni '90, sarebbe stata superata di slancio dopo il 2000 a seguito del progressivo superamento del "buco demografico della grande guerra" (minor numero delle classi 1915-1920) associato al progressivo aumento della vita media. Invece, in Italia si è verificato un fenomeno imprevisto: la tendenza alla crescita della percentuale degli anziani ricoverati nelle strutture residenziali non c'è stata, a differenza di quanto accaduto negli altri paesi dell'Europa del sud. Il numero degli anziani istituzionalizzati si è stabilizzato al livello del 3% di tutti gli anziani (Cfr. Tab.1), un livello basso rispetto agli altri paesi europei. Anche il sistema dell'offerta di servizi si è adeguato a questa tendenza, tanto che nel 2005, si registrava la stessa percentuale (2,3% degli anziani) dei posti letto residenziali del 1999 e del 2002.

Tab. 1. Anziani ricoverati e dimessi dalle strutture residenziali italiane. Anni 2000-2005.

Anno	Anziani presenti all' 1/1	Accolti durante l'anno	Totale degenti	% anziani	deceduti	% deceduti	Dimessi	% dimessi
2000	225.548	92.655	318.203	**3,0**	47.904	15,0	40.692	12,8
2001	216.126	96.240	312.366	**2,9**	37.025	11,8	37.833	12,1
2002	225.228	126.304	351.532	**3,2**	50.342	14,3	48.164	13,7
2003	222.970	118.278	341.248	**3,1**	58.413	17,1	54.885	16,1
2004	227.315	114.773	342.088	**3,0**	51.215	15,0	53.487	15,6
2005	223.509	121.584	345.093	**3,0**	54.746	15,9	59.541	17,2

Note: in questa tabella si tiene conto di tutti gli anziani ospitati nelle RSA, nelle residenze socio-sanitarie, nelle residenze assistenziali e nelle altre eventuali strutture che hanno ospitato anziani.

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, 2004, 2005ab, 2006, 2007, 2008.

In realtà, dietro questa apparente stabilità si nasconde un settore che vive una fase di trasformazione dell'offerta residenziale. Le domande di ricovero si riferiscono sempre più ad anziani non autosufficienti, in genere ultrasettantacinquenni, e questo ha prodotto importanti modificazioni nella organizzazione delle strutture, che hanno visto ridursi in maniera consistente i ricoveri nelle case di riposo destinate formalmente agli autosufficienti ed un parallelo aumento dei ricoveri di non autosufficienti, in particolare nelle RSA (Cfr. Tab.2). In sostanza, aumenta costantemente il carico assistenziale delle strutture per far fronte ad un mix di ospiti sempre più

gravemente non autosufficienti. Quasi tutti i soggetti gestori delle strutture residenziali hanno compreso il fenomeno e stanno spostando il loro intervento verso le strutture a maggior contenuto sanitario; così Ipab, enti religiosi ed imprese private tendono a riconvertire le residenze assistenziali in residenze socio-sanitarie. Contemporaneamente, cresce anche l'impegno delle imprese private soprattutto di quelle non profit per lo sviluppo delle RSA.

Tab. 2. Posti letto nelle strutture residenziali per anziani nelle regioni italiane. 31/12/2005.

Regioni	RSA	residenze socio-sanitarie	residenze assistenziali	TOTALE	p.l. per mille anziani
1.Trento	4.721	0	19	4.740	50,4
2.Piemonte	6.092	13.311	24.085	43.488	44,7
3.Bolzano	548	2.958	0	3.506	43,2
4.Friuli-V. G.	1.709	7.437	2.263	11.409	41,8
5.Veneto	4.921	23.026	6.471	34.418	37,8
6.Valle d'Aosta	148	728	53	929	37,1
7.Lombardia	50.668	2.790	1.653	55.111	30,0
8.E. Romagna	2.149	17.773	8.469	28.391	29,9
9.Liguria	2.732	8.962	718	12.412	29,1
10.Marche	1.479	3.120	3.430	8.029	23,2
11.Molise	20	1.022	281	1.323	18,7
12.Toscana	10.783	1.689	3.180	15.652	18,6
13.Abruzzo	799	2.036	1.219	4.054	14,6
14.Lazio	4.109	1.070	7.541	12.720	12,5
15.Umbria	286	1.281	631	2.198	10,9
16.Sardegna	1.184	365	1.565	3.114	10,7
17.Sicilia	910	4.235	3.713	8.858	9,8
18.Puglia	301	2.587	3.777	6.665	9,5
19.Campania	1.020	643	3.889	5.552	6,3
20.Calabria	1.157	340	628	2.125	5,8
21.Basilicata	0	248	387	635	5,4
ITALIA	**95.734**	**95.620**	**73.972**	**265.326**	**22,9**
%	**36,1**	**36,0**	**27,9**	**100,0**	
p.l. per 1.000 anziani	**8,3**	**8,2**	**6,4**	**22,9**	

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, 2008.

Questo tipo di trasformazione è spesso riferita ad una effettiva riqualificazione di vecchie strutture, ma anche all'apertura di nuove strutture. Essa è legata a diversi fattori:

- riduzione progressiva della domanda di servizi da parte di anziani autosufficienti per modifica delle condizioni abitative;
- crescita della domanda di assistenza per pazienti non autosufficienti con problematiche sanitarie complesse;
- diffusione delle procedure di accreditamento sanitario, con i conseguenti contratti di fornitura che garantiscono maggiori fonti di finanziamento, ma impongono standard organizzativi e strutturali;
- necessità di trasformazione, adeguamento e messa a norma di vecchie strutture, per lo più di proprietà di ex-Ipab o di enti religiosi, con necessità di ingenti investimenti e comunque di una progettualità più avanzata;

- ingresso nel sistema di nuovi soggetti erogatori privati in grado di anticipare le esigenze del mercato e mettere a disposizione nuove strutture adeguate ed a norma in grado di far fronte alla domanda socia-sanitaria.

Per interpretare correttamente i dati sull'offerta di servizi occorre aggiungere anche il tema delle liste d'attesa. I dati empirici raccolti ci forniscono un quadro di più diffusa presenza di liste d'attesa nelle regioni del nord come la Lombardia, il Veneto, il Piemonte ecc., ed anche in diverse regioni del Centro Italia. Meno notizie si hanno invece sulle regioni del sud. Si può pertanto dire che le liste d'attesa sono più importanti (anche perché in qualche caso sono monitorate) proprio nelle regioni in cui l'offerta è più solida.

La presenza di tutti questi elementi anche contraddittori rende complessa l'interpretazione dei fenomeni. E' probabile che l'offerta dei servizi sia in difficoltà o in ritardo di fronte ad un mercato che chiede con forza assistenza di qualità per gli anziani non autosufficienti e che trova, per contro, una rete di vecchie strutture come le case di riposo, costruite per anziani indifferenziati (sia autosufficienti che non autosufficienti), oggi abilitate formalmente per i soli autosufficienti e che tarda a riconvertirsi. C'è dunque un problema di domanda ed offerta che stentano ad incontrarsi pienamente perché chiedono ed offrono prestazioni diverse.

L'affermazione di taluni secondo cui la bassa offerta dei servizi, peraltro in trasformazione, possa costituire una concausa del contenimento dei ricoveri può essere accolta cautamente, ma non va sopravvalutata. Peraltro, si tratta più di un effetto che di una causa. Altresì invece incide molto di più il fenomeno delle Assistenti familiari, che ha permesso a migliaia di anziani non autosufficienti di rimanere al proprio domicilio. In tal senso parliamo di numeri straordinari: sono state stimate 770.000 assistenti familiari che si occupano di non autosufficienti, quasi tutti anziani (precisamente, il doppio degli anziani ospitati nelle strutture residenziali). Da aggiungere che, risulta ancora non adeguatamente analizzata, la tendenza delle regioni del sud che mantengono un livello di offerta di servizi molto bassa che spesso tende anche a decrescere. C'è pertanto da chiedersi se sono le rette che gli utenti devono pagare ad indurre le famiglie residenti in regioni meno ricche di altre a deprimere l'offerta di servizi. Possiamo supporre che c'è sicuramente un'incidenza di questi elementi, anche se non abbiamo dati rigorosi a supporto di questo orientamento e del suo peso. Questa caratteristica delle regioni del sud è uno degli elementi che contribuisce ad una distribuzione dei posti letto molto diversificata nelle varie regioni. Ne consegue nel territorio italiano una possibilità di accesso alle prestazioni residenziali molto differenziata.

In questo quadro di luci ed ombre, le famiglie continuano a farsi carico della metà (47%) delle spese per l'assistenza residenziale, mentre il Servizio sanitario fornisce un contributo ancora insufficiente anche laddove la legge richiederebbe un impegno finanziario maggiore. Una situazione economicamente insostenibile per gli assistiti, tenuto conto che nella maggior parte dei casi le rette di degenza superano l'importo delle pensioni degli anziani ospitati nelle strutture. Globalmente si osservano rette complessive di degenza che variano da 50 a 145 euro, con una quota di partecipazione richiesta all'ospite che varia dai 30 ai 65 euro, non sempre in proporzione alla retta complessiva.

Da ultimo, risultano troppo diverse le differenze territoriali nelle procedure di accesso e di valutazione degli anziani che non possono essere più assistiti al loro domicilio. Ogni anziano dovrebbe avere il diritto ad essere valutato da una unità valutativa multidimensionale che, con l'ausilio di strumenti di valutazione omogenei in tutto il territorio nazionale, elabora il Piano

assistenziale individualizzato (PAI). La stessa Unità valutativa dovrebbe contribuire ad individuare la struttura più adatta per le necessità dell'anziano e quindi monitorare periodicamente l'andamento del PAI. Questo percorso, ormai ampiamente condiviso dalla letteratura, non trova alcun riscontro nella pratica.

2. Le ipotesi di cambiamento e le loro ragioni

Nel complesso, il sistema residenziale appare condizionato da una carenza di normativa centrale capace di indirizzare in maniera coerente la corretta evoluzione dell'offerta, in rapporto alla effettiva domanda ed alla appropriatezza ed equità del servizio. Si pone inoltre il problema della ulteriore riqualificazione di posti letto per autosufficienti in posti per non autosufficienti, con le necessità connesse al recupero del patrimonio edilizio ed alla tradizione assistenziale delle ex-Ipab.

Un programma di questo tipo non può essere tuttavia avviato senza affrontare il tema delle risorse finanziarie necessarie per questo percorso di riqualificazione, per sostenere la spesa delle rette delle nuove strutture (tendenzialmente più elevate) e per definire le modalità di partecipazione alla spesa degli ospiti.

Negli ultimi anni, su un obiettivo di razionalizzazione ed omogeneizzazione dell'offerta, sono stati prodotti due documenti che riteniamo debbano costruire le basi per una evoluzione della discussione. Si tratta del documento sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali della commissione LEA (2007) e del decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 sui flussi ministeriali, frutto del lavoro del Progetto Mattoni.

I due strumenti tracciano le basi per una razionalizzazione del settore basato su due principi fondamentali:

1) la classificazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali in alcune semplici classi a diverso contenuto sanitario, cui corrispondono differenti standard assistenziali e parametri di accreditamento;
2) l'adozione di strumenti di analisi del case-mix che consentano il monitoraggio dell'assistenza, una eventuale ulteriore differenziazione oggettiva delle classi di prestazioni degli standard e delle tariffe, l'alimentazione di un flusso informativo nazionale.

I due documenti giungono a soluzioni condivise dalla regioni per quanto riguarda l'assistenza gli anziani, ma rimangono generici sul settore dei disabili, ove registrano oggettive difficoltà ad uscire dallo schema delle strutture di taglio "riabilitativo" extraospedaliero autorizzate ai sensi dell'art. 26 della L.833/78. L'idea di fondo del presente capitolo è quella di dare applicazione ai contenuti principali del documento LEA sull'assistenza residenziale e semiresidenziale (con qualche piccola variante) valutandone gli aspetti applicativi e i costi, insieme all'obiettivo di ridurre gli oneri a carico delle famiglie (obiettivo illustrato specificatamente nel cap.11).

I punti di riferimento della proposta sono i seguenti:

a) favorire il completamento della riconversione delle case di riposo che ospitano non autosufficienti in case/residenze protette. Valutare l'opportunità di porre dei limiti alla costruzione di nuove case di riposo per autosufficienti;
b) ipotizzare un aumento dei soli posti letto per non autosufficienti ma in modo assai più contenuto di quanto proposto nel documento sulla residenzialità della Commissione Ministeriale sui LEA (rinviando nel tempo il raggiungimento di tali parametri);
c) modificare le quote di partecipazione alla spesa delle strutture residenziali. L'ipotesi è quella di un provvedimento di modificazione della suddivisione degli oneri in cui la sanità si faccia carico di percentuali di costo più elevate per ridurre gli oneri delle famiglie come indicato al cap. 11.;
d) definire le modalità di accesso attraverso la valutazione multidimensionale, stabilire chi fa le valutazioni successive e gli aggiustamenti del programma assistenziale individualizzato (lo fa la struttura residenziale o l'UVM) e soprattutto codificare gli strumenti di valutazione atti anche a stabilire i percorsi assistenziali degli assistiti.

Dunque, in base a quanto sinora esposto ed affermato si prospettano 4 ipotesi, che è possibile ordinare secondo una logica di coerenza e gradualità:

1. nessun cambiamento;
2. "la modifica delle regole del gioco", costituita da tutte le modifiche relative all'assistenza residenziale proposte nel cap.11 e relative alla ripartizione dei costi delle strutture;
3. "sviluppo dell'offerta a 3 anni", che prevede essenzialmente la riconversione delle strutture per autosufficienti in strutture per non autosufficienti;
4. "lo sviluppo dell'offerta residenziale".

Profilo ipotesi 1. *Nessun cambiamento.* In questa ipotesi non si prevedono mutamenti nell'offerta dei servizi residenziali e nelle regole di ripartizione della spesa. Rimangono quindi i problemi relativi ad un basso livello dell'offerta, soprattutto per gli anziani non autosufficienti e ad una ripartizione della spesa che pesa troppo sull'assistito e la sua famiglia. Il mantenimento della situazione attuale è l'unica soluzione che non può essere sostenuta nel medio e lungo termine dato che il costante aumento degli anziani ed in particolare di quelli con le età più avanzate richiede un perenne aumento dell'offerta assistenziale per i non autosufficienti (Cfr. Tab.4). L'ipotesi 1, pertanto, se realmente praticata porterebbe ad un costante ed insopportabile aumento delle liste d'attesa e delle rette (forte domanda e scarsità dell'offerta); risultati che vanno in senso contrario rispetto a quelli necessari ed auspicati.

Tab. 3 - Griglia valutativa dell'ipotesi 1: "Nessun cambiamento"

Dimensione	Punti di forza e punti di debolezza
Finanza pubblica	Non ci sono maggiori costi
Efficacia	Aumento delle lista d'attesa. Efficacia ridotta.
Equità	Attuale sistema contraddistinto da un livello molto basso di equità
Differenze territoriali	Mantenimento delle ampie differenze esistenti fra le varie regioni.
Fattibilità	Non richiesto alcuno sforzo organizzativo per il mantenimento dell'attuale sistema
Welfare futuro	Incapacità dell'attuale offerta di servizi di far fronte al futuro aumento del numero degli anziani non autosufficienti.

Profilo ipotesi 2. "La modifica delle regole del gioco". In questa ipotesi sono presenti tutte le modifiche relative all'assistenza residenziale proposte nel cap.11 (RSA con quota sanitaria al 60%, quota sanitaria al 70% per i disabili gravi indipendentemente dalla struttura di ricovero, fasi intensive ed estensive a carico della sanità). Per questo profilo si rinvia a quanto illustrato in proposito nel cap.11 (sulla ripartizione della spesa) della presente ricerca (Cfr. Tab.4).

Tab. 4. Nuova proposta di ripartizione degli oneri sociali e sanitari

Prestazione	Norma nazionale		proposta
	Quota sanitaria	Quota sociale	
Tutte le strutture di cura e recupero per anziani non autosufficienti	100% Nella fase intensiva ed estensiva	0% Nella fase intensiva ed estensiva	1. Conferma delle percentuali. 2. Occorre definire la durata delle fasi intensive ed estensive. Convenzionalmente si può stabilire che esse durino complessivamente 60 giorni.
RSA anziani non autosufficienti	50% Nella fase di lungoassistenza	50% Nella fase di lungoassistenza	1. Modifica delle percentuali: 60% a carico della sanità e 40% a carico del sociale. Dato che il 50% di quota sanitaria viene riconosciuta nelle Residenze protette parrebbe logico aumentare la quota in strutture dai contenuti sanitari più impegnativi.
Residenze/case protette per anziani non autosufficienti	50% Nella fase di lungoassistenza	50% Nella fase di lungoassistenza	1. Conferma delle percentuali.
Strutture residenziali per disabili gravi	70% Nella fase di lungoassistenza	30% Nella fase di lungoassistenza	1. Conferma delle percentuali. 2. Per la fase estensiva (quella intensiva non ricorre) si può convenzionalmente stabilire che, in caso di dimissione dall'ospedale e da strutture residenziali, l'assistenza semiresidenziale fornita nei 45 giorni successivi, non preveda la quota sociale. 3. Prevedere una fase transitoria (in attesa della riorganizzazione delle strutture) affinché le percentuali indicate vengano applicate a tutti i disabili gravi (con certificazione di cui alla L. 104/1992) indipendentemente dalla struttura di ricovero.

Fonte: cap.11

Nel complesso, questa ipotesi si pone come obiettivo prioritario quello di migliorare l'equità nell'applicazione regionale dei LEA sociosanitari, di ridurre i costi degli assistiti e di perseguire l'effettiva rispondenza dei costi alla loro natura sociale o sociosanitaria. Infatti, la proposta considera allo stesso modo disabili nelle stesse condizioni di gravità, ma che per ritardi organizzativi sono collocati in strutture diverse. Inoltre, in questo modo si riducono giustamente anche gli oneri a carico dell'anziano e del disabile grave che pagherebbe rispettivamente il 40% della spesa nelle RSA ed il 30% in qualunque struttura per disabili. Gran parte del suo impatto economico nel futuro dipende dal livello di sviluppo delle RSA; è infatti evidente che se le Regioni dovessero decidere di privilegiare in futuro lo sviluppo delle RSA rispetto alle Residenze Protette, l'impatto economico della riforma sarà proporzionalmente più alto in relazione al tasso di crescita delle RSA. Tale tendenza sarà però contenuta dagli effetti dei provvedimenti previsti per le strutture per disabili gravi che, sviluppano tutti i loro effetti immediatamente per poi ridurli gradualmente nel tempo, mano a mano che i disabili gravi trovano la giusta collocazione nelle strutture ad essi dedicati.

La proposta è facilmente realizzabile dato che non richiede significative trasformazioni organizzative ed avrebbe il merito di aumentare sensibilmente l'equità del sistema riducendo le differenze territoriali approvando delle disposizioni che diverse regioni hanno già deliberato (Cfr. Tab. 5).

Tab. 5 - Griglia valutativa dell'ipotesi 2: "La modifica delle regole del gioco"

Dimensione	Punti di forza e punti di debolezza
Finanza pubblica	I maggiori costi ammontano a circa 378 milioni di euro (312 per l'aumento della quota sanitaria delle RSA per anziani e 66,2 milioni di euro per i disabili gravi).
Efficacia	Riduzione dei costi a carico degli assistiti. Percezione di maggiore giustizia da parte degli assistiti.
Equità	Maggiore equità: il trattamento ricevuto dagli assistiti è rapportato alle condizioni di salute.
Differenze territoriali	Riduzione delle differenze fra le regioni, generalizzando alcuni interventi già attuati in numerosi territori.
Fattibilità	Le proposte sono realizzabili abbastanza facilmente, non richiedono trasformazioni organizzative.
Welfare futuro	L'impatto nel futuro dipende dal livello di sviluppo delle RSA per anziani. L'impatto dei provvedimenti relativi ai disabili gravi dovrebbe ridursi nel tempo.

Profilo ipotesi 3. *Sviluppo dell'offerta a 3 anni: riconversione più che sviluppo.* Il livello di offerta dei servizi residenziali italiani è piuttosto basso. Inoltre, esso ha dimostrato una notevole stabilità complessiva dovuta all'effetto "contenimento" prodotto dall'esplosione del fenomeno delle assistenti familiari e da un importante processo di trasformazione interna che sta portando alla riconversione delle strutture residenziali per autosufficienti in quelle per non autosufficienti. Infine, il basso livello dell'intervento pubblico (vedi cap.11) nel pagamento delle rette non ha sostenuto lo sviluppo delle strutture neanche fino all'obiettivo della soddisfazione delle liste d'attesa. Così assistiamo in Italia, per la verità soprattutto del centro nord, ad un fenomeno originale dove il livello dell'offerta è spesso bassa, ci sono significative liste d'attesa, ma il mercato non sembra interessato a soddisfare questa domanda. Evidentemente il settore è ritenuto ancora immaturo e con regole ancora insufficienti ad invogliare adeguati investimenti.

Se guardiamo alle tendenze europee (Cfr. Tab. 6), inclusi alcuni paesi mediterranei, comprendiamo bene come il livello dell'offerta sia destinato a crescere tanto più in Italia, dove i servizi formali di altro tipo per gli anziani non autosufficienti sono ancora piuttosto fragili.

Tab. 6. Anziani assistiti formalmente in strutture residenziali in Europea.

posizione	Nazione	% anziani assistiti in strutture residenziali		posizione	Nazione	% anziani assistiti in strutture residenziali	
		anno	%			anno	%
1	Belgio	2004	8,1	11	Regno Unito	2004	4,2
2	Svezia	2006	6,8	12	Spagna	2006	4,0
3	Olanda	2008	6,8	13	Irlanda	2006	3,9
4	Portogallo	2005	6,7	14	Germania	2006	3,7
5	Islanda	2006	6,6	15	Austria	2003	3,6
6	Svizzera	2005	6,5	16	Italia	2005	3,0
7	Francia	2004	6,3	17	Finlandia	2006	2,2
8	Norvegia	2006	5,6	18	Grecia	2001	1,0
9	Danimarca	2006	5,4				
10	Lussemburgo	2006	4,3		**Europa** media non comparata		**4,9**

Note: il dato del Belgio considera impropriamente anche eventuali ospiti con età 60-64 anni; i dati del Portogallo si riferiscono ai posti letto.
Fonte: Pesaresi 2005, Istat, 2008, Eco-Santé OECD 2006; Imserso 2006, OECD (2005, 2007, 2009), Corens (2007), Barros& De Almeida Simoes (2007), De Boer (2006); Ministry Netherlands (2008), Ireland government (2008).

La nostra ipotesi per il futuro assume come obiettivo strategico quello indicato dalla commissione LEA nel documento " Prestazioni residenziali e semiresidenziali" (2007), ma la ritiene lontana. Si tratta di uno scenario futuro verosimile che però ha bisogno del lungo periodo per essere raggiunto. Nel medio periodo è probabile che proseguiranno le tendenze attuali che vedono una costante riduzione delle residenze assistenziali che si riconvertono in residenze/case protette o, in misura minore, in RSA. In sostanza, la previsione, nel medio periodo, è quella del completamento del processo di riconversione delle strutture che da residenze collettive per anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti passano a quelle per non autosufficienti; un processo che si sta sviluppando già da qualche anno.

Dunque, in questo scenario si ipotizza che nei prossimi 3 anni non si verifichino delle modificazioni significative nell'offerta quantitativa complessiva di posti letto per le strutture residenziali per anziani, ma che invece all'interno di queste si realizzino modificazioni significative nella tipologia delle strutture con un aumento importante dei moduli RSA riservati ai malati di Alzheimer, che passerebbero da 0,3 posti letto per 1.000 abitanti a 1,6. Si tratta di un aumento molto importante che le dinamiche del nostro mercato per la verità non sarebbero in grado di implementare come nuove strutture, ma che intendiamo proporre perché si tratta soprattutto di dare riconoscimento ad una presenza di malati gravi di Alzheimer già ospiti delle strutture residenziali.

Anche in questo caso si tratta di accompagnare un processo di riconversione di strutture e di loro qualificazione per assistere in modo adeguato i malati di Alzheimer.

Tab. 7. Posti letto per 1.000 anziani. Situazione attuale e previsioni per il futuro.

	Commissione LEA anziani Fra 5 anni	Commissione LEA anziani A regime	Situazione al 2005	Nostra ipotesi fra 3 anni (ipotesi 3)	Nostra ipotesi fra 6 anni (ipotesi 4)
RSA	6,7	8,4	8,0	8,3	8,3
RSA Alzheimer	5,0	6,2	0,3	1,6	3,0
Residenze/case protette	20,0	25,0	8,2	9,8	15,0
Residenze assistenziali	-	-	6,4	3,2	2,0
TOTALE	**31,7**	**40,0**	**22,9**	**22,9**	**28,3**

L'altra grande trasformazione comporterà il dimezzamento dei posti letto delle residenze assistenziali che, proseguendo l'attuale perentoria tendenza, potrebbe passare dagli attuali 6,4 posti letto per 1.000 anziani a 3,2. Ovviamente, alla riduzione delle residenze assistenziali corrisponde un aumento dell'offerta (RSA e residenze protette) per gli anziani non autosufficienti (Cfr. Tab. 7).

Rispetto alla situazione attuale, questa ipotesi avrebbe un costo aggiuntivo per le casse pubbliche, pari a 889 milioni di euro (Cfr. Tab. 9). Occorre però rammentare che metà circa della spesa - pari a 312 milioni – riguarda l'aumento della quota sanitaria delle RSA che passa dal 50 al 60% come già esposto nell'ipotesi 2 ed incluso anche in questa ipotesi.

Questa proposta non deve essere sottovalutata. L'aumento di posti letto per gli anziani non autosufficienti risponde infatti alla principale necessità del settore residenziale. E' in questo segmento assistenziale che si accumulano le liste d'attesa. Inoltre, l'intervento previsto migliora la qualità e l'equità del sistema, permettendo ad un maggior numero di anziani oggi ospitati impropriamente in residenze assistenziali, una assistenza modellata sulle necessità dei non autosufficienti. Questo intervento non modifica il quadro regionale, dato che non prevede una crescita complessiva della rete residenziale, ma provvede solo a riconvertirla. In buona sostanza, chi ha pochi letti, continuerà ad averli. Le differenze si ridurranno invece sul fronte qualitativo, permettendo alle regioni oggi in ritardo, di avanzare nella riconversione delle residenze assistenziali. Teniamo conto che ci sono ancora regioni dove tali strutture sono ancora prevalenti.

L'ipotesi 3 per essere realizzata ha bisogno di investimenti e di norme che accompagnino il percorso di riorganizzazione; naturalmente la qual cosa richiede tempo e lungimiranza politica. Si tratta pero di un percorso ineludibile per un sistema di welfare moderno che intenda rispondere ai bisogni dei cittadini più fragili.

Tab.8. Griglia valutativa dell'ipotesi 3: "La riconversione dell'offerta residenziale"

Dimensione	Punti di forza e punti di debolezza
Finanza pubblica	Maggiore spesa di 889 milioni, incorporando buona parte della ipotesi 2 (relativa alle RSA).
Efficacia	L'aumento di posti letto per non autosufficienti risponde alla principale necessità. L'intervento è pertanto efficace.
Equità	Migliora l'equità dato che un maggior numero di anziani non autosufficienti o con Alzheimer vengono ospitati in strutture dedicate.
Differenze territoriali	Le differenze territoriali quantitative non si riducono in modo significativo. Quelle qualitative invece dovrebbero ridursi.
Fattibilità	Il processo di riconversione ha bisogno di investimenti e di norme che accompagnano il percorso.
Welfare futuro	Passaggio obbligato che migliora il sistema di welfare con un costo sopportabile nel tempo.

Profilo ipotesi 4. *Sviluppo dell'offerta residenziale.* Solo con l'esaurimento della fase di riconversione (ipotesi 3) si registrerà una vera e propria crescita dei posti letto complessivi per la residenzialità per gli anziani, ma viste le tendenze e le politiche specifiche attuali, tale crescita sarà moderata.

La presente proposta di sviluppo dell'offerta si avvicina a quella del documento sull'assistenza residenziale della Commissione LEA (2007), seppur dislocando l'obiettivo un po' più in là nel tempo. Per questo si ipotizza una crescita dell'offerta residenziale che raggiunga fra 6 anni la dimensione di 28,3 posti letto ogni 1.000 anziani. Può sembrare un aumento contenuto ma in realtà, rispetto al livello attuale, si tratta di una crescita del 24%, da ottenere in 3 anni e dunque con tassi di sviluppo non certo ordinari. A confermare l'ipotesi, seppur induttivamente, ci sono diversi elementi primo fra i quali la lunga stabilità dell'offerta nel corso degli anni, il ridotto interesse delle regioni per lo sviluppo di questo settore, il basso livello di partecipazione pubblica alla spesa, le incertezze della legge nello stabilire gli obblighi dei beneficiari dell'assistenza. Tutti elementi questi che rallentano le dinamiche di mercato.

La crescita prevista riguarda soprattutto le residenze/case protette, che passano da 9,8 dell'ipotesi 3 a 15 posti letto ogni 1.000 anziani, beneficiando in parte anche della costante riduzione e riconversione delle residenze assistenziali. Una crescita assai significativa viene prevista anche per i moduli Alzheimer delle RSA, che potrebbero raggiungere i 3 posti letto per mille anziani, assorbendo in gran parte il tasso di crescita delle RSA per anziani. Rispetto alla situazione attuale, questa ipotesi avrebbe un costo aggiuntivo per le casse pubbliche, pari a 2.168 milioni di euro (Cfr. Tab. 9). Ma occorre rammentare che circa 312 milioni sono relativi all'aumento della quota sanitaria delle RSA, che passa dal 50% al 60%, così come prospettato nell'ipotesi 2 che è stata introitata nella presente proposta.

Tab. 9. La maggior spesa sanitaria nelle ipotesi 3 e 4. (p.l. per mille anziani. RSA al 60%)

Strutture	Situazione p.l. al 2005 (p.l. per 1.000 anziani)	Nostra ipotesi p.l. fra 3 anni (ipotesi 3) (p.l. per 1.000 anziani)	Maggior spesa sanitaria ipotesi 3 (mln di euro)	Nostra ipotesi p.l. fra 6 anni (ipotesi 4) (p.l. per 1.000 anziani)	Maggior spesa sanitaria ipotesi 4 (mln di euro)
RSA	8,0	8,3	378	8,3	378
RSA Alzheimer	0,3	1.6	404	3,0	815
Residenze protette	8,2	9,8	279	15,0	1.213
Residenze assistenziali	6,4	3,2	-172	2,0	-237
TOTALE	**22,9**	**22,9**	**889**	**28,3**	**2.168**

Fonte: I calcoli sulla spesa futura sono stati realizzati dal CAPP.

Da sottolineare che, si tratta di un intervento di sicura efficacia, perché interviene direttamente sulle liste d'attesa, assai significative soprattutto nelle regioni del nord. Va comunque ribadito che l'assistenza residenziale per gli anziani non autosufficienti deve essere considerata come il setting assistenziale residuale, da utilizzare solo quando non è possibile assistere la persona al suo domicilio, da considerare sempre il regime assistenziale da privilegiare.

Tab. 10. Griglia valutativa dell'ipotesi 4: "Lo sviluppo dell'offerta residenziale"

Dimensione	Punti di forza e punti di debolezza
Finanza pubblica	Maggiore spesa di 2.168 milioni annui, incorporando buona parte della ipotesi 2 (quota sanitaria delle RSA al 60%).
Efficacia	Aumenta l'efficacia perché si interviene sulle liste d'attesa.
Equità	Può aumentare l'equità nell'accesso alle strutture se si introducono norme per sviluppare l'offerta soprattutto nelle regioni del sud.
Differenze territoriali	Possono ridursi le differenze territoriali se si introducono norme per sviluppare l'offerta soprattutto nelle regioni del sud.
Fattibilità	Legata soprattutto al reperimento delle risorse aggiuntive.
Welfare futuro	Aumenta il peso delle patologie croniche ed invalidanti nell'epidemiologia. Conseguentemente anche il welfare deve pensare ad una diversa ripartizione delle risorse per far fronte a questa necessità emergente.

L'aumento dell'offerta residenziale di per sé non è in grado di ridurre le differenze territoriali e di migliorare l'equità nell'accesso alle prestazioni se non vengono messe in campo delle norme che garantiscano uno sviluppo dell'offerta soprattutto nelle regioni del sud. Le regioni meridionali hanno oggi una dotazioni di strutture residenziali molto contenuta, che deve essere sviluppata più delle altre regioni per ridurre le differenze territoriali. La riduzione delle differenze territoriali ed il miglioramento dell'equità nell'accesso ai servizi sono ottenibili solo con delle politiche specifiche che passino attraverso la Conferenza Stato-Regioni e che vedano, per esempio, la definizione di alcuni livelli minimi di offerta dei servizi residenziali.

La fattibilità complessiva dell'intervento è legata al reperimento delle risorse, che superano i due miliardi di euro all'anno. Una cifra impegnativa che occorre reperire con una riduzione della

spesa ospedaliera o con un aumento delle risorse a disposizione. D'altronde, sempre più importanza stanno assumendo le patologie croniche ed invalidanti, costringendo anche l'organizzazione sanitaria ad un diverso riparto delle risorse come naturale conseguenza delle modificazioni che avvengono nella società. La maggior spesa, pertanto va ricollocata all'interno della spesa sanitaria come il naturale aggiustamento che deriva dalle mutate condizioni della popolazione, che ha meno bisogno di cure per acuti e più bisogno di cure per post-acuti e per cronici.

Sintesi delle quattro ipotesi*:* il complesso di tutte e quattro le ipotesi prevede una maggiore spesa sanitaria di 2.234 milioni di euro annui[1] (Cfr. Tab. 11) che andranno a sostenere soprattutto la crescita dei servizi. Spesa che si può ridurre in modo significativo nel caso di adozione solo di alcune delle ipotesi prospettate.

Tab. 11. Le stime di maggior spesa sanitaria delle 4 ipotesi

Ipotesi	**Maggior Costo Sanitario** (mln. Euro)	**Note**
1. Nessun cambiamento	0	
2. La modifica delle regole del gioco	378	Il calcolo comprende circa 312 milioni per l'aumento della quota sanitaria delle RSA per anziani e 66,2 milioni di euro per i disabili gravi.
3. La riconversione dell'offerta residenziale	889	Il calcolo comprende circa 312 milioni relativi all'aumento della quota sanitaria delle RSA che passa dal 50% al 60% presentata nell'ipotesi 2.
4. Lo sviluppo dell'offerta residenziale	2.168	Il calcolo comprende circa 312 milioni relativi all'aumento della quota sanitaria delle RSA che passa dal 50% al 60% presentata nell'ipotesi 2.

Fonte: la stima è stata realizzata a cura del CAPP di Modena.

2.1. Il riequilibrio dell'offerta

Nell'offerta dei servizi residenziali, si registrano differenze straordinarie fra le regioni italiane (Cfr. tab.2) ed altrettante ve ne sono all'interno delle singole regioni. Otto regioni sembrano aver già raggiunto l'obiettivo complessivo posto nell'ipotesi 4 (2,83 posti letto per 100 anziani) ma in realtà tutte le regioni devono aggiustare la propria dotazione di posti letto tenuto conto dei sub-obiettivi specifici che ripartiscono i posti letto attesi nelle varie tipologie di strutture (Cfr. Tab.7).

Tutte le regioni sono dunque coinvolte, anche se in modo diverso, nel processo di riequilibrio dell'offerta residenziale che per poter essere davvero armonico dovrebbe essere guidato a livello nazionale. Ma è possibile oggi una politica nazionale per riequilibrare l'offerta?

La prima possibilità deriva dalla definizione di standards minimi di offerta all'interno dei LEA e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). Per quel che riguarda i LEA, come è noto, in nessun caso sono stati previsti livelli minimi di offerta per i servizi sanitari anche se una indicazione culturalmente importante ma non vincolante viene proposta dalla Commissione nazionale LEA nel documento dal titolo "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" (2007). In tale

[1] Di cui 2.168 milioni di euro relativi alla ipotesi 4 a cui si aggiungono 66, 2 milioni di euro relativi alla modifica delle quote sanitarie per l'assistenza residenziale per i disabili.

documento, però, gli obiettivi da raggiungere appaiono così elevati (posti letto pari al 4,27% degli anziani) da apparire improponibili nel breve e medio periodo per tutte le regioni del sud. Per quel che riguarda invece i LEPS, sarebbe opportuna una loro definizione che tocchi anche gli aspetti relativi ai livelli di offerta minimi. A nostro avviso gli eventuali livelli di offerta dovrebbero riguardare solo i non autosufficienti dato che i livelli auspicabili di offerta dei servizi residenziali per gli autosufficienti dovrebbero tendere verso lo zero. Occorre inoltre rilevare che i posti letto per non autosufficienti sono ripartiti fra il sociale (residenze/case protette) e il sanitario (RSA) per cui una programmazione che non tenga conto di tutte le strutture sarebbe del tutto inutile. A complicare il problema ci sono poi i diversi modelli regionali di organizzazione dell'offerta residenziale che in alcuni casi hanno privilegiato lo sviluppo delle Residenze protette, in altri casi delle RSA ed in altri casi ancora nessuna delle due.

La strada della definizione nazionale di standard minimi di offerta è, pertanto, di grande complessità ed incertezza. Altra cosa è invece la definizione dei livelli minimi di offerta a livello regionale sia per la specifica competenza legislativa regionale, sia per l'omogeneità organizzativa regionale e per la auspicabile presenza delle informazioni sulle liste d'attesa. Ma l'esercizio solitario di questa potestà non porta ad un riequilibrio nazionale dell'offerta come i tanti atti regionali in materia hanno dimostrato.

Rimane da risolvere, infine, il nodo se sia più opportuno stabilire dei livelli minimi di offerta uguali per tutti o diversificati per singola regione. Nella tre seguenti tabelle abbiamo provato a simularne gli effetti assumendo come obiettivi quelli di dettaglio dell'ipotesi 4[2].

Simulazione 1*: crescita delle 10 regioni più lontane dall'obiettivo.*

La prima simulazione, prevede che le 10 regioni più lontane dall'obiettivo crescano di una percentuale doppia (+36%) rispetto a quella delle altre 10 regioni (+19%). In questo caso sarebbero chiamate a crescere di oltre un terzo le regioni del Centro Italia Toscana, Umbria e Lazio e tutte le regioni del sud con esclusione del Molise. Nessuna regione del nord è in questo gruppo. Il risultato sarebbe il raggiungimento dell'obiettivo nazionale con una dotazione differenziata di posti letto delle varie regioni ma con una riduzione dell'ampiezza di tali differenze (Cfr. Tab. 12). I tassi di crescita previsti in particolare per le regioni del sud appaiono però improbabili tenuto conto che alcune di esse, in questi ultimi anni, hanno visto addirittura ridurre la loro offerta di servizi.

[2] Ipotesi a 6 anni. 2,83 posti letto per cento di cui 0,83% RSA, 0,3% RSA Alzheimer, 1,5% RP, 0,2% RA.

Tab. 12. Simulazione 1: sviluppo delle 10 regioni più lontane dall'obiettivo

Regioni	**Posti letto 2005**				***Posti letto a 6 anni***				
	Residenze assistenziali	**Residenze socio sanitarie (RP)**	**RSA**	**Totale**	**Residenze assistenziali**	**Residenze socio sanitarie (RP)**	**RSA**	**RSA alzheimer**	**Totale**
Piemonte	24.085	13.311	6.092	43.488	3.810	28.575	15.812	5.715	53.912
Valle d'Aosta	53	728	148	929	83	621	344	124	1.172
Lombardia	1.653	2.790	50.668	55.111	4.965	37.234	20.603	7.447	70.248
Bolzano/Bozen	0	2.958	548	3.506	328	2.462	1.362	492	4.645
Trento	19	0	4.721	4.740	428	3.210	1.776	642	6.056
Veneto	6.471	23.026	4.921	34.418	3.113	23.348	12.919	4.670	44.050
Friuli-Venezia Giulia	2.263	7.437	1.709	11.409	1.019	7.642	4.229	1.528	14.418
Liguria	718	8.962	2.732	12.412	1.067	7.999	4.426	1.600	15.091
Emilia-Romagna	8.469	17.773	2.149	28.391	2.470	18.528	10.252	3.706	34.955
Toscana	3.180	1.689	10.783	15.652	1.579	11.842	6.553	2.368	22.342
Umbria	631	1.281	286	2.198	221	1.661	919	332	3.133
Marche	3.430	3.120	1.479	8.029	694	5.202	2.879	1.040	9.815
Lazio	7.541	1.070	4.109	12.720	1.366	10.242	5.667	2.048	19.322
Abruzzo	1.219	2.036	799	4.054	404	3.030	1.677	606	5.717
Molise	281	1.022	20	1.323	111	830	459	166	1.565
Campania	3.889	643	1.020	5.552	568	4.260	2.357	852	8.036
Puglia	3.777	2.587	301	6.665	691	5.182	2.867	1.036	9.776
Basilicata	387	248	0	635	62	467	258	93	881
Calabria	628	340	1.157	2.125	213	1.601	886	320	3.020
Sicilia	3.713	4.235	910	8.858	890	6.678	3.695	1.336	12.599
Sardegna	1.565	365	1.184	3.114	332	2.494	1.380	499	4.705
Nord-ovest	**26.509**	**25.791**	**59.640**	**111.940**	**9.924**	**74.429**	**41.184**	**14.886**	**140.423**
Nord-est	**17.222**	**51.194**	**14.048**	**82.464**	**7.360**	**55.197**	**30.542**	**11.039**	**104.138**
Centro	**14.782**	**7.160**	**16.657**	**38.599**	**3.860**	**28.946**	**16.017**	**5.789**	**54.612**
Sud	**10.181**	**6.876**	**3.297**	**20.354**	**2.049**	**15.369**	**8.504**	**3.074**	**28.995**
Isole	**5.278**	**4.600**	**2.094**	**11.972**	**1.223**	**9.171**	**5.075**	**1.834**	**17.303**
TOTALE	**73.972**	**95.621**	**95.736**	**265.326**	**24.415**	**183.113**	**101.322**	**36.623**	**345.473**

Fonte: elaborazione CAPP di Modena su dati Istat.

Simulazione 2*: crescita differenziata delle regioni.*

Nella simulazione 2, tutte le regioni sono state portate alla dotazione standard di 2,83 posti letto per 100 anziani con esclusione delle regioni che già hanno raggiunto questo livello e che, pertanto, hanno mantenuto il livello attuale. I tassi di crescita delle regioni italiane sono estremamente differenziati. In questo caso l'effetto nelle aree del centro Italia e soprattutto del sud sarebbe ancora più dirompente. In Campania, Basilicata e Calabria i posti letto si quintuplicherebbero mentre in Puglia, Sicilia e Sardegna si triplicherebbero. In Umbria, Lazio e Abruzzo si supererebbe abbondantemente il raddoppio dei posti letto. Nel nord del paese, invece, l'aumento sarebbe inferiore al 6% (Cfr. Tab. 13). L'impatto di questa ipotesi nelle regioni del sud rende improbabile la sua piena applicazione tenuto anche conto che questa porterebbe addirittura a superare l'obiettivo nazionale complessivo di circa 40.000 posti letto.

TAB. 13. Simulazione 2: crescita differenziata delle regioni

Regioni	Posti letto 2005				Posti letto a 6 anni				
	Residenze assistenziali	Residenze socio sanitarie (RP)	RSA	Totale	Residenze assistenziali	Residenze socio sanitarie (RP)	RSA	RSA alzheimer	Totale
Piemonte	24.085	13.311	6.092	43.488	3.202	24.013	13.287	4.803	45.304
Valle d'Aosta	53	728	148	929	70	522	289	104	985
Lombardia	1.653	2.790	50.668	55.111	4.172	31.289	17.313	6.258	59.032
Bolzano/Bozen	0	2.958	548	3.506	276	2.069	1.145	414	3.903
Trento	19	0	4.721	4.740	360	2.697	1.493	539	5.089
Veneto	6.471	23.026	4.921	34.418	2.616	19.620	10.857	3.924	37.017
Friuli-Venezia Giulia	2.263	7.437	1.709	11.409	856	6.422	3.554	1.284	12.116
Liguria	718	8.962	2.732	12.412	896	6.722	3.719	1.344	12.682
Emilia-Romagna	8.469	17.773	2.149	28.391	2.076	15.569	8.615	3.114	29.374
Toscana	3.180	1.689	10.783	15.652	1.739	13.040	7.215	2.608	24.601
Umbria	631	1.281	286	2.198	417	3.130	1.732	626	5.906
Marche	3.430	3.120	1.479	8.029	709	5.318	2.942	1.064	10.033
Lazio	7.541	1.070	4.109	12.720	2.233	16.746	9.266	3.349	31.594
Abruzzo	1.219	2.036	799	4.054	568	4.257	2.356	851	8.032
Molise	281	1.022	20	1.323	140	1.051	582	210	1.983
Campania	3.889	643	1.020	5.552	1.860	13.948	7.718	2.790	26.314
Puglia	3.777	2.587	301	6.665	1.494	11.209	6.202	2.242	21.147
Basilicata	387	248	0	635	237	1.778	984	356	3.355
Calabria	628	340	1.157	2.125	755	5.662	3.133	1.132	10.683
Sicilia	3.713	4.235	910	8.858	1.859	13.943	7.715	2.789	26.306
Sardegna	1.565	365	1.184	3.114	639	4.790	2.651	958	9.037
Nord-ovest	**26.509**	**25.791**	**59.640**	**111.940**	**8.339**	**62.546**	**34.609**	**12.509**	**118.003**
Nord-est	**17.222**	**51.194**	**14.048**	**82.464**	**6.185**	**46.384**	**25.666**	**9.277**	**87.511**
Centro	**14.782**	**7.160**	**16.657**	**38.599**	**5.098**	**38.233**	**21.156**	**7.647**	**72.134**
Sud	**10.181**	**6.876**	**3.297**	**20.354**	**5.054**	**37.905**	**20.974**	**7.581**	**71.514**
Isole	**5.278**	**4.600**	**2.094**	**11.972**	**2.498**	**18.733**	**10.366**	**3.747**	**35.343**
TOTALE	**73.972**	**95.621**	**95.736**	**265.326**	**27.173**	**203.801**	**112.770**	**40.760**	**384.505**

Fonte: elaborazione CAPP di Modena su dati Istat.

Simulazione 3: *stessa crescita percentuale per tutte le regioni.*

Nella simulazione 3, tutte le regioni crescono della medesima percentuale (+23,5%) fino a raggiungere l'obiettivo nazionale di 2,83 posti letto ogni 100 anziani. In questo caso l'obiettivo nazionale verrebbe raggiunto ma rimarrebbero inalterate le grandi differenze delle regioni italiane (Cfr. Tab. 14).

Tab. 14. Simulazione 3: crescita delle regioni della medesima percentuale

regioni	2005				A 6 anni				
	Residenze assistenziali	Residenze socio sanitarie (RP)	RSA	Totale	Residenze assistenziali	Residenze socio sanitarie (RP)	RSA	RSA alzheimer	Totale
Piemonte	24.085	13.311	6.092	43.488	3.954	29.656	16.410	5.931	55.951
Valle d'Aosta	53	728	148	929	86	645	357	129	1.216
Lombardia	1.653	2.790	50.668	55.111	5.152	38.642	21.382	7.728	72.904
Bolzano/Bozen	0	2.958	548	3.506	341	2.555	1.414	511	4.820
Trento	19	0	4.721	4.740	444	3.331	1.843	666	6.285
Veneto	6.471	23.026	4.921	34.418	3.231	24.231	13.408	4.846	45.716
Friuli-Venezia Giulia	2.263	7.437	1.709	11.409	1.058	7.931	4.389	1.586	14.964
Liguria	718	8.962	2.732	12.412	1.107	8.301	4.593	1.660	15.662
Emilia-Romagna	8.469	17.773	2.149	28.391	2.564	19.228	10.640	3.846	36.277
Toscana	3.180	1.689	10.783	15.652	1.413	10.598	5.864	2.120	19.994
Umbria	631	1.281	286	2.198	198	1.486	822	297	2.804
Marche	3.430	3.120	1.479	8.029	720	5.399	2.988	1.080	10.186
Lazio	7.541	1.070	4.109	12.720	1.222	9.165	5.072	1.833	17.292
Abruzzo	1.219	2.036	799	4.054	362	2.712	1.501	542	5.116
Molise	281	1.022	20	1.323	115	861	476	172	1.624
Campania	3.889	643	1.020	5.552	508	3.812	2.109	762	7.192
Puglia	3.777	2.587	301	6.665	618	4.637	2.566	927	8.749
Basilicata	387	248	0	635	56	418	231	84	788
Calabria	628	340	1.157	2.125	191	1.433	793	287	2.703
Sicilia	3.713	4.235	910	8.858	797	5.976	3.307	1.195	11.275
Sardegna	1.565	365	1.184	3.114	298	2.232	1.235	446	4.210
Nord-ovest	**26.509**	**25.791**	**59.640**	**111.940**	**10.299**	**77.244**	**42.742**	**15.449**	**145.733**
Nord-est	**17.222**	**51.194**	**14.048**	**82.464**	**7.638**	**57.284**	**31.697**	**11.457**	**108.076**
Centro	**14.782**	**7.160**	**16.657**	**38.599**	**3.553**	**26.648**	**14.745**	**5.330**	**50.276**
Sud	**10.181**	**6.876**	**3.297**	**20.354**	**1.850**	**13.872**	**7.676**	**2.774**	**26.172**
Isole	**5.278**	**4.600**	**2.094**	**11.972**	**1.094**	**8.208**	**4.542**	**1.642**	**15.485**
TOTALE	**73.972**	**95.621**	**95.736**	**265.326**	**24.434**	**183.256**	**101.402**	**36.651**	**345.744**

Fonte: elaborazione CAPP di Modena su dati Istat.

Valutazioni

Ognuna delle ipotesi prospettate presenta criticità significative per cui non esiste una soluzione ottimale. Ci pare comunque opportuna una crescita differenziata che tenga conto dei diversi bisogni delle regioni; bisogni da verificare oltre che con le statistiche tradizionali anche con i dati sulle liste d'attesa. E' infatti probabile che, in questo campo, le regioni esprimano dei bisogni assistenziali quantitativamente diversi, che non sono però ben rappresentati dalle eccessive differenze nell'offerta di servizi residenziali delle regioni.

Un processo di questo tipo, con un quadro normativo come quello attuale, è molto difficile da gestire a livello nazionale. Occorrerebbe (1) un ruolo culturale autorevole dei Ministeri interessati, (2) la collaborazione attiva delle regioni italiane, (3) un sistema di monitoraggio dell'offerta e della domanda efficiente e tempestivo e (4) la possibilità di incentivare i percorsi virtuosi. I primi due dipendono dalla volontà politica non sempre interessata a questo settore

assistenziale. L'unico aspetto che ha invece registrato importanti passi avanti è quello dell'attivazione di un sistema informativo e di una banca dati delle prestazioni residenziali (approvato con il Decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali n. 17/12/2008) che, però, potrà dare i suoi primi frutti solo tra qualche tempo.

L'incentivazione finanziaria nazionale a favore del riequilibrio territoriale, infine, appare improbabile sul piano politico e difficile da realizzare su quello tecnico (il finanziamento nazionale della sanità è indistinto e la competenza organizzativa è delle regioni). E' dunque difficile pensare ad uno strumento incentivante da gestire a livello nazionale. Una manovra di questo tipo è invece possibile a livello di singola regione ma in questo caso il riequilibrio territoriale avviene fra le singole ASL di una regione e non fra le regioni. Pertanto, quello che possiamo fare oggi è costituito da alcune tappe di avvicinamento verso il riequilibrio territoriale caratterizzate dall'acquisizione di informazioni e dal completamento di processi che possano favorire le comparazioni fra le regioni e le politiche locali per il riequilibrio.

Anche se gli strumenti a disposizione non sono particolarmente efficaci, rimangono comunque degli spazi di azione anche per un governo nazionale; azioni da portare avanti con funzioni di coordinamento e di indirizzo culturale che possono aiutare a promuovere gli obiettivi indicati. Intanto, si può valorizzazione il sistema di monitoraggio dei Lea al fine di verificare l'effettiva spesa regionale nel settore residenziale. C'è però da dire che, l'attuale sistema di monitoraggio che assomma la spesa residenziale con quella semiresidenziale come se fossero assimilabili invece che alternativi, non rende facile l'interpretazione dei dati del monitoraggio dei LEA. Le cose dovrebbero migliorare sensibilmente con l'attivazione dei flussi informativi di cui al già citato D.M 17/12/2008. Diventa, inoltre, importante sostenere e completare il processo di riconversione delle residenze assistenziali (che ospitano anziani non autosufficienti) in residenze protette. Finché non si completa questo processo i dati delle regioni non saranno completamente attendibili e comparabili.

In diverse regioni la gran parte dei non autosufficienti sono ancora ospitati in case di riposo formalmente per autosufficienti per cui una parte importante dell'assistenza residenziale per non autosufficienti ci viene occultata. La riconversione darebbe un contributo importante anche sul fronte del miglioramento della qualità dell'assistenza residenziale dato che una casa/residenza protetta o una RSA possono garantire una assistenza più appropriata per un non autosufficiente. Per comprendere le reali necessità occorre, inoltre, avere i dati sulle liste d'attesa. Questi sono oggi disponibili solo in pochissime regioni del centro nord. Senza queste informazioni non siamo in grado di programmare i servizi e di verificare se per loro sono utilizzabili gli stessi obiettivi definiti a livello nazionale oppure se è necessario diversificare gli obiettivi.

Altro problema, infine, è quello dello standard di servizio e di assistenza nelle singole strutture. In questa ottica appare urgente giungere a criteri omogenei almeno per le principali tipologie di prestazioni indicate nel decreto dei flussi (R1, R2, R2D, R3) che corrispondono ai nuclei speciali per comi ed hospice, alle residenze sanitarie assistenziali, ai nuclei Alzheimer e alle residenze protette. E' necessario che ogni livello di prestazione sia espresso attraverso standard di servizio omogenei e regole coerenti.

Il lavoro su questi aspetti potrebbe dare un indispensabile contributo, non solo di tipo propedeutico, al riequilibrio territoriale.

2° parte: LO SVILUPPO DELL'OFFERTA DI SERVIZI SEMIRESIDENZIALI

3. I centri diurni

L'assistenza semiresidenziale si realizza nei centri diurni. Il Centro diurno è una struttura socio-sanitaria a carattere diurno che può essere destinata a disabili o ad anziani. Esso svolge funzioni di carattere socio-sanitarie, riabilitative e di mantenimento delle potenzialità e dell'autonomia socio-relazionale della persona.

Spetta alle regioni definire le funzioni dei centri diurni che sono comunque orientate, seppur con diversa intensità nelle varie regioni, a sviluppare i seguenti obiettivi:

- la permanenza a domicilio della persona disabile adulta o anziana, attraverso misure idonee a favorire il mantenimento nella propria abitazione o a contrastare il ricovero presso strutture residenziali;
- l'erogazione di prestazioni sanitarie e di riabilitazione atte a mantenere le condizioni di autonomia ed a rallentare il processo di decadimento fisico e psichico;
- il perseguimento del benessere fisico e relazionale attraverso un miglioramento delle condizioni di vita;
- la promozione del sostegno alla famiglia nella gestione dell'assistito totalmente o parzialmente non autosufficiente.

Il centro diurno deve garantire, oltre all'assistenza agli ospiti nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana, alcuni servizi e prestazioni quali l'assistenza infermieristica, la somministrazione dei pasti e lo svolgimento di attività aggregative, ricreative, culturali e di mobilizzazione. In sostanza, si tratta di una forma intermedia tra il ricovero in strutture residenziali e l'assistenza domiciliare.

3.1. centri diurni per anziani

I centri diurni per anziani sono riservati ad anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti, generalmente ammessi dopo la valutazione della Unità valutativa multidimensionale. Da precisare che alcuni Centri diurni sono riservati agli anziani affetti dal morbo di Alzheimer. Per quel che riguarda l'uso di queste strutture, emerge la tendenza delle famiglie a ricorrere al centro diurno per interventi di sollievo, per periodi di riabilitazione e di recupero, o in modo non continuativo nei periodi di maggiore necessità, privilegiando sempre comunque la possibilità di permanenza a domicilio dell'anziano (Emilia Romagna, 1998).

I dati sui centri diurni per anziani sono scarsi ed incompleti. I dati raccolti, che purtroppo non coprono tutte le regioni italiane, segnalano la presenza, nel 2006, di 678 centri diurni per anziani che gestiscono 11.935 posti che hanno accolto 16.257 anziani (Cfr. Tab.15). Occorre però rilevare che mancano i dati di intere regioni del sud. Si tratta comunque di un settore che appare in costante seppur lenta crescita (50 centri in più ogni anno). I posti nei centri diurni per anziani sono

pari all'1,02 per mille anziani ma, come abbiamo visto, mancano i dati di diverse regioni del sud che, hanno invece una rete seppur modesta di servizi semiresidenziali, come risulta dai dati di spesa (Cfr. Tab. 15). Se teniamo conto delle sole regioni di cui possediamo i dati, la quota di posti sale a 1,29 posti per mille anziani ma questa quota non è ipotizzabile per le regioni del sud di cui mancano i dati (Cfr. Tab. 15). E' invece probabile che la stima più verosimile preveda per l'Italia un numero di posti attuali pari a 1,15 ogni mille anziani.

Sul tema dell'organizzazione di strutture le informazioni disponibili sono scarse. La ricettività dei centri varia molto fra una regione e l'altra (in genere comunque compresa fra i 5 e i 40 utenti), con una media è di 18 posti per struttura. Analogamente variano molto anche i minuti di assistenza garantita nei centri dagli operatori sanitari e sociosanitari.

Tab. 15. Centri diurni per anziani nelle regioni italiane. Anno 2006

Regioni	strutture 2006	Posti 2006	utenti 2006	p.l. per 1.000 anziani 2006	giornate per utente - 2006	spesa sanitaria per anziano 2006
Piemonte	18	254	375	0,26	102	9,89
Valle d'Aosta	14	131 (2004)	n.d.	5,18		4,27
Lombardia	211	4.599	7.044	2,47	113	35,19
Bolzano	10 (2004)	132 (2004)	240 (2004)	1,62 (2004)		95,85
Trento	15 (2001)	250	469	2,63		0,00
Veneto	58	858	1.412	0,93	114	26,36
Friuli V. G.	3	45	61	0,16	133	22,16
Liguria	21	350	410	0,82	123	5,81
E. Romagna	180	3.125	4.549	3,27	139	10,27
Toscana	107	1.399	1.122	1,66	116	10,05
Umbria	8	110	154	0,54	183	23,22
Marche	24	379		1,09	119	0,74
Lazio	3	208	318	0,20	210	84,06
Abruzzo	n.d.	n.d.	n.d.			4,94
Molise	n.d.	n.d.	n.d.			2,95
Campania	3	35	25	0,04	105	12,06
Puglia	n.d.	n.d.	n.d.		142 (2002)	3,02
Calabria	1	n.d.	n.d.			20,28
Basilicata	n.d.	n.d.	n.d.		183 (2002)	4,73
Sicilia	n.d.	n.d.	n.d.		67 (2004)	28,93
Sardegna	2	60	78	0,20	22	5,60
ITALIA	678	11.935	16.257	1,02-1,29	123	23,57

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero Salute (2005, 2008), Provincia di Bolzano (2004), Provincia di Trento (2002), Regione Emilia Romagna (2004), Regione Lombardia, regione Toscana, regione Valle d'Aosta (2005); Agenas (2009); regione Liguria DCR n.8/2008; Genova & Palazzo (2008).

In Emilia Romagna i centri diurni sono aperti mediamente 281 giorni all'anno, per 6 giorni la settimana, con un orario medio di funzionamento giornaliero di 10,35. Nella maggior parte delle strutture della Provincia di Bolzano si possono ottenere anche i servizi del bagno e di pedicure ed un terzo degli utenti ne usufruisce (Bolzano 2004).

Ancora, per quel che riguarda le caratteristiche dei beneficiari sono disponibili solo i dati della provincia autonoma di Bolzano che nel 2003 ospitava soprattutto donne anziane (63%), con più di 75 anni (78%). Un ulteriore dato riguarda la "degenza" media, che in Italia nei centri è di 123

giornate annue; tenuto conto che per ogni posto passano 1,4 anziani all'anno, otteniamo un basso tasso di utilizzo delle strutture, che appunto nel 2003 in Emilia Romagna era del 68%. Infine, va ricordato che, 85 centri diurni su 678 sono interamente dedicati ai malati di Alzheimer; si tratta di circa 1.689 posti, pari al 14% del totale (Cfr. Tab. 16).

Tab. 16. Centri diurni per anziani affetti da demenza o Alzheimer

Regione	Centri diurni	posti
Liguria		336
Toscana	23	314 (stima)
Piemonte	14	304
Lazio	10	252
Emilia Romagna	12	193
Lombardia	7	154
Marche	7	115
Valle d'Aosta	1	12
Umbria	9	
Trento	1	
Abruzzo	1	
Totale	**85**	**1.680**

3.2. I centri diurni per disabili

Il quadro sui centri diurni per disabili risulta anch'esso largamente incompleto. I dati forniti dal ministero della Salute non sono affatto esaurenti ed anche se integrati con altre fonti non forniscono una rappresentazione adeguata della realtà. Da precisare che, nel lavoro si è tenuto conto dei centri per disabili fisici e psichici, escludendo invece quelli per i soggetti psichiatrici.

I dati raccolti evidenziano la presenza di 1.162 centri diurni per disabili, che gestiscono 21.257 posti (Cfr. Tab. 17). Ciò che colpisce di più nei dati del Ministero della Salute è che nella maggioranza delle regioni il numero degli utenti è inferiore ai posti, mentre sarebbe dovuto accadere il contrario. Nella logica di funzionamento dei centri diurni il numero degli assistiti avrebbe dovuto essere superiore al numero dei posti. Se questo non accade può significare che la domanda di servizi è inferiore all'offerta. Occorre anche rilevare che i dati del ministero della Salute sono diversi da quelli raccolti dall'Istat nei comuni italiani, che invece assistono nelle strutture semiresidenziali 27.343 utenti disabili (Istat, 2009). Una spiegazione a questa differenza potrebbe essere ricondotta alla presenza di due tipologie di servizi semiresidenziali per disabili. Un centro diurno per disabili "leggeri" dove le ASL non partecipano alla spesa, ed una tipologia per disabili "gravi" dove invece è prevista la partecipazione alla spesa da parte da parte delle ASL.

Rimane comunque l'impressione di una complessiva incompletezza dei dati a disposizione che lascia sul campo margini significativi di incertezza.

Tab. 17. Centri diurni per disabili (fisici + psichici) nelle regioni italiane. Anno 2006

Regioni	strutture	Posti	utenti	giornate per utente
Piemonte	101	1.808	1.747	172
Valle d'Aosta	1	12	15	135
Lombardia	226	5.490	5.014	200
Bolzano (2005)	28	727*	568	
Trento	47	712	788	
Veneto	281	5.242	5.293	188
Friuli-V. G. (2005)	27	880*	800	90
Liguria	7	114	98	131
E. Romagna	197	2.832	2.748	207
Toscana	1042	542	505	158
Umbria	50	543	641	129
Marche	48	741	375	166
Lazio	19	157	478	41
Abruzzo (2005)	20	428*	389	
Molise (2005)	7	126*		
Campania	8	158	203	143
Puglia	14	230	319	158
Calabria	3	204	148	324
Basilicata	7	126*		
Sicilia	4	40	42	148
Sardegna	11	145	103	156
ITALIA	1.162	21.257	19.274	183

Nota: * posti stimati sulla base delle strutture esistenti e tenendo conto della dimensione media nazionale dei centri.
Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero Salute (2008), Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2006); CSV Basilicata, sito web; Regione Marche sito web http://orps.regione.marche.it/leggeventiserv ; Provincia di Trento (2006); regione Emilia Romagna (2008).

4. Le ipotesi di cambiamento

Si prospettano 4 ipotesi che puntano ad un contenuto sviluppo del settore.
Le ipotesi:

1. nessun cambiamento rispetto alla situazione attuale;
2. si modificano le quote di ripartizione della spesa relative all'assistenza semiresidenziale per anziani prevedendo due tipologie di servizio: una per anziani non autosufficienti ed un'altra per gli anziani parzialmente non autosufficienti (come indicato al cap.11);
3. crescita dell'offerta dei centri diurni per anziani fino a 1,50 posti per mille anziani entro il 2012;
4. crescita dell'offerta dei centri diurni per anziani fino a 1,87 posti per mille anziani entro il 2015;

Profilo ipotesi 1: *nessun cambiamento.* Nella nostra ipotesi abbiamo stimato l'esistenza di 13.906 posti nei centri diurni per anziani, pari all'1,15 posti per anziano. Il costo complessivo

stimato è di 233.613.324 euro, di cui 116.806.662 euro a carico della sanità e 116.806.662 euro a carico del sociale.

In questa ipotesi non si registrano mutamenti ma si prevede che tutte le regioni recepiscano il decreto sui LEA del 2001 con la relativa ripartizione dei costi delle prestazioni sociosanitarie. L'immutabilità è pertanto del tutto apparente dato che allo stato attuale solo 9 regioni hanno recepito in modo organico, seppur con modificazioni, l'allegato 1C del DPCM 29/11/2001. Le altre regioni si sono limitate ad atti settoriali, alcuni dei quali relativi anche ai centri diurni. Come è noto, la normativa nazionale prevede una ripartizione dei costi dei centri diurni per anziani non autosufficienti al 50% fra il sociale e il sanitario, adottata dalla maggioranza delle regioni. In altri casi, le regioni hanno approvato delle quote sanitarie superiori che possono arrivare fino al 75% (Cfr. Tab.18).

Tenuto pertanto conto della grande disomogeneità delle situazioni attuali, il recepimento dell'allegato 1C del DPCM 27/11/2001 da parte di tutte le regioni per quel che riguarda i centri diurni per anziani, può portare ad una compensazione tra maggiori e minori costi. Occorre comunque rammentare che i costi relativi al recepimento del Decreto sui LEA sono già finanziati con il riparto annuale del Fondo sanitario nazionale.

Tab. 18. I costi del centro diurno per gli anziani a carico del SSN nelle regioni italiane

Prestazioni semiresidenziali	**Lazio, Liguria, Piemonte, Puglia, Sardegna, Umbria, Veneto**	**Calabria Toscana**
Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità, ivi compresi interventi di sollievo alla famiglia.	50%	dal 50% al 75%

L'assistenza semiresidenziale per disabili.

Molto più complessa la situazione dei centri diurni per disabili, dove i posti sono 21.563 (pari allo 0,45% della popolazione 0-64 anni) e la spesa sanitaria all'anno è stimata di 253.576.038 euro, mentre quella sociale è 108.675.445 euro. La norma nazionale da recepire stabilisce che gli oneri per i disabili gravi siano ripartiti per il 70% al settore sanitario e per il 30% al settore sociale.

Gli orientamenti regionali per l'assistenza semiresidenziale ai disabili, sono quanto mai diversificati. Da una parte troviamo la Liguria e la Sardegna i cui Servizi sanitari si fanno carico per il 100% del costo del servizio, percentuale che scende al 70% per l'assistenza dei disabili gravi in Puglia, Sardegna e Umbria.

Altre regioni ripartiscono invece gli oneri in relazione alla fase assistenziale. Nella fase intensiva ed estensiva, in Umbria e Toscana, tutti gli oneri sono a carico del SSN; mentre in Piemonte le strutture ad alta intensità assistenziale sono per il 70% a carico della sanità, mentre le strutture a media intensità assistenziale lo sono per il 60%.

Molto più complessa è la suddivisione degli oneri nella fase di lungoassistenza. In Toscana e Veneto le prestazioni diagnostiche e terapeutiche sono per il 100% a carico del SSN, mentre le altre prestazioni (riabilitative, educative e di socializzazione) sono a carico della sanità per il 67,5% in Veneto e dal 60% al 75% (in base alla gravità e al grado di autonomia) in Toscana. Invece, tutte le prestazioni gravano sul SSN per il 50% in Piemonte e dal 60% al 75% in Calabria. Infine, in

Umbria la quota a carico delle ASL è solo il 40% per i centri diurni per minori disabili (Cfr. Tab. 15).

Volendo trovare una sintesi si può affermare che l'orientamento prevalente delle regioni per l'assistenza semiresidenziale dei disabili pone a carico del SSN il 100% dei costi nella fase intensiva ed estensiva, mentre nella fase di lungoassistenza tale percentuale oscilla fra il 60% e il 75% del totale (Cfr. Tab.19).

Tab. 19. I costi dell'assistenza semiresidenziale per i disabili a carico del SSN nelle regioni

Prestazioni	**Lazio Sardegna**	**Calabria**	**Veneto**	**Toscana**	**Piemonte**	**Umbria**	**Liguria**	**Puglia**
Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative.	100%						100%	
Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative (Toscana: no socioriabilitative) nella fase intensiva. (Piemonte: centri diurni socio-terapeutici riabilitativi).		100%		100%	70%		100%	
Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative, nella fase estensiva (Piemonte: tutte le prestazioni delle strutture a media intensità assistenziale: CAD).		100% possibile compartecipazione alla spesa dell'utente nei limiti dell'assegno di accompagnamento fino al 20% del costo complessivo.		Fino al 100%	60%		100%	
Prestazioni riabilitative, educative e di socializzazione nella fase di lungoassistenza (compresi i servizi di sollievo alla famiglia) (Veneto: CEOD). (Piemonte: tutte le prestazioni delle strutture di intensità assistenziale di base: laboratori, centri di lavoro guidato).		dal 60% al 75% in base alla gravità e al grado di autonomia	67,5%	dal 60% al 75% in base alla gravità e al grado di autonomia	50%			
Prestazioni diagnostiche e terapeutiche nella fase di lungoassistenza (CEOD).			100%	100%				
Centro socio-riabilitativo ed educativo diurno per minori disabili						40%		

Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative per disabili gravi (Umbria: Centro socio-riabilitativo ed educativo diurno)	70%					70%		
Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative per disabili gravi								70%
Prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento per non autosufficienti								50%

Fonte: Bibliografia

In conclusione, il recepimento dell'allegato 1C del DPCM 27/11/2001 da parte di tutte le regioni per quel che riguarda i centri diurni per disabili dovrebbe portar ad un leggero aumento dei costi tenuto conto delle attuali determinazioni regionali, ma occorre comunque rammentare che i costi relativi al recepimento del Decreto sui LEA, compresi eventuali maggiori costi, sono già finanziati con il riparto annuale del Fondo sanitario nazionale.

Il mantenimento della situazione attuale non risolve nessuna delle criticità indicate che sono relative ad una inadeguatezza dell'offerta nel settore degli anziani, a grandi differenze regionali nella distribuzione dei servizi e ad una forte disomogeneità (e quindi iniquità) nelle norme di accesso alle strutture semiresidenziali (Cfr. Tab. 120). Compito delle ipotesi successive è quello di puntare al superamento di queste criticità.

Tab. 20. Centri diurni: griglia valutativa dell'ipotesi 1: "Nessun cambiamento"

Dimensione	Punti di Forza e Punti di Debolezza
Finanza pubblica	L'intervento può determinare un leggero aumento della spesa che è già finanziato con il riparto nazionale del fondo sanitario
Efficacia	Non supera le criticità
Equità	Nessun impatto
Differenze territoriali	Riduzione le differenze territoriali
Fattibilità	Realizzabile con facilità
Welfare futuro	Non risolve i problemi

Profilo ipotesi 2: "*modulazione dei centri diurni*". Si modificano le quote relative all'assistenza semiresidenziale per anziani prevedendo due prestazioni al posto di quella attuale: assistenza semiresidenziale per anziani non autosufficienti che dovrebbe prevedere il 60% dei costi a carico della sanità e il 40% a carico del sociale; assistenza semiresidenziale per anziani parzialmente autosufficienti a rischio di istituzionalizzazione che dovrebbe prevedere il 40% dei costi a carico della sanità e il 60% a carico del sociale. Nella situazione attuale è prevista una sola tipologia di assistenza semiresidenziale per anziani non autosufficienti che disciplina una ripartizione degli oneri al 50% fra sanità e sociale. Nella realtà, 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 anziani scopriamo che quelli che contemplano l'accoglienza dei soggetti parzialmente autosufficienti sono in larga maggioranza (Cfr. Tab.21).

Questo ultimo dato non è il prodotto del caso, ma risponde ad una precisa necessità delle politiche per gli anziani (contrastare le istituzionalizzazioni). E' necessario pertanto prenderne atto ed assumerlo nelle politiche nazionali.

Infatti, l'attuale normativa nazionale presenta le seguenti criticità:

- non incentiva l'uso del centro diurno per anziani non autosufficienti al fine di contrastare il ricovero in strutture residenziali;
- non presta la necessaria attenzione alla categoria degli anziani parzialmente autosufficienti ed a rischio di istituzionalizzazione, che pur non avendo la necessità di prestazioni sanitarie pari a quelle dei non autosufficienti, abbisognano comunque di assistenza che eviti o rinvii il possibile ricorso alle strutture residenziali. Obiettivo questo ampiamente condiviso sia dal settore sanitario che da quello sociale. Anche in questo caso sarebbe logico prevedere un contributo della sanità alla copertura dei costi, seppur più basso, vista la migliore condizione degli anziani coinvolti.

La presente ipotesi di cambiamento recupera le criticità e le iniquità per diventare strumento di politica sanitaria e sociosanitaria, capace di intervenire per un uso più appropriato delle risorse, per il contrasto del rischio di istituzionalizzazione degli anziani, ed in definitiva per il miglioramento della loro qualità della vita. Inoltre, migliora l'effettiva rispondenza dell'attribuzione dei costi alla loro effettiva natura sociale o sanitaria e, nel contempo, riduce gli oneri a carico degli assistiti non autosufficienti. L'ipotesi è in parte ripresa dal Piemonte dove il Servizio sanitario si fa già carico del 70% dei costi dei centri diurni per i malati di Alzheimer.

Tab. 21. Il quadro normativo regionale dei centri diurni per anziani

Regione	Settore normativa	Denominazione	Utenza	Capienza min-max
Abruzzo	Sanità	Semiresidenze anziani	Anziani	0-30
Abruzzo	Sanità	Semiresidenze demenze	Soggetti con demenza senile	0-30
Bolzano	Sociale	Centro di assistenza diurna	Persone anziane che non son in grado di rimanere da sole al proprio domicilio	8-25
Calabria	sociale	Centri diurno assistenziale	Anziani con disagio sociale	0-20
Campania	Sanità	Centro diurno integrato per anziani	anziani affetti da demenza	20-25
E. Romagna	Sociale	Centro diurno dedicati per demenze	Anziani con demenza	15-20
E. Romagna	Sociale	Centro diurno per anziani	Anziani non autosufficienti	5-25
Lazio	Sociale	Struttura semiresidenziale per anziani	Anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	0-30
Lazio	Sanità	Rsa in regime di semiresidenzialità	Persone non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	0-30
Liguria	Sanità	Centro diurno di 2° livello	Anziani non autosufficienti con prevalente disturbo cognitivo	10-25
Liguria	Sanità	Centro diurno di 1° livello	Anziani in condizioni di limitata autonomia fisica senza prevalente disturbo cognitivo	10-25
Lombardia	Sociale	Centro diurno integrato	Anziani non autosufficienti o parzialmente	0-40

			non autosufficienti	
Marche	Sociale	Centro diurno per anziani	Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	0-25
Molise	Sociale	Centro diurno per anziani	Anziani	10-30
Molise	Sanità	Centro diurno Alzheimer	Anziani con Alzheimer	
Piemonte	Sociale	Centri diurno per anziani	Anziani autosufficienti	0-25
Piemonte	Sociale	Centro diurno integrato	Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	0-25
Piemonte	sanità	Centro diurno Alzheimer autonomo	Soggetti affetti da demenza	0-20
Puglia	Sociale	Centro diurno per anziani	Anziani	0-30
Sardegna	Socio sanitario	Centro diurno integrato	Soggetti non autosufficienti	
Sicilia	Sociale	Centro diurno per anziani non autosufficienti	anziani non autosufficienti	
Toscana	Sociale	Struttura residenziale per persone anziane	Anziani non autosufficienti, o in situazioni di disagio,o a rischio di isolamento o di perdita di autonomia	0-40
Trento	Sociale	Centro diurno per anziani	Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	
Trento	Sociale	Centro servizi	Anziani	
Trento	Sociale e sanitario	Centro diurno Alzheimer	Soggetti affetti da alzheimer	
Umbria	Sociale	Centro diurno	Anziani	
Umbria	Sanità	Centro diurno per Alzheimer	Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	
Valle d'Aosta	Sanità	Struttura semiresidenziale per alzheimer	Soggetti affetti da alzheimer	
Valle d'Aosta	Sociale	Centro diurno	Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	
Veneto	Sociale e sanitario	Centro diurno per anziani non autosufficienti	Anziani non autosufficienti	10-30

Note: Capienza: il dato 0 significa che la capienza minima non è stata indicata.

In questo caso la maggior spesa sanitaria non è facilmente stimabile per l'assenza dei dati necessari sulla quota di non autosufficienti e di parzialmente non autosufficienti presenti nei centri diurni[3].

Ipotizzando che gli ospiti dei centri diurni per anziani, siano per due terzi non autosufficienti e per un terzo parzialmente non autosufficiente, si può stimare un maggior onere sanitario di 7 milioni di euro all'anno. Nel lungo periodo le conseguenze sulla spesa potrebbero essere addirittura positive per l'effetto di contenimento dei ricoveri in strutture residenziali. Tale proposta richiede però un intervento regionale di riorganizzazione dell'assistenza semiresidenziale richiedente tempi medi di realizzazione. Inoltre, la proposta risolve positivamente la situazione creata dalla normativa regionale che ha previsto nella maggioranza dei casi l'accesso ai centri diurni anche di soggetti parzialmente autosufficienti (Cfr. Tab. 21); aspetto quest'ultimo non previsto dalla normativa nazionale. In questo modo si va incontro agli indirizzi regionali – peraltro condivisibili – che per prevenire i rischi di istituzionalizzazione viene permesso l'accesso ai centri diurni anche di soggetti parzialmente autosufficienti ma con situazioni sociali di fragilità. Contrariamente, per i centri diurni per disabili, non si propone nessuna modifica della ripartizione dei costi. Le norme di riferimento –

[3] La Tab. 6 che mostra i centri diurni autorizzati ad ospitare anziani parzialmente non autosufficienti, lascia desumere che in tali centri diurni la quota di tali soggetti sia significativa .

DPCM 14/2/2001 e DPCM 29/11/2001 – utilizzano le fasi dell'assistenza per la definizione della ripartizione della spesa fra i vari soggetti. Pur con delle eccezioni assai significative, tra cui proprio i centri diurni, la logica della ripartizione degli oneri prevede che nella fase intensiva ed estensiva sia il SSN a farsi carico integralmente degli oneri legati alle prestazioni da erogare, mentre la partecipazione ai costi da parte dell'utente o del comune è prevista nella fase di lungoassistenza dell'assistenza semiresidenziale per gli anziani ed i disabili.

In primo luogo, per dare coerenza e linearità al sistema occorre eliminare la quota sociale nelle fasi assistenziali intensive ed estensive dei centri diurni che sono caratterizzate dall'intento curativo/riabilitativo, rispetto alla fase della lungo assistenza caratterizzata dall'intento di mantenimento. Ma questa correzione da sola non basta. Purtroppo la norma non definisce chiaramente la durata delle singole fasi per cui occorre stabilirla per poter conoscere quando inizia la fase di lungo assistenza, quando sarebbero chiamati alla spesa anche i comuni e l'assistito. A questo proposito si può stabilire che:

a) le fasi assistenziali intensive ed estensive sono a completo carico del Servizio sanitario;
b) l'onere sociale per l'assistenza semiresidenziale per anziani va previsto solo nella fase della lungoassistenza. Per la fase estensiva (quella intensiva non ricorre) si può convenzionalmente stabilire che in caso di dimissione dall'ospedale e da strutture residenziali, l'assistenza semiresidenziale fornita nei 45 giorni successivi non prevede la quota sociale. La maggior spesa sanitaria stimata è di 1,1 milioni di euro, ipotizzando che solo il 15% degli utenti non provenga dal proprio domicilio;
c) l'onere sociale per l'assistenza semiresidenziale per disabili gravi va previsto solo nella fase della lungoassistenza. Per la fase estensiva (quella intensiva non ricorre) si può convenzionalmente stabilire che in caso di dimissione dall'ospedale e da strutture residenziali, l'assistenza semiresidenziale fornita nei 45 giorni successivi non prevede la quota sociale. La maggior spesa sanitaria stimata è di 1,7 milioni di euro, ipotizzando che solo il 20% degli utenti non provenga dal proprio domicilio.

Questa ipotesi è presente anche nel cap.11 ("La ripartizione della spesa tra utenti e servizi") della presente ricerca.

Tab. 22. Centri diurni: griglia valutativa dell'ipotesi 2: "Modulazione dei centri diurni"

Dimensione	Punti di Forza e Punti di debolezza
Finanza pubblica	9,8 milioni di euro.
Efficacia	Interventi più appropriati e quindi più efficaci. Più tutela per i soggetti a rischio di istituzionalizzazione.
Equità	Intervento più equo perché considera diversamente persone in condizioni differenti.
Differenze territoriali	Impegna tutte le regioni a riorganizzare l'assistenza semiresidenziale.
Fattibilità	Richiede una riorganizzazione dell'assistenza semiresidenziale. Tempi medi.
Welfare futuro	Effetti da verificare nel tempo. Se l'iniziative incide, come previsto, sul rischio di istituzionalizzazione l'impatto sarà molto positivo.

Profilo ipotesi 3 e 4: *"crescita dell'offerta dei centri diurni per anziani fino a 1,50 posti per mille anziani entro il 2012 e fino a 1,87 posti per mille anziani entro il 2015.* Il documento della Commissione nazionale LEA dal titolo "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" pone un obiettivo di 1,5 posti letto per mille anziani nei centri diurni per anziani da raggiungere in 5 anni. A regime l'obiettivo sale a 1,87 per mille anziani (Ministero Salute, 2007).

Su questo stesso fronte le previsioni programmatiche delle regioni non ci aiutano molto. Tre regioni hanno previsto uno standard rapportato agli anziani (ultrasessantacinquenni) che vanno da un minimo di 1,4 posti ogni mille anziani (Abruzzo), ad un massimo previsto di 5 posti (Campania e Molise). Altre due regioni hanno previsto uno standard rapportato agli ultrasettancinquenni prevedendo 5 posti per mille (Bolzano e Veneto) che equivalgono a circa 2,5 posti per mille anziani (Cfr. Tab. 23). Infine, altre due regioni hanno previsto la dotazione a regime, ma solo per i centri diurni per Alzheimer: fabbisogno 0,83 posti per mille ultrasettantacinquenni (Liguria); fabbisogno 0,1 posti per mille anziani (Piemonte). Evidentemente, si tratta di standard troppo diversi fra loro, ma con una tendenza ad essere superiori a quelli del documento ministeriale.

Tab. 23. Il quadro normativo regionale dei centri diurni per anziani

Regione	Denominazione	Utenza	Standard posti
Abruzzo	Semiresidenze anziani	Anziani	0,7 posti per 1.000 anziani
Abruzzo	Semiresidenze demenze	Soggetti con demenza senile	0,7 posti per 1.000 anziani
Bolzano	Centro di assistenza diurna	Persone anziane che non son in grado di rimanere da sole al proprio domicilio	5 posti per 1.000 ab. oltre 75 anni (237 nel 2015)
Campania	Centro diurno integrato per anziani	anziani affetti da demenza	0,5 posti per 100 anziani
Liguria	Centro diurno di 2° livello	Anziani non autosufficienti con prevalente disturbo cognitivo	Fabbisogno di 1.726 posti pari allo 0,83% degli ultra75enni
Molise	Centro diurno per anziani	Anziani	0,3% degli anziani pari a 96 posti
Molise	Centro diurno Alzheimer	Anziani con alzheimer	0,2% degli anziani pari a 64 posti
Piemonte	Centro diurno Alzheimer autonomo	Soggetti affetti da demenza	0,1% anziani
Veneto	Centro diurno per anziani non autosufficienti	Anziani non autosufficienti	0,065% anziani fino a 75 anni + 0,44% anziani con più di 75 anni + 0,006% resto della popolazione pari a 2.421 posti.

Fonte: delibere regionali.

Purtroppo, i dati sulle liste d'attesa che potrebbero orientarci in questo quadro sono quasi inesistenti[4]. In questo quadro, ancora in transizione, decidiamo di assumere come punto di riferimento il documento della Commissione nazionale LEA dal titolo "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" (2007). Si fissa dunque come obiettivo per i centri diurni per anziani quello di avere 1,50 posti ogni 1.000 anziani (18.138 posti) entro tre anni, ovvero entro il 2012, e di raggiungere 1,87 posti ogni mille anziani entro 6 anni e cioè entro il 2015 (22.612 posti). Si tratta di un obiettivo apparentemente contenuto, ma stanti i bassi livelli attuali di offerta, esso comporta un

[4] Gli unici dati disponibili sono relativi alla regione Lazio dove le liste d'attesa sono presenti nel 25% delle strutture (Lazio, 2009) e alla provincia di Bergamo dove le liste d'attesa sono presenti nel 48% delle strutture (Sito web: SPI-CGIL).

aumento dell'offerta del 30% in tre anni e del 63% in 6 anni, tale da richiedere un impegno organizzativo significativo da parte delle regioni.

Questa ipotesi ci porta a stimare che fra tre anni il maggior costo sanitario per i centri diurni per anziani sarà di 46.091.245; mentre, il maggior costo sociale sarà di 25.008.463 (nell'ipotesi è compresa oltre all'aumento dell'offerta anche la diversa ripartizione dei costi 60% e 40% di cui all'ipotesi 2). Fra sei anni il maggior costo sanitario sarà di 86.327.395, mentre il maggior costo sociale sarà di 59.934.860 (nell'ipotesi è compreso oltre l'aumento dell'offerta anche la diversa ripartizione dei costi 60% e 40% di cui all'ipotesi 2). Nel medio-lungo periodo l'effetto finanziario del maggior investimento potrebbe produrre dei risparmi significativi sul fronte delle eventuali spese per l'assistenza residenziale, per cui anche dal punto di vista dei costi l'intervento finanziario è sostenibile anche nel lungo periodo. L'impatto dello sviluppo dell'offerta semiresidenziale sarebbe positivamente accolto dall'utenza e dalle loro famiglie perché aumenterebbe l'assistenza e libererebbe le famiglie dall'onere quotidiano di vigilare ed assistere l'anziano non autosufficiente.

Inoltre, con l'aumento dei centri diurni si ridurrebbero i rischi di istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti i cui familiari di giorno lavorano e possono occuparsi del familiare solo dal pomeriggio. Un effetto positivo potrebbe registrarsi anche nella riduzione delle differenze territoriali, a patto che si trovi il meccanismo per garantire in tutte le regioni un livello minimo dei servizi. I tempi di realizzazione, come abbiamo visto, saranno medio-lunghi come sempre accade quando occorrono risorse finanziarie ed organizzative per realizzare nuove strutture.

Centri diurni per disabili

Il documento della Commissione nazionale LEA dal titolo "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" non fornisce alcuna indicazione sui centri diurni per disabili. Inoltre, in base ai dati in nostro possesso, non è facile ipotizzare nel breve e medio periodo un aumento dell'offerta dei servizi dato che, il numero complessivo degli utenti è più basso di un 10% circa del numero dei posti, e non abbiamo altri elementi come ad esempio le liste d'attesa[5] per poter assumere decisioni in questa direzione (Cfr. Tab. 17). Si tenga conto che nei centri diurni, per la caratteristica del servizio, di norma il numero degli utenti dovrebbe superare il numero dei posti. Pertanto, visti i dati sull'utilizzo dei centri diurni per disabili non si ipotizza una crescita di tali strutture.

[5] Gli unici dati disponibili sono relativi alla regione Lazio dove le liste d'attesa sono presenti nel 22% delle strutture (Lazio, 2009).

Tab. 24. Centri diurni: griglia valutativa dell'ipotesi 3 e 4: "Crescita dell'offerta di centri diurni per anziani"

Dimensione	Punti di Forza e Punti di Debolezza
Finanza pubblica	Maggior costo sanitario per i centri diurni per anziani: nel 2012 pari a € 46.091.245; nel 2015 pari a € 86.327.395. Maggior costo sociale per i centri diurni per anziani: nel 2012 pari a € 25.008.463; nel 2015 pari a € 59.934.860.
Efficacia	Impatto molto positivo sugli assistiti per il minor rischio di istituzionalizzazione e sulle famiglie, che durante il giorno sarebbero sgravate dell'onere dell'assistenza.
Equità	Impatto positivo perché aumenterebbero le possibilità per tutti di poter usufruire di questo servizio.
Differenze territoriali	L'adozione di obiettivi relativi all'offerta di servizi ridurrebbe nel tempo le differenze territoriali.
Fattibilità	L'aumento dell'offerta richiede uno sforzo organizzativo e finanziario delle regioni e tempi di realizzazione medio-lunghi.
Welfare futuro	Il welfare del futuro non può non avere a disposizione una rete adeguata di servizi semiresidenziali di assistenza agli anziani e di sollievo per le famiglie. Nel medio-lungo periodo l'effetto finanziario del maggior investimento potrebbe produrre dei risparmi significativi sul fronte delle eventuali spese per l'assistenza residenziale, per cui anche dal punto di vista finanziario l'intervento finanziario è sostenibile anche nel lungo periodo.

Sintesi sui Centri diurni

I centri diurni costituiscono un servizio utile per gli anziani non autosufficienti e per le loro famiglie, anche se ancora incidono poco nella realtà assistenziale italiana, raggiungendo solo un anziano su mille. Purtroppo si conosce ancora poco sulle singole esperienze regionali, per cui anche le valutazioni devono fermarsi ai pochi dati disponibili, che non riescono a definire uno o più modelli gestionali significativi di Centro diurno da affermare anche in altre regioni. Questi aspetti influiscono anche sulla precisione delle stime dei costi effettuate.

Si sono presentate due proposte di modificazione del sistema attuale che puntano ad ampliare la platea dei beneficiari (anche se di fatto questo già avviene) e ad uno sviluppo dell'offerta dei servizi per gli anziani, al fine di offrire una valida alternativa assistenziale all'ipotesi del ricovero in struttura residenziale e di offrire un sollievo importante alle famiglie degli utenti.

Il complesso delle proposte relative all'assistenza semiresidenziale prevede una maggiore spesa sanitaria complessiva di 88 milioni di euro annui, di cui 86,3 milioni di euro sono relativi ai centri diurni per anziani e 1,7 milioni di euro riguardanti invece i centri diurni per i disabili (Cfr. Tab. 25). In realtà questa spesa potrebbe costituire un ottimo investimento se, come è previsto, riuscirà a contenere i costi per i ricoveri degli anziani nelle strutture residenziali.

Tab. 25. Assistenza semiresidenziale: Le stime di maggior spesa sanitaria delle diverse ipotesi.

Ipotesi	Maggior Costo Sanitario (mln. Euro)	Note
1. Nessun cambiamento	0	L'intervento può determinare un leggero aumento della spesa che è già finanziato con il riparto nazionale del fondo sanitario
2. Modulazione dei centri diurni	9,8	Di cui 8,1 milioni di euro per i centri diurni per anziani e 1,7 per i centri diurni per disabili
3. Sviluppo dell'offerta a 3 anni	46,1	Solo centri diurni per anziani. Nell'ipotesi è compresa anche la diversa ripartizione dei costi 60% e 40% di cui all'ipotesi 2.
4. Crescita dell'offerta a 6 anni	86,3	Solo centri diurni per anziani. Nell'ipotesi è compresa anche la diversa ripartizione dei costi 60% e 40% di cui all'ipotesi 2.
Spesa massima	88	Comprensiva di tutte le ipotesi dell'assistenza semiresidenziale. Di cui 86,3 milioni di euro sono relativi ai centri diurni per anziani a cui si aggiungono 1,7 milioni di euro relativi ai centri diurni per i disabili.

Fonte: la stima è stata realizzata a cura del CAPP di Modena.

3° parte: VALUTAZIONI CONCLUSIVE SULLO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

5. Come tradurle in pratica

Le ipotesi di cambiamento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale comportano due campi di intervento: 1) la modificazione delle regole di ripartizione della spesa per i servizi; 2) lo sviluppo dell'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali.

Nel primo caso occorre modificare l'allegato 1C del DPCM 29/11/2001 sui LEA. Le relative procedure sono affrontate dettagliatamente nel cap. 11 a cui si rimanda, e che comunque prevedono la modifica dell'allegato 1C del DPCM 29/11/2001 sui LEA, da approvare in Conferenza Stato-Regioni e in Conferenza Stato-Città-Autonomie locali. L'attuazione spetta poi alle regioni che però, nell'esperienza attuale, si sono dimostrate nel complesso troppo lente. Per questo motivo risulterà decisivo il monitoraggio statale sullo stato di attuazione della normativa, per stimolare tutti ad un puntuale adempimento di quanto concordato. Le modificazioni normative regionali possono richiedere tempi relativamente brevi di recepimento inferiori all'anno e produrre immediatamente degli effetti finanziari.

Il secondo punto relativo allo sviluppo dell'offerta pone altri problemi relativi agli strumenti per incentivarlo e per orientarlo in maniera tale da ridurre le differenze territoriali. In questo caso la competenza è regionale, ma proprio perché lo sviluppo dell'offerta se non ben orientato può addirittura produrre effetti distorsivi, è bene che lo Stato mantenga un ruolo di "indirizzo tecnico" e di monitoraggio.

A livello centrale questi obiettivi sono perseguibili stabilendo – in accordo con le regioni – degli obiettivi quantitativi minimi di offerta dei servizi e legando al raggiungimento di questi obiettivi l'erogazione di una parte del finanziamento. Un ruolo centrale di questo tipo può essere svolto solo se questi obiettivi vengono legati all'adempimento dei LEA, altrimenti un ruolo efficace dello Stato non può essere svolto. Questo percorso permetterebbe alle regioni che oggi presentano un basso livello dell'offerta dei servizi di raggiungere un livello omogeneo ritenuto sufficiente in un certo periodo di tempo. Le altre regioni sarebbero libere di muoversi nella determinazione dei livelli di offerta, a patto di non scendere sotto il livello minimo predefinito.

Le modificazioni nell'offerta dei servizi hanno bisogno almeno del medio periodo per produrre effetti davvero significativi.

6. Sintesi conclusiva

Nel sistema attuale nell'assistenza residenziale e semiresidenziale permangono le seguenti criticità:

- basso livello dell'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali;
- elevata spesa familiare con particolare riferimento all'assistenza residenziale, a fronte di un basso livello di spesa pubblica, soprattutto sanitaria;
- qualche incoerenza nel complesso della normativa nazionale sulla ripartizione della spesa per i servizi sociosanitari e soprattutto significative differenze negli atti applicativi regionali.

Le proposte presentate puntano a superare queste criticità tenendo conto della loro praticabilità organizzativa e finanziaria. L'altra caratteristica che le contraddistingue è la modularità che permette alle proposte stesse di essere adottate singolarmente o sommandosi l'una all'altra in un percorso graduale e logico che si completa con l'adozione dell' ultima ipotesi. Di ogni ipotesi sono stati valutati gli effetti sull'utenza, nell'organizzazione dei servizi e nella finanza pubblica secondo uno schema uguale per tutti (Cfr. Tab. 26 e 27).

Tab. 26. Assistenza residenziale: Sintesi delle griglie valutative delle 4 ipotesi

Dimensione	Ipotesi 1: nessun cambiamento	Ipotesi 2: La modifica delle regole	Ipotesi 3: La riconversione	Ipotesi 4: Lo sviluppo dell'offerta
Finanza pubblica	Non ci sono maggiori costi.	I maggiori costi ammontano a circa 378 milioni di euro.	Maggiore spesa di 639 milioni di euro annui.	Maggiore spesa sanitaria di 2.115 milioni annui.
Efficacia	Aumento delle persone in lista d'attesa.	Riduzione dei costi a carico degli assistiti.	Aumenta l'efficacia perché l'aumento di posti letto per non autosufficienti risponde alla principale necessità.	Aumenta l'efficacia perché si interviene sulle liste d'attesa.
Equità	L'attuale sistema presenta un livello molto basso di equità	Maggiore equità perché il trattamento ricevuto dagli assistiti è rapportato alle condizioni di salute.	Migliora l'equità dato che un maggior numero di anziani non autosufficienti o con Alzheimer vengono ospitati in	Può aumentare l'equità nell'accesso alle strutture se si introducono norme per sviluppare l'offerta soprattutto nelle regioni del sud.

			strutture dedicate.	
Differenze territoriali	Si mantengono le ampie differenze esistenti fra le varie regioni.	Riduce le differenze fra le regioni dato che alcuni interventi sono già attuati da molte regioni.	Le differenze quantitative non si riducono in modo significativo. Quelle qualitative dovrebbero ridursi.	Le differenze territoriali possono ridursi se si introducono norme per sviluppare l'offerta soprattutto nelle regioni del sud.
Fattibilità	Nessuno sforzo organizzativo.	Le proposte non richiedono trasformazioni organizzative.	Il processo di riconversione ha bisogno di investimenti e di norme.	E' legata soprattutto al reperimento delle risorse aggiuntive.
Welfare futuro	Il mantenimento della situazione si scontrerebbe pesantemente con l'aumento costante del numero degli anziani ed in particolare di quelli non autosufficienti.	L'impatto nel futuro dipende dal livello di sviluppo delle RSA per anziani. L'impatto dei provvedimenti per i disabili gravi dovrebbe ridursi nel tempo.	Passaggio obbligato che migliora il sistema di welfare con un costo sopportabile nel tempo.	Aumenta il peso delle patologie croniche ed invalidanti. Conseguentemente anche il welfare deve pensare ad una diversa ripartizione delle risorse per far fronte a questa necessità emergente.

Tab. 27. Assistenza semiresidenziale: Sintesi delle griglie valutative delle 4 ipotesi

Dimensione	Ip. 1: nessun cambiamento	Ip.2: Modulazione centri diurni	Ip. 3 e 4: crescita dell'offerta
Finanza pubblica	L'intervento è già finanziato con il riparto nazionale del FSN	9,8 milioni di euro.	Maggior costo sanitario per i centri diurni per anziani: nel 2012 pari a € 46.091.245; nel 2015 pari a € 86.327.395. Maggior costo sociale per i centri diurni per anziani: nel 2012 pari a € 25.008.463; nel 2015 pari a € 59.934.860. Nulla per i centri diurni per disabili.
Efficacia	Non supera le criticità	Interventi più appropriati e quindi più efficaci.	Minor rischio di istituzionalizzazione e sollievo per le famiglie
Equità	Nessun impatto	Intervento più equo perché considera diversamente persone in condizioni differenti.	Impatto positivo perché aumenterebbero le possibilità di poter usufruire del servizio.
Differenze territoriali	Riduce le differenze territoriali	Impegna tutte le regioni a riorganizzare l'assistenza semiresidenziale.	L'adozione di obiettivi relativi all'offerta di servizi ridurrebbe nel tempo le differenze territoriali.
Fattibilità	Realizzabile con facilità	Richiede tempi medi per la riorganizzazione dei centri diurni.	L'aumento dell'offerta richiede uno sforzo organizzativo e finanziario delle regioni e tempi di realizzazione medio-lunghi.
Welfare futuro	Non risolve i problemi	Se l'iniziative incide sul rischio di istituzionalizzazione l'impatto sarà certamente positivo.	La rete dei centri diurni è necessaria. Nel medio-lungo periodo l'effetto finanziario del maggior investimento potrebbe produrre dei risparmi significativi sul fronte delle eventuali spese per l'assistenza residenziale, per cui anche dal punto di vista dei cisti l'intervento finanziario è sostenibile anche nel lungo periodo.

Il complesso delle proposte prevede una maggiore spesa sanitaria complessiva di 2.322 milioni di euro annui (Cfr. Tab. 25), il 20% circa dei quali andranno a ridurre gli oneri sostenuti dagli utenti dei servizi.

Tab. 28 – Le stime di maggior spesa sanitaria

Tipologia di Assistenza	Ipotesi	Maggior Costo Sanitario (mln. Euro)	Note
Residenziale	1. Nessun cambiamento	0	
Residenziale	2. La modifica delle regole del gioco	378	Di cui 312 milioni per l'aumento della quota sanitaria delle RSA per anziani e 66,2 milioni di euro per i disabili gravi.
Residenziale	3. La riconversione dell'offerta residenziale	889	Il calcolo comprende circa 312 milioni relativi all'aumento della quota sanitaria delle RSA, che passa dal 50% al 60% presentata nell'ipotesi 2.
Residenziale	4. Lo sviluppo dell'offerta residenziale	2.168	Il calcolo comprende circa 312 milioni relativi all'aumento della quota sanitaria delle RSA, che passa dal 50% al 60% presentata nell'ipotesi 2.
Residenziale	Spesa massima	2.234	Comprensiva di tutte le ipotesi dell'assistenza residenziale. Di cui 2.164 milioni di euro sono relativi alla ipotesi 4 a cui si aggiungono 66, 2 milioni di euro relativi alla modifica delle quote sanitarie per l'assistenza residenziale per i disabili.
Semi Residenziale	1. Nessun cambiamento	0	L'intervento può determinare un leggero aumento della spesa che è già finanziato con il riparto nazionale del fondo sanitario
Semi Residenziale	2. Modulazione dei centri diurni	9,8	Di cui 8,1 milioni di euro per i centri diurni per anziani e 1,7 per i centri diurni per disabili
Semi Residenziale	3. Sviluppo dell'offerta a 3 anni	46,1	Solo centri diurni per anziani. Nell'ipotesi è compresa anche la diversa ripartizione dei costi 60% e 40% di cui all'ipotesi 2.
Semi Residenziale	4. Crescita dell'offerta a 6 anni	86,3	Solo centri diurni per anziani. Nell'ipotesi è compresa anche la diversa ripartizione dei costi 60% e 40% di cui all'ipotesi 2.
Semi residenziale	Spesa massima	88	Comprensiva di tutte le ipotesi dell'assistenza semiresidenziale. Di cui 86,3 milioni di euro sono relativi ai centri diurni per anziani a cui si aggiungono 1,7 milioni di euro relativi ai centri diurni per i disabili.
Residenziale + Semi Residenziale	**Spesa massima**	**2.322**	Comprensiva di tutte le ipotesi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale.

Note: la stima è stata realizzata a cura del CAPP di Modena.

Nota metodologica sulle previsioni di spesa

A cura del CAPP dell'Università di Modena

La fonte principale dei dati per le simulazioni proposte è l'"Indagine sull'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia" dell'Istat, anni 2004 e 2005. Per le stime di spesa media mensile per utente, suddivise in quota sanitaria e quota sociale la fonte è Pesaresi (2008), che ha rielaborato i dati sulle tariffe e le rette pagate da SSN, Comune e utente per disabili adulti e anziani non autosufficienti, riportati nell'Indagine sull'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia, anno 2004. Il valore di spesa per utente nelle RSA è quello stimato nel capitolo sulla suddivisione della spesa (valore ponderato per anziani ospiti in RSA), mentre la spesa per posto letto nei nuclei alzheimer è stata posta pari a quella per RSA, aumentata di un 15% per tener conto delle maggiori spese di assistenza.

A differenza di altri lavori sull'argomento, in particolare Age.Na.S. (2009), si è scelto di non utilizzare i valori di spesa indicati nei modelli LA della rilevazione annuale sui LEA. I valori stimati da Pesaresi (2008) ci consentono infatti di ragionare non solo sulla spesa sanitaria, ma anche sulla spesa media complessiva per utente, tenendo conto della compartecipazione al costo da parte dell'utente e dei Comuni. Il risultato è però compatibile: la spesa sanitaria nazionale annua pro-anziano riportata dall'Age.Na.S. (2009) risultava di 253 euro al 2008, mentre nella nostra simulazione dello status quo al 2009 risulta un valore pari a 277 euro.

Nelle simulazioni proposte in questo capitolo si ragiona sul numero di posti letto e non sul numero di ospiti. Allo scopo di ottenere il costo annuo per posto letto, il primo passaggio è stato quello di stimare la spesa complessiva per tipo di presidio, moltiplicando il numero di ospiti al 31/12/2005 per la spesa media annua per utente, differenziata per tipo di presidio. Nel caso di ospiti con meno di 65 anni presenti in residenze socio-sanitarie per anziani o in residenze assistenziali per anziani, questi sono stati trattati come ospiti anziani, perché in queste situazioni le regole utilizzate dovrebbero considerarli allo stesso modo. La spesa complessiva per tipo di presidio, così ottenuta, è stata divisa per il numero di posti letto nello stesso anno (2005), ottenendo il costo medio per posto letto. Nel numero di posti letto in RSA, si è tenuto conto del totale dei posti considerando anche le RSA non per anziani, poiché nelle ASL vengono contabilizzate in modo indistinto.

La spesa totale per RSA non coincide perfettamente con quella stimata nel capitolo sulla suddivisione della spesa, perché si è differenziata la spesa per i nuclei alzheimer. Questa variazione non era stata introdotta nel precedente capitolo perché l'influenza di questa modifica sullo status quo è minima, visto che nella suddivisione attuale dei presidi il numero di posti letto in nucleo alzheimer è pari al 4,3% del totale dei posti letto in RSA.

Nella simulazione si è preso come punto di partenza lo scenario 3 proposto nel capitolo sulla suddivisione della spesa, ponendo la quota sanitaria per anziani ospiti in RSA pari al 60%. La variazione di spesa corrispondente alle varie ipotesi di riforma non comprende il maggior onere legato all'introduzione, nello status quo, di questa aumentata quota sanitaria, che va quindi considerato come un costo aggiuntivo a sé stante (circa 311 milioni di euro). La quota sanitaria è stata invece posta pari al 50% nelle residenze socio-sanitarie, mentre si è deciso di considerare anche una componente di spesa sanitaria nelle residenze assistenziali per anziani autosufficienti, pari al 26% del totale, per tenere conto delle situazioni di fatto che si verificano in alcune realtà (valore stimato da Pesaresi e Brizioli, 2009).

Tutti i valori sono stati riportati al 2009 utilizzando l'indice dei prezzi al consumo NIC (comprensivo dei tabacchi). Sempre per le ragioni esposte nell'introduzione, tutte le stime proposte nel capitolo sono di tipo statico.

Riferimenti Bibliografici

Agenas, Progetto di ricerca corrente: "*rilevazione dell'attuale spesa pubblica per l'assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard*", sito web: www.assr.it (2009).

ASSR, *Regione per regione i dati 2002*, Monitor n.10/2004.

Bianchetti A.(2009), *Quali servizi per l'alzheimer?*, in Gori C. (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.

Corens D.(2007), *Health system review: Belgium*, Observatory on health systems WHO, Copenaghen.

D.P.C.M 21/5/2001, n. 308: "*Regolamento concernente "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328*".

Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2006), *Relazione al parlamento sui dati relativi allo stato di attuazione delle politiche per l'handicap in Italia – Anno 2004-2005*, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Roma.

Ministero della salute (2005), *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere – anno 2004*, Roma.

Ministero della salute (2008), *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere – anno 2006*, Roma.

Ministero della salute (2007) , *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, Ministero della salute, – Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza Roma.

Genova A., Palazzo F. (2008), *Il welfare nelle Marche*, Roma, Carocci.

Imserso, Informe (2006) – *Las persones mayores en Espana*, Imserso.

Istat (2002), *L'assistenza residenziale in Italia, Regioni a confronto – anno 1999*, Istat, Roma.

Istat (2004), *L'assistenza residenziale in Italia, Regioni a confronto – anno 2000*, Istat, Roma.

Istat (2005), *L'assistenza residenziale in Italia, Regioni a confronto – anno 2001*, Istat, Roma.

Istat (2005), *L'assistenza residenziale in Italia, Regioni a confronto – anno 2002*, Istat, Roma.

Istat, *La prima indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni – anno 2003*, Istat, Roma, 2005.

Istat (2006), *L'assistenza residenziale in Italia, Regioni a confronto – anno 2003*, Istat, Roma.

Istat (2007), *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia – anno 2004*, Istat, Roma.

Istat (2007), *La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni – anno 2004*, Istat, Roma.

Istat (2008), *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni – anno 2005*, Istat, Roma.

Istat (2009), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati – anno 2006*, Istat, Roma.

Istat (2008), *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia – anno 2005*, Istat, Roma.

Istat (2009), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati – anno 2006*, Istat, Roma.

OECD (2005), *Long term care policies for older people*, OECD, Paris.

Mesini D., Pasquinelli S., Rusmini G., *Il lavoro privato di cura in Lombardia*, Istituto per la ricerca sociale, Milano 2006.

Pesaresi F. (2004), "*L'accreditamento dei servizi lo fanno i comuni*", in "Servizi sociali oggi", n. 5; Rimini, Maggioli.

Pesaresi F.(2005), *Tendenze internazionali nell'assistenza dell'anziano non autosufficiente*, in Gensini G.F., Rizzini P., Trabucchi M., Vanara F. (a cura di), *Rapporto Sanità 2005*, Bologna, Il Mulino.

Pesaresi F.(2007), "*Le cure domiciliari per anziani in Italia*", in "Prospettive sociali e sanitarie", n.15.

Pesaresi F., Brizioli E.(2009), *I servizi residenziali*, in Network Non Autosufficienza Gori C.(a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporto* 2009, Rimini, Maggioli.

Pesaresi F., Gori C.(2003), *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*, in "Tendenze Nuove", n.4-5.

Pesaresi F. (2006), *La suddivisione dei costi tra servizi sociali e servizi sanitari*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Bologna, Il Mulino.

Pita Barros P., De Almeida Simoes J., *Portugal: Health system review*, Observatory on health systems and policies WHO, Copenaghen, 2007

Provincia di Bolzano, *Statistiche sociali 2003*, Bolzano, 2004.

Provincia di Trento (2002), *Il Fondo per la non autosufficienza in provincia di Trento*, Infosociale 4, Trento.

Provincia di Trento (2006), *Il bilancio sociale 2006*, Infosociale 33, Trento.

Regione Abruzzo: L.R. 10 /3/2008, n. 5: "*Un sistema di garanzie per la salute- Piano sanitario regionale 2008-2010*".

Regione Emilia Romagna (2005), *Relazione sull'applicazione della deliberazione della Giunta regionale n. 1377/1999 – anno 2004*, Direzione generale sanità e politiche sociali, Bologna.

Regione Emilia Romagna (2007), *Relazione sull'attuazione della deliberazione della Giunta regionale n. 122/07*, Direzione generale sanità e politiche sociali, Bologna.

Regione Emilia Romagna (2008), *Presidi e servizi socio assistenziali e socio sanitari in Emilia Romagna – dati al 31/12/2006*, Sistema informativo delle politiche sociali, Bologna.

Regione Lazio (2009), *Primo rapporto sui servizi sociali del Lazio*, Roma.

Regione Toscana (2005), *Centri diurni per anziani*, Firenze.

Regione Valle d'Aosta (2005), *osservatorio per le politiche sociali – Primo rapporto*, Aosta.

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 9

La qualificazione delle assistenti familiari*

di

Luca Beltrametti
Università di Genova

Luglio 2010

* Ringrazio Emanuele Ciani per il prezioso contributo fornito attraverso l’elaborazione delle simulazioni utilizzate in questo lavoro.

1. Le maggiori criticità della situazione attuale

Si possono individuare 5 principali criticità della situazione attuale dei servizi di cura al domicilio alle persone non autosufficienti:

1) alta incidenza del lavoro irregolare.

In base all'indagine Istat sulle condizioni di salute relativa al 2005, circa 400.000 nuclei familiari si avvarrebbero di collaboratori per lavori domestici o per la cura di bambini e di persone non autosufficienti. Stime più recenti (Pasquinelli, www.qualificare.info) pongono a circa 770.000 il numero delle collaboratrici familiari ("badanti") presenti nel nostro Paese; di queste solo circa 254.000 avrebbero un regolare contratto di lavoro, 185.000 lavorerebbero senza contratto e oltre 330.000 sarebbero in condizione di clandestinità. Nel dicembre 2007, a seguito dell'avvio dell'iter telematico per la regolarizzazione, sono state registrate circa 419.000 domande di assunzione parte di famiglie. Si stima che nel 90% dei casi a fronte di tale domanda vi fosse nel paese una badante in condizione di clandestinità. Il decreto flussi del 2007 ha fissato in 65.000 il numero di ingressi consentiti; tale numero è stato portato a 105.400 per il 2008.

Nell'estate 2009 il governo ha varato una sanatoria che ha permesso la regolarizzazione delle "badanti" e delle colf irregolari (anche se prive del permesso di soggiorno) con un rapporto di lavoro attivato entro il 1 aprile dello stesso anno. Tale regolarizzazione delle badanti prevedeva il pagamento di €500, in parte destinati al pagamento forfetario dei contributi relativi al periodo aprile-giugno e poteva essere richiesta dai datori di lavoro producendo un certificato medico che attestasse la condizione di non autosufficienza e dimostrino di poter fornire alloggio idoneo alla lavoratrice/al lavoratore. A fronte di circa 300.000 richieste di assunzione solo circa un terzo hanno riguardato badanti: la sanatoria ha determinato la regolarizzazione di circa 100.000 lavoratrici a fronte di una platea potenziale stimabile in 600.000 persone. Si tratta di un risultato significativo anche se probabilmente inferiore alle aspettative; le ragioni di tale parziale insuccesso devono essere cercate (Gori e Pasquinelli, 2009) nel pagamento di €500, nel vincolo di un minimo di 20 ore settimanali, nella relativa complessità dell'iter procedurale e nel permanente aumento (ordine del 30-50%) del costo mensile per la famiglia. In sintesi, il principale ostacolo alla regolarizzazione è consistito nel fatto che per le famiglie – a fronte dell'unico beneficio di uscire dall'illegalità – si sono prospettati solo costi. Pasquinelli (2009) stima che tale risultato consentirà comunque di far scendere di circa 10 punti percentuali il tasso di clandestinità e che resteranno clandestine meno di un terzo delle badanti straniere.

I dati disponibili evidenziano un'incidenza molto forte delle domande di regolarizzazione nelle regioni meridionali del paese: si consideri che nella sola Napoli è stato presentato l'11,8% del totale delle domande nazionali. Questa tendenza si spiega probabilmente, almeno in parte, con il fatto che nelle regioni meridionali vi è un'elevata incidenza di indennità di accompagnamento che fornisce le risorse per pagare la badante mentre vi è un'offerta molto scarsa di residenze per anziani.

Le principali determinanti del fenomeno del lavoro irregolare restano le seguenti:

- la difficoltà dei controlli a causa della parcellizzazione delle unità di lavoro presso il domicilio delle persone assistite;
- l'erogazione in contanti della principale prestazione di assistenza (l'indennità di accompagnamento): ciò non pone alcuna esigenza di rendicontazione a carico del beneficiario e impedisce la "tracciabilità" delle risorse.

2) Inadeguata professionalità.

Spesso le assistenti familiari sono prive di una sia pur minima formazione specifica. Le principali determinanti di ciò sono:

- presenza di lavoro irregolare (vedi criticità 1): ovviamente, la condizione di clandestinità pregiudica ogni possibilità di partecipazione ad attività formative;
- scarsa consapevolezza, anche da parte della famiglia che richiede assistenza, dell'importanza della formazione;
- anche la scarsa conoscenza della lingua italiana costituisce ovviamente una barriera all'accesso a corsi di formazione.

Numerosi enti locali (prevalentemente del centro-nord)[1] hanno attivato negli ultimi anni corsi di formazione per le assistenti familiari e spesso hanno successivamente predisposto appositi "albi".

3) Peso del lavoro di cura informale e conseguente ostacolo alla partecipazione delle donne alla forza lavoro.

L'impossibilità per le famiglie ad acquisire servizi di cura domiciliare adeguati per quantità e qualità implica la persistente necessità di erogare significative quantità di servizi informali di cura. Ciò costituisce un ostacolo importante (insieme all'insufficiente disponibilità di servizi per l'infanzia ed a caratteristiche peculiari del mercato del lavoro e della struttura sociale italiani) alla partecipazione delle donne alla forza lavoro. Si consideri che, se si esclude la classe di età 15-24 anni, circa una donna su 3 individua in "motivi familiari" la causa della propria mancata partecipazione alla forza lavoro.

4) Insufficiente riconoscimento del lavoro informale di cura.

Il lavoro informale di cura non riceve, a giudizio di molti, un adeguato riconoscimento sociale: in particolare, vi sono insufficienti protezioni assicurative e previdenziali per le persone

[1] Tra questi le regioni Valle d'Aosta, Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Marche Umbria e Sardegna (vedi Il Sole 24 Ore del 23/8/09).

che erogano tale cura e difficoltà a formalizzare patti che sanciscano una corresponsabilità tra cura formale (erogata anche con il finanziamento pubblico) e cura informale nell'ambito di un progetto complessivo di assistenza al domicilio.

5) Insufficiente intensità dei servizi di cura complessivamente erogati.

In conseguenza della drammatica inadeguatezza della graduazione delle prestazioni pubbliche in relazione alla gravità del bisogno ed anche in conseguenza della difficoltà a realizzare un mix efficace tra cura formale ed informale, talvolta il livello complessivo di cura erogato risulta inadeguato (vedi i contributi di Guerrini e di Pesaresi e Brizioli). Ciò, ovviamente, si verifica soprattutto per i casi più gravi di non autosufficienza.

Box 1 – Le criticità attuali

- Criticità 1: alta incidenza del lavoro irregolare
- Criticità 2: inadeguata professionalità
- Criticità 3: peso del lavoro di cura informale e conseguente ostacolo alla partecipazione delle donne alla forza lavoro
- Criticità 4: insufficiente riconoscimento del lavoro di cura informale
- Criticità 5: insufficiente intensità dei servizi di cura complessivamente erogati

2. Presentazione delle principali ipotesi di cambiamento

Sembra utile considerare 5 ipotesi di cambiamento:

1) mantenimento dello status quo;
2) estensione degli incentivi fiscali;
3) estensione dell'utilizzo del "buono lavoro";
4) buoni servizio associati all'attività lavorativa dei prestatori di lavoro di cura informale;
5) potenziamento dell'indennità di accompagnamento per i casi più gravi con erogazione parziale sotto forma di buoni servizio;

2.1 Il profilo delle diverse ipotesi

2.1.1 Status quo

L'ipotesi di inazione sul fronte delle politiche per la qualificazione delle assistenti familiari implica che nessuna delle 5 criticità sopra evidenziate potrà trovare una rapida soluzione.

Data la prevalenza di lavoratrici straniere sul totale (oltre il 90%) è evidente che le politiche qui considerate hanno una forte interazione con quelle dell'immigrazione e quelle più generali del contrasto del lavoro irregolare. Anche in assenza di interventi specifici quali quelli considerati nei 4 punti successivi, politiche miranti alla regolarizzazione delle lavoratrici in condizione di clandestinità e politiche di contrasto del lavoro irregolare possono determinare una progressiva emersione del lavoro nero ed un recupero di gettito contributivo e fiscale. La difficoltà ad effettuare controlli presso i luoghi di lavoro e l'interesse delle lavoratrici in condizione di clandestinità a sfuggire a tali controlli fanno sì che un'azione di puro contrasto e sanzione di comportamenti irregolari risulta scarsamente efficace. Si suggerisce quindi di affiancare a tale, pur doverosa, azione anche politiche che introducano incentivi a comportamenti virtuosi.

La recente esperienza della sanatoria suggerisce, a mio avviso, che una soluzione strutturale del problema del lavoro irregolare di cura e dell'inadeguatezza delle politiche di assistenza possa essere raggiunta solo nel quadro di politiche più articolate che tengano conto degli incentivi di tutte le parti coinvolte.

2.1.2 Estensione degli incentivi fiscali

Questa ipotesi (vedi Baldini et al. 2008) prevede forme alternative di potenziamento degli incentivi fiscali in favore delle famiglie che assumano una badante per assistere una persona non autosufficiente presso il proprio domicilio.

Il comune denominatore di questa proposta consiste nel fatto che lo Stato mette a disposizione risorse per co-finanziare spese di cura. Il contributo statale è quindi condizionato all'effettivo acquisto di alcune tipologie di servizio (tipicamente il lavoro *regolare* delle assistenti familiari) e può perseguire finalità distributive, per esempio, escludendo dal beneficio i nuclei familiari con valori Isee superiori ad una soglia data. La stima del costo per il bilancio pubblico di queste politiche è molto complessa: essa dipende infatti dalle modalità seguite per l'individuazione della platea dei beneficiari. Le cifre qui fornite danno un ordine di grandezza e dipendono fortemente dalle ipotesi di lavoro adottate. In particolare, si immagina che l'introduzione delle politiche non muti il ricorso da parte delle famiglie a badanti; alcuni dati relativi invece ad un approccio "dinamico" in cui per effetto di queste politiche aumenti l'occupazione femminile sono riportati in Appendice.

Tale proposta si può articolare in 3 sotto-ipotesi:

1) Potenziamento degli attuali incentivi fiscali.

Si tratta di aumentare la deducibilità dal reddito Irpef dei contributi previdenziali versati per il collaboratore familiare (oggi fino ad un massimo di €1.549) e la detraibilità dall'Irpef lorda del 19% delle spese sostenute per addetti alla cura di persone non autosufficienti (oggi fino a €399 e solo per soggetti con reddito complessivo inferiore a €40.000). Immaginiamo qui di portare la deducibilità fino a €3.000 e la detraibilità fino ad un reddito di €80.000. Le simulazioni svolte (vedi Appendice 1) mostrano che si avrebbe un aumento di spesa pari a circa €270 milioni (dagli attuali 555 a 831) con un 2,9% di famiglie coinvolte.

Dal punto di vista distributivo il beneficio si avrebbe per tutti i livelli di reddito ma in particolare per i redditi più bassi (i primi decili di reddito).

Tab.1. Incidenza degli sgravi fiscali sul reddito disponibile (%)

	Decili di reddito									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sgravi attuali	5,8	3,5	3,3	2,9	2,5	2,3	1,9	1,9	1,6	1,0
Sgravi maggiorati	9,0	5,4	5,0	4,4	3,8	3,5	2,9	2,8	2,2	1,4

2) Fiscalizzazione degli oneri sociali.

Si tratta di porre a carico delle finanze pubbliche il costo degli oneri sociali pagati per collaboratrici familiari fino ad un certo limite superiore (per esempio, €3.000 annui). In altri termini, al lavoratore verrebbe riconosciuto il regolare versamento dei contributi ma la famiglia datrice di lavoro ne verrebbe esonerata. Tale politica avrebbe un costo molto elevato: €1,1 miliardi.

L'incidenza del beneficio fiscale sul reddito disponibile sarebbe decrescente al crescere del reddito: si passa dal 12,4% per il decile più basso (fino a € 13.000 circa) si scende al 5% circa per i decili centrali (redditi tra €32.000 e 35.000 circa) e si arriva al 2,2% per i redditi più alti (oltre i 75.000 euro). La manovra in esame comporta, quindi, un abbattimento del costo del lavoro delle badanti che incide proporzionalmente di più sui redditi bassi. E' peraltro evidente che sono soprattutto le famiglie con redditi più alti che fanno ricorso alle badanti.

3) Un credito d'imposta.

Si tratta della proposta di Boeri e Del Boca (2007) di introdurre un credito di imposta per le spese sostenute dalla famiglia a favore di familiari a carico. Immaginiamo di un credito pari €3.000 annui. In altri termini, le spese sostenute per l'assistenza a persone non autosufficienti potrebbero essere portate in riduzione dell'imposta; nei casi in cui (i redditi più bassi) l'imposta dovuta sia inferiore ad €3.000 (non vi sia "capienza") l'imposta diverrebbe quindi "negativa": ovvero lo Stato verserebbe al cittadino la differenza tra €3.000 e l'imposta teoricamente da pagare. Il costo di tale manovra sarebbe estremamente ingente: €2,1 miliardi.

L'incidenza del beneficio fiscale sul reddito disponibile sarebbe decrescente al crescere del reddito in modo ancora più accentuato rispetto al caso precedente e raggiungerebbe livelli elevatissimi per le fasce di reddito più basse: si passa dal 22,9% per il decile più basso (fino a € 13.000 circa) si scende al 9% circa per i decili centrali (redditi tra €32.000 e 35.000 circa) e si arriva al 4% per i redditi più alti (oltre i 75.000 euro).

Box 2 - Ipotesi di cambiamento: estensione degli incentivi fiscali

- Le caratteristiche: si tratta di concedere maggiori sgravi fiscali alle famiglie che utilizzano lavoro regolare di cura nell'assistenza al domicilio di persone non autosufficienti
- Il percorso attuativo: compatibilmente con i vincoli del bilancio pubblico, la politica può essere attuata immediatamente, eventualmente anche con una gradualità, senza costi di implementazione.

Criticità 1: alta incidenza del lavoro irregolare.

Il rafforzamento degli attuali incentivi fiscali condiziona l'aumento di risorse a disposizione della famiglia all'utilizzo di lavoro *regolare* di cura: la politica è quindi certamente efficace nel contrastare il ricorso al lavoro irregolare.

Criticità 2: inadeguata professionalità.

Questa ipotesi non è tale da produrre progressi *diretti* sul fronte della qualificazione professionale; è tuttavia possibile che la regolarizzazione del rapporto di lavoro possa essere la premessa necessaria per l'accesso a corsi per l'acquisizione di professionalità.

Criticità 3: peso del lavoro di cura informale e conseguente ostacolo alla partecipazione delle donne alla forza lavoro.

La politica può contribuire a creare le condizioni affinché le persone impegnate nel lavoro di cura (in particolare le donne) aumentino la loro partecipazione alla forza lavoro attuando una parziale sostituzione tra lavoro informale e lavoro formale di cura.

Criticità 4: insufficiente riconoscimento del lavoro di cura informale.

Non si possono prefigurare miglioramenti rispetto a questa criticità.

Criticità 5: Insufficiente intensità dei servizi di cura complessivamente erogati.

La politica attribuisce maggiori risorse alle famiglie di persone con disabili e pertanto è tale da produrre un aumento nell'intensità dei servizi di cura complessivamente erogati. La misura in cui il lavoro formale di cura "spiazza" il lavoro informale non è quantificabile.

Obiettivo della politica è aumentare le risorse a disposizione delle famiglie con disabili e migliorare la qualità dei servizi di cura. La politica è efficace nella misura in cui le famiglie già utilizzano lavoro di cura regolare o gli incentivi associati alla politica qui considerata sono sufficienti a determinare il ricorso a lavoro formale di cura. Nel caso in cui, per motivi culturali e/o economici la famiglia rinunci o non sia in grado di accedere a lavoro regolare di cura, allora la politica risulta inefficace. Non sembra vi siano evidenti effetti distributivi su base territoriale.

Condizionatamente alla disponibilità di bilancio, la politica può essere attuata con un

intervento legislativo a livello nazionale e non sono richiesti interventi a livello regionale. Come si è detto, non è possibile prevedere in modo esatto l'entità del fabbisogno finanziario necessario al finanziamento del programma: questo dipende non solo dall'attuale grado di utilizzo di collaboratrici familiari ma anche dall'efficacia della politica nel promuovere un'estensione nell'uso di lavoro regolare di cura.

La politica si colloca in una prospettiva di finanziamento della domanda di servizi di cura da parte delle famiglie: tale politica non appare quindi in grado di fornire risposte ai casi più gravi (non assistibili al domicilio) ed a quei casi in cui intorno alla persona non autosufficiente manchi una rete familiare e/o amicale in grado di organizzare un mix di assistenza formale ed informale di cura. La politica è quindi necessariamente complementare rispetto a politiche di sostegno all'offerta di servizi.

Box 3─dimensioni valutative

Finanza pubblica

1. La sostenibilità per il bilancio pubblico

Il potenziamento qui immaginato degli attuali incentivi avrebbe un costo relativamente contenuto (€270 e 170 milioni, rispettivamente nello scenario statico e dinamico). Molto ingente sarebbe incede l'onere per il bilancio delle altre due ipotesi considerate: tra €1,1 e 2,5 miliardi).

Efficacia

2. Per la persone non autosufficienti coinvolte

La politica è efficace nella misura in cui le famiglie già utilizzano lavoro di cura regolare o gli incentivi sono sufficienti ad aumentare il ricorso a lavoro formale di cura.

3. Per le famiglie coinvolte

Vedi punto 2.

Equità

4. Per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)

Solo la proposta Boeri-Del Boca prevede che le risorse siano erogate anche laddove il reddito non sia "capiente" rispetto agli incentivi. Negli altri casi è possibile che, a parità di non autosufficienza, i nuclei più "poveri" ricevano meno risorse rispetto ai nuclei più "ricchi".

5. Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)

La politica qui considerata non è tale da prefigurare una diversificazione dell'aiuto economico in ragione della gravità della non autosufficienza.

Differenze territoriali[2]

6. Le conseguenze sull'eterogeneità geografica

Non sembra vi siano evidenti effetti distributivi su base territoriale.

[2] Questa è un'ulteriore dimensione dell'equità, considerata a parte dato il rilievo che assume nel nostro paese.

Fattibilità *7. La realizzabilità operativa* Occorre un intervento legislativo a livello nazionale; non è possibile prevedere in modo esatto l'entità del fabbisogno finanziario: questo dipende dall'attuale grado di utilizzo di collaboratrici familiari e anche dall'efficacia della politica nell'aumentare l'uso di lavoro regolare di cura.
Welfare futuro *8. Le conseguenze per il sistema italiano di assistenza continuativa nel tempo* La politica finanzia la domanda di servizi di cura e appare necessariamente complementare rispetto a politiche di sostegno all'offerta di servizi.

Tab.2. di sintesi: estensione incentivi fiscali

Dimensione	**Punti di Forza e Punti di Debolezza**
Finanza pubblica	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- l'impatto di spesa dipende dal tipo di intervento - ... ma è incerto ex- ante - "effetto leva" su risorse private
Efficacia	
Per le persone non autosufficienti coinvolte	- trasferimento efficace in quanto vincolato a destinazione per servizi regolari di cura - il beneficio è tuttavia a favore dei percettori di reddito, non necessariamente le persone non autosufficienti
Per le famiglie coinvolte	- sostegno al reddito familiare - incentivo sufficiente a indurre il totale superamento del lavoro regolare di cura?

2.1.3 Estensione dell'utilizzo del "buono lavoro"

Si immagina un utilizzo più esteso del "buono lavoro" fino a comprendere anche il lavoro di cura. Come è noto, in base alla legislazione vigente (D.lgs n.276/2003, l. n.133/2008 e l. n.33/2009) tale "buono lavoro" attualmente può essere utilizzato[3] solo per retribuire "lavoro

[3] I buoni lavoro possono essere utilizzati da privati, aziende, imprese familiari operanti nel commercio, turismo e servizi, imprenditori agricoli, enti senza fine di lucro ed enti pubblici (solo in caso di lavori di emergenza e di

accessorio" erogato da pensionati, studenti (nei periodi di vacanza ed il sabato e la domenica), casalinghe, disoccupati e (sperimentalmente per l'anno 2009) cassaintegrati e lavoratori in mobilità.

Il buono (in formato cartaceo e digitale), può essere utilizzato per remunerare lavoratori impegnati in aree di attività ben definite[4] nelle quali non rientrano attualmente le attività di assistenza continuativa a persone non autosufficienti (che, ovviamente, non presentano le caratteristiche di occasionalità). La normativa vigente prevede, inoltre, un tetto massimo di €5.000 per singolo committente per anno solare. L'ipotesi qui considerata configura un'estensione attraverso un opportuno provvedimento legislativo del campo di applicabilità dei buoni lavoro al lavoro di cura: in concreto, si immagina di prevedere la possibilità di remunerare il lavoro di cura (per esempio, fino ad un massimo di €5.000 annui) attraverso lo strumento del buono lavoro.

Rispetto alle politiche precedenti si rinuncia all'attivazione di un contratto di lavoro a tempo indeterminato ma si può ottenere comunque una forma di regolarizzazione. In particolare, si avrebbe per le famiglie in vantaggio di una forte semplificazione amministrativa. L'utilizzo qui prefigurato del buono lavoro costituisce in realtà una forzatura rispetto allo stesso spirito della legge: in effetti l'assistenza alle persone non autosufficienti è – per definizione – un'attività continuativa che mal si concilia con la natura "accessoria" delle prestazioni attivabili con il buono lavoro. Più importante, la remunerazione del lavoratore (lavoratrice) attraverso il buono lavoro invece che attraverso un regolare rapporto di lavoro continuativo, comporta per questo/a una compressione significativa dei diritti: manca un contratto di lavoro che regoli condizioni e modalità di licenziamento, manca il diritto alle ferie, alla tredicesima mensilità, al TFR…

Box 4 - Ipotesi di cambiamento: estensione dell'utilizzo del "buono lavoro"

- Si tratta di estendere l'ambito di applicazione del "buono lavoro" fino a comprendere il lavoro di cura erogato in favore di persone non autosufficienti.
- Occorre un intervento legislativo a livello nazionale.

Criticità 1: alta incidenza del lavoro irregolare.

Il ricorso al buono lavoro potrebbe ridurre l'incidenza del lavoro irregolare attraverso un duplice incentivo: si riduce il costo degli oneri sociali e si riducono fortemente le pratiche amministrative rispetto all'ipotesi di assunzione regolare. Ciò si assocerebbe ad una compressione dei diritti riconosciuti alle assistenti familiari rispetto all'ipotesi di contratto a tempo indeterminato.

Criticità 2: inadeguata professionalità.

Questa ipotesi non è tale da produrre progressi sul fronte della qualificazione professionale;

solidarietà).

[4] Attività agricole a carattere stagionale, attività agricole a carattere non stagionale se il produttore ha volume d'affari inferiore a €7.000, attività nel commercio, turismo e servizi, attività di lavoro domestico di carattere "occasionale accessorio" (babysitting, dogsitting…), lavori di giardinaggio, pulizia e manutenzione edifici…

al contrario, è possibile che l'assenza di un rapporto di lavoro formalizzato possa disincentivare ulteriormente l'acquisizione di professionalità.

Criticità 3: peso del lavoro di cura informale e conseguente ostacolo alla partecipazione delle donne alla forza lavoro.

Nella misura in cui il buono lavoro riducesse il costo dell'utilizzo delle assistenti familiari (vedi criticità 1) ed aumentasse la flessibilità del loro utilizzo, si può immaginare che questa opzione faciliti la partecipazione al lavoro di donne impegnate in attività di cura di congiunti non autosufficienti.

Criticità 4: insufficiente riconoscimento del lavoro di cura informale.

Non si possono prefigurare miglioramenti rispetto a questa criticità.

Criticità 5: insufficiente intensità dei servizi di cura complessivamente erogati.

Non si possono prefigurare miglioramenti rispetto a questa criticità.

Questa ipotesi non comporta alcun aggravio significativo di costi per il bilancio pubblico: gli effetti dell'esenzione fiscale per i redditi di questi lavoratori appaiono trascurabili, data l'estensione del lavoro irregolare. Nella misura in cui essa avesse successo nel ridurre l'estensione del lavoro irregolare di cura, si potrebbe produrre un beneficio al bilancio derivante dal recupero di evasione contributiva.

La politica potrebbe avere un impatto positivo su persone colpite da forme lievi di non autosufficienza: in questi casi infatti la flessibilità di utilizzo dei buoni potrebbe consentire di colmare vuoti di assistenza determinati da circostanze improvvise. Nel caso di persone con non autosufficienza grave lo strumento appare di possibile utilità solo con riferimento a improvvise necessità di armonizzazione tra prestazioni di cura erogate informalmente da membri della famiglia e prestazioni erogate in modo formale da personale assunto con regolare contratto di lavoro dipendente. Nessun impatto si avrebbe per le persone ricoverate in residenze. La politica potrebbe avere un impatto positivo per i familiari impegnati nel lavoro di cura dal momento che potrebbe garantire loro una maggiore flessibilità nell'utilizzo di lavoro di cura formale e potrebbe ridurre gli oneri burocratici associati alla gestione di contratti di lavoro regolare. Questa politica non assegna alle persone non autosufficienti (ed alle loro famiglie) risorse addizionali: essa non produce quindi effetti redistributivi su base territoriale in termini di risorse. Tuttavia, nella misura in cui le diverse aree del paese hanno una diversa capacità di organizzare un'offerta pubblica di servizi di assistenza, una politica basata sui "buoni lavoro" potrebbe avere gradi diversi di efficacia in aree diverse del paese. In particolare, la politica potrebbe avere una qualche razionalità in contesti in cui vi sia l'esigenza di costruire un mix coordinato tra assistenza formale erogata istituzione pubbliche, assistenti familiari regolari e famiglie. Al contrario, laddove l'offerta di servizi pubblici sia molto scarsa, il buono lavoro costituirebbe solo una risposta di breve termine e di basso profilo ai bisogni delle famiglie.

A mio giudizio, la politica qui considerata non contribuirebbe in modo positivo alla costruzione nel medio/lungo termine di un sistema di welfare efficiente. Non vi sono infatti

incentivi ad una qualificazione dell'assistenza e non vi è assegnazione di risorse aggiuntive. Non appare possibile costruire un sistema di welfare di qualità comprimendo i diritti dei lavoratori coinvolti nel lavoro di cura. Inoltre, anche in questo caso la politica si configura esclusivamente come sostegno (attraverso la semplificazione amministrativa) della domanda di cura.

Box 5─dimensioni valutative

Finanza pubblica *1. La sostenibilità per il bilancio pubblico* Nessun aggravio significativo di costi per il bilancio pubblico; possibile un beneficio.
Efficacia *2. Per la persone non autosufficienti coinvolte* Impatto positivo su persone colpite da forme lievi di non autosufficienza: la flessibilità di utilizzo dei buoni consentire di colmare vuoti di assistenza. *3. Per le famiglie coinvolte* Impatto positivo per i familiari derivante da maggiore flessibilità nell'utilizzo di lavoro di cura formale e minori oneri burocratici nella gestione lavoro regolare.
Equità *4. Per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)* La politica tende a privilegiare i nuclei familiari con elevata capacità di spesa. *5. Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)* La politica non prevede alcun trattamento potenziato per le persone affette da non autosufficienza più grave.
Differenze territoriali *6. Le conseguenze sull'eterogeneità geografica* La politica potrebbe essere efficace in contesti in cui vi sia l'esigenza di costruire un mix coordinato tra assistenza formale e informale.
Fattibilità *7. La realizzabilità operativa* L'ipotesi qui considerata prevede una estensione del campo di utilizzo del buono lavoro da attuarsi con una norma nazionale.
Welfare futuro *8. Le conseguenze per il sistema italiano di assistenza continuativa nel tempo* Non vi sono incentivi ad una qualificazione dell'assistenza, non vi è assegnazione di risorse aggiuntive: la gestione del rischio di non autosufficienza resta sulle spalle delle famiglie.

Tab. 3. di sintesi: estensione dell'utilizzo del "buono lavoro"

Dimensione	Punti di Forza e Punti di Debolezza
Finanza pubblica	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- non ci sono oneri significativi per il bilancio pubblico; possono esserci effetti positivi associati al recupero di evasione contributiva
Efficacia	
Per le persone non autosufficienti coinvolte	- grande flessibilità di utilizzo - ... ma lavoro difficilmente qualificato e continuo nel tempo
Per le famiglie coinvolte	- semplificazione amministrativa - aiuto nel fronteggiare imprevisti e nell'organizzazione di un mix di assistenza formale ed informale - ... nessuna reale risorsa finanziaria aggiuntiva
Mercato del lavoro	- contrasto lavoro irregolare - ... ma compressione dei diritti dei lavoratori rispetto a contratti di lavoro a tempo indeterminato.

2.1.4 Buoni servizio associati all'attività lavorativa dei prestatori di lavoro di cura informale.

Si tratta di immaginare una politica che possa coniugare il principale punto di forza del buono lavoro, la semplificazione amministrativa, con obiettivi che oggi appaiono diffusamente condivisi: l'occupabilità nel lavoro di cura dell'universalità dei lavoratori (non solo di quelli "accessori"), il loro inquadramento in regolari contratti a tempo indeterminato, il coinvolgimento delle imprese nel finanziamento dei costi, un più significativo incentivo fiscale motivato dalla presenza finalità caratterizzate da una meritorietà sociale. In questa prospettiva due esperienze internazionali appaiono particolarmente rilevanti: l'esperienza francese dello Cheque Emploi Services Universel (CESU) e l'esperienza inglese del Childcare voucher.

L'aspetto caratterizzante di queste politiche è il riferimento diretto al lavoratore care giver anziché alla persona non autosufficiente: in entrambi i casi si hanno forme di incentivazione fiscale associate all'attività lavorativa della persona che eroga la cura informale; le risorse pubbliche vengono messe a disposizione (con dei tetti) sotto la condizione che lavoratore e datore di lavoro destinino risorse private in modo vincolato per una finalità alla quale viene riconosciuta una meritorietà sociale. La semplificazione amministrativa viene conciliata con la presenza di contratti di lavoro regolari (vedi anche l'esperienza del "CESU bancarie") attraverso un meccanismo attraverso il quale il cittadino assume regolarmente un lavoratore che presta servizi alla persona ed autorizza la pubblica amministrazione a prelevare dal proprio conto corrente l'importo dei

contributi alle date previste: l'onere del calcolo dei contributi e del loro regolare versamento (con relativi rischi di errore) viene dunque traslato dal cittadino sulla pubblica amministrazione.

Il programma francese Cesu prevede la possibilità per i datori di lavoro di erogare ai propri dipendenti buoni servizio per l'acquisto presso soggetti accreditati di prestazioni di cura per l'infanzia e le persone non autosufficienti e di servizi per la casa per un controvalore annuo pari a €1.830 in esenzione fiscale e contributiva. I privati cittadini possono acquistare tali buoni con un tetto di €6.000 annui (che cresce di €1.500 per ogni figlio e per ogni ascendente con più di 65 anni) pagando solo il 50% della spesa essendo l'altra metà a carico dello Stato. L'universalità dei cittadini francesi può partecipare al programma come utente e può essere occupata nell'erogazione di servizi alle condizioni del diritto del lavoro che si applicano alla generalità dei lavoratori: in questo senso il programma viene definito "universel". E' stato stimato (Diem e LSE Pssru, 2009) che un programma analogo al Cesu francese applicato in Italia avrebbe nei primi anni un costo per l'erario compreso tra €30 e 50 milioni a seconda dello scenario considerato. Naturalmente si tratta di stime che dipendono fortemente dalle ipotesi di lavoro adotatte.

Il programma inglese del Childcare Voucher non si rivolge ovviamente a persone anziane con problemi di non autosufficienza; esso appare tuttavia interessante per la tipologia di politica adottata che potrebbe in linea di principio essere applicata anche alle problematiche qui considerate. Il programma inglese è accessibile per i soli lavoratori dipendenti con figli di età inferiore ai 15 anni e prevede forti incentivazioni fiscali nel caso in cui una parte del salario (fino a circa €270 al mese) sia erogata sotto forma di buoni servizio che consentono di acquistare presso soggetti accreditati servizi per figli minori (nel nostro caso beneficiari del programma potrebbero essere lavoratori con persone non autosufficienti a carico.

Nello studio condotto da Diem e LSE Pssru (2009) si è stimato che un programma come il Childcare inglese applicato all'Italia avrebbe un costo compreso tra €25 e 140 milioni a seconda dello scenario considerato.

Box 6 - Ipotesi di cambiamento: buoni servizio associati all'attività lavorativa dei prestatori di lavoro di cura informale

- Si tratta di prevedere incentivi fiscali in favore dei lavoratori dipendenti che concordino con i loro datori di lavoro di rinunciare ad una parte del salario in cambio di buoni servizio utilizzabili per acquistare lavoro di cura (per persone non autosufficienti, bambini...) erogato da soggetti accreditati sulla base di criteri qualitativi e/o quantitativi.
- Il percorso attuativo è in questo caso più complesso:
    1. una legge nazionale deve prevedere (e finanziare) gli incentivi fiscali; alternativamente, il decreto attuativo del federalismo fiscale potrebbe attribuire alle regioni un'autonomia in materia.

       Le procedure di accreditamento potrebbero essere affidate alle singole regioni che potrebbero fissare i requisiti qualitativi e poi delegare a soggetti pubblici, non profit e for profit il compito di "costruire" concretamente una pluralità di reti di erogatori in competizione tra loro e di gestire il processo di distribuzione e rimborso dei buoni servizio;
    2. la possibilità di adottare tale opportunità a livello aziendale dovrebbe essere valutata dalle parti nell'ambito della contrattazione collettiva; in tale contesto le imprese potrebbero incentivare la produttività del lavoro fornendo ai propri dipendenti (soprattutto donne) strumenti per la conciliazione tra lavoro ed impegni di famiglia aggiungendo risorse proprie a quelle messe a disposizione dallo Stato e, forse, dalle regioni attraverso incentivi fiscali.

Criticità 1: alta incidenza del lavoro irregolare.

L'esperienza internazionale suggerisce che l ricorso a questa tipologia di buoni servizio possa essere efficace nel ridurre l'incidenza del lavoro irregolare: la concessione dell'incentivo fiscale sarebbe condizionata proprio all'utilizzo di lavoro regolare di cura.

Criticità 2: inadeguata professionalità.

L'ipotesi qui considerata può essere efficace rispetto all'obiettivo della qualificazione professionale delle assistenti familiari: le procedure di accreditamento previste – se correttamente attuate – dovrebbero prevedere forme minime di qualificazione affiancate ad opportunità di formazione offerte dagli enti locali.

Criticità 3: peso del lavoro di cura informale e conseguente ostacolo alla partecipazione delle donne alla forza lavoro.

Questa politica agisce direttamente quale strumento di conciliazione tra lavoro ed impegni di cura in famiglia: il target è pertanto quello delle lavoratrici con carichi familiari relativi alla cura di bambini piccoli e persone non autosufficienti. In particolare, la misura potrebbe essere efficace nel

contrastare le dinamiche che portano le giovani donne ad abbandonare il lavoro dopo il primo figlio e le donne meno giovani ad anticipare il pensionamento per potersi dedicare alla cura di persone non autosufficienti (tipicamente i genitori o i suoceri).

Criticità 4: insufficiente riconoscimento del lavoro di cura informale

La misura riconosce solo i problemi posti alle lavoratrici ed ai lavoratori dallo svolgimento di lavoro di cura informale in famiglia. La misura non affronta i problemi delle persone che erogano assistenza senza avere un lavoro fuori casa. Le risorse pubbliche vengono destinate attraverso gli incentivi fiscali, a tutte quelle persone che acquistano lavoro di cura regolare.

Criticità 5: Insufficiente intensità dei servizi di cura complessivamente erogati

Il fatto che risorse pubbliche addizionali vengano destinate (attraverso l'incentivazione fiscale) alle persone che hanno l'onere di assistere familiari non autosufficienti, consente di aumentare l'intensità dei servizi di cura complessivamente erogati.

Questa politica ha un costo per il bilancio pubblico che non può essere previsto con precisione: dato un certo disegno degli incentivi fiscali concessi al lavoratore e/o all'impresa (esenzione contributiva e/o fiscale) per importi fino ad un tetto predeterminato il costo effettivo della manovra dipenderà i) dal grado di adesione dei lavoratori e delle imprese al programma e ii) dall'aliquota fiscale media dei lavoratori che aderiscono. Si deve anche tenere conto che - nella misura in cui tale politica avesse successo nel ridurre l'estensione del lavoro irregolare di cura – il costo netto per il bilancio dello Stato potrebbe essere ridotto in ragione del recupero di evasione contributiva e fiscale. Questa politica ha come beneficiari diretti i lavoratori impegnati in cura informale di propri familiari non autosufficienti. Le persone non autosufficienti sono quindi solo beneficiari indiretti. Le persone non autosufficienti hanno, quindi, un beneficio solo nella misura in cui la politica produca un effettivo potenziamento dell'offerta complessiva di cura ed un suo miglioramento qualitativo. E' probabile che l'impatto positivo maggiore si avrebbe nel caso di forme lievi di non autosufficienza: in questi casi infatti la flessibilità di utilizzo dei buoni potrebbe consentire di colmare vuoti di assistenza determinati da circostanza improvvise.

Nel caso di persone con non autosufficienza grave lo strumento appare di possibile utilità solo con riferimento a improvvise necessità di armonizzazione, tra prestazioni di cura erogate informalmente da membri della famiglia e prestazioni erogate in modo formale da personale assunto con regolare contratto di lavoro dipendente. Nessun impatto si avrebbe per le persone ricoverate in residenze.

Per le famiglie coinvolte, la politica si rivolge direttamente ai *care givers* ai quali vengono garantite maggiori risorse a condizione che esse vengano utilizzate per acquistare lavoro di cura regolare e qualificato; anche in questo caso – a seconda della tipologia amministrativa adottata – è possibile che una politica con buoni servizio sia progettata in modo tale da ridurre gli oneri burocratici associati alla gestione di contratti di lavoro regolare di cura.

In questo caso (a differenza rispetto a quanto accade per il "buono lavoro"), i lavoratori

impegnati nell'erogazione del lavoro formale di cura ricevono un trattamento economico e giuridico in tutto uguale a quello della generalità dei lavoratori. Poiché tale politica non prevede alcun trattamento potenziato per le persone affette da non autosufficienza più grave, essa non avrebbe la capacità di aumentare l'equità "verticale": persone con livelli di bisogno diversi continuerebbero a ricevere aiuto in misura uguale. Questa politica presuppone per la sua efficacia l'attivazione di meccanismi di accreditamento che selezionino e mettano in competizione tra loro una pluralità di erogatori; è possibile che la capacità delle autorità regionali di gestire processi di accreditamento di qualità siano molto diverse. Inoltre, l'efficacia di politiche di questo tipo nel promuovere processi virtuosi di competizione tra erogatori a vantaggio degli utenti finali è certamente molto diversa non solo tra le diverse regioni ma anche tra i diversi contesti territoriali (grande città, piccola città, montagna...) all'interno di ciascuna regione. L'efficacia complessiva della politica dipende quindi da varie situazioni specifiche di contesto. Anche in questo caso si tratta di una politica di sostegno alla domanda di cura da parte delle famiglie. La novità in questo caso è che le risorse pubbliche vengono utilizzare come "catalizzatore" di risorse private: tali risorse vengono messe a disposizione a condizione che risorse private vengano attivate e che si acquisti lavoro di cura regolare e qualificato.

La politica ha valenza molto generale (si presta a favorire la conciliazione tra lavoro ed impegni familiari) e non ha una chiara connotazione in favore di alcune classi di età (bambini vs anziani). Tale politica deve essere considerata complementare rispetto politiche di sostegno dell'offerta.

Box 7─dimensioni valutative di buoni servizio associati all'attività lavorativa dei prestatori di lavoro di cura informale

Finanza pubblica

1. La sostenibilità per il bilancio pubblico

Il costo per il bilancio pubblico che non può essere previsto con precisione: esso dipende i) dal grado di adesione dei lavoratori e delle imprese al programma e ii) dall'aliquota fiscale media dei lavoratori che aderiscono. A titolo di esempio, nello studio condotto da Diem e LSE Pssru (2009) si è stimato che un programma analogo al Cesu francese applicato in Italia avrebbe un costo per l'erario relativamente contenuto (tra €30 e 50 milioni a seconda dello scenario considerato) mentre un programma come il Childcare inglese avrebbe un costo compreso da €25 e 140 milioni a seconda dello scenario considerato).

Equità

4. Per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)

Si favoriscono i care givers occupati. Varianti del programma possono prevedere un finanziamento pubblico per i care givers non occupati.

5. Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)

Non sembra in pratica percorribile l'ipotesi di una graduazione dell'entità dell'incentivazione fiscale in ragione della gravità della non autosufficienza.

Differenze territoriali *6. Le conseguenze sull'eterogeneità geografica* E' possibile che la capacità delle autorità regionali di gestire processi di accreditamento di qualità siano molto diverse; l'efficacia di politiche di questo tipo è molto diversa anche tra i diversi contesti territoriali (grande città, piccola città, montagna...) all'interno di ciascuna regione.
Fattibilità *7. La realizzabilità operativa* Questa politica richiede una legge nazionale. E' anche possibile che singole regioni aggiungano risorse proprie per incentivare le imprese locali a utilizzare questo strumento.
Welfare futuro *8. Le conseguenze per il sistema italiano di assistenza continuativa nel tempo* Le risorse pubbliche vengono utilizzare come "catalizzatore" di risorse private.

Tab. 4. di sintesi: buoni servizio associati all'attività lavorativa dei prestatori di cura informale

Dimensione	**Punti di Forza e Punti di Debolezza**
Finanza pubblica	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- impatto contenuto - "effetto leva" rispetto a risorse private - ... ma importo fabbisogno non certo ex-ante
Efficacia	
Per le persone non autosufficienti coinvolte	- prestazioni di cura qualificate
Per le famiglie coinvolte	- aiuto mirato alle esigenze di conciliazione tra lavoro e famiglia - ... ma sono esclusi soggetti deboli che non trovano un lavoro o che hanno carichi di lavoro di assistenza in famiglia troppo elevati per poter comunque accedere al mercato del lavoro.
Mercato del lavoro	I lavoratori impegnati nel lavoro di cura ricevono un trattamento (giuridico, fiscale, previdenziale) in tutto uguale a quello della generalità degli altri lavoratori

2.1.5 Potenziamento dell'indennità di accompagnamento per i casi più gravi con erogazione parziale sotto forma di buoni servizio

Si tratta di immaginare una riforma dell'indennità di accompagnamento che si ponga il duplice obiettivo di aumentare le risorse a disposizione dei casi più gravi e di introdurre un vincolo di destinazione su una parte di tale maggiorazione.

Per esempio, si può immaginare di aumentare di €200 l'indennità al 10% degli attuali beneficiari con le condizioni più gravi. La totalità di questa somma potrebbe essere erogata sotto forma di buoni servizio gestiti dalle regioni con accreditamento regionale ed utilizzabili per pagare lavoro di cura regolare (eventualmente anche con il vincolo che l'assistente familiare abbia requisiti minimi di professionalità) o per acquistare alcune ben identificate tipologie di beni e servizi destinati alle persone non autosufficienti. Alternativamente, si potrebbe immaginare, per esempio, di offrire ai beneficiari la possibilità di scegliere tra un'erogazione monetaria di €200 ed un'erogazione sotto forma di buoni servizio del valore di €400[5].

Si immagina inoltre che – coerentemente con i principi di fondo del federalismo fiscale - le risorse necessarie per finanziare questa politica siano trasferite alle regioni *non* sulla base del costo storico (determinato dal numero di indennità effettivamente in essere) ma sulla base del principio del *costo standard*. Quest'ultimo costo potrebbe essere determinato sulla base di opportuni indicatori di bisogno (percentuale di popolazione con più di 65 anni, morbilità...). Le regioni avrebbero poi il compito di assegnare sulla base della gravità del bisogno le maggiori risorse ricevute dallo Stato. Le regioni con un'incidenza di indennità di accompagnamento sulla popolazione con più di 65 anni superiore alla media nazionale avrebbero, quindi, la scelta tra assegnare la maggiorazione ad una percentuale di beneficiari inferiore al 10% oppure integrare le risorse statali con risorse proprie. Le regioni sotto la media nazionale,invece, potrebbero erogare la maggiorazione ad una percentuale di percettori superiore al 10% oppure trasferire ai Comuni le risorse ricevute in eccesso dallo Stato per potenziare la rete locale dei servizi. Questo meccanismo avrebbe il pregio di attribuire alle regioni un ruolo attivo fornendo loro un incentivo all'applicazione di criteri omogenei su base nazionale ed avviando nel contempo un graduale processo di riequilibrio tendente a rendere omogenea sul territorio nazionale la diffusione delle prestazioni dell'indennità di accompagnamento. Inoltre, l'utilizzo di buoni servizio può introdurre un utile collegamento tra politiche attuate al livello nazionale e politiche attuate al livello locale: il finanziamento statale verrebbe speso all'interno delle regole di accreditamento fissate dalle autorità regionali e tali risorse statali sarebbero cumulabili con quelle regionali.

Questa ipotesi si collega direttamente alla proposta ("ipotesi 5") formulata da Lamura e Principi nell'ambito di questo gruppo di lavoro.

[5] De Vincenti (2008) formula una proposta simile in cui si ipotizza che il beneficiario possa effettuare una scelta tra erogazioni monetarie ed erogazioni sotto forma di buoni servizio di importo maggiorato.

Box 8- Ipotesi di cambiamento: potenziamento dell'indennità di accompagnamento per i casi più gravi con erogazione di buoni servizio

- Caratteristiche: aumento selettivo dell'indennità di accompagnamento per il 10% dei beneficiari (individuati sulla base della gravità della non autosufficienza) erogato sotto forma di buoni servizio.
- Percorso attuativo: i) legge nazionale che assegna alle regioni le risorse sulla base di indicatori di costo standard da definirsi e individua criteri generali ai quali le regioni devono attenersi nel gestire i programmi di buoni servizio; ii) le singole regioni disegnano ed attuano le procedure per individuare i beneficiari della maggiorazione e fissano i criteri operativi relativi alla spendibilità dei buoni servizio.

Criticità 1: alta incidenza del lavoro irregolare.

La politica prevede una maggiorazione selettiva dell'indennità di accompagnamento la cui effettiva spendibilità viene condizionata all'acquisto di lavoro regolare o servizi erogati da soggetti accreditati. Essa fornisce quindi un incentivo diretto al superamento del lavoro irregolare. D'altra parte, una strategia di questo tipo sembra anche coerente con le indicazioni che emergono dalla recente "sanatoria" attuata dal Governo (vedi Gori e Pasquinelli) e da tentativi condotti a livello regionale per favorire l'emersione del lavoro irregolare di cura: occorre dare alle famiglie un incentivo anche economico alla regolarizzazione delle assistenti familiari ed occorre che tale incentivo abbia una natura permanente (non una tantum).

Criticità 2: inadeguata professionalità

Il fatto che la maggiorazione dell'indennità sia spendibile solo per lavoro regolare o servizi resi da soggetti accreditati sulla base di requisiti di professionalità introduce un chiaro incentivo all'uso di servizi professionali. Appare in particolare importante che questo incentivo si attui con riferimento alle persone con non autosufficienza particolarmente grave.

Criticità 3: peso del lavoro di cura informale e conseguente ostacolo alla partecipazione delle donne alla forza lavoro

Questa politica fornisce maggiori risorse direttamente alle persone non autosufficienti e non – come nel caso delle politiche precedenti – ai familiari impegnati nella cura: il sostegno alla partecipazione alla forza lavoro delle donne impegnate in attività di cura informale è pertanto indiretto. Probabilmente l'entità dell'aumento ed il fatto che questo è concentrato sui casi più gravi non sarebbe tale da mutare significativamente la partecipazione femminile alla forza lavoro.

Criticità 4: insufficiente riconoscimento del lavoro di cura informale

Non si possono prefigurare miglioramenti rispetto a questa criticità.

Criticità 5: Insufficiente intensità dei servizi di cura complessivamente erogati

La politica assegna risorse aggiuntive per i casi più gravi ed è quindi tale da aumentare l'intensità di cura complessivamente erogata.

Box 9– Dimensioni valutative del potenziamento dell'indennità di accompagnamento per i casi più gravi con erogazione di buoni servizio

Finanza pubblica

1. La sostenibilità per il bilancio pubblico

Per maggiorazioni dell'importo sopra immaginato, il costo per il bilancio pubblico può essere quantificato in €350-400 milioni annui (mie stime). Il costo risulta maggiore nel caso in cui si offra al beneficiario l'opzione tra erogazioni in denaro ed erogazioni maggiorate sotto forma di buoni servizio. In tal caso ovviamente il maggiore onere dipende dal tasso di adesione a quest'ultima opzione.

Efficacia

2. Per le persone non autosufficienti coinvolte

La politica appare efficace per le persone in condizioni più gravi.

3. Per le famiglie coinvolte

La politica potrebbe avere un impatto positivo *indiretto* per i familiari impegnati nel lavoro di cura.

Equità

4. Per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)

Dal punto di vista "orizzontale" la politica eredita tutte le caratteristiche distributive dell'indennità di accompagnamento di cui introduce di fatto una riforma.

5. Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)

Poiché tale politica prevede un trattamento potenziato per le persone affette da non autosufficienza più grave, essa ha una particolare capacità di aumentare l'equità "verticale".

Differenze territoriali

6. Le conseguenze sull'eterogeneità geografica

La politica introduce incentivi (attraverso il meccanismo del finanziamento basato sul *costo standard*) ad una convergenza delle regioni verso livelli omogenei su scala nazionale di diffusione dell'indennità di accompagnamento sulla popolazione residente.

Fattibilità

7. La realizzabilità operativa

Dal punto di vista operativo si tratta di una riforma relativamente complessa, sia per la pluralità di livelli di governo coinvolti, sia per la novità del meccanismo di finanziamento prefigurato. Essa è peraltro coerente con il processo di introduzione del federalismo fiscale in atto

Welfare futuro

8. Le conseguenze per il sistema italiano di assistenza continuativa nel tempo

Credo che l'ipotesi qui considerata individui un inizio di riforma organica delle politiche per l'assistenza continuativa: omogeneità del diritto su base territoriale, progressiva graduazione rispetto alla gravità del bisogno, condizionamento dell'erogazione all'effettivo acquisto di servizi qualificati di cura appaiono infatti principi ai quali un moderno sistema di welfare dovrebbe ispirarsi. Occorre superare una visione in cui politiche di sostegno della domanda di cura da parte delle famiglie sono percepite come alternative rispetto a politiche di sostegno all'offerta di servizi (da parte di Comuni e soggetti non profit) ed in cui le politiche condotte a livello nazionale sono indipendenti da quelle attuate a livello locale. A quest'ultimo proposito, il dettato costituzionale (secondo cui la competenza esclusiva in materia di assistenza è regionale essendo allo Stato affidato "solo" il compito di fissare e garantire "livelli essenziali") non deve – credo – essere interpretato come impossibilità di sinergie positive tra iniziative attuate a livello statale ed a livello locale.

Tab. 5. di sintesi: potenziamento dell'indennità di accompagnamento per i casi più gravi con erogazione di buoni servizio

Dimensione	**Punti di Forza e Punti di Debolezza**
Finanza pubblica	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- impatto sulla spesa contenuto - incentivo alla razionalizzazione della spesa su scala regionale
Efficacia	
Per le persone non autosufficienti coinvolte	- aumento di risorse per i casi più gravi - incentivo all'uso di lavoro regolare e servizi qualificati - ... ma aumento dei costi amministrativi associati alla gestione del programma.
Per le famiglie coinvolte	- le maggiori risorse sono esplicitamente dirette alle persone non autosufficienti, non ai familiari impegnati nel lavoro di cura.
Mercato del lavoro	Incentivo economico alla regolarizzazione del lavoro di cura.

3. Sintesi conclusiva

Nel presente contributo, dopo avere rapidamente discusso le implicazioni di un mantenimento dello status quo (Ipotesi 1), si sono considerate 4 ipotesi di intervento nel campo dell'assistenza alle persone non autosufficienti con particolare riferimento a politiche capaci di favorire la qualificazione delle assistenti familiari: l'ipotesi 2 riguarda il potenziamento degli attuali incentivi fiscali in favore delle famiglie con persone non autosufficienti e l'introduzione di nuovi;

l'ipotesi 3 configura una estensione del "buono lavoro" fino a consentirne l'utilizzo nel lavoro di cura; l'ipotesi 4 considera la possibilità di introdurre anche in Italia buoni servizio destinati all'acquisto di servizi di cura incentivati fiscalmente e cofinanziati dalle imprese analogamente a quanto avviene in Francia e nel Regno Unito; l'ipotesi 5 propone invece una riforma dell'indennità di accompagnamento che aumenti le prestazioni per le persone in condizioni più gravi ed eroghi buoni servizio finalizzati – tra l'altro – all'acquisto di lavoro qualificato di cura.

Dimensione	**Ipotesi 1: mantenimento status quo**	**Ipotesi 2: estensione incentivi fiscali**	**Ipotesi 3: estensione utilizzo "buono lavoro"**	**Ipotesi 4: Buoni servizi associati attività lavorativa care givers**	**Ipotesi 5: potenziamento dell'indennità di accompagna-mento**
Finanza pubblica					
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- l'onere cresce "solo" per effetto delle dinamiche demografiche e sanitarie	- oneri molto variabili - ma graduabili nel tempo.	- nessun onere, al limite possibile impatto positivo.	- oneri contenuti (€30-150 milioni) - ma "effetto leva" rispetto a risorse private.	- onere contenuto (circa €400 milioni)
Efficacia					
Per la persona non autosufficiente	- /	- gli incentivi sono diretti ai familiari care givers ➔ beneficio indiretto	- semplificazione amministrativa - nessun possibile miglioramento qualità servizi	- possibile un accreditamento che qualifichi le assistenti familiari	- potenziamento della cura per i casi più gravi - possibile qualificazione delle assistenti familiari
Per le famiglie coinvolte	- /	- aumento risorse	- semplificazione amministrativa - flessibilità nella costruzione di un mix di cura formale e informale	- risorse aggiuntive dallo Stato e (forse) dal datore di lavoro	- la famiglia é beneficiaria indiretta: l'indennità è per la persona non autosufficiente
Equità					
Per chi vive un	-/	- Dipende da	- Si privilegiano	- dipende da disegno	- stesse

medesimo bisogno		modalità di attuazione	nuclei con redditi elevati	effettivo della politica. Favoriti comunque i lavoratori occupati	caratteristiche della indennità accompagna-mento
Per chi è in condizioni particolarmente gravi	-/	- nessun impatto	- politica inadatta rispetto a casi più gravi	- non effetti differenziati per gravità	- prestazioni maggiori per i casi più gravi
Differenze territoriali					
Le conseguenze sulla etereogeneità geografica	-/	- non vi sono evidenti effetti distributivi su base regionale	- politica più efficace in contesti in cui sia possibile un mix di assistenza formale ed informale	- la qualità delle procedure di accreditamento è cruciale e può essere diversa tra regioni	- incentivi a riequilibrio su base territoriale
Fattibilità					
La realizzabilità operativa	-/	- occorre legge nazionale.	- occorre legge nazionale	- occorre legge nazionale	- occorre legge nazionale e coordinamento con politiche regionali e comunali
Welfare futuro					
Le conseguenze per il sistema italiano di assistenza continuativa nel tempo	-/	-la politica sostiene la domanda di servizi	- non vi sono risorse aggiuntive ne' qualificazione del lavoro di cura	- risorse pubbliche vengono usate come "catalizzatore" di risorse private.	- inizio di una riforma organica delle politiche per la non autosufficienza

Riferimenti bibliografici

Baldini M. (2007), *Gli effetti distributivi delle principali riforme del sistema di tax-benefit italiano nel primo anno della XVI legislatura*, in Commissione di indagine sull'esclusione sociale (2007), *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale*, disponibile online http://www.commissionepoverta-cies.it/Archivio/Archivio.htm (ultimo accesso: 09/07/2009)

Baldini M., Gori C., Mazzaferro C., Morciano M. (2006), *Costi e argomenti*, in Gori C (a cura di) *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino, pp. 109-130

Boeri T. e Delboca D. (2007) *Chi lavora in famiglia?* www.lavoce.info

De Vincenti C., *Come far decollare i servizi per la non autosufficienza*, www.nelmerito.com

DIEM e LSE Pssru (2009), *I buoni servizio nelle politiche sociali di alcuni paesi europei. Possibili applicazioni in Italia*, Università degli Studi di Genova, Dipartimento di economia e metodi quantitativi (DIEM) e PSSRU-London School of Economics.

Gori C. e Pasquinelli S. (2009), *Badanti: messaggi dalla sanatoria*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 19, pp. 1-2

Pasquinelli S. (2009). *Servono benefici che giustifichino i costi*, Il Sole 24 Ore del 16 Novembre

Pasquinelli S., Rusmini G. (2008), *Badanti: la nuova generazione*, Istituto per la Ricerca Sociale, Milano.

Appendice 1: il modello di simulazione

Le elaborazioni quantitative proposte in questo capitolo (svolte da E. Ciani che qui ringrazio) si basano su un modello di microsimulazione costruito al CAPP[6] (Baldini, 2007) utilizzando la componente italiana dell'Indagine Eu-Silc. Il campione, di tipo cross-section, comprende 22.032 famiglie per un totale di 56.105 individui. L'indagine rileva le condizioni di vita nel 2005, mentre i redditi si riferiscono al 2004. Il modello di microsimulazione, oltre ad aggiornare i redditi al 2009, ricostruisce l'imposta sui redditi (Irpef) secondo la legislazione vigente.

In questo campione è assente una variabile che rilevi il ricorso delle famiglie ad assistenza privata a pagamento per anziani e disabili. Seguendo una precedente ricerca sull'implementazione di vouchers in Italy (AA.VV., 2009), si è deciso di ricorrere ad una seconda indagine campionaria, l'indagine "Aspetti della Vita Quotidiana, anno 2006", condotta dall'Istat e composta da 48.834 individui per un totale di 19.303 famiglie. Di queste, il 2,5% circa dichiarava di avvalersi "del servizio a pagamento di una persona che assiste un anziano e un disabile". L'indagine non contiene

[6] Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche dell'Università di Modena e Reggio Emilia (www.capp.unimore.it)

però informazioni sui redditi e, di conseguenza, si è proceduto a imputare la variabile "ricorso all'assistenza privata a pagamento" nell'Indagine Eu-Silc.

Innanzitutto, si è stimata la probabilità di ricorrere a tale servizio sulla base di un set di covariate comuni alle due indagini: età del capofamiglia, categoria occupazionale del capofamiglia (operaio, impiegato, dirigente, lavoratore autonomo o pensionato), anni di istruzione del capofamiglia, ripartizione geografica (a 5 aree), numero di percettori di reddito in famiglia, totale di ore lavorate dai componenti della famiglia, numero di anziani che dichiarano cattive condizioni di salute, numero di persone che dichiarano una grave limitazione nel compiere gli atti della vita quotidiana. Tale probabilità è stata successivamente predetta anche per le famiglie del campione Eu-Silc, utilizzando le stesse variabili.

Le famiglie che ricorrono effettivamente al servizio di assistenza sono state infine individuate come quelle con la maggior probabilità stimata di avvalersene, per un totale specificato dalle diverse ipotesi. Si è inoltre imposto, come vincolo, che sia presente almeno un componente che dichiara una grave limitazione. A queste famiglie è stato assegnato un numero di ore settimanali di servizio pari a 26, valore che corrisponde alla media stimata sulle dichiarazioni delle famiglie che si avvalgono di un'assistente familiare nell'indagine "Aspetti della Vita Quotidiana, anno 2006". Non è infatti risultato possibile individuare un modello statistico significativo che ci permettesse di imputare anche questa informazione sulla base delle variabili comuni alle due indagini. Per ogni ora di servizio si attribuisce un salario pari a 7 euro, più 1,2 euro di contributi.

Seguendo il lavoro di Baldini, Gori et al. (2006), si è deciso di individuare nello status quo un totale di 700.000 assistenti familiari, come recentemente stimato da Pasquinelli e Rusmini (2008). Il numero è riferito al totale delle cosiddette "badanti". Per tenere conto dei cambiamenti nelle politiche attuali, che spingono a una progressiva regolarizzazione, si è scelto di ipotizzare che nessuna di queste lavori nel sommerso. Inoltre, si assume che ogni badante lavori per un solo assistito. La prima ipotesi porta a sovrastimare la spesa attuale, mentre la seconda porta a sottostimare il numero di famiglie che ricorrono al servizio. Allo scopo di essere coerenti con Baldini, Gori et al. (2006), si ripropongono le stesse percentuali da loro individuate in termini di assistiti anziani e non, assumendo che nel 63% delle 700.000 famiglie ci sia almeno un anziano. Per individuare le agevolazioni fiscali, si ipotizza che le spese vengano dichiarate dal componente della famiglia con maggior irpef netta dovuta, in modo da massimizzare il risparmio da parte della famiglia.

Infine, per ogni proposta si propone anche un "esercizio" di valutazione, in cui si assume che la riforma, possibilmente associata ad altre politiche con obiettivi simili, abbia l'effetto di aumentare l'occupazione femminile delle donne che, nell'indagine Eu-Silc, hanno dichiarato di non cercare lavoro principalmente perché impegnate nella "cura dei figli o di altri familiari" e nella cui famiglia sia presente almeno una persona che dichiara una grave limitazione. L'incremento ipotizzato nel ricorso totale al servizio è del 20%, pari a 140.000 famiglie.

Il modello di simulazione consente anche di ipotizzare uno scenario "dinamico" in cui si immagina che – per effetto della politica attivata – il 20% delle donne che vivono in famiglie con almeno 1 disabile e che nell'indagine Istat affermano che i problemi familiari sono la principale cause della loro mancata partecipazione alla forza lavoro trovino un'occupazione ed assumano una badante in regola. Sotto tale scenario l'onere per le finanze pubbliche salirebbe per il potenziamento degli incentivi fiscali (par. b.1.2.1) da €270 a €440 milioni; per la fiscalizzazione degli oneri sociali

(b.1.2.2) da €1,1 a 1,4 miliardi; per il credito d'imposta da (b.1.2.3) €2,1 a 2,5 miliardi.

Riferimenti bibliografici

Baldini M. (2007), *Gli effetti distributivi delle principali riforme del sistema di tax-benefit italiano nel primo anno della XVI legislatura*, in Commissione di indagine sull'esclusione sociale (2007), *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale*, disponibile online http://www.commissionepoverta-cies.it/Archivio/Archivio.htm (ultimo accesso: 09/07/2009)

Baldini M., Gori C., Mazzaferro C., Morciano M. (2006), *Costi e argomenti*, in: Gori C (a cura di) La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte. 2006, Il Mulino, Bologna, pp. 109-130

Boeri T. e Delboca D. (2007) *Chi lavora in famiglia?* www.lavoce.info

De Vincenti C., *Come far decollare i servizi per la non autosufficienza*, www.nelmerito.com

DIEM e LSE Pssru (2009), *I buoni servizio nelle politiche sociali di alcuni paesi europei. Possibili applicazioni in Italia*, Università degli Studi di Genova, Dipartimento di economia e metodi quantitativi (DIEM) e PSSRU-London School of Economics, 2009.

Gori C. e Pasquinelli S., *Badanti: messaggi dalla sanatoria*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 19, Nov. 2009, pp. 1-2

Pasquinelli S. *Servono benefici che giustifichino i costi* Il Sole 24 Ore del 16-11-09

Pasquinelli S., Rusmini G. (2008), *Badanti: la nuova generazione*, Istituto per la Ricerca Sociale, Milano.

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 10

Le prestazioni di invalidità civile*

di

G. Lamura e A. Principi

Luglio 2010

* Gli autori desiderano ringraziare Emanuele Ciani per il prezioso sostegno fornito nell’elaborazione delle stime impiegate nel presente lavoro.

1. Le maggiori criticità

Il recente dibattito sulla riforma delle prestazioni economiche a sostegno della non autosufficienza – prestazioni che, tra indennità e pensioni di invalidità civile, raggiungono un importo complessivo che nel 2009 si stima superi i 16 miliardi di Euro (INPS 2009) – si è soffermato prevalentemente sull'esame delle diverse criticità che caratterizzano l'Indennità di Accompagnamento (di seguito: IA), la quale da sola assorbe circa i tre quarti dell'intera spesa per invalidità civile (Ministero del Lavoro 2008). Tali criticità sono riassumibili in quattro elementi principali (cfr. anche il Box 1).

Una prima criticità concerne l'elevata **discrezionalità** che si riscontra in sede di valutazione dei requisiti per ottenere l'IA. Questo problema, che deriva principalmente dalla mancata indicazione di criteri standardizzati per accertare il grado di non autosufficienza, si traduce nella difficoltà a riconoscere univocamente l'"incapacità a deambulare" o la "necessità di assistenza continua" della persona (le due condizioni cui è vincolata l'erogazione dell'indennità di accompagnamento, in base alla legge 118 del 1980 ed alle sue successive modificazioni), e ciò soprattutto nel caso di compromissione della sfera cognitiva, tipica delle situazioni caratterizzate dalla presenza di demenza (Cembrani et al. 2009). Questo ha conseguenze non solo in termini di profonde differenze regionali nei tassi di fruizione dell'indennità – più che doppi in alcune regioni rispetto ad altre (Ministero del Lavoro, 2008) – ma anche in un diffuso contenzioso in caso di mancato riconoscimento o di revoche derivanti da controlli, come ad esempio quelli attualmente in corso su 200.000 casi (SuperAbile Inail 2009).

Box 1 – Le criticità attuali

- **Criticità 1**: elevata discrezionalità in sede di riconoscimento dei requisiti per ricevere l'indennità di accompagnamento;
- **Criticità 2:** prestazioni economiche indifferenziate rispetto alla varietà dei livelli di non autosufficienza e di reddito;
- **Criticità 3**: mancato collegamento con la rete dei servizi sociali e sanitari locali;
- **Criticità 4**: elevato rischio di impiego delle prestazioni economiche per l'assunzione di lavoro privato di cura in nero.

Un secondo elemento critico è rappresentato dal persistere di alcuni elementi di **iniquità** nell'attuale sistema. Questa può agire sia sul piano "verticale" – quando cioè a persone con bisogni differenziati si fornisce la stessa risposta (non graduando le prestazioni rispetto alla gravità del bisogno) – sia sul piano "orizzontale", quando, all'opposto, si forniscono risposte diverse a persone che presenterebbero in realtà bisogni equivalenti. Da tempo e da più parti (Baldini et al. 2008; Da Roit 2006; Ranci, Da Roit e Pavolini 2008) è stato sottolineato come l'indennità di accompagnamento costituisca, di per sé, un esempio di iniquità del primo tipo, in quanto, sostanziandosi in un unico importo (oggi di 472 Euro mensili), erogato a prescindere dal reddito del

ricevente, non riconosce sostegni più elevati a chi presenta bisogni (di natura funzionale e/o economica) maggiori. Un'analisi che non si limiti alla sola popolazione anziana, ma si estenda al fenomeno della non autosufficienza nel suo complesso, deve inoltre riconoscere che tale "doppia iniquità verticale" non si verifica per chi diventi invalido prima dei 65 anni. In tal caso si può infatti contare, se si rispettano determinati requisiti di reddito, sull'assegno di assistenza (in caso di invalidità parziale) o sulla pensione di inabilità civile (in caso di invalidità totale), quest'ultima peraltro cumulabile con l'indennità di accompagnamento. Ciò non significa che rispetto alle prestazioni economiche a sostegno dell'autosufficienza insorta in età adulta non permangano delle iniquità (sia verticali che orizzontali, come si vedrà più avanti), quanto piuttosto che una riforma sostanziale del sistema non può limitarsi a prendere in considerazione la sola indennità di accompagnamento, ma deve necessariamente estendersi a considerare il complesso dei meccanismi che regolano l'insieme delle provvidenze economiche esistenti, mirando a raccordarle secondo principi comuni.

Una terza difficoltà concerne il **mancato coordinamento** tra il sistema – di responsabilità statale – su cui si basa l'assegnazione dell'IA e delle altre prestazioni economiche di invalidità civile, da un lato, e le reti dei servizi sociali e sanitari – di responsabilità regionale e municipale – dall'altro, a seguito della totale assenza di vincoli rispetto alla destinazione delle provvidenze economiche statali. I due sistemi si presentano pertanto come due meccanismi di sostegno della non autosufficienza completamente slegati, sia in sede di valutazione dei bisogni, sia in sede di erogazione delle prestazioni assistenziali, salvo eccezioni derivanti dall'adozione di misure, a livello regionale, che legano talora la fruizione di prestazioni locali al possesso degli stessi requisiti necessari per fruire delle provvidenze statali.

L'assenza assoluta di vincoli rispetto alle modalità di impiego di queste ultime contribuisce al contempo a far sì che, in assenza di adeguati controlli, tali prestazioni economiche rappresentino un implicito incentivo – ed è questa la quarta criticità su cui si concentra la nostra attenzione – **all'assunzione "in nero" di personale di cura a domicilio,** costituito, come noto, prevalentemente da donne immigrate. Sebbene questo tema sia affrontato più sistematicamente da un altro capitolo del presente rapporto (cfr. Beltrametti infra), un richiamo ad esso appare più che opportuno anche nel contesto delle ipotesi di riforma delle prestazioni di invalidità civile, che possono rappresentare una potente leva per fronteggiare con efficacia il fenomeno da parte dello Stato.

2. Le principali ipotesi di cambiamento

Alla luce delle criticità sopra riassunte, si possono prospettare cinque scenari ipotetici di riforma:

1. **mantenimento dello status quo**: questo scenario si basa sulle attuali modalità di funzionamento del sistema di cure continuative;
2. **rimuovere le principali criticità del sistema vigente**: questa opzione ipotizza alcuni ritocchi all'attuale sistema di prestazioni di invalidità civile, senza modificarne l'impianto di fondo;

3. **trasformare l'indennità di accompagnamento in Prestazione Assistenziale di Base (PAB):** questa ipotesi, avanzata limitatamente alla sola popolazione anziana, prefigura una graduazione dell'indennità di accompagnamento in base al livello di bisogno (funzionale e reddituale), collegandola alla fruizione di servizi locali;
4. **potenziare il sostegno ai soggetti più svantaggiati, mantenendo i livelli attuali di spesa:** questo scenario mira a mantenere invariato l'ammontare complessivo di spesa, attraverso una riduzione complessiva dell'utenza, onde liberare risorse da impiegare per potenziare il sostegno alle categorie con bisogni più elevati;
5. **incentivare l'uso di servizi alla persona**: questa opzione si basa sull'adozione di meccanismi volti a stimolare il ricorso alla rete dei servizi locali, ricomprendendo ed accreditando al suo interno anche le prestazioni fornite dalle assistenti familiari a pagamento.

Gli scenari sopra elencati sono di seguito esaminati alla luce delle criticità ricordate in apertura di capitolo, ed analizzati in termini di impatto rispetto ad alcune dimensioni valutative trasversali comuni. In considerazione dell'osservata necessità di procedere ad un'analisi estesa al fenomeno della non autosufficienza nel suo complesso, e non limitatamente alla sola popolazione anziana, le riflessioni proposte prenderanno inoltre in considerazione l'intero sistema delle provvidenze economiche statali esistenti. Ciò impone pertanto di comprendere nell'analisi, oltre all'indennità di accompagnamento, anche le altre prestazioni di invalidità civile previste in caso di età inferiore a 18 anni (indennità di frequenza), di invalidità parziale (assegno mensile di assistenza) e di invalidità totale (pensione di inabilità civile).

Saranno inoltre parzialmente presi in esame – nei limiti dei punti di contatto esistenti rispetto alle prestazioni di invalidità civile – anche i benefici originariamente nati per alleviare esigenze di carattere economico (e non derivanti da invalidità), quali l'assegno sociale e le maggiorazioni sociali. Per semplicità espositiva, non saranno invece considerate le prestazioni per non udenti e non vedenti civili, la cui analisi non modificherebbe sostanzialmente il senso e la portata delle riflessioni più generali formulate rispetto alle prestazioni di invalidità civile in senso stretto (anche per la relativamente ridotta dimensione degli importi di spesa coinvolti).

Dall'analisi rimangono inoltre escluse le prestazioni riservate ai lavoratori colpiti da disabilità (e che hanno raggiunto i minimi contributivi previsti dalla normativa), poiché l'ottica qui adottata pone l'attenzione sulle tutele a disposizione del cittadino in quanto persona, e non come lavoratore (Leonardi 2008).

Box 2 - Criteri adottati per la simulazione delle ipotesi di riforma illustrate[1]

La simulazione delle ipotesi di riforma illustrate in questo capitolo richiede, da una parte, informazioni sulla distribuzione della disabilità e, dall'altra, sui beneficiari delle prestazioni per l'invalidità. A livello italiano non esiste un'unica banca dati che ci consenta di lavorare su entrambi gli aspetti. Sono però disponibili due campioni utili allo scopo. Il primo raccoglie i dati dell'Indagine sulle Condizioni di Salute e il ricorso ai Servizi Sanitari (da qui Istat-Salute, Istat, 2005), composta da 50.474 famiglie per un totale di 128.040 individui. Il secondo campione è relativo a un modello di microsimulazione che il CAPP ha costruito[2] sulla base dell'Indagine Istat "Reddito e condizioni di Salute" del 2005 (da qui It-Silc), contenente informazioni sui redditi familiari e individuali di 56.105 individui (22.032 famiglie).

Allo scopo di utilizzare entrambe le indagini si è scelto di procedere a un *matching* statistico[3]. In sintesi, l'obiettivo di questa procedura è quello di identificare, tra gli individui presenti nell'Indagine Eu-Silc, coloro che hanno maggior probabilità di essere disabili con un certo livello di gravità, utilizzando le informazioni disponibili nel campione Istat-Salute. Tale probabilità è stata predetta attraverso un modello *ordered probit* stimato sull'indagine Istat-Salute, utilizzando un set di variabili comuni alle due indagini. Ciascun livello di gravità è stato effettivamente imputato agli individui con più alta probabilità stimata di presentare un certo livello di gravità, considerando in via preferenziale coloro che dichiarano di percepire l'indennità di accompagnamento[4]. La correlazione del livello di gravità con alcune variabili chiave (sesso, età, titolo di studio, numero di componenti della famiglia, salute percepita) nel modello finale di simulazione risulta simile a quello del campione originale, anche se sono inevitabili alcune differenziazioni. In particolare, la percentuale di individui disabili risulta superiore nel modello finale[5].

I livelli di gravità sono stati definiti e individuati nell'indagine Istat-Silc[6]. Il livello di gravità più elevato (3) corrisponde alla totale dipendenza in almeno tre ADL tra le seguenti: lavarsi mani e viso, mangiare, alzarsi dalla sedia, alzarsi dal letto, vestirsi da solo, chinarsi, salire le scale, camminare, fare il bagno[7]. Il livello di gravità pari a 2 comprende invece tutti quegli individui che non presentano la maggior disabilità, ma dichiarano almeno un grave limite in una delle seguenti dimensioni: confinamento individuale, difficoltà nel

[1] Box a cura di Emanuele Ciani.

[2] Il modello riproduce le principali variabili fiscali (Baldini, 2007).

[3] L'elaborazione qui presentata trae spunto dal saggio di Baldini, Mazzaferro e Morciano (2008a), i quali procedevano ad un matching fra l'Indagine Istat-Salute e il modello di microsimulazione CAPP_DYN, costruito utilizzando l'Indagine sui Bilanci delle Famiglie Italiane della Banca d'Italia.

[4] Sono state rispettate le distribuzioni di frequenza dei vari livelli per classi di età e sesso. Si è anche distinto fra individui attivi e non.

[5] Si è tenuto conto di ciò riducendo proporzionalmente il numero dei possibili beneficiari, in modo da ridurre il rischio di sovrastimarli.

[6] I dati sulla disabilità presenti in Istat-Salute hanno il limite di essere di tipo soggettivo. Il rischio è quindi quello di sovrastimare il numero di disabili presenti in Italia (Beltrametti, 2007).

[7] La logica trae spunto dall'indice di Katz nella versione più semplice. La scala di Katz comprende anche l'ADL "continenza", non disponibile nel dataset diffuso dall'Istat. Per la presentazione di altri criteri, più restrittivi, si veda Battisti e Hanau (2004).

movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (ADL), difficoltà sensoriali (vista, udito, parola). Infine, si è posto un livello di gravità pari a 1 per le persone che non rientrano in questa definizione di disabilità, ma che presentano almeno una qualche difficoltà in una delle dimensioni prima descritte[8]. Il risultato dell'adozione dei criteri sopra esposti è esposto nella Tab. 1.

Tab. 1. Distribuzione di frequenza del livello di disabilità nel campione finale, per classe di età

Classe di età	Livello di disabilità				
	nessuna	lieve (=1)	media (=2)	grave (=3)	Totale
Inferiore a 15 anni	97,1	1,9	0,8	0,3	100,0
15-49	97,5	1,8	0,6	0,2	100,0
50-59	93,5	4,9	1,2	0,4	100,0
60-69	82,3	13,4	3,2	1,1	100,0
70-79	60,2	26,6	9,2	3,9	100,0
80 ed oltre	27,7	28,1	27,0	17,1	100,0
Totale	88,0	7,2	3,2	1,6	100,0

Per poter simulare gli effetti delle riforme proposte, si è dovuto calibrare il modello di microsimulazione rispetto ai dati più recenti sulle prestazioni per invalidità civile, forniti dall'Osservatorio Pensioni Inps, disponibile in rete e aggiornato all'1/1/2008[9]. La platea di beneficiari dell'indennità di accompagnamento è stata estesa, attribuendo la prestazione alle persone disabili con più alta probabilità stimata di riceverla, e rispettando la distribuzione per classi di età e sesso delle tavole Inps. I percettori di assegni/pensioni sociali *ex*-invalidità civile sono stati invece scelti fra coloro che hanno dichiarato di ricevere una pensione sociale e presentano maggior disabilità.

Un limite della simulazione proposta è quello di utilizzare in modo indifferenziato la variabile "disabilità". Come è noto, i concetti di disabilità e invalidità non sono equivalenti. L'indagine Istat-Salute non presenta però dati sull'invalidità utili ad individuare i potenziali beneficiari delle prestazioni di invalidità civile. Inoltre va considerato che, se ci si sofferma sulla classe dei più anziani, il riferimento normativo ai "compiti e le funzioni proprie della loro età" presenta un margine di sovrapposizione con il concetto di disabilità qui utilizzato. In ogni caso, è bene ricordare che, nel modello, la base di partenza per la simulazione delle prestazioni pensionistiche per l'invalidità sono i dati originali dell'Indagine It-Silc. I disabili adulti e gli anziani

[8] Il livello di gravità 2 corrisponde al livello di disabilità proposto dall'Istat, mentre il livello 1 coincide con la definizione allargata di disabile proposta dal Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità, promosso dal Ministero della Solidarietà Sociale e costruito dall'Istat (cfr. http://www.disabilitaincifre.it/prehome/stima_numerodisabili.asp, ultimo accesso 25/05/2009).

[9] Mentre il presente capitolo veniva completato sono stati pubblicati sul sito INPS i dati aggiornati al 1/1/2009. Poiché tuttavia non è ancora disponibile alla data odierna – 24 settembre 2009 – la loro disaggregazione per classi di età, non è stato possibile prenderli in considerazione per aggiornare le stime qui presentate. Per gli assegni/pensioni sociali ex-invalidità civile si è invece utilizzato il volume "Beneficiari delle prestazioni pensionistiche, anno 2006" (Istat, 2009).

che vivono in strutture residenziali non fanno parte dell'universo di riferimento dell'Indagine Istat-Salute. Si è deciso di considerare separatamente le persone non autosufficienti che vivono in residenza. Utilizzando i dati dell'Indagine Istat sull'assistenza residenziale e socio-assistenziale al 31/12/2004[10], per compatibilità con i campioni utilizzati, si è assunto che tutti gli anziani non autosufficienti e i disabili adulti "totalmente dipendenti" ricevano l'indennità di accompagnamento[11]. Per le pensioni di invalidità civile si è assunto che la quota di beneficiari rispetto alla popolazione di riferimento (adulti disabili o anziani non autosufficienti) sia la stessa fra coloro che abitano in famiglia e coloro che sono ospiti in residenza. La stessa ipotesi è stata adottata per simulare le varie riforme. Infine, per la simulazione della PAB (di cui al terzo scenario) ci si è basati sulle proposte elaborate da Baldini, Gori et al. (2008), estendendole anche ai disabili non anziani. Rispetto alle proposte originarie, i valori di utenza qui riproposti risultano inferiori, perché ci si è limitati alle prestazioni per l'invalidità totale. Non avendo a disposizione, nel campione finale, l'informazione completa sulle limitazioni nelle attività, si è proceduto a ricostruire sul campione originale Istat-Salute la numerosità di ciascun gruppo di beneficiari della PAB. Gli individui del campione finale sono stati successivamente ordinati per valori crescenti del livello di gravità e della probabilità imputata di essere disabili di livello più grave. Infine, i gruppi sono stati costruiti a partire da quello con maggior bisogno, considerando gli individui nella posizione più elevata di questo ordinamento e distinguendo fra tre classi di età: meno di 15 anni; tra 15 e 64 anni; 65 anni ed oltre.

Chiaramente questa simulazione soffre di un grave limite informativo, in quanto non riesce a tener conto del numero di limitazioni. Ciononostante riteniamo possa essere utile per cogliere, almeno in prima approssimazione, la possibile direzione del cambiamento.

2.1. Il mantenimento dello status quo

Basandosi sulle attuali modalità di funzionamento del sistema di prestazioni economiche, questo scenario non può che rifletterne le caratteristiche e perpetuarne l'impatto negli anni a venire (Box 3). Tutte le criticità sopra osservate permarrebbero, in termini di discrezionalità valutativa, iniquità verticali ed orizzontali, mancato collegamento con la rete dei servizi locali, e rischio elevato che le prestazioni economiche ricevute siano impiegate per assumere lavoro privato di cura secondo modalità irregolari.

Box 3 - Ipotesi di cambiamento: mantenimento dello status quo

- **caratteristiche**: le attuali modalità di funzionamento del sistema rimangono invariate
- **percorso attuativo**: non sussiste alcun "percorso", data l'assenza di innovazioni da implementare

L'analisi dell'impatto a breve e medio-lungo termine di questo scenario parte dalla sua **sostenibilità in termini di finanza pubblica** (primo indicatore in Tab. 2). Il mantenimento dello

[10] Al 31/12/2004 risultavano residenti in un presidio residenziale l'1,96% degli over 65 (di cui il 70% non autosufficiente) e lo 0,14% delle persone con età compresa fra i 18 e i 64 anni (di cui il 64% disabili).

[11] Escluso l'8% che non paga alcuna retta (Pesaresi, 2008).

status quo consentirebbe certamente di lasciare invariata la spesa pubblica operata in tale ambito nell'immediato, ma non di ridurne l'incremento tendenziale che si è venuto registrando da alcuni anni a questa parte.

Tab. 2. Impatto dell'opzione "mantenimento dello status quo" rispetto ad alcune fondamentali dimensioni valutative

Finanza pubblica	La spesa pubblica resterebbe invariata nell'immediato, proseguendo tuttavia la crescita tendenziale registrata negli ultimi anni a seguito del permanere: a) dell'elevata discrezionalità in sede di accertamento e b) dell'invecchiamento demografico.
Efficacia	Le condizioni oggettive e soggettive delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie rimarrebbero immutate, lasciando invariata l'efficacia delle prestazioni erogate.
Equità orizzontale e verticale	Tutte le attuali iniquità - verticali ed orizzontali – permarrebbero: - sotto i 18 anni: limitata graduazione (su due soli livelli) delle prestazioni rivolte alla popolazione minorenne; - tra i 18 e i 59 anni: mancata distinzione degli importi erogati a persone con invalidità totale rispetto a coloro con invalidità parziale, pur a parità di reddito; - in caso di basso reddito: o tra i 65 e i 69 anni: mancata distinzione degli importi erogati in caso di invalidità parziale rispetto ai non invalidi; o oltre i 70 anni: mancata distinzione degli importi erogati tra chi è invalido totale, parziale e non invalido; - oltre i 65 anni: disparità dei requisiti di reddito applicati per ricevere l'assegno sociale tra chi diventa invalido totale prima dei 65 anni e chi lo diventa dopo i 65 anni.
Differenze territoriali	Rimarrebbero immutate e sostanziali, per effetto dell'elevata discrezionalità valutativa che caratterizza la fase di accertamento dei requisiti.
Fattibilità	Massima, non richiedendo l'introduzione di alcun cambiamento.
Welfare futuro	Tale opzione perpetuerebbe l'attuale carattere prevalentemente monetario del sistema di welfare italiano.

Come infatti ben evidenzia la Tab. 3, negli ultimi anni si è registrato un sensibile incremento sia del numero di beneficiari sia, ancor più, della spesa, soprattutto in relazione alle indennità (+45,3%). Ciò è facilmente comprensibile se si considera che quasi nove beneficiari su dieci delle prestazioni di invalidità civile (di cui il 77% ultrasessantacinquenne) è rappresentata da percettori dell'indennità di accompagnamento (INPS, 2008). Tale fenomeno di crescita è tuttavia solo in parte ascrivibile al progressivo invecchiamento della popolazione italiana (in cui gli *over* 65 crescono solo del 7,3%) e all'associato aumento delle persone non autosufficienti, e va piuttosto addebitato all'elevata discrezionalità valutativa che caratterizza l'attuale sistema. L'accertamento dei requisiti per accedere all'IA rimane infatti a tutt'oggi basato su criteri generici e non standardizzati (a differenza di quanto accade per l'accesso alle prestazioni riservate alla popolazione adulta), che impediscono di stabilire univocamente se il richiedente "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". Tale difficoltà valutativa appare tanto maggiore nel caso di compromissione della sfera cognitiva, tipica delle situazioni di demenza che caratterizzano soprattutto le fasce di età più elevate (Cembrani et al. 2009).

Tab. 3. Evoluzione del numero e della spesa per prestazioni di invalidità civile in senso stretto[(a)], nonché della popolazione anziana, 2004-2008

Pensioni	**Numero**	610.515	625.828	649.835	673.012	695.362	+13,9
	Spesa (milioni di €)	1.889	1.965	2.071	2.184	2.292	+21,3
Indennità	**Numero**	1.114.038	1.216.701	1.328.907	1.427.992	1.527.809	+37,1
	Spesa (milioni di €)	5.760	6.380	7.064	7.666	8.370	+45,3
Popolazione anziana (migliaia)		11.129	11.379	11.592	11.792	11.945	+ 7,3

(a): escluse cioè le prestazioni per non udenti e non vedenti civili

Fonti: - pensioni e indennità: casellario dei pensionati
- popolazione anziana: ISTAT, vari anni

Pertanto, finché non verranno adottati criteri di valutazione standardizzati, è lecito attendersi che il numero di percettori delle prestazioni di invalidità civile (e soprattutto dell'indennità di accompagnamento) possa continuare a crescere in futuro in modo disgiunto da quello che lascerebbe prevedere il semplice invecchiamento della popolazione. Né è pensabile che il mantenimento della sostenibilità finanziaria in tale ambito possa essere perseguito solo attraverso un inasprimento dei controlli in sede amministrativa – come quelli previsti dall'art. 80 del Decreto Legge n. 112/2008, attualmente in corso su 200.000 casi – in quanto proprio la mancata standardizzazione dei criteri di valutazione lascia spazio ad un diffuso contenzioso in caso di revoca dei benefici (INAIL 2009).

In termini di **efficacia** (secondo indicatore in Tab. 2), il sistema vigente lascerebbe immutate le condizioni *oggettive* dei beneficiari delle prestazioni di invalidità civile, i quali – data la carenza di servizi domiciliari in grado di assicurare un'adeguata copertura dei propri bisogni assistenziali – continuerebbero ad impiegare tale provvidenza economica per assumere assistenti familiari, nella maggior parte dei casi costituiti da persone immigrate impiegate "in nero" e non necessariamente formate dal punto di vista professionale. C'è inoltre da ipotizzare un graduale peggioramento, in termini *soggettivi*, del grado di soddisfazione delle persone non autosufficienti, qualora non si mantengano flussi migratori tali da garantire un ricambio tempestivo delle attuali coorti di assistenti familiari (Piperno, 2009). Queste ultime tendono spesso, non appena le circostanze lo consentono, a rientrare o trovare soluzioni lavorative meglio retribuite o meno pesanti (Lucchetti et al. 2005). Tale peggioramento varrebbe anche per le loro famiglie, ed in particolare per le numerose donne in età da lavoro che ormai contano su questa soluzione per raggiungere un livello di conciliazione tra attività retribuita e impegni di cura assolutamente impensabile fino a solo qualche anno fa.

L'equità del sistema (terzo indicatore in Tab. 2) rimarrebbe insoddisfacente, non solo per la già accennata discrezionalità operante in sede di valutazione dei requisiti per accedere alle prestazioni di invalidità civile, ma anche per alcune caratteristiche strutturali del sistema che ne regola la concessione, con effetti sia sul piano verticale che su quello orizzontale. Un primo esempio di iniquità *verticale* (i.e. di graduazione delle prestazioni rispetto alla gravità del bisogno)

concerne la situazione dell'adulto di 18-59 anni con invalidità totale (equivalente ad un grado di disabilità media nella Tab. 4), che anche in presenza di un reddito basso percepisce lo stesso importo (255 €) di chi è invalido parziale. Una simile situazione concerne i minori, per i quali la distinzione tra i due livelli di invalidità parziale e totale (equivalenti a disabilità "bassa" e "media" nella Tab. 4) non è neanche prevista dalla normativa vigente (per il dettaglio delle categorie impiegate per costruire la Tab. 4 cfr. il Box 4).

Tab. 4. Importo mensile delle prestazioni di invalidità civile^, per grado di disabilità, classi di età e livello di reddito

<table>
<tr><th colspan="2">Classe di età</th><th colspan="3">0-17</th><th colspan="3">18-59</th><th colspan="3">60-64</th><th colspan="3">65 ed oltre</th></tr>
<tr><th colspan="2">Livello di reddito</th><th>Basso</th><th>Medio</th><th>Alto</th><th>Basso</th><th>Medio</th><th>Alto</th><th>Basso</th><th>Medio</th><th>Alto</th><th colspan="2">Basso</th><th>Medio</th><th>Alto</th></tr>
<tr><th colspan="2"></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th>65-69</th><th>70 ed oltre</th><th></th><th></th></tr>
<tr><td rowspan="4">Grado di disabilità</td><td>Nullo</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td rowspan="2">fino 409</td><td rowspan="3">fino 595</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td>Basso</td><td rowspan="2">255</td><td>-</td><td>-</td><td>255</td><td>-</td><td>-</td><td>255</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td>Medio</td><td>-</td><td>-</td><td colspan="2">255</td><td>-</td><td>fino 595</td><td>255</td><td>-</td><td>fino 595</td><td>-
fino a 409*</td><td>-</td></tr>
<tr><td>Alto</td><td colspan="3">472</td><td colspan="2">727</td><td>472</td><td>fino 1067</td><td>727</td><td>472</td><td colspan="2">fino a 1067</td><td>472
fino a 881*</td><td>472</td></tr>
</table>

^ : sono escluse le prestazioni a non udenti e non vedenti civili
*: somma erogata solo a chi è divenuto invalido civile totale prima dei 65 anni
Fonti e spiegazioni sulle categorie impiegate: cfr. Box 4

Box 4 – Criteri adottati per costruire il quadro delle prestazioni di invalidità civile di cui alla Tab. 4

Al fine di semplificare l'analisi di un settore caratterizzato da quello che qualcuno ha ribattezzato un "ircocervo" normativo (Bolino 1997; Cembrani et al. 2009), i due criteri di base – sanitario ed economico – su cui si poggia la gran parte delle prestazioni di invalidità civile sono stati riclassificati nelle categorie riportate nella Tab. 5 (per un quadro complessivo si rinvia a INPS 2008a; per un approfondimento critico cfr. Leonardi, 2008).

- Da un lato troviamo il **grado di disabilità** (*requisito sanitario*), che è stato suddiviso **su quattro livelli**:
  - ✓ *nullo*: individua la persona capace di interagire senza limitazioni con l'ambiente circostante;
  - ✓ *basso*, equivale al livello di invalidità parziale (superiore cioè al 74%), che tra i 18 e i 64 anni dà diritto a ricevere l'assegno mensile di assistenza;
  - ✓ *medio*: equivale al livello di invalidità totale (al 100%), che tra i 18 e i 64 anni attribuisce il riconoscimento della pensione di inabilità;
  - ✓ *alto:* inquadra coloro che rispettano i requisiti previsti per la concessione dell'indennità di accompagnamento, quali "l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore" e/o il "bisogno di un'assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita".
- Dall'altro sono state individuate **tre categorie di reddito** (*requisito economico*), ricostruite sulla base dei limiti fissati per poter usufruire delle varie prestazioni di invalidità civile, una volta accertata la sussistenza del requisito sanitario[12]:

✓ *basso*: percettori di reddito individuale annuo inferiore a:

a) per i minori di 18 anni che usufruiscono dell'indennità di frequenza: 4.382 Euro;

b) per gli invalidi parziali tra i 18 e i 64 anni che usufruiscono dell'assegno di assistenza: 4.382 Euro;

c) per gli invalidi totali con oltre 60 anni, che usufruiscono della pensione di inabilità o (dopo i 65 anni) dell'assegno sociale e delle maggiorazioni sociali: 7.730 Euro;

per chiunque, in età tra i 65 e i 69 anni, usufruisce dell'assegno sociale: 5.317 Euro;

d) per chiunque, oltre i 70 anni, usufruisce dell'assegno sociale e delle maggiorazioni sociali: 7.730;

✓ *medio*: percettori di reddito individuale annuo tra i 7.730 e i 14.886 Euro;

✓ *alto*: percettori di reddito individuale superiore ai 14.886 Euro.

Dato il diverso trattamento riservato ai percettori in base all'età degli stessi, ai due criteri sanitario ed economico è stata infine aggiunta una riclassificazione delle prestazioni basata sulle classi di età 0-17 ani, 18-59, 60-64 e 65 ed oltre.

[12] A seconda del tipo di prestazione, i limiti di reddito da applicare possono includere anche quelli dell'eventuale coniuge e del nucleo famigliare di riferimento. Ciò può variare considerevolmente la posizione del potenziale beneficiario rispetto ai requisiti di accesso alle prestazioni. L'approfondimento dell'impatto derivante da questa inclusione esula tuttavia dai propositi e dalle possibilità dell'analisi qui proposta.

Tab. 5. importo mensile delle prestazioni di invalidità civile^, per grado di disabilità, classi di età e livello di reddito

<table>
<tr><td colspan="2">Classe di età</td><td colspan="3">0-17</td><td colspan="3">18-59</td><td colspan="3">60-64</td><td colspan="4">65 ed oltre</td></tr>
<tr><td colspan="2">Livello di reddito</td><td>Basso</td><td>Medio</td><td>Alto</td><td>Basso</td><td>Medio</td><td>Alto</td><td>Basso</td><td>Medio</td><td>Alto</td><td colspan="2">Basso
65-69 | 70 ed oltre</td><td>Medio</td><td>Alto</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Grado di disabilità</td><td>Nullo</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td rowspan="2">AS</td><td rowspan="3">AS + MS</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td>Basso</td><td rowspan="2">IF</td><td>-</td><td>-</td><td>AA</td><td>-</td><td>-</td><td>AA</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td>Medio</td><td>-</td><td>-</td><td colspan="2">PI</td><td>-</td><td>PI+MS</td><td>PI</td><td>-</td><td>-
AS*</td><td>-</td></tr>
<tr><td>Alto</td><td colspan="3">IA</td><td colspan="2">PI+IA</td><td>IA</td><td>PI+MS+ IA</td><td>PI+IA</td><td>IA</td><td colspan="2">PI+MS+IA</td><td>IA
A+AS*</td><td>IA</td></tr>
</table>

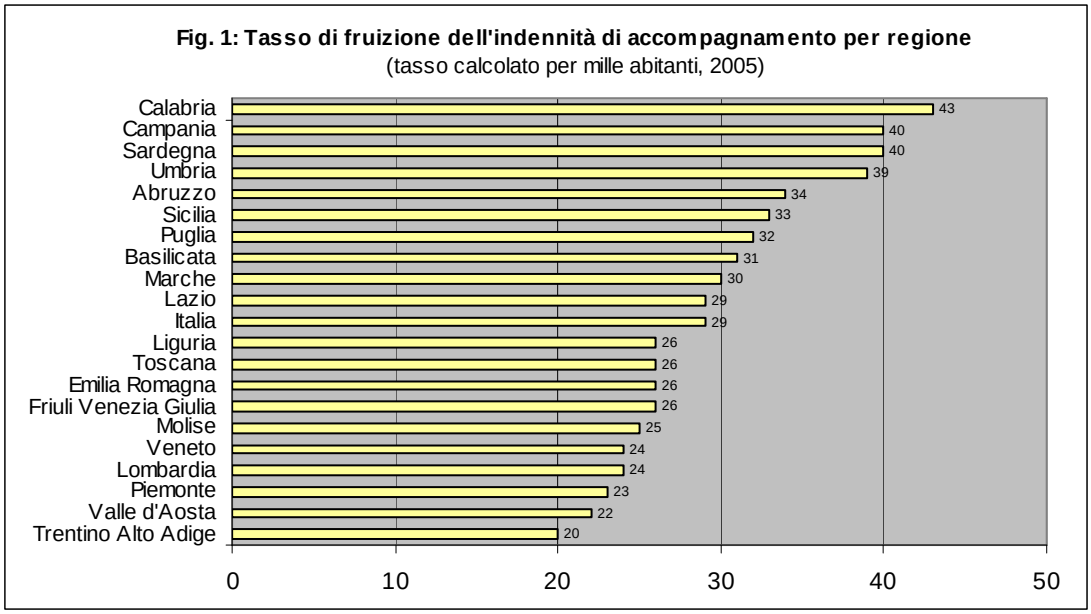
Legenda:
AA: assegno mensile di assistenza (13 mensilità).
AS: assegno sociale (13 mensilità).
IA: indennità di accompagnamento (12 mensilità).
IF: indennità di frequenza (13 mensilità).
MS: maggiorazione sociale (variabile a seconda della prestazione e del reddito di riferimento).
PI: pensione di inabilità civile (13 mensilità).

*: se la persona percepisce già prima dei 65 anni la pensione di inabilità, i limiti di reddito da applicare per ricevere l'assegno sociale dopo i 65 anni rimangono gli stessi che determinavano la concessione delle prestazioni per invalidità civile prima dei 65 anni (INPS 2000; Sentenza Corte Cassazione n. 668/94;).

Le iniquità si moltiplicano quando si superano i 65 anni, proprio nella fascia di età in cui la maggior frequenza con cui la disabilità insorge richiederebbe invece una maggior attenzione. Ciò riguarda, in primo luogo, la mancata distinzione di importi, in caso di reddito basso tra i 65 ed i 69 anni, tra chi presenta un grado di disabilità basso e chi è completamente autonomo, entrambi beneficiari dell'assegno sociale. Iniquo appare, inoltre, che dopo i 70 anni le persone a basso reddito ricevano tutte la stessa prestazione - costituita dall'assegno sociale - mettendo sullo stesso piano invalidi parziali e totali con la persona non invalida affatto, fatta eccezione per coloro, altamente disabili, che percepiscono l'indennità di accompagnamento.

Opera invece sul piano orizzontale (fornendo cioè risposte diverse a persone che presenterebbero in realtà bisogni equivalenti), l'iniquità che interessa chi diventa invalido totale dopo il 65° anno di età, cui è negato l'assegno sociale in caso di reddito medio (tra i 7.730 e i 14.886 euro), che viene invece corrisposto a chi era stato riconosciuto invalido già in precedenza, dando luogo ad una disparità di trattamento tra due persone che, a parità di reddito e di grado di invalidità, ricevono importi nettamente differenziati, solo per il diverso momento in cui è insorta la menomazione.

Un quarto parametro che rimarrebbe immutato in caso di mantenimento dello status quo è rappresentato dalle sensibili **differenze territoriali** oggi esistenti nella fruizione delle diverse prestazioni di invalidità civile. Ne è un chiaro esempio il tasso di fruizione dell'indennità di accompagnamento, che risulta pari o superiore al 40 per mille in Calabria, Campania e Sardegna, e quasi la metà (tra il 20 e il 24 per mille) in Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia e Veneto (cfr. la Fig. 1). Anche in questo caso è facile individuarne la causa nell'ampia discrezionalità valutativa concessa dal vigente sistema di accertamento dei requisiti per l'ottenimento delle prestazioni.



Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 2008

Chiaramente questa ipotesi raggiunge il massimo grado di **fattibilità** (quinto parametro in Tab. 2), non richiedendo alcun cambiamento rispetto allo status quo, finendo al contempo con il perpetuare il carattere prevalentemente monetario del nostro sistema nazionale di **welfare** (sesto parametro in Tab. 2).

2.2. Rimuovere le principali criticità del sistema vigente

Alla luce delle diverse criticità che caratterizzano il sistema vigente, l'opzione più immediata che si presenta a chi volesse intervenire senza modificarne l'impianto di fondo è di ritoccare, emendandoli, gli elementi più critici osservati rispetto all'attuale sistema di prestazioni di invalidità civile: la discrezionalità valutativa e le iniquità (orizzontali e verticali) (Box 5).

Box 5- Ipotesi di cambiamento: rimuovere le principali criticità del sistema vigente

- **caratteristiche**: l'ipotesi si articola su due fronti:

  a) adozione di un sistema standardizzato di valutazione dei bisogni assistenziali

  b) rimozione delle principali iniquità orizzontali e verticali esistenti

- **percorso attuativo**: l'ipotesi prevede una graduale introduzione degli interventi nell'arco di 3 anni

2.3 Superare la discrezionalità valutativa che caratterizza l'attuale sistema

La principale vulnerabilità dell'attuale sistema è stata già in precedenza individuata nella mancata adozione di criteri di valutazione standardizzati, applicabili cioè secondo modalità uniformi e facilmente verificabili per l'intero territorio nazionale. Un approfondimento dettagliato di come questo possa essere superato esula dalle finalità di questo contributo, essendo oggetto precipuo di altri recenti studi di iniziativa ministeriale, quale ad esempio il progetto "Volontariato e Disabilità in Italia", incentrato sull'applicazione della classificazione internazionale della disabilità ICF (da: *International Classification of Functioning, Disability and Health*) come strumento di valutazione del bisogno assistenziale in una popolazione giovane ed adulta (Leonardi, 2008).

Sia qui solo sinteticamente accennato al fatto che l'adozione dell'impianto concettuale dell'ICF, in collegamento con quanto previsto dalla recente Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità (ONU, 2007), potrebbe consentire, da un lato, l'individuazione su base nazionale di protocolli di valutazione della disabilità che definiscono con elevata precisione – ed in modo olistico[13] – le soglie di accesso alle prestazioni economiche di invalidità civile. Ma anche favorire, dall'altro, un più agevole raccordo tra queste ultime e i servizi resi dalle reti assistenziali regionali, attraverso un processo di validazione che miri ad individuare livelli comparabili di non autosufficienza (o, in altri termini, una classificazione comune dei livelli di disabilità) rispetto ai diversi strumenti di accertamento adottati dallo Stato e dalle singole Regioni. Ciò consentirebbe di aggirare la prevedibile difficoltà di individuare un unico sistema di valutazione accettabile per tutte le regioni, che spesso hanno già da tempo impostato propri sistemi di concessione di prestazioni e servizi sulla base di specifici strumenti valutativi (cfr. su questo anche Gruppo di Lavoro Ristretto Mattone 12, 2007).

In attesa che ciò avvenga – e che la sperimentazione dell'ICF possa estendersi anche alle fasce di popolazione in età anziana – va ricordato che al momento esistono già esempi concreti di amministrazioni locali, come la Provincia di Trento, che adottano strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale. Questi, integrando la lacunosa normativa nazionale in materia, consentono di graduare i bisogni assistenziali della popolazione anziana (anche in caso di deficit cognitivi, come nel caso delle demenze), e di fornire loro risposta affiancando all'erogazione di benefici economici statali la fruizione di una serie di servizi e prestazioni locali (Cembrani et al. 2009).

[13] E quindi riferendosi alle capacità residue della persona, e non solo alla minorazione della capacità lavorativa, su cui si basano le percentuali tabellari di cui al Decreto del Mistero della Sanità del 5 febbraio 1992.

Tali esempi indicano con chiarezza la strada da seguire per l'adozione di un sistema di valutazione che, lungi dall'essere imposto alle realtà locali, sia piuttosto reso comparabile agli strumenti da queste impiegati, attraverso validazioni ad hoc.

2.4.Riduzione delle principali iniquità verticali ed orizzontali esistenti

Un intervento che potrebbe essere agevolmente adottato per smussare alcune evidenti iniquità del sistema vigente, senza modificarne l'impianto complessivo, consiste nella rimodulazione dei requisiti richiesti per l'accesso alle attuali prestazioni di invalidità civile, nonché dell'ammontare previsto per alcuni di questi benefici.

Un primo, elementare miglioramento potrebbe essere apportato graduando ulteriormente i livelli di disabilità previsti per i **minori**, oggi distinti in due sole categorie, portandoli a tre, in analogia con quanto già avviene per gli adulti. Così come illustrato nella Tab. 6 (che è speculare alla Tab. 4, con le proposte di modifica evidenziate in neretto sottolineato), questo obiettivo potrebbe essere facilmente raggiunto ipotizzando un incremento di 100 Euro mensili dell'importo previsto per l'indennità di frequenza a favore del 50% degli attuali percettori della stessa che presentano un grado di disabilità più elevato. Questo consentirebbe di distinguere tra minori con grado di disabilità basso (che continuerebbero a percepire 255 Euro mensili) e minori con grado di disabilità medio (cui ora andrebbero 355 Euro mensili). Lasciando immutato il trattamento riservato ai minori con disabilità elevata (i.e. gli attuali percettori dell'indennità di accompagnamento, che non è cumulabile con l'indennità di frequenza), questa proposta comporterebbe una maggior spesa annua di 43,4 milioni di Euro, a beneficio di quasi 33.400 minori[14].

Tab. 6. Proposta di riduzione delle iniquità esistenti attraverso modifiche delle attuali prestazioni di invalidità civile^ (importi in Euro)

Classe di età		**0-17**			**18-59**			**60-64**			**65 ed oltre**			
Livello di reddito		**Basso**	**Medio**	**Alto**	**Basso**	**Medio**	**Alto**	**Basso**	**Medio**	**Alto**	**Basso**		**Medio**	**Alto**
											65-69	70 ed oltre		
Grado di disabilità	**Nullo**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	fino 409	fino 595	-	-
	Basso	255	-	-	255	-	-	255	-	-			-	-
	Medio	**355**	-	-	**355**	255	-	fino 595	255	-	fino 595		**fino a 409**	-
	Alto	472			**827**	727	472	fino 1067	727	472	fino a 1067		**fino a 881**	472

^: le modifiche sono evidenziate in neretto sottolineato

Tale meccanismo potrebbe essere facilmente esteso alla popolazione disabile adulta, al fine di superare l'iniquità verticale che oggi interessa gli invalidi totali (i.e. con disabilità media nella

[14] Cifre così stimate: 50% degli attuali percettori: 66.742/2=33.371 (INPS 2008); spesa annua per beneficiario: 100 Euro x 13 mensilità = 1.300 Euro annui; incremento di spesa totale all'anno: 33.371 x 13.000 = 43,4 Milioni di Euro.

Tab. 6) di **18-59 anni** con reddito basso, che percepiscono lo stesso importo (255 €) di chi è invalido "solo" parziale. In tal caso però la maggiorazione di 100 Euro mensili si estenderebbe anche a chi, sempre con basso reddito, è altamente disabile e riceve l'indennità di accompagnamento (in quanto questa è cumulabile con la pensione di inabilità totale). L'implementazione di questa proposta, di cui potrebbero avvantaggiarsi oltre 300.000 persone disabili, implicherebbe complessivamente una maggior spesa annua di 395 milioni di Euro[15].

Un'ulteriore disparità rispetto alla quale appare opportuno intervenire, anche per l'ampia platea dei soggetti interessati, concerne la categoria degli **anziani con reddito medio** (compreso cioè tra i 7.730 e i 14.886 euro annui), cui è negato l'assegno sociale se **divenuti invalidi totali dopo il 65° anno di età,** mentre lo stesso viene corrisposto a chi sia riconosciuto invalido prima del 65° compleanno. Se questa differenziazione venisse rimossa – nella condivisibile ottica di fornire risposte omogenee a persone che presentano bisogni simili – tutti gli invalidi totali anziani con reddito medio (a prescindere dal momento in cui è insorta la menomazione) sarebbero messi in condizione di ricevere l'assegno sociale (equivalente ad un massimo di 409 Euro mensili), e di sommarlo all'indennità di accompagnamento (qualora ne ricorressero i requisiti). Nel primo caso (invalidi totali senza indennità), l'operazione comporterebbe una maggior spesa annua di 1.652 milioni di Euro a favore di oltre 400.000 anziani disabili, cui si aggiungerebbero (nel secondo caso, riferito agli invalidi totali con indennità) ulteriori 1.382 milioni di Euro a beneficio di circa 340.000 anziani completamente non autosufficienti[16].

L'adozione di queste tre modifiche sull'attuale sistema consentirebbe di raggiungere una maggiore gradualità delle prestazioni economiche erogate, sia rispetto al livello di disabilità sia rispetto al reddito, estendendo a tutte le fasce di età quella situazione "ideale" che oggi si verifica solo tra i 60 e i 64 anni. Tali interventi lascerebbero tuttavia immutata un'ulteriore, sostanziale fonte di iniquità, operante tra gli **ultrasessantacinquenni a basso reddito**: e cioè, come si è visto, la mancata distinzione, nei 65-69enni, tra chi è completamente autonomo e chi presenta un grado di disabilità basso (entrambi beneficiari dell'assegno sociale) e, negli ultra70enni, tra persone autonome, invalidi parziali e totali (tutti beneficiari, oltre che dell'assegno sociale, anche della maggiorazione sociale).

Dato l'intreccio esistente tra la normativa inerente l'assegno sociale, da un lato, e quella relativa alle prestazioni di invalidità civile, dall'altro, la rimozione di queste ultime disparità impone tuttavia proposte di riforma più articolate e sistemiche di quelle finora illustrate – anche per l'elevato numero di soggetti interessati – per le quali si rimanda all'ipotesi di riforma esposta nel prossimo paragrafo, incentrata sulla trasformazione dell'indennità di accompagnamento in Prestazione Assistenziale di Base (PAB).

---

[15] Cifra così stimata: totale percettori di pensione di inabilità totale, con (=214.661) o senza (=133.764) indennità di accompagnamento: 348.425. Di questi, coloro con reddito inferiore a 7.730 Euro annui sono l'87,2%, pari a 303.827 persone. L'incremento di spesa totale annuo è quindi di 303.827 x 13.000 = 395 Milioni di Euro.

[16] Cifre così stimate: invalidi totali <u>senza</u> indennità di accompagnamento: importo medio annuo: 4.083 Euro; numero potenziali beneficiari: 404.643; maggior spesa annua: 4.083 x 404.643 = 1.652.157 Euro; invalidi totali <u>con</u> indennità di accompagnamento: importo medio annuo: 4.035 Euro; numero potenziali beneficiari: 342.527; maggior spesa annua: 4.035 x 342.527= 1.382.096.

2.5. Percorso attuativo

Gli interventi previsti nell'ambito di questa ipotesi di riforma potrebbero essere scaglionati nell'arco di un triennio (cfr. Tab. 7), partendo nel primo anno con le iniziative volte a superare la discrezionalità valutativa attraverso l'adozione di un sistema di valutazione standardizzato, per la cui validazione ed implementazione è realistico ipotizzare una spesa totale di circa 4,0 milioni di Euro. Parallelamente potrebbero avviarsi l'opera di rimozione delle principali iniquità dell'attuale sistema di prestazioni, iniziando da quelle concernenti i minori e gli adulti, per procedere nel secondo anno con quelle volte a ripianare le iniquità tra gli invalidi anziani più gravi, e nel terzo anno quelle concernenti gli invalidi anziani meno gravi, per una maggior spesa annua complessiva che arriverebbe a sfiorare i 3,5 miliardi di euro.

Tab. 7. Scaglionamento temporale degli interventi previsti dall'ipotesi "rimuovere principali iniquità del sistema vigente"(milioni di Euro)

Intervento	1° anno	2° anno	3° anno	Totale
Adozione sistema di valutazione standardizzato	+ 1,5*	+ 2,5*	-	+ 4,0*
Riduzione iniquità relative agli invalidi totali minorenni	+ 43,4	-	-	+ 43,4
Riduzione iniquità invalidi totali adulti (18-59 anni)	+ 395,0	-	-	+ 395,0
Rimozione iniquità inerenti gli invalidi totali 65+ (con IA)	-	+ 1.382,4	-	+ 1.382,4
Rimozione iniquità inerenti gli invalidi totali 65+ (senza IA)	-	-	+ 1.652,1	+ 1.652,1
Maggiore spesa annua (in mld)	+ 439,9	+ 1.384,9	+ 1.652,1	+ 3.476,9^

*: interventi una tantum
^: di cui 4,0 milioni per interventi una tantum

2.6. Impatto di questa ipotesi di riforma

La rilevanza dell'impatto in termini di finanza pubblica che questa ipotesi di riforma comporta è certamente significativa (Tab. 8), ma gli interventi che la compongono consentirebbero di migliorare, seppur solo parzialmente, l'efficacia delle prestazioni erogate (grazie alle maggiori risorse economiche messe a disposizione delle categorie di beneficiari interessate) ed attenuare alcune delle iniquità oggi esistenti. Il superamento dell'attuale discrezionalità valutativa potrebbe dal canto suo favorire una riduzione delle differenze territoriali oggi riscontrate in sede di accertamento dei requisiti di accesso alle prestazioni.

La fattibilità di questa ipotesi si può nel complesso considerare medio-elevata, in quanto poggia su interventi facilmente realizzabili, e tali comunque da non modificare la natura prevalentemente monetaria che caratterizza il sistema di welfare italiano.

Tab. 8. Impatto dell'opzione "rimuovere principali iniquità del sistema vigente" rispetto ad alcune fondamentali dimensioni valutative

Finanza pubblica	Maggior spesa annua (a regime): + 3.477 milioni di Euro.
Efficacia	Parzialmente migliorata.
Equità orizzontale e verticale	Alcune delle attuali iniquità - verticali ed orizzontali – verrebbero parzialmente attenuate: - sotto i 18 anni: maggiore graduazione delle prestazioni (scaglionate su tre livelli invece che su due); - tra i 18 e i 59 anni: distinzione degli importi erogati a persone con invalidità totale rispetto a) a coloro con invalidità parziale e b) a coloro con maggior reddito; - oltre i 65 anni: eliminazione della disparità dei requisiti di reddito applicati per ricevere l'assegno sociale tra chi diventa invalido totale prima dei 65 anni e chi lo diventa dopo i 65 anni.
Differenze territoriali	Ridotte grazie al superamento dell'attuale elevata discrezionalità valutativa.
Fattibilità	Medio-alta, in quanto basata: a) sull'adozione di meccanismi di valutazione standardizzata già operanti in alcuni contesti locali; b) sull'introduzione di semplici correttivi del sistema di prestazioni monetarie vigente.
Welfare futuro	L'attuale carattere prevalentemente monetario del sistema di welfare italiano non verrebbe modificato.

3. Trasformare l'indennità di accompagnamento in Prestazione Assistenziale di Base (PAB), anche in sostituzione del sistema di prestazioni economiche per l'invalidità civile vigente per l'età adulta

Alla luce dell'osservata, scarsa integrazione che caratterizza il sistema delle prestazioni statali di invalidità civile rispetto alle reti di servizi locali, da tempo nel dibattito sulla riforma dell'indennità di accompagnamento si è venuta sedimentando l'idea di trasformare questa misura in una leva capace di stimolare un approccio assistenziale più olistico, combinando prestazioni monetarie e servizi in un unico meccanismo. Una delle proposte più articolate avanzate in tale ambito suggerisce di trasformare tale indennità – per la sola popolazione anziana – in una "Prestazione Assistenziale di Base", graduandone gli importi rispetto a tre diversi livelli di bisogno – tenendo conto del reddito attraverso l'ISEE – ed impiegandone una quota predefinita per la fruizione di servizi locali (Box 6). Ciò appare in linea con quanto suggerito anche da altri autori (cfr. in particolare, tra gli altri, Ranci, Da Roit e Pavolini, 2008), e con l'impostazione seguita da diversi Paesi europei, ai quali si è aggiunta di recente la Spagna, dove tale graduazione opera su un numero anche superiore di livelli (Gori e Casanova, 2009; Lamura e Principi, 2009).

Box 6 – Ipotesi di cambiamento: trasformare l'indennità di accompagnamento in Prestazioni Assistenziali di base (PAB), anche in sostituzione del sistema di prestazioni economiche per l'invalidità civile vigente per l'età adulta

- **caratteristiche**: l'ipotesi prevede:

a) di graduare l'indennità su tre livelli, incrementando l'importo della prestazione di livello più elevato in base al reddito (calcolato tramite ISEE). L'applicazione di tale meccanismo può essere limitata alla sola popolazione anziana, o essere estesa all'intera popolazione adulta, anche in sostituzione del vigente sistema di prestazioni economiche per l'invalidità civile;

b) di impiegare una quota delle prestazioni per la fruizione di servizi locali.

- **percorso attuativo**: l'ipotesi prevede un periodo di attuazione di quattro bienni, incluso un primo biennio per implementare il sistema di valutazione standardizzato previsto dall'ipotesi precedente

3.1 Applicazione della PAB alla sola popolazione anziana

Nella sua ultima versione, che Baldini et al. (2008) applicano alla sola popolazione anziana (cfr. sopra anche il Box 2), questa ipotesi di riforma prevede di: 1) elevare sostanzialmente, fino ad un massimo di 900 Euro mensili, la prestazione concessa ai soggetti appartenenti alla fascia di bisogno più elevata (dipendenti in 6 o più ADL); 2) mantenere l'attuale importo dell'indennità di accompagnamento a chi si colloca nella fascia intermedia (4-5 ADL); 3) prevedere una nuova categoria della prestazione, di importo più contenuto, rivolta ad una fascia di persone caratterizzata da livelli di disabilità più bassi (3 ADL), oggi esclusa dai benefici. Ai diversi scaglioni della prestazione si accede solo in base al livello di bisogno, mentre l'importo verrebbe graduato solo successivamente, in base al reddito calcolato secondo l'ISEE.

Nel tentativo di rendere questa proposta più omogenea a quanto già previsto dai trattamenti di invalidità civile riservati alla popolazione adulta, l'importo previsto per l'ultima categoria di beneficiari (con disabilità più lieve) potrebbe essere rivisto verso il basso, ed essere collocato – in conformità alla prestazione prevista per l'assegno concesso in caso di invalidità parziale – a 255 Euro mensili (Tab. 9). I maggiori costi che tale ipotesi di riforma comporterebbe sono dovuti a due componenti: all'incremento medio di 335 Euro dell'importo concesso ai disabili più gravi (che arriverebbe così ad 807 Euro mensili in media), di cui beneficerebbero oltre 609.000 persone, per una maggior spesa di 2.449 milioni di Euro; ed all'estensione ad oltre 309.000 disabili parziali anziani di una provvidenza economica (i 255 Euro mensili) simile a quella già esistente in età adulta, con un aggravio aggiuntivo di quasi un miliardo (946 milioni).

Nel complesso, la platea dei beneficiari anziani si amplierebbe di 244.160 persone, portandosi dagli attuali 1.131.710 a 1.375.870, di cui il 44% riceverebbe un importo (807 Euro) maggiorato rispetto ad oggi, il 33% lo stesso importo (472 Euro), il 5% un importo inferiore (255 Euro), e il 18% una prestazione (255 Euro) cui oggi non avrebbe affatto accesso.

Tab. 9. Applicazione della Prestazione Assistenziale di Base (PAB) alla sola popolazione anziana (importi in Euro)

Livello di disabilità (n° ADL con limitazione)	Importo mensile attuale	Importo mensile PAB	Importo medio mensile PAB	Differenza rispetto all'attuale	Numero beneficiari	Maggior spesa annuale (milioni)
Alto (6 ADL)	472	472 – 900	807	+ 335	609.286	+ 2.449
Medio (4-5 ADL)	472	472	472	=	457.404	=
Basso (3 ADL)	472	255	255	+ 255	309.180	+ 946
Totale	-	-	-	-	1.375.870	+ 3.395

Innovativa, rispetto alla realtà odierna, è inoltre l'idea che parte della prestazione venga vincolata gradualmente all'uso di servizi alla persona, anche residenziali, attraverso un percorso assistenziale unitario che parta dal momento della valutazione fino al monitoraggio periodico dell'esecuzione del piano assistenziale individualizzato (Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa, 2006). Di questo aspetto si occupa comunque più approfonditamente l'ipotesi "incentivare l'uso dei servizi alla persona", trattata dal paragrafo 2.5, cui pertanto si rinvia per un esame più dettagliato delle opzioni di riforma esistenti su questo versante.

3.2 Estensione del modello alla popolazione complessiva, in sostituzione del vigente sistema di prestazioni economiche per l'invalidità civile

Le riflessioni sulla PAB, finora limitate alla sola popolazione anziana, potrebbero essere agevolmente estese alla popolazione adulta[17], nel tentativo di reimpostare l'intero sistema delle prestazioni per l'invalidità civile secondo un unico approccio. Se si applicassero i criteri sopra esposti all'intera popolazione, mantenendo anche per il gruppo con disabilità più lieve un meccanismo di calcolo della prestazione basato sul reddito (quindi non fissa a 255 Euro, ma variabile tra 300 e 472 Euro, in base all'ISEE, come originariamente proposta da Baldini et al. 2008), si otterrebbe il seguente scenario (Tab. 10):

- l'importo medio della prestazione ammonterebbe: per coloro con disabilità elevata, ad 822 Euro (se adulti) e 807 Euro (se anziani); a 472 Euro per tutti coloro con disabilità media; ad una cifra compresa tra i 416 Euro (se adulti) e 428 Euro (se anziani), per disabilità minori;
- il numero di beneficiari arriverebbe a sfiorare complessivamente i due milioni di persone, di cui il 29% adulti (564.000) e il 36% con disabilità elevata;
- la spesa annuale si attesterebbe nel complesso su 13,4 miliardi di Euro, di cui la metà circa per sostenere persone con disabilità elevata, per i tre quarti in età superiore ai 65 anni.

[17] Per semplicità espositiva sono stati esclusi dalla presente trattazione tutti i minori di 15 anni, per la loro ridotta numerosità, che non modificherebbe sostanzialmente le stime proposte.

Tab. 10. Applicazione della Prestazione Assistenziale di Base (PAB) all'intera popolazione* (importi in Euro, beneficiari in migliaia)

Livello di disabilità	Importo mensile PAB	Importo medio mensile PAB		Numero beneficiari (migliaia)			Spesa annuale (milioni)		
		15 – 64 anni	Oltre 65 anni	15 – 64 anni	Oltre 65 anni	Totale	15 – 64 anni	Oltre 65 anni	Totale
Alto	472 – 900	822	807	90	609	699	885	5.900	6.785
Medio	472	472	472	70	457	528	398	2.591	2.989
Basso	300 – 472	416	428	404	309	713	2.019	1.589	3.608
Totale	-	-	-	564	1.376	1.940	3.302	10.079	13.381

*: si fa qui riferimento alla popolazione con oltre 15 anni, per analogia ai dati riportati dalla banca dati INPS sulle prestazioni agli invalidi civili.

Per cogliere le principali differenze che l'applicazione di questa ipotesi comporterebbe rispetto al sistema vigente, nella Tab. 11 sono stati posti a confronto gli importi e i beneficiari interessati dai due sistemi. In caso di basso livello di disabilità, la PAB offrirebbe sia prestazioni più consistenti, sia una copertura ben più ampia del sistema vigente. Lo stesso vale per il livello medio di disabilità.

Nel caso di disabilità elevata, l'importo offerto dalla PAB sarebbe considerevolmente più elevato (343 Euro in più al mese) rispetto a chi, nell'attuale sistema (e sono la grandissima maggioranza: 1.177.000 soggetti su 1.430.000), diventa disabile dopo del compimento dei 65 anni e/o percepisce un reddito superiore ai 14.886 Euro annui. Rimarrebbe comunque lievemente superiore (+ 88 Euro mensili) negli altri casi. La forte contrazione del numero dei beneficiari con disabilità elevata prevista dalla PAB rispetto al sistema vigente è solo apparentemente un elemento negativo, in quanto più che compensata dagli incrementi già osservati per le altre classi di disabilità (che, come si è visto, prevedono importi delle prestazioni comunque pari, o solo di poco inferiori a quello della vigente indennità di accompagnamento). Ciò si rispecchia nel dato complessivo, che vedrebbe nel caso di introduzione della PAB un ampliamento dell'utenza di circa 67.000 persone.

Il "prezzo" dei miglioramenti apportati da questa ipotesi rispetto al regime vigente di prestazioni per l'invalidità civile si aggira intorno ai 2,85 miliardi di Euro di maggior spesa annua.

Tab. 11. Confronto tra sistema vigente di prestazioni per l'invalidità civile e PAB applicata all'intera popolazione (importi in Euro, beneficiari in migliaia)

Livello di disabilità		Sistema vigente	PAB	Differenza tra PAB e sistema vigente
Bassa	Importo mensile	255	300-472 (media: 416-428)	+ 165 Euro al mese
	Beneficiari	263	713	+ 450
Media	Importo mensile	255	472	+ 217 Euro al mese
	Beneficiari	178	528	+ 350
Alta	Importo mensile	472 / 727	472-900 (media: 807-822)	+ 343 / + 88 Euro al mese
	Beneficiari	1.177 / 253	699	- 478 / - 731
Totale beneficiari		1.873	1.940	+ 67
Spesa complessiva (in milioni)		10.530	13.381	+ 2.851

3.2.1 Percorso attuativo

L'implementazione di questa ipotesi parte da un primo biennio preparatorio, dedicato all'implementazione di un nuovo sistema di valutazione standardizzato (così come delineato dall'ipotesi di riforma precedente), essenziale al fine di consentire la concessione di prestazioni in servizi (e non più solo di benefici monetari) (Tab. 12). Nel tre bienni successivi si può ipotizzare di avviare il processo di riforma del sistema di prestazioni di invalidità civile in PAB a partire da coloro che presentano il più elevato livello di fabbisogno assistenziale, suddividendo il complesso dei disabili precedentemente individuati in tre terzili, al fine di spalmare uniformemente nel lasso di tempo individuato la spesa aggiuntiva che tale ipotesi prefigura.

Tab. 12. Scaglionamento temporale degli interventi previsti dall'ipotesi "trasformare IA in PAB" (milioni di Euro)

Destinatari		1° biennio	2° biennio	3° biennio	4° biennio	Totale
Livello di disabilità°	Alto	Adozione sistema di valutazione standardizzato	+ 950,3	-	-	+ 950,3
	Medio		-	+ 950,3	-	+ 950,3
	Basso		-	-	+ 950,3	+ 950,3
Maggiore spesa annua		+ 4,0*	+ 950,3	+ 950,3	+ 950,3	+ 2.851,0^

°: i livelli di disabilità qui indicati non sono sovrapponibili a quelli di cui alle precedenti tabelle, bensì sono ricavati come terzili rispetto al totale di soggetti disabili (1.940.000) precedentemente individuati.
*: intervento una tantum già contabilizzato nell'ambito dell'ipotesi di riforma "rimuovere principali iniquità".
^: di cui 4,0 milioni per gli interventi una tantum di cui alla nota precedente.

3.2.2. Impatto di questa ipotesi di riforma

Questa ipotesi di riforma consentirebbe di migliorare sensibilmente l'equità e l'efficacia delle prestazioni rispetto ai diversificati bisogni della popolazione disabile, non solo anziana, grazie

all'introduzione di un sistema di prestazioni graduate, monetarie e non (Tab. 13). Grazie all'impiego obbligatorio di parte delle prestazioni in servizi locali, è inoltre lecito attendersi che tale ipotesi favorisca una graduale riduzione delle differenze territoriali, sebbene ciò presupponga la necessità di un accordo tra livello statale e locale di cui non è facile prevedere il livello di riuscita, limitando quindi il grado di fattibilità della proposta. Nel medio-lungo termine, comunque, questa ipotesi promette di trasformare il welfare italiano in un mix di servizi e indennità economiche certamente più integrato di quanto non sia attualmente.

Tab. 13. Impatto dell'opzione "trasformare IA in PAB" rispetto ad alcune fondamentali dimensioni valutative

Finanza pubblica	Maggior spesa annua (a regime): + 2.855 milioni di Euro.
Efficacia	Migliorata.
Equità orizzontale e verticale	Migliorerebbe sensibilmente, soprattutto per la popolazione anziana, non solo per la maggiore graduazione delle prestazioni rispetto al livello di bisogni, ma soprattutto per l'impiego di almeno parte dei benefici in forma di servizi assistenziali.
Differenze territoriali	Sarebbero gradualmente ridotte grazie all'obbligatorio impiego di parte delle prestazioni in servizi erogati da comuni e ASL.
Fattibilità	Medio-bassa, per la necessità di trovare forme adeguate di raccordo tra sistema nazionale di prestazioni monetarie e reti locali di servizi sociali e sanitari.
Welfare futuro	Gradualmente trasformato in un sistema misto (prestazioni monetarie/servizi).

3.3 Potenziare il sostegno ai soggetti più svantaggiati, mantenendo gli attuali livelli di spesa

Questo scenario si basa sulle stesse assunzioni di cui all'ipotesi precedente, ma mantiene invariato l'ammontare complessivo di spesa, attraverso una riduzione complessiva dell'utenza, onde liberare risorse da impiegare per potenziare il sostegno alle categorie con bisogni più elevati (Box 7). Questa alternativa non può porsi direttamente a confronto con l'intero sistema di prestazioni per l'invalidità civile in senso stretto, in quanto non andrebbe a sostituirle (come invece previsto nell'ipotesi precedente).

Box 7 – Ipotesi di cambiamento: potenziare sostegno ai più svantaggiati a parità di spesa

- **Caratteristiche**: l'ipotesi si articola su due fronti:

a) graduare l'indennità su due livelli, incrementando l'importo della prestazione di livello più elevato in base al reddito (calcolato tramite ISEE), riducendo la dimensione complessiva dell'utenza;

b) impiegare una quota delle prestazioni per la fruizione di servizi locali.

- **Percorso attuativo**: l'ipotesi prevede un periodo di attuazione di due bienni, incluso un primo biennio per implementare il sistema di valutazione standardizzato necessario per la corretta allocazione dei beneficiari rispetto ai due livelli di prestazioni previsti da questa proposta.

3.3.1. Applicazione della PAB mantenendo invariata la spesa complessiva

Rispetto alla precedente ipotesi, questa opzione vede la scomparsa delle prestazioni a favore della categoria di disabili più lievi e l'assottigliamento consistente (di oltre il 50%) della fascia di prestazioni intermedia (sia come beneficiari che come spesa, mantenendo l'importo della provvidenza economica al livello attuale), mentre invariata rimane la classe di disabilità più elevata in termini di importo erogato, numero di percettori e spesa implicata (Tab. 14).

Tab. 14. Applicazione della PAB all'intera popolazione*, a parità di spesa (importi in Euro, beneficiari in migliaia)

Livello di disabilità	**Importo mensile PAB**	**Importo medio mensile PAB**		**Numero beneficiari (migliaia)**			**Spesa annuale (milioni)**		
		15 – 64 anni	Oltre 65 anni	15 – 64 anni	Oltre 65 anni	Totale	15 – 64 anni	Oltre 65 anni	Totale
Alto	472 – 900	822	807	90	609	699	885	5.900	6.785
Medio	472	472	472	106	133	239	598	754	1.352
Basso	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale	-	-	-	195	743	938	1.483	6.654	8.137

*: si fa qui riferimento alla popolazione con oltre 15 anni, per analogia ai dati riportati dalla banca dati INPS sulle prestazioni agli invalidi civili.

A parità di spesa, si tratta di un'opzione che consentirebbe a circa 700.000 attuali percettori di indennità di accompagnamento – ed in particolare a quelli maggiormente disabili – di elevare in modo consistente (+ 335/350 Euro al mese in più) l'ammontare percepito, grazie alle risorse liberate attraverso l'esclusione dal beneficio di quasi mezzo milione (493.000) di percettori, mentre altri 239.000 continuerebbero a ricevere l'importo vigente. Per tutti i beneficiari rimarrebbe comunque il vincolo di impiegare almeno parte della prestazione sotto forma di servizi.

3.3.2. Incrementare il sostegno ai più svantaggiati attraverso le risorse liberate grazie a più efficaci controlli

A seguito dei primi risultati del "Piano straordinario di verifica delle invalidità civili" recentemente avviato dall'INPS (art. 80 legge 133/2008) per fronteggiare il fenomeno dei cosiddetti "falsi invalidi", l'INPS ha calcolato di poter recuperare, se tali controlli fossero estesi all'intera popolazione dei percettori di prestazioni per invalidità civile, una somma di almeno un miliardo di Euro (INAIL 2009a).

Senza entrare nel merito di tali controlli - e del vasto, oneroso contenzioso che da essi potrebbe derivare se non fossero svolti con efficacia (FAND-FISH 2009) – ciò che interessa qui sottolineare è che, se si ipotizzasse di impiegare tale ammontare per potenziare gli importi erogati alle persone con grado di disabilità elevato, si potrebbe raggiungere una maggiore equità del sistema, senza dover ricorrere al reperimento di risorse aggiuntive.

Una prima, basilare opzione potrebbe essere quella di ridistribuire l'importo recuperato tra tutti i percettori di indennità di accompagnamento cui non sia stata revocata la provvidenza (pari a 1.338.156 persone rispetto alle 1.465.234 odierne, ipotizzando che siano effettuati 127.078 provvedimenti di revoca). Questo significherebbe un incremento del 9,5% dell'importo ricevuto, che passerebbe da 472 a 517 Euro al mese (+ 45 Euro mensili).

Una seconda, in principio forse più equa alternativa potrebbe essere quella di concentrare la distribuzione dell'importo solo tra il 33,3% di percettori con più elevata disabilità. Tale ipotesi sarebbe tuttavia percorribile solo se questa più grave condizione fosse distinguibile in modo relativamente oggettivo, attraverso un meccanismo di valutazione che, auspicato dalle due precedenti ipotesi di riforma, non è al momento rinvenibile nel contesto italiano, salvo locali eccezioni. Ammesso che ciò fosse possibile, tale opzione consentirebbe a questo ipotetico 33,3% di percettori di incrementare l'importo dell'indennità ricevuta del 28,5%, attestandosi su 607 Euro al mese (pari a + 135 Euro mensili).

In entrambi i casi, si ipotizza che per tutti i beneficiari rimanga comunque il vincolo di impiegare almeno parte della prestazione sotto forma di servizi.

3.3.3. Impatto di questa ipotesi di riforma

Questa proposta non produrrebbe effetti negativi in termini di finanza pubblica (Tab. 15), mentre potenzierebbe l'efficacia e l'equità del sistema. La riduzione delle differenze territoriali, come pure la trasformazione in senso di un maggior mix (meno denaro, più servizi) del sistema di prestazioni nel lungo periodo dipenderebbero tuttavia soprattutto dal grado di raccordo che si riuscirà a raggiungere tra Stato, Regioni e Comuni nell'integrare il sistema delle provvidenze monetarie statali con le reti di servizi locali.

Tab. 15. Impatto dell'opzione "potenziare sostegno ai più svantaggiati" rispetto ad alcune fondamentali dimensioni valutative

Finanza pubblica	La spesa annua non cambia.
Efficacia	Migliorerebbe per le categorie di beneficiari con il più elevato livello di disabilità, peggiorando (solo per le future coorti di percettori) per quelle con grado di disabilità più basso. Quest'ultimo impatto sarebbe evitato se si applicasse il meccanismo del reinvestimento delle risorse provenienti dalla lotta ai "falsi invalidi".
Equità orizzontale e verticale	Sarebbe garantita una maggiore equità verticale (a discapito dei disabili meno gravi, a meno che non si reinvestissero a favore di questa categoria di disabili le risorse risparmiate attraverso le revoche derivanti dai controlli).
Differenze territoriali	Sarebbero gradualmente ridotte grazie alla fruizione obbligatoria di almeno parte delle prestazioni in forma di servizi erogati dalle reti assistenziali locali.
Fattibilità	Elevata perché non comporta costi aggiuntivi, ma vincolata alla capacità di raccordo tra sistema di prestazioni monetarie nazionali e reti locali di servizi.
Welfare futuro	Gradualmente trasformato in un sistema misto (prestazioni monetarie/servizi).

3.4 Incentivare l'uso di servizi alla persona

Questa opzione si basa sulla formulazione di meccanismi ed incentivi volti a stimolare il ricorso alla rete dei servizi locali, ricomprendendo ed accreditando al suo interno anche le prestazioni fornite dalle assistenti familiari a pagamento. I capisaldi di questo scenario di riforma sono (Box 8): l'incremento degli importi erogati a chi decidesse di optare per la fruizione di servizi, in vece della prestazione monetaria; e l'obbligo, per chi preferisse assumere assistenti familiari a pagamento, di ricorrere esclusivamente a soggetti accreditati.

Box 8 – Ipotesi di cambiamento: incentivare l'uso di servizi alla persona

- **Caratteristiche**: l'ipotesi si articola su due fronti:

  a) incremento degli importi erogati a chi opta per la fruizione di servizi;

  b) obbligo di ricorrere a soggetti accreditati per decide di assumere assistenti familiari privati;

- **Percorso attuativo**: l'ipotesi prevede una graduale introduzione degli interventi in un quadriennio.

3.4.1. Incremento dei benefici concessi a chi opta per la fruizione di servizi

Un primo aspetto per cui questa ipotesi di riforma si differenzia dalla precedente concerne il fatto di non prevedere un obbligo, bensì solo una facoltà, da parte dei beneficiari delle prestazioni, di impiegare l'importo ricevuto per fruire di servizi locali. A fronte di questo evidente vantaggio per l'utilizzatore finale, sono giocoforza necessari incentivi che possono quantificarsi, secondo un'ipotesi ripresa e riveduta da una recente proposta di Claudio De Vincenti (2008), in circa 200 € mensili medi in più, graduati in base al reddito (pari pertanto ad un importo medio complessivo di 672 Euro al mese, se si facesse riferimento all'attuale importo dell'indennità di accompagnamento). Tale somma sarebbe corrisposta in forma di buoni-servizio da spendere per la fruizione di servizi comunali o accreditati, i quali finirebbero quindi con l'esserne in parte finanziati. Nel caso in cui i servizi non si rivelassero efficaci rispetto ai bisogni assistenziali degli utenti, a questi ultimi rimarrebbe sempre l'alternativa di tornare ad usufruire della prestazione monetaria di più basso importo.

La maggiore spesa annua che tale opzione comporterebbe si aggira intorno ai 3,5 miliardi di Euro[18], e potrebbe essere legittimamente suddivisa al 50% tra Stato e Regioni/Comuni, essendone anche questi ultimi indirettamente beneficiati attraverso le maggiori risorse che loro confluirebbero attraverso gli utenti che decidono di fruire dei servizi da essi erogati. Questo meccanismo appare inoltre più promettente di un semplice trasferimento alle Regioni di parte degli emolumenti previsti per l'indennità di accompagnamento, in quanto pone gli utenti in una posizione strategica per far sì che le maggiori risorse loro concesse possano tradursi in servizi realmente in grado di rispondere alle loro esigenze assistenziali.

[18] Tale somma deriva dalla seguente stima: 200 Euro mensili x 12 mesi x 1.465.234 percettori dell'indennità di accompagnamento = 3.516,6 milioni di Euro.

3.4.2. Obbligo di ricorrere a soggetti accreditati se si assumono assistenti familiari private

Per quanto riguarda l'assunzione di personale di cura (argomento di cui si occupa più approfonditamente il capitolo curato da Luca Beltrametti), 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. 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 200 Euro mensili aggiuntivi, in quanto tale personale di cura finirebbe con il configurarsi come parte integrante del sistema dei servizi 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, utili ad integrare l'importo dell'indennità qualora questa – come spesso accade – risulti troppo modesta per poter assicurare un monte ore di cura adeguato (cfr. su questo anche il contributo di Beltrametti nonché Gori, 2009).

3.4.3. Impatto di questa ipotesi di riforma

Possiamo, pertanto, sintetizzare questa ipotesi di intervento, dal costo aggiuntivo di 3,5 miliardi (dimezzabili se ripartiti tra Stato e Regioni), come ulteriormente migliorativa rispetto all'efficacia assistenziale, equa, ma soprattutto capace di fornire incentivi sostanziali allo sviluppo di servizi, riducendone la diseguale distribuzione territoriale e spingendo verso una loro maggiore presenza all'interno del sistema di welfare italiano, grazie anche al recupero del fenomeno sommerso delle assistenti familiari (Tab. 16).

Tab. 16. Impatto dell'opzione "incentivare l'uso di servizi alla persona" rispetto ad alcune fondamentali dimensioni valutative

Finanza pubblica	Maggior spesa annua: + 3.516,6 milioni (di cui la metà potenzialmente recuperabile tramite accordi con gli enti locali).
Efficacia	Ulteriormente migliorata.
Equità orizzontale e verticale	Salvaguardata attraverso la concessione di maggiori benefici in base al reddito dei destinatari.
Differenze territoriali	Gradualmente ridotte se la fruizione dei servizi resi dalle reti assistenziali locali (lasciata alla libera scelta degli utenti) riesce a realizzarsi su larga scala.
Fattibilità	Medio-alta, e condizionata dal grado di coinvolgimento del livello locale nell'implementare la proposta.
Welfare futuro	Gradualmente trasformato in un sistema misto di prestazioni monetarie e in servizi, con recupero del fenomeno dell'occupazione "sommersa" delle assistenti familiari.

4. Osservazioni conclusive

Uno sguardo comparato alle diverse ipotesi di intervento sopra esaminate in termini di impatto rispetto alle criticità esistenti (Tab. 17) chiarisce come le stesse, più che alternative, siano da considerarsi piuttosto cumulabili tra loro, in quanto focalizzate a rispondere in modo diverso ed in parte integrabile rispetto alle singole criticità.

Tab. 17. Quadro comparato dell'impatto delle varie ipotesi rispetto alle criticità esistenti

Criticità	Mantenere status quo	Rimuovere criticità	Trasformare IA in PAB	Più sostegno a chi sta peggio a parità di spesa	Stimolare uso servizi
Discrezionalità valutativa	=	+ + +	=	=	=
Iniquità	=	+ +	+ + +	+ +	+ +
Mancato collegamento con i servizi	=	=	+ +	+ +	+ +
Incentivo assunzioni irregolari	=	=	=	=	+ +

Se analizziamo inoltre l'impatto delle varie ipotesi rispetto alle varie dimensioni valutative (Tab. 18), mantenere le attuali provvidenze economiche statali appare come la strategia certamente più facile da perseguire, ma anche la meno capace di migliorare il nostro sistema di welfare, perpetuandone lo sbilanciamento in termini monetari.

Questo risultato non cambierebbe neanche se si introducessero i pur auspicabili correttivi per ridurre le più palesi iniquità e standardizzare i criteri di accertamento dell'attuale sistema (elemento, quest'ultimo, comunque utile a ridurre le differenze esistenti tra regioni nella fruizione della misura).

Tab. 18. Impatto delle varie ipotesi rispetto ad alcune dimensioni valutative

		Mantenere status quo	Rimuovere criticità	Trasformare IA in PAB	Più sostegno a chi sta peggio a parità di spesa	Stimolare uso servizi
Finanza Pubblica		=	+ 3,5	+ 2,9	=	+ 1,7/3,5
Efficacia		=	+	+ +	+	+ +
Equità		=	+	+ +	+	+ +
Differenziazioni territoriali		=	+	+ + +	+	+ +
Fattibilità		+ + +	+ +	+/ + +	+ +	+ / + +
Welfare futuro	**assegni**	+ + +	+ + +	+ + / +	+	**+ ?**
	servizi	+	+	+ / + +	+	**+ + ?**

Un più sensibile passo avanti verrebbe invece dalla trasformazione dell'indennità di accompagnamento in una Prestazione Assistenziale di Base composita, fatta di un mix di assegni e servizi che certamente stimolerebbe l'efficacia e l'equità dell'intero sistema, rendendolo più equilibrato nelle sue due componenti. Lo stesso varrebbe, seppur su livelli di minor impatto dato il vincolo dell'esclusione di incrementi di spesa, qualora si optasse per un potenziamento delle prestazioni concesse alle fasce più disabili attraverso il recupero di risorse dalle fasce meno disabili, o tramite la revoca di prestazioni derivante da più stringenti controlli.

Per incrementare infine la fattibilità di queste ultime ipotesi, certamente più impegnative delle precedenti per il coinvolgimento delle reti assistenziali locali, utili appaiono gli interventi – anche questi certo onerosi, ma forse in prospettiva inevitabili nel contesto italiano – volti a stimolare il ricorso ai servizi tramite incentivi ad hoc e l'integrazione delle assistenti familiari all'interno della stessa rete di servizi, il cui grado di riuscita (ecco spiegati i punti interrogativi in tabella) dipenderà dalle sinergie che sarà possibile raggiungere tra livello centrale e locale.

Riferimenti Bibliografici

Baldini M. (2007), *Gli effetti distributivi delle principali riforme del sistema di tax-benefit italiano nel primo anno della XVI legislatura.* In Commissione di indagine sull'esclusione sociale, *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale*. Roma (http://www.commissionepoverta-cies.it/Archivio/Archivio.htm, ultimo accesso: 09/07/2009).

Baldini M., Gori C., Mazzaferro C., Marciano M. (2008), *Costi e argomenti*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci, 283-327.

Baldini M., Mazzaferro C., Morciano M. (2008a), *Assessing the implications of long-term care policies in Italy: A microsimulation approach,* in "Politica Economica", 1/2008.

Battisti A., Hanau C. (2004), *Criteri per la definizione della gravità delle persone con disabilità: un'applicazione ai dati italiani*, in "Tendenze nuove", 3.

Beltrametti L. (2006), *I costi di un fondo per la non autosufficienza in Italia: alcune simulazioni,* in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*. Bologna, Il Mulino, 109-130.

Bolino G. (1997), *L'ircocervo previdenziale ed assistenziale*, in "Rivista Italiana di Medicina Legale", 1, 39.

Cembrani F., Circolo G., Gozzo F., Baldantoni E. (2009), L*a valutazione medico-legale della disabilità in psicogeriatria (la frammentarietà e le disequità del welfare),* in "Psicogeriatria", 4(1), 33-63.

Da Roit, B. (2006), *La riforma dell'indennità di accompagnamento*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Bologna, Il Mulino, 287-315.

FAND-FISH (2009), Documento congiunto FAND-FISH. 3 dicembre 2009, Roma (http://www.superando.it/docs/FISHFAND%203dicembre2009.pdf)

Gori C. (2009), *Per la sanatoria delle badanti iter "leggero" ma pochi aiuti*. Il Sole-24 Ore, 6 ottobre, pag. 33.

Gori C., Casanova G. (2009) La riforma dell'assistenza ai non autosufficienza in Spagna.

Gruppo di lavoro ristretto per Mattone 12 (2007) Relazione finale, *Prestazioni residenziali e semi-residenziali*, Roma.

Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa (2006), *Riformare l'assistenza ai non autosufficienti in Italia,* in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino, 423-472.

INAIL (2009), *Falsi invalidi? "Si vedrà in tribunale…"*. Contact Center Integrato SuperAbile, Roma. (http://www.superabile.it/web/it/CANALI_TEMATICI/Associazioni/News/info1391241906.html).

INAIL (2009a), *INPS: revocato oltre il 13% dei sussidi economici di invalidità civile*. Contact Center Integrato SuperAbile, Roma

(http://www.superabile.it/web/it/CANALI_TEMATICI/Salute/Il_Punto/info1391232813.html)

INPS Osservatorio sulle pensioni (2008), *Prestazioni agli invalidi civili*. Anno 2008, Roma (http://servizi.inps.it/banchedatistatistiche/vig9/index.jsp)

INPS (2008a), *I diritti delle persone con disabilità*, (http://www.inps.it/Doc/Pubblicazioni/Opuscoli/pdfdisabili.pdf), Roma.

INPS (2009), *La rivoluzione dell'invalidità civile*. Comunicato stampa del 14 agosto 2009, Roma (http://www.inps.it/Doc/Informazione/ComunicatiStampa/Comunicati2009/cs090817.pdf).

ISTAT (vari anni) Popolazione residente per età al 1° gennaio. Vari anni. Roma (dati tratti dal sito: http://demo.istat.it/index.html).

Lamura G., Principi A. *I trasferimenti monetari*. In Network Non Autosufficienza (a cura di): L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009. Rimini, Maggioli. (http://www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf).

Lucchetti M., Socci M., Gattaceca R., Mazzoni E. (2005), *Donne straniere nel lavoro di cura ed assistenza agli anziani*, Ancona, INRCA.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2008), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali. Parte Seconda – Sezione I. Aggiornamento Ottobre 2008. I trasferimenti monetari per invalidità, pensioni sociali, integrazioni al minimo, pensioni di guerra e ai superstiti*, Roma, Direzione Generale per la gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali e il monitoraggio della spesa sociale.

Pesaresi F. (2008) *La suddivisione della spesa tra utenti e servizi*. In: Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti.* Roma, Carocci, 183-210.

Piperno F. (2009), *Se le badanti cominciano a diminuire*, in "Qualificare", n. 21 (http://www.qualificare.info/home.php?id=399)

Ranci, C., Da Roit, B. e Pavolini, E. (2008), *Partire dall'esistente: le caratteristiche dell'indennità di accompagnamento e alcune proposte di riforma*, in Ranci C. (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza*, Roma, Carocci, 9-37.

Vincenti C. (2008), *Come far decollare i servizi per la non autosufficienza*. Nel Merito, 15 ottobre (http://www.nelmerito.com/index.php?option=com_content&task=view&id=431&Itemid=145).

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 11

La ripartizione della spesa tra utenti e servizi

di

Franco Pesaresi[1]

Luglio 2010

[1] Direttore Area Servizi alla persona e alla famiglia comune di Ancona, presidente Anoss.

1. Le maggiori criticità della situazione attuale

I costi dei servizi sociosanitari per i soggetti non autosufficienti sono ripartiti fra il Servizio sanitario, l'utente e il suo comune di residenza. Costituisce un aspetto strategico delle politiche di welfare il modo in cui la spesa per l'assistenza ai non autosufficiente viene ripartita fra i vari soggetti. Il presente capitolo si occupa della suddivisione di questi costi analizzando sinteticamente la situazione ed evidenziando le principali criticità. L'obiettivo del capitolo consiste nel proporre alcune ipotesi di cambiamento capaci di incidere su tali aspetti problematici, evidenziando altresì l'impatto economico ed organizzativo che tali ipotesi potrebbero avere nel sistema dei servizi sociosanitarie e nelle famiglie.

Il 47,8% della spesa per l'assistenza sociale e socio-sanitaria agli anziani non autosufficienti è sostenuta direttamente dagli assistiti e dalle loro famiglie[2]. Il resto della spesa è ripartito fra i vari soggetti pubblici, precisamente: lo Stato si fa carico del 26,4% della spesa (mediante l'erogazione della indennità di accompagnamento), le ASL del 18,6% e i comuni del 5,2% (Cfr. fig.1). La gran parte della spesa è assorbita dalle assistenti familiari e dall'assistenza residenziale.

La situazione è la stessa anche per l'assistenza ai disabili non autosufficienti, anche se in questo caso gli oneri per l'assistenza residenziale a carico dell'assistito sono tradizionalmente più bassi di quelli applicati agli anziani. Per alcune prestazioni assistenziali la quota a carico delle famiglie è ancora più elevata. Valga per tutti l'esempio delle assistenti familiari che sono pagate quasi integralmente dall'assistito (esclusi i contributi mensili che poche regioni erogano).

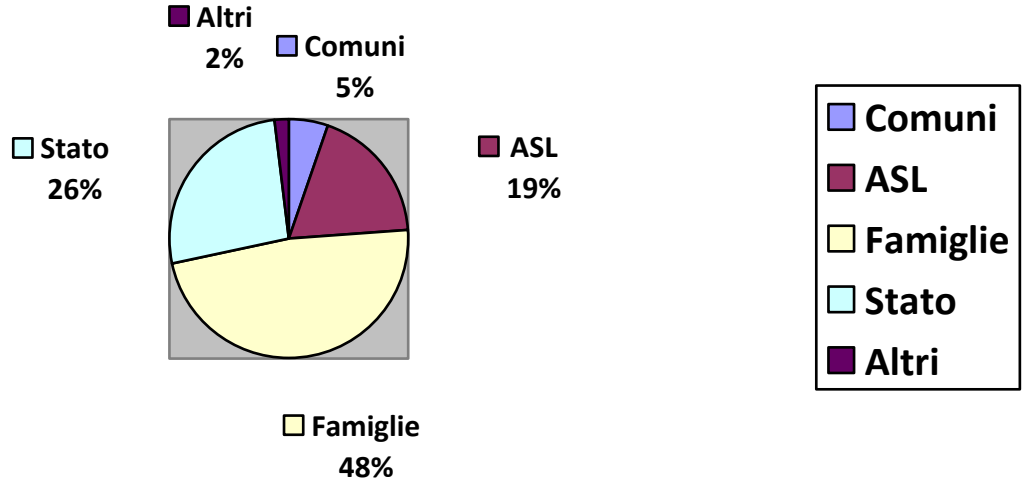
Nel caso dell'assistenza residenziale per anziani, i costi sostenuti dalle famiglie possono variare molto, sia in relazione alla tipologia di presidio residenziale, sia in relazione alle condizioni economiche dell'ospite e della sua famiglia. Risulta infatti che il 56,5% del totale degli anziani ospitati paghi interamente (anche con l'aiuto della famiglia) i costi del soggiorno, che generalmente superano i 1.000 euro al mese; mentre il 35,5% sostiene solo una parte dei costi, versando generalmente somme inferiore ai 1.000 euro mensili. Il restante 8% non paga nulla perché non ha mezzi sufficienti. Dal canto loro, i comuni intervengono o per pagare le rette di quelle persone che non hanno risorse economiche, che rappresentano il 7,7% dei ricoverati, con importi che superano i 1.000 euro mensili, o per integrare le rette di coloro le cui risorse non sono sufficienti. Nel complesso i comuni contribuiscono al pagamento della retta nel 43,5% dei casi con importi che nella stragrande maggioranza dei casi non superano i 1.000 euro mensili. Da ultimo, le ASL intervengono nella metà dei casi (49%) con importi superiori ai 1.000 euro mensili, mentre non intervengono affatto nel 27,8% dei casi che presumibilmente coincidono con i soggetti autosufficienti ospitati nelle case di riposo (Pesaresi, 2009).

Il primo nodo è dunque rappresentato dall'elevato onere privato per l'assistenza dei non autosufficienti e nell'inadeguato livello di compartecipazione degli altri soggetti pubblici con particolare riferimento alla sanità.

Attualmente, il finanziamento dei servizi locali per la non autosufficienza poggia su tre soggetti: il servizio sanitario, i comuni e le famiglie. La ripartizione dei costi fra questi soggetti dipende sia dalle norme nazionali (LEA), che dalle politiche regionali e comunali.

[2] Non sono qui ricompresi i costi dell'assistenza sanitaria specialistica, farmaceutica ed ospedaliera.

Fig. 1 - La ripartizione della spesa per gli anziani non autosufficienti. Italia 2003



Fonte: Pesaresi (2008).

La ripartizione degli oneri fra il sociale e il sanitario dovrebbe dipendere dal Decreto sui LEA (DPCM 29/11/2001) che all'allegato 1C ha stabilito la ripartizione dei costi delle prestazioni socio-sanitarie fra le ASL, gli utenti e i comuni. Però, nell'attuale quadro normativo è necessario che le singole regioni recepiscano l'atto anche apportando modificazioni, a patto che si preveda idoneo finanziamento delle modificazioni migliorative. Dal 2001 ad oggi solo 9 regioni hanno provveduto (la Calabria, il Lazio, la Liguria, il Piemonte, la Puglia, la Sardegna, la Toscana, l'Umbria e il Veneto) a determinare in modo organico le regole della suddivisione dei costi fra sociale e sanitario basando i propri provvedimenti sul recepimento dei DPCM 14/2/2001 e 29/11/2001, a cui generalmente hanno apportato numerose modificazioni. Mentre nelle restanti regioni si evidenziano spesso provvedimenti disorganici relativi a singole prestazioni. Partendo dall'analisi dei provvedimenti delle 9 regioni più "virtuose" è stato possibile identificare l'orientamento prevalente, giungendo ad un'unica sintesi possibile, purtroppo non esaustiva di un panorama di atti regionali estremamente diversificati.

Nel campo dell'assistenza socio-sanitaria agli **anziani**, le regioni il più delle volte prevedono che tutta l'assistenza in fase intensiva sia carico del Servizio Sanitario, con esclusione di una quota del 50-40% dell'assistenza tutelare che viene fornita nell'ADI. Allo stesso modo anche l'assistenza in fase estensiva è a totale carico del Servizio Sanitario, con eccezione del 50-40% dell'assistenza tutelare dell'ADI e il 50% del costo complessivo dell'assistenza semiresidenziale. Nella fase della

lungoassistenza non sono coperti dal Servizio Sanitario il 50-40% dell'assistenza tutelare dell'ADI ed il 50% dell'assistenza semiresidenziale e residenziale[3] (Cfr. Tab. 1).

Analogamente nel campo dell'assistenza socio-sanitaria ai **disabili**, l'orientamento predominante delle regioni riconduce la spesa di tutta l'assistenza in fase intensiva ed estensiva a carico del SSN, con esclusione di una quota del 50-40% dell'assistenza tutelare che viene fornita nell'ADI. Nella fase poi della lungoassistenza non sono coperti dal SSN il 50-40% dell'assistenza tutelare dell'ADI ed il 25-50% dell'assistenza semiresidenziale. Per quel che riguarda l'assistenza residenziale, il Servizio sanitario non si fa carico mediamente del 30% del costo per i disabili gravi e del 60% del costo per i disabili privi del sostegno familiare. Mentre per altre categorie di disabili è difficile definire un orientamento prevalente [4] (Cfr. Tab. 1).

Le eccezioni previste dalla normativa per le fasi intensive ed estensive dell'assistenza non hanno valide motivazioni tenuto conto che tali fasi sono caratterizzate dall'intento curativo e riabilitativo, rispetto alla fase della lungoassistenza caratterizzata dall'intento di mantenimento. Bisogna pertanto superare queste deroghe per una questione di equità e di coerenza e, per rendere applicabile in modo omogeneo la norma in tutta Italia, occorre anche definire la durata delle varie fasi.

Si è sinora parlato di orientamento prevalente delle regioni perché trovare una sintesi dei provvedimenti regionali è estremamente difficile, dato che le regioni hanno apportato moltissime modificazioni alle prestazioni e alle quote di partecipazione alla spesa rispetto all'atto nazionale di riferimento seguendo logiche disomogenee e non facilmente comprensibili.

Tab. 1. Quello che il SSN non paga. L'orientamento prevalente delle regioni rispetto ai LEA

utenti	assistenza	fase intensiva	fase estensiva	fase di lungoassistenza
anziani	**domiciliare**	Regioni: 50-40% dell'assistenza tutelare	Regioni: 50-40% dell'assistenza tutelare *(LEA 50%)*	Regioni: 50-40% dell'assistenza tutelare *(LEA: 50%)*
	semiresidenziale		Regioni: 50% del costo complessivo *(LEA 50%)*	Regioni:50% del costo complessivo *(LEA: 50%)*
	residenziale			Regioni: 50% del costo *(LEA: 50%)*
disabili	**domiciliare**	Regioni: 40% dell'assistenza tutelare	Regioni: 40% dell'assistenza tutelare	Regioni:40% dell'assistenza tutelare
	semiresidenziale		*(LEA: disabili gravi 30%)*	Regioni:25-50% del costo complessivo *(LEA: disabili gravi 30%)*
	residenziale			Regioni:30% del costo per i disabili gravi *(LEA: 30%)* Regioni: 40% del costo per i disabili privi del sostegno familiare *(LEA: 60%)*

[3] In Piemonte, invece, nei centri diurni per i malati di Alzheimer il SSN si fa carico del 70% dei costi (DGR 38 11189/2009).

[4] Per gli approfondimenti vedi l'Allegato 1.

Nota: In corsivo viene indicato quanto previsto nel DPCM 29/11/2001 sui LEA.
Fonte: Nostra elaborazione su dati del DPCM 29/11/2001 e Pesaresi (2008).

Valga per tutti l'esempio delle quote di spesa sanitaria nelle RSA per anziani applicate dalle varie regioni che variano da un minimo del 43% ad un massimo dell'81% (Cfr. Tab. 2). Alla luce dei dati sulla spesa e della normativa regionale sulla ripartizione della stessa si evidenzia dunque un basso livello della spesa pubblica per i servizi sociosanitari con particolare riferimento alla spesa sanitaria ed anche, quando si scende nel dettaglio dei singoli servizi, una straordinaria disomogeneità dei comportamenti delle singole regioni.

Tab. 2. RSA per anziani. Percentuale dei costi sostenuti dalla sanità

Regione	Anno	% quota sanitaria
Basilicata	2004	81
Umbria	2007	79-82
Abruzzo	2004	67-76
Calabria	2007	70
Liguria	2008	52-62
Bolzano	2007	50-60
Piemonte	2007	50-57
Sardegna	2006	50
Lazio, Sicilia, Toscana, Veneto	2007	50
Lombardia	2004	36-54
Emilia Romagna	2007	43

Fonte: Deliberazioni regionali.

Box 1 – La ripartizione della spesa per la non autosufficienza. Le criticità attuali

- Spesa familiare molto elevata.
- Basso livello della spesa pubblica con particolare riferimento a quella sanitaria.
- Grandi disomogeneità fra le regioni per quel che riguarda le spese a carico della sanità.
- La quota sociale viene ripartita in modo assai differenziato fra il comune e l'assistito con l'ausilio di uno strumento avanzato – l'ISEE – che propone aspetti problematici di politica redistributiva.

2. Le ipotesi di cambiamento e le loro ragioni

L'idea di fondo è quella di rivedere le regole per la suddivisione della spesa fra utenti ed enti pubblici in modo da superare le criticità evidenziate. Si tratta di definire una ripartizione degli oneri più equilibrata e sostenibile. Il progetto di riordino deve essere contenuto in una proposta organica che intervenga in modo globale ed integrato nella ripartizione degli oneri assistenziali. Il tema della ripartizione dei costi è piuttosto complesso, fa capo a diversi livelli di governo, ma è sostanzialmente riconducibile ai seguenti argomenti:

a) la suddivisione della spesa fra il settore sanitario e il settore sociale;
b) la suddivisione della spesa sociale fra utente e comune ed, all'interno di quest'ultimo, le modalità di determinazione della compartecipazione dell'utente.

Questi argomenti vanno valutati insieme perché le decisioni che vengono prese da un soggetto hanno conseguenze immediate anche negli altri. Le regole e le quote di partecipazione alla spesa delle ASL, dei comuni e delle famiglie sono strettamente interdipendenti. Per questo il presente capitolo va letto insieme al successivo realizzato da Stefano Toso che si occupa in modo specifico della suddivisione della quota sociale fra utente e comune con specifico riferimento all'utilizzo dello strumento dell'ISEE.

In base a quanto sinora esposto ed affermato si prospettano dunque 4 ipotesi che è possibile ordinare secondo una logica di coerenza e gradualità, tenendo sempre conto della conformità allo sviluppo delle norme attuali e della loro praticabilità istituzionale.

Le ipotesi:

1. nessun cambiamento di quanto contenuto nell'allegato 1C del DPCM 29/11/2001;

2. elaborazione di aggiustamenti e precisazioni in applicazione della normativa vigente. Come proposto nella Tab. 3 riguardo le prestazioni P2.1, P2.2, P2.3 e P2.4;

3. modifica, oltre a quanto previsto nell'ipotesi 2, delle quote relative alle RSA per anziani ponendo il 60% dei costi a carico della sanità e il 40% a carico del sociale. Come proposto nella Tab. 3 riguardo la prestazione P3;

4. modifica, oltre a quanto previsto nell'ipotesi 3, delle quote relative all'assistenza semiresidenziale per anziani prevedendo per i non autosufficienti il 60% dei costi a carico della sanità e il 40% a carico del sociale ed, invece, per gli anziani parzialmente autosufficienti a rischio di istituzionalizzazione ponendo la quota del 40% dei costi a carico della sanità e del 60% a carico del sociale. Come proposto nella Tab. 3 riguardo la prestazione P4;

Tab. 3. Quadro normativo e nuova proposta di ripartizione degli oneri sociali e sanitari delle prestazioni sociosanitarie indicate nell'allegato 1C del DPCM 27/11/2001

Cod	Prestazione	Norma nazionale		proposta
		Quota sanitaria	Quota sociale	
P1.1	Assistenza semiresidenziale di tipo riabilitativo per disabili	100%	0%	Conferma delle percentuali. Si tratta delle prestazioni erogate nei centri o presidi di riabilitazione.
P1.2	Residenze/case protette per anziani non autosufficienti	50% Nella fase di lungoassistenza	50% Nella fase di lungoassistenza	Conferma delle percentuali.
P1.3	Strutture residenziali di tipo riabilitativo per	100%	0%	Conferma delle percentuali. Si tratta delle prestazioni erogate nei presidi di riabilitazione.

	disabili			
P1.4	Strutture residenziali protette per disabili (non gravi) privi di sostegno familiare	40% Nella fase di lungoassistenza	60% Nella fase di lungoassistenza	Conferma delle percentuali.
P2.1	Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP) per anziani per disabili	100%, escluso il 50% delle prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona	50% delle prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona	Conferma delle percentuali con precisazione e pubblicizzazione di che cosa si intenda per aiuto infermieristico. L'onere sociale va previsto solo nella fase della lungoassistenza. Convenzionalmente si può stabilire che in caso di dimissione dall'ospedale e dalla RSA, l'assistenza domiciliare fornita nei 60 giorni successivi non prevede quota a carico dell'utenza per il cosiddetto "aiuto infermieristico". In questo caso sono i comuni a farsene integralmente carico.
P2.2	Assistenza semiresidenziale per disabili gravi	70% Nella fase estensiva e di lungoassistenza	30% Nella fase estensiva e di lungoassistenza	Conferma delle percentuali. L'onere sociale va previsto solo nella fase della lungoassistenza. Per la fase estensiva (quella intensiva non ricorre) si può convenzionalmente stabilire che in caso di dimissione dall'ospedale e da strutture residenziali, l'assistenza semiresidenziale fornita nei 45 giorni successivi non prevede la quota sociale.
P2.3	Tutte le strutture di cura e recupero per anziani non autosufficienti	100% Nella fase intensiva ed estensiva	0% Nella fase intensiva ed estensiva	Conferma delle percentuali. Occorre definire la durata delle fasi intensive ed estensive nelle RSA. Convenzionalmente si può stabilire che esse durano complessivamente 60 giorni.
P2.4	Strutture residenziali per disabili gravi[5]	70% Nella fase di lungoassistenza	30% Nella fase di lungoassistenza	Conferma delle percentuali. Per la fase estensiva (quella intensiva non ricorre) si può convenzionalmente stabilire che in caso di dimissione dall'ospedale e da strutture residenziali, l'assistenza residenziale fornita nei 45 giorni successivi non prevede la quota sociale. Prevedere una fase transitoria (in attesa della riorganizzazione delle strutture) affinché le percentuali indicate vengano applicate a tutti i disabili gravi (con certificazione di cui alla L. 104/1992) indipendentemente dalla struttura di ricovero.
P3	RSA anziani non autosufficienti	50% Nella fase di lungoassistenza	50% Nella fase di lungoassistenza	Modifica delle percentuali: 60% a carico della sanità e 40% a carico del sociale.
P4	Assistenza semiresidenziale per anziani	50% Nella fase estensiva e di lungoassistenza	50% Nella fase estensiva e di lungoassistenza	Sostituzione della attuale tipologia di prestazione con le seguenti due tipologie: a) assistenza semiresidenziale per anziani non autosufficienti; b) assistenza semiresidenziale per anziani parzialmente autosufficienti a rischio di istituzionalizzazione. Nella tipologia a) la quota sanitaria sarebbe del 60% e quella sociale del 40% da applicare nella fase di lungo assistenza. Per la fase estensiva

[5] Il Tavolo di monitoraggio e verifica sui LEA ha precisato in data 17 luglio 2002 che l'assistenza residenziale ai disabili prevede una partecipazione ai costi dell'utente o del comune solo in fase di lungoassistenza.

				(quella intensiva non ricorre) si può convenzionalmente stabilire che in caso di dimissione dall'ospedale e da strutture residenziali, l'assistenza semiresidenziale fornita nei 45 giorni successivi non prevede la quota sociale. Nella tipologia b) la quota sanitaria sarebbe del 40% e quella sociale del 60% da applicare indipendentemente dalla fase di assistenza.

Le ragioni:

Queste 4 proposte sono state scelte per una pluralità di ragioni. La principale è che le ipotesi presentate costituiscono i principali percorsi sperimentali maturati all'interno del dibattito nazionale e regionale. Non a caso tutte le ipotesi sono già attuate da qualche sparuta regione, ora da una, ora da un'altra. L'aspetto che differenzia le proposte da altre che si potrebbero fare è che queste, sollecitate peraltro da un movimento di opinione e dalle associazioni di rappresentanza degli assistiti, sono state sperimentate localmente superando il primo esame di consenso, praticabilità e sostenibilità. Di fatto costituiscono in qualche modo le proposte già naturalmente in lista d'attesa, a ridosso di quelle già approvate con l'allegato 1C del DPCM 27/11/2007, ma già pronte per aggiungersi a queste ed a diffondersi a livello nazionale. In realtà, il lavoro è consistito nella raccolta di queste azioni settoriali e disperse nei territori, trasformandole in una proposta organica nazionale. Le 4 ipotesi, oltre a superare le criticità sopra indicate, hanno il grande merito di favorire un uso più appropriato delle risorse e di contrastare il rischio di istituzionalizzazione delle persone non autosufficienti.

Le ipotesi presentate costituiscono degli step progressivi di un progetto di riforma che si completa con l'ipotesi 4. In altre parole, le quattro proposte hanno la loro autonomia e sono attuabili singolarmente anche se fanno parte di un progetto più complessivo di riforma che si perfeziona con l'adozione di tutte e quattro le mozioni. Le quattro ipotesi sono anche ordinate in modo logico e progressivo in maniera tale che il passaggio dall'una all'altra sia già definito dalla numerazione delle proposte e dalla coerenza del percorso che mira ad una estensione sostenibile e graduale degli attuali diritti dei cittadini. Non a caso ogni ipotesi ricomprende la precedente (per esempio: la ipotesi 3 ricomprende anche i contenuti della ipotesi 2) e dunque anche l'impegno finanziario è crescente passando dalla prima alla quarta ipotesi, dato che quest'ultima si fa carico anche dei costi di tutte le ipotesi precedenti.

2.1. Il profilo delle quattro ipotesi

Profilo ipotesi 1: "Nessun cambiamento". *Nessun cambiamento di quanto contenuto nell'allegato 1C del DPCM 29/11/2001.* In questa ipotesi non si registrano mutamenti rispetto a quanto previsto nel decreto sui LEA del 2001. L'immutabilità è però del tutto apparente dato che allo stato attuale solo 9 regioni hanno recepito con modificazioni l'allegato 1C del DPCM 29/11/2001, mentre le altre regioni hanno determinato la ripartizione dei costi fra il sociale e il sanitario in modo incompleto (solo per alcune prestazioni). Questo scenario prevede, quindi, che

tutte le regioni recepiscano l'allegato 1C del DPCM sui LEA con la ripartizione degli oneri sociali e sanitari. L'operazione dovrebbe portare ad un aumento dei costi sanitari[6], ma non riteniamo che debbano essere calcolati come costi aggiuntivi, dato che le prestazioni sociosanitarie sono parte integrante dei LEA (allegato 1C) e quindi il loro finanziamento è già ricompreso all'interno degli stanziamenti nazionali ricevuti sia dalle regioni adempienti che da quelle inadempienti. Sarebbe anzi una grave ingiustizia finanziare i maggiori costi sostenuti dalle regioni per attuare in ritardo quanto previsto dall'allegato 1C del decreto sui LEA; in questo caso le regioni adempienti dovrebbero accontentarsi del riparto ordinario del Fondo sanitario nazionale mentre le regioni inadempienti o in ritardo potrebbero usufruire sia del Fondo sanitario nazionale sia di ulteriori finanziamenti per le prestazioni socio sanitarie da realizzare. Ingiusto ed impraticabile. Ed allora che dovranno fare le regioni inadempienti? Queste ultime dovranno provvedere con riduzioni di spesa di altri settori sanitari o con altre entrate.

Questa prima ipotesi costituisce ovviamente un passo avanti ma non supera nessuna delle criticità evidenziate; pretende solo l'applicazione della normativa vigente ed è curioso rilevare che già questo aspetto è in grado di ridurre alcune differenze territoriali (Cfr. Tab. 4).

Tab. 4 . Griglia valutativa dell'ipotesi 1: "Nessun cambiamento"

Dimensione	Punti di forza e Punti di debolezza
Finanza pubblica	L'intervento è già finanziato con il riparto nazionale del fondo sanitario.
Efficacia	Non supera le criticità.
Equità	Nessun impatto.
Differenze territoriali	Riduce le differenze territoriali.
Fattibilità	Realizzabile con facilità.
Welfare futuro	Non risolve i problemi .

Profilo ipotesi 2: "La giusta applicazione". *Elaborazione di aggiustamenti e precisazioni in applicazione della normativa vigente*. In questa seconda ipotesi si dà piena applicazione a quanto previsto, seppur in modo incompleto o ambiguo, nell'allegato 1C del DPCM 29/11/2001. Non si tratta quindi di vere riforme del sistema di ripartizione degli oneri stabilito nel 2001, bensì solamente della loro attuazione coerente. Infatti, gli aggiustamenti proposti fanno riferimento a principi contenuti nel Decreto sui LEA o nel DPCM 14/2/2001 sulle prestazioni sociosanitarie. Gli aggiustamenti (in un caso si tratta di una interpretazione esplicita) sono i seguenti:

A. *Precisazione e divulgazione di che cosa si intenda per aiuto infermieristico nell'assistenza domiciliare.* Il SSN, in base all'allegato 1C del DPCM 29/11/2001, dovrebbe farsi carico del 50% dell'"aiuto infermieristico" e dell'assistenza tutelare alla persona erogati all'interno dell'assistenza domiciliare integrata (ADI). Il resto delle prestazioni erogate nell'ADI, la parte più propriamente sanitaria, è ovviamente a carico totalmente del SSN. Ma che cosa si

[6] Il calcolo di questi costi è impossibile da farsi stante il numero delle regioni ancora inadempienti, il numero delle prestazioni coinvolte la contemporanea presenza di regole per alcune prestazioni e l'assenza per altre.

intende con la terminologia ambigua dell'"aiuto infermieristico"? E' proprio un organismo istituito dalla Conferenza Stato-Regioni che lo chiarisce. Infatti, il Tavolo di monitoraggio e verifica sui LEA[7] ha stabilito che "le prestazioni di aiuto infermieristico indicate alla lett. e) nell'ambito dell'assistenza programmata a domicilio, non coincidono con le prestazioni proprie dell'infermiere professionale (indicate alla lett. c come prestazioni infermieristiche a domicilio), ma rappresentano prestazioni eseguite da operatori diversi che, svolgendo compiti di assistenza tutelare, collaborano con l'infermiere professionale". Ne consegue che i comuni non partecipano alla spesa per l'assistenza infermieristica, ma solo per l'assistenza tutelare e nella misura del 50%. Questa interpretazione ufficiale non è adeguatamente conosciuta e praticata per cui la sua formalizzazione e la sua divulgazione dovrebbero produrre un aumento nell'uso delle ore di assistenza tutelare per gli assistiti a domicilio ed una riduzione degli oneri a carico dei comuni e dell'utenza insieme ad un aumento degli oneri a carico della sanità. Il suo costo aggiuntivo per la sanità non andrebbe calcolato in quanto esso è già ricompreso all'interno dei LEA. Questa azione dovrebbe inoltre favorire lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria.

B. *Assegnazione delle fasi intensive ed estensive dell'assistenza alla spesa sanitaria e ripartizione della spesa sociale e sanitaria nella sola fase di lungoassistenza. Definizione della durata delle fasi intensive ed estensive.* Le norme di riferimento – DPCM 14/2/2001 e DPCM 29/11/2001 – utilizzano le fasi dell'assistenza per la definizione della ripartizione della spesa fra i vari soggetti. Pur con delle eccezioni assai significative, la logica della ripartizione degli oneri prevede che nella fase intensiva ed estensiva sia il Servizio sanitario a farsi integralmente carico degli oneri legati alle prestazioni da erogare. Mentre nella fase di lungoassistenza dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per gli anziani e i disabili (esclusi quelli a responsività minimale) è prevista la partecipazione ai costi da parte dell'utente o del comune; la stessa cosa dicasi per l'assistenza tutelare dell'ADI per gli anziani non autosufficienti. Per dare coerenza e linearità al sistema occorre, nelle fasi assistenziali intensive ed estensive che sono caratterizzate dall'intento curativo/riabilitativo, eliminare la quota sociale dalle tre prestazioni citate. Quest'ultima deve invece essere mantenuta nella fase della lungo assistenza caratterizzata dall'intento di mantenimento della condizione dell'assistito. Ma questo non basta. Purtroppo, la norma non definisce chiaramente la durata delle singole fasi, per cui occorre stabilirla per poter conoscere quando inizia la fase di lungo assistenza, in cui saranno chiamati alla spesa anche i comuni e l'assistito. A questo proposito si può disporre che:

1. le fasi assistenziali intensive e estensive sono a completo carico del Servizio sanitario;
2. l'onere sociale per l'assistenza tutelare delle cure domiciliari va previsto solo nella fase della lungoassistenza (escluse quindi le fasi intensive ed estensive). Convenzionalmente si può stabilire che in caso di dimissione dall'ospedale e dalla RSA, l'assistenza domiciliare fornita nei 60 giorni successivi non

[7] Organismo istituito dalla Conferenza Stato-Regioni in attuazione del punto 15 dell'accordo dell'8 agosto 2001. L'interpretazione formale è stata approvata nella riunione del 17 luglio 2002 dell'organismo.

preveda alcuna quota a carico dell'utenza per il cosiddetto "aiuto infermieristico". In tale periodo, della quota sociale, se ne faranno carico i comuni;

3. l'onere sociale per l'assistenza semiresidenziale per disabili gravi va previsto solo nella fase della lungoassistenza. Per la fase estensiva (quella intensiva non ricorre) si può convenzionalmente stabilire che in caso di dimissione dall'ospedale e da strutture residenziali, l'assistenza semiresidenziale fornita nei 45 giorni successivi non preveda la quota sociale. La maggior spesa sanitaria stimata è di 1,7 milioni di euro, ipotizzando che solo il 20% degli utenti non provenga dal proprio domicilio;
4. l'onere sociale per l'assistenza semiresidenziale per anziani non autosufficienti va previsto solo nella fase della lungoassistenza. Per la fase estensiva (quella intensiva non ricorre) si può convenzionalmente stabilire che in caso di dimissione dall'ospedale e da strutture residenziali, l'assistenza semiresidenziale fornita nei 45 giorni successivi non preveda la quota sociale. La maggior spesa sanitaria stimata è di 1,1 milioni di euro, ipotizzando che solo il 15% degli utenti non provenga dal proprio domicilio;
5. nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti le fasi assistenziali intensive ed estensive devono avere una durata complessiva di 60 giorni. Il 61° giorno inizia la fase di lungo assistenza, come già peraltro avviene in molte regioni;
6. nelle strutture residenziali per disabili gravi la fase estensiva (quella intensiva non ricorre) va considerata in caso di dimissione dall'ospedale e da strutture residenziali per una durata di 45 giorni. In questo caso la maggior spesa sanitaria è irrisoria tenuto conto della bassissima quota di utenti che provengono direttamente dall'ospedale e dal bassissimo livello di rotazione nell'utilizzo dei posti letto.

C. *Applicazione delle medesime percentuali di ripartizione dei costi a tutti i disabili gravi con la certificazione di gravità (di cui alla L. 104/1992) indipendentemente dalla struttura residenziale di collocazione.* Le strutture residenziali per i disabili sono essenzialmente di tre tipologie, anche se le denominazioni usate sono le più varie: a) le RSA per disabili (strutture sanitarie per disabili gravi con bisogni di ampia copertura sanitaria fino alle 24 ore); b) le strutture protette (strutture sociosanitarie per disabili gravi); c) le strutture a carattere comunitario (strutture sociali o sociosanitarie caratterizzate da bassa intensità assistenziale) per disabili con limitata autonomia personale, privi del necessario supporto familiare o per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente contrastante con il piano individualizzato di assistenza. La riorganizzazione di questo settore assistenziale è stata realizzata solo in poche regioni per cui solo in una minoranza di regioni viene applicata la ripartizione dei costi prevista dalla normativa nazionale per le strutture per disabili gravi. Inoltre, i disabili gravi regolarmente certificati in base alla L. 104/1992, in realtà, sono impropriamente collocati in tutte e tre le tipologie di strutture con trattamenti assistenziali ed oneri assai diversi. A questo punto per non penalizzare i disabili gravi che abitano in una regione che non ha ancora attuato la riorganizzazione del settore residenziale per i disabili, si avanza una specifica proposta. Ovvero, transitoriamente, al fine di trattare equamente tutti i disabili gravi e per stimolare positivamente le regioni, in attesa che diano attuazione alle riorganizzazione delle strutture

residenziali, può essere applicata la ripartizione dei costi pari al 70% di quota sanitaria e al 30% di quota sociale per tutti i disabili gravi con certificazione di cui alla L. 104/1992, indipendentemente dalla struttura residenziale in cui sono collocati. Il punto di approdo è naturalmente quello di avere strutture dedicate ma nel frattempo sarebbe ingiusto non applicare le quote stabilite a livello nazionale. I maggiori costi sanitari relativi a questa operazione sono stati quantificati in 66,2 milioni di euro.

Nel complesso, questa ipotesi si pone primariamente l'obiettivo di migliorare l'equità nell'applicazione regionale dei LEA sociosanitari, di ridurre i costi degli assistiti e di perseguire l'effettiva rispondenza dei costi alla loro natura sociale o sociosanitaria. Infatti, la suddetta proposta considera allo stesso modo disabili nelle stesse condizioni di gravità ma che per ritardi organizzativi, sono collocati in strutture diverse. Senza peraltro dimenticare che, in tal modo si riducono giustamente anche gli oneri a carico dell'assistito. Gli stessi obiettivi sono stati perseguiti definendo anche la durata delle fasi assistenziali estensive ed intensive (prive di partecipazione sociale alla spesa) dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), dei Centri diurni e delle Residenze sanitarie. Si tratta di un complesso di interventi il cui costo sanitario ammonta a circa 69 milioni di euro (66,2 milioni per i disabili gravi, cui si aggiungono 2,8 milioni di euro per l'esenzione sociale nei primi 45 giorni di degenza nei centri diurni), ma che aumenta l'equità del sistema e riduce le differenze territoriali (tenuto conto che alcuni interventi sono già attuati da diverse regioni) (Cfr. Tab. 5).

Tab. 5. Griglia valutativa dell'ipotesi 2: "La giusta applicazione"

Dimensioni	Punti di forza e Punti di debolezza
Finanza pubblica	Maggior spesa pari a 69 milioni di euro.
Efficacia	Riduzione dei costi a carico degli assistiti. Percezione da parte degli assistiti di maggiore giustizia. Migliori condizioni di accesso all'ADI.
Equità	Attuazione più equa della normativa. Si trattano in modo equo persone nelle medesime condizioni (disabili gravi).
Differenze territoriali	Riduzione delle differenze fra le regioni considerato che alcuni interventi sono già attuati da molte regioni.
Fattibilità	Le proposte non richiedono trasformazioni organizzative. Sono realizzabili abbastanza facilmente.
Welfare futuro	Gli aggiustamenti proposti possono essere mantenuti senza scompensi, anche in futuro. Anzi, il loro impatto si ridurrà nel futuro (per i disabili gravi).

Un intervento di questo tipo, per la dimensione del costo, è sostenibile nel tempo ed anzi il suo impatto dovrebbe ridursi in futuro man mano che avanza la riorganizzazione dei servizi residenziali per i disabili gravi. Le proposte della ipotesi 2, anche se più numerose di quelle contenute nelle altre ipotesi, sono realizzabili abbastanza facilmente dato che non richiedono trasformazioni organizzative ma solo regolamentari (Cfr. Tab. 5).

Profilo ipotesi 3: "RSA al 60%". *Oltre a quanto previsto nell'ipotesi 2, occorre modificare le quote relative alle RSA per anziani non autosufficienti ponendo il 60% dei costi a carico della sanità e il 40% a carico del sociale.* Attualmente la quota di partecipazione alla spesa da parte degli

utenti è fissata in egual misura al 50% sia nelle residenze/case protette, sia nelle RSA per anziani, seppure codesta ripartizione non sia supportata da studi oggettivi sui costi delle strutture residenziali per anziani e sulla loro origine. Le RSA ospitano anziani con bisogni sanitari più importanti delle residenze protette e quindi garantiscono livelli assistenziali sanitari più elevati che comprendono la copertura sanitaria nelle 24 ore. Questo spiega il maggior onere sanitario da prevedere per le RSA, portandolo, per l'appunto, al 60% del totale dei costi. Non è infatti logico prevedere una identica ripartizione dei costi nelle due strutture, perché diverse sono le quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie che vengono erogate. Si tenga conto che parliamo di prestazioni socio-sanitarie caratterizzate, per espressa determinazione di legge, dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali, dall'indivisibilità dell'impatto congiunto sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza, per cui la ripartizione dei costi non può essere fatta semplicemente valutando il costo delle figure prettamente sanitarie.

L'ipotesi non è nuova, dato che un terzo delle regioni italiane ha già modificato la ripartizione dei costi delle RSA, assegnando alla sanità un onere superiore al 50% (Cfr. Tab.2).
Con questa proposta si intende promuovere l'effettiva rispondenza dei costi alla loro natura sociale o sanitaria e nel contempo ridurre gli oneri a carico degli assistiti. Una struttura sanitaria preposta alla cura di soggetti non autosufficienti, che richiede una copertura sanitaria nelle 24 ore, non può dividere a metà le spese con gli assistiti. Questo infatti non accade con nessuna altra prestazione sanitaria che abbia queste caratteristiche.

Una modificazione di questo tipo determinerebbe un maggior costo sanitario annuo di 312 milioni di euro. Il suo impatto economico nel futuro dipende dal livello di sviluppo delle RSA, ma considerando che le stesse dovrebbero essere riservate a non autosufficienti non assistibili a domicilio, l'onere da assumere dovrebbe essere considerato prioritario. La proposta si caratterizza per una serie di effetti positivi. Mantiene un alto livello di efficacia perché interviene direttamente su una delle più importanti criticità costituita dall'alto costo sostenuto dagli assistiti con una azione di facile realizzabilità che non richiede trasformazioni organizzative (Cfr. Tab. 6).

Tab. 6. Griglia valutativa dell'ipotesi 3: "RSA al 60%"

Dimensione	Punti di forza e Punti di debolezza
Finanza pubblica	Maggiore spesa pari a 312 milioni di euro.
Efficacia	Riduzione dei costi a carico degli assistiti, Percezione da parte degli assistiti di maggiore giustizia. Promozione dell'appropriatezza nell'uso delle risorse.
Equità	Maggiore equità perché c'è un trattamento diverso fra persone in condizioni diverse (ricoverate in RSA o RP).
Differenze territoriali	Riduzione delle differenze fra le regioni dato che alcune hanno già previsto percentuali di spesa superiori al 50%.
Fattibilità	Le proposte non richiedono trasformazioni organizzative. Sono realizzabili abbastanza facilmente.
Welfare futuro	L'impatto nel futuro dipende dal livello di sviluppo delle RSA.

Cresce così anche l'equità del sistema perché riconoscendo un maggior contributo sanitario nelle RSA rispetto alle residenze protette si riconoscono oggettivamente le maggiori necessità degli

anziani che in tali strutture vengono ricoverati. Analogamente, si riducono anche le differenze territoriali allargando all'intera nazione un percorso che diverse regioni hanno già avviato adottando quote di spesa sanitaria per le RSA superiori al 50% (Cfr. Tab. 6).

Profilo ipotesi 4: "Modulazione dei centri diurni". *Oltre a quanto previsto nell'ipotesi 3, occorre modificare le quote relative all'assistenza semiresidenziale per anziani. Sono da prevedere due prestazioni al posto di quella attuale (50% sanità e 50% sociale): l'assistenza semiresidenziale per anziani non autosufficienti con il 60% dei costi a carico della sanità e il 40% a carico del sociale; l'assistenza semiresidenziale per anziani parzialmente autosufficienti a rischio di istituzionalizzazione con il 40% dei costi a carico della sanità e il 60% a carico del sociale.* Nella situazione attuale è prevista una sola tipologia di assistenza semiresidenziale per anziani non autosufficienti che prevede una ripartizione degli oneri al 50% fra sanità e sociale. Ad oggi, nei Centri diurni vengono accolti anche anziani che non sono ancora non autosufficienti ma che lo sono parzialmente, e che soprattutto per le loro condizioni sociali e sanitarie sono a rischio di istituzionalizzazione.

L'attuale normativa nazionale presenta le seguenti criticità:

- non incentiva l'uso del centro diurno per anziani non autosufficienti al fine di contrastare il ricovero in strutture residenziali;
- non presta la necessaria attenzione alla categoria degli anziani parzialmente autosufficienti ed a rischio di istituzionalizzazione che, pur non avendo la necessità di prestazioni sanitarie pari a quelle dei non autosufficienti, abbisognano comunque di assistenza che eviti o rinvii il possibile ricorso alle strutture residenziali. Obiettivo questo ampiamente condiviso sia dal settore sanitario che da quello sociale. Anche in questo caso sarebbe logico prevedere un contributo della sanità alla copertura dei costi, seppur più basso, vista la migliore condizione degli anziani coinvolti.

La presente ipotesi di cambiamento supera le criticità e le iniquità per diventare strumento efficace di politica sanitaria e sociosanitaria che consente un uso più appropriato delle risorse, contrasta il rischio di istituzionalizzazione degli anziani, migliorandone in definitiva la qualità della vita. Inoltre, favorisce l'effettiva rispondenza dell'attribuzione dei costi alla loro effettiva natura sociale o sanitaria e, nel contempo, riduce gli oneri a carico degli assistiti non autosufficienti (Cfr. Tab. 7).

Tab. 7. Griglia valutativa dell'ipotesi 4: "Modulazione dei centri diurni"

Dimensione	Punti di forza e Punti di debolezza
Finanza pubblica	7 milioni di euro.
Efficacia	Interventi più appropriati e quindi più efficaci. Più tutela per i soggetti a rischio di istituzionalizzazione.
Equità	Intervento più equo perché considera diversamente persone in condizioni diverse.
Differenze territoriali	Impegna tutte le regioni a riorganizzare l'assistenza semiresidenziale.
Fattibilità	Richiede una riorganizzazione dell'assistenza semiresidenziale. Tempi medi.
Welfare futuro	Effetti da verificare nel tempo. Se come previsto, l'iniziative incide sul rischio di istituzionalizzazione l'impatto sarà certamente positivo.

Tale ipotesi è in parte ripresa dal Piemonte, dove il Servizio sanitario si fa carico del 70% dei costi dei centri diurni per i malati di Alzheimer. La maggior spesa sanitaria relativa a questa ipotesi non è facilmente stimabile per l'assenza dei dati necessari sulla quota di non autosufficienti e di parzialmente non autosufficienti presenti nei centri diurni[8]. Ipotizzando che gli ospiti dei centri diurni per anziani siano per due terzi non autosufficienti e per un terzo parzialmente non autosufficiente si può stimare un maggior onere sanitario di 7 milioni di euro all'anno. Nel lungo periodo le conseguenze sulla spesa potrebbero essere addirittura positive per l'effetto di contenimento dei ricoveri in strutture residenziali. La proposta richiede però un intervento regionale di riorganizzazione dell'assistenza semiresidenziale che può richiedere tempi medi o medio–lunghi di realizzazione (Cfr. Tab. 7).

2.2. Percorso attuativo

Tutte le proposte, che possono essere trattate come moduli aggiuntivi e progressivi, vanno ad intaccare l'allegato 1C del DPCM 29/11/2001 sui LEA. La loro approvazione a livello nazionale passa dunque attraverso una modifica del DPCM 29/11/2001 sui Lea da approvare in Conferenza Stato-Regioni e in Conferenza Stato-Città-Autonomie locali. L'attuazione poi spetta alle regioni, che però nell'esperienza attuale si è dimostrata troppo lenta. Per questo motivo risulterà decisivo il monitoraggio statale sullo stato di attuazione della normativa per stimolare tutti ad un puntuale adempimento di quanto concordato.

Le modificazioni normative regionali possono richiedere tempi relativamente brevi di recepimento inferiori all'anno e produrre immediatamente degli effetti finanziari. Le modificazioni nell'offerta dei servizi hanno invece bisogno almeno del medio periodo per produrre effetti davvero significativi.

3. Sintesi conclusiva

Nel sistema attuale delle cure di lungo termine per le persone non autosufficienti permangono le seguenti criticità:

- elevata spesa familiare con particolare riferimento all'assistenza residenziale a fronte di un basso livello di spesa pubblica, soprattutto sanitaria;
- qualche incoerenza nel complesso della normativa nazionale sulla ripartizione della spesa per i servizi sociosanitari;
- grandi disomogeneità regionali nell'applicazione dei LEA sociosanitari.

[8] Che la quota degli anziani parzialmente non autosufficienti presenti nei centri diurni sia comunque significativa si desume dalla lettura del capitolo della presente ricerca dedicato all'assistenza residenziale e semiresidenziale dove si evidenzia che i centri diurni autorizzati ad ospitarli sono la maggioranza.

Le proposte presentate puntano a superare queste criticità tenendo conto della loro praticabilità organizzativa e finanziaria. L'altra caratteristica che le contraddistingue è la modularità che permette alle proposte stesse di essere adottate singolarmente o sommandosi l'una all'altra in un percorso graduale e logico che si completa con l'adozione della quarta ipotesi. Inoltre di ogni ipotesi sono stati valutati gli effetti sull'utenza, nell'organizzazione dei servizi e nella finanza pubblica secondo uno schema uguale per tutti che è stato sintetizzato nella Tab. 8. La stessa tabella ci consegna la valutazione sintetica di un pacchetto di proposte in grado di migliorare la ripartizione della spesa per i servizi per la non autosufficienza con costi sostenibili.

Tab. 8. Sintesi delle griglie valutative delle 4 ipotesi

Dimensione	Ip. 1: nessun cambiamento	Ip.2: La giusta applicazione	Ip. 3: RSA al 60%	Ip. 4: Modulazione centri diurni
Finanza pubblica	L'intervento è già finanziato con il riparto del FSN.	Maggior spesa pari a 69,0 milioni di euro.	Maggiore spesa pari a 312 milioni di euro.	Maggiore spesa pari a 7 milioni di euro.
Efficacia	Non supera le criticità	Riduzione dei costi a carico degli assistiti. Percezione da parte degli assistiti di maggiore giustizia.	Riduzione dei costi a carico degli assistiti. Percezione da parte degli assistiti di maggiore giustizia. Promozione dell'appropriatezza nell'uso delle risorse.	Interventi più appropriati e quindi più efficaci. Più tutela per i soggetti a rischio di istituzionalizzazione.
Equità	Nessun impatto	Si trattano in modo equo persone nelle medesime condizioni.	Maggiore equità perché c'è un trattamento diverso fra persone in condizioni diverse.	Intervento più equo perché considera diversamente persone in condizioni diverse.
Differenze territoriali	Riduce le differenze territoriali	Riduce le differenze fra le regioni.	Riduce le differenze fra le regioni.	Impegna tutte le regioni a riorganizzare l'assistenza semiresidenziale.
Fattibilità	Realizzabile con facilità	Le proposte non richiedono trasformazioni organizzative.	Le proposte non richiedono trasformazioni organizzative.	Richiede una riorganizzazione dell'assistenza semiresidenziale. Tempi medi.
Welfare futuro	Non risolve i problemi	Gli aggiustamenti proposti possono essere mantenuti senza scompensi, anche in futuro.	L'impatto nel futuro dipende dal livello di sviluppo delle RSA ma l'onere dovrebbe essere sostenibile.	Effetti da verificare nel tempo. Se l'iniziative incide sui ricoveri l'impatto sarà molto positivo.

Il complesso delle proposte, infatti, prevede una maggiore spesa sanitaria complessiva di 388 milioni di euro annui in condizioni di stabilità dell'offerta dei servizi (Cfr. Tab. 9), che andranno a ridurre gli oneri sostenuti soprattutto dagli utenti dei servizi. Spesa che si può diminuire in modo significativo nel caso di adozione solo di alcune delle ipotesi prospettate.

Il maggior costo sanitario del complesso di queste riforme non è particolarmente elevato. I motivi sono stati esplicitati. Non si è voluto tener conto dei costi che potrebbero derivare dall'applicazione dell'allegato 1C del DPCM 27/11/2001 da parte delle regioni ancora inadempienti

perché questi interventi, anche se non realizzati in molte regioni, sono già finanziati in tutte le regioni con il riparto annuale del Fondo sanitario nazionale. Allo stesso modo, non sono stati calcolati i maggiori costi sanitari che potrebbero derivare da uno sviluppo dell'assistenza tutelare sociale all'interno dell'ADI il cui costo ricadrebbe per il 50% sugli enti sanitari, perché anche questa prestazione, anche se ancora poco sviluppata in Italia, è già prevista dai LEA e quindi già finanziata dal Fondo sanitario nazionale. Questi due elementi pur producendo dei costi non possono essere valutati come maggiori costi che derivano dalla presente proposta di riforma e conseguentemente non sono stati valutati.

Nella valutazione della maggiore spesa sanitaria complessiva ha inciso moltissimo l'aver assunto come punto di riferimento l'offerta di servizi residenziali attuali, anche se questa risulta ad oggi fra le più deboli di Europa e dunque dovrà in futuro sicuramente crescere, come viene illustrato nel capitolo sull'assistenza residenziale e semiresidenziale. Inoltre, la stima dei maggiori costi sanitari è stata influenzata dal vincolo normativo di aver potuto prevedere delle nuove regole solo per le RSA, che però costituiscono solo un terzo dell'offerta residenziale per anziani e non averlo potuto fare, per esempio, per le residenze assistenziali (case di riposo), che formalmente non possono ospitare soggetti non autosufficienti, mentre nella realtà ne sono pieni.

Tutto questo non inficia il rigore e la fondatezza delle stime di maggior spesa presentate che, in presenza di un aumento dell'offerta residenziale o semiresidenziale, vedrà aumentare proporzionalmente i propri valori di spesa[9].

Tab. 9. Le stime di maggior spesa sanitaria delle 4 ipotesi

Ipotesi	**Maggior costo sanitario** (mln. Euro)	**Note**
1. Nessun cambiamento	0	L'applicazione degli attuali LEA può determinare un maggior costo già finanziato dal FSN.
2. La giusta applicazione	69,0	
3. RSA al 60%	311,7	Diverse regioni già applicano una percentuale di spesa sanitaria superiore al 50%.
4. Modulazione dei centri diurni	7,0	ipotizzando che gli utenti dei centri diurni per anziani siano per 2/3 non autosufficienti e per 1/3 parzialmente non autosufficienti
TOTALE	**387,7**	

Note: la stima è stata realizzata a cura del CAPP ipotizzando una condizione di stabilità dell'offerta. La valutazione della ipotesi 4 è stata realizzata da F. Pesaresi.

Bibliografia di riferimento

Agenas, *Modelli e costi di assistenza agli anziani non autosufficienti e modelli innovativi di assistenza primaria*, Agenas, Roma, 2009. Sito web: www.assr.it

[9] Così pure come i maggiori costi effettivi delle regioni inadempienti saranno nella realtà superiori a quelli stimati dovendo aggiungere a questi quelli relativi agli atti ancora non recepiti.

Busilacchi G., Pesaresi F., “Diverse strategie nella richiesta di contributi agli utenti: un’analisi dei modelli di compartecipazione al costo dei servizi LTC nelle regioni”, in La rivista delle Politiche sociali, n. 2/2005, Ediesse Editore.

Cavazza G., Zanini G., *Tariffe eque nei servizi alla persona*, Maggioli editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2008.

Istat, L’assistenza residenziale e socio-assistenziale – anno 2004, Istat, Roma, 2007.

Istat, L’assistenza residenziale e socio-assistenziale – anno 2005, Istat, Roma, 2008.

Pesaresi F., *La suddivisione della spesa tra utenti e servizi*, in Gori C. (a cura di), “Le riforme regionali per i non autosufficienti”, Carocci press online, Roma, 2008.

Pesaresi F., Brizioli E., *I servizi residenziali*, in N.N.A. Network Non Autosufficienza (a cura di), “L’assistenza agli anziani non autosufficienti – Rapporto 2009”, Maggioli editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2009.

Nota metodologica sulle previsioni di spesa

A cura del CAPP dell’Università di Modena

La fonte principale dei dati per le simulazioni sulla ripartizione degli oneri nell'assistenza residenziale[10] è l'"Indagine sull’assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia" dell’Istat, anni 2004 e 2005. Per le stime di spesa media mensile per utente, suddivise in quota sanitaria e quota sociale la fonte è Pesaresi (2008), che ha rielaborato i dati sulle tariffe e le rette pagate da SSN, Comune e utente per disabili adulti e anziani non autosufficienti, riportati nell’Indagine sull’assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia, anno 2004. Differentemente dal capitolo sullo sviluppo della residenzialità, si ragiona sul numero di ospiti e non sul numero di posti letto. Di conseguenza, i valori di spesa totale per tipo di utente e presidio possono essere inferiori, nel caso in cui le residenze considerate, in particolare le residenze socio-sanitarie per anziani, ospitino anche disabili adulti. Inoltre, i nuclei alzheimer, rappresentando una quota molto ridotta del totale, vengono qui ricompresi fra le RSA.

Le tariffe medie regionali per ospite in RSA sono state stimate moltiplicando la spesa media regionale per utente per il rapporto a livello nazionale fra spesa media per utente in RSA e spesa media per utente in residenze. Lo stesso metodo viene utilizzato per stimare la spesa media per utente in residenza socio-sanitaria per anziani. Nell’indagine del 2004 non sono, infatti, disponibili dati a livello regionale distinti per tipo di presidio. La stima proposta, di per sé approssimativa, è stata verificata controllando le quote sanitarie risultanti con quelle rilevate da Pesaresi (2008) per varie regioni. Per alcune regioni è stato necessario un aggiustamento. In particolare, per Molise, Puglia e Basilicata si è utilizzata la spesa media nazionale per RSA (Pesaresi, 2008), mentre per

[10] I costi per le proposte relative all'Adi non sono stati stimati in quanto non è risultato possibile integrare in modo coerente i dati sulla spesa comunale per l'Adi con quelli sulla spesa da parte del SSN. Le stime di spesa per le riforme dell'assistenza semiresidenziale nelle ipotesi 2 e 4 sono state elaborate da Franco Pesaresi.

Valle d'Aosta la si è posta pari a un valore rilevato sulla base delle tariffe applicate dai presidi regionali. Si noti che non si è definito un costo standard a livello nazionale, né si è ipotizzata convergenza fra i livelli di spesa media regionale. La scelta è giustificata dalla presenza di forti differenziazioni regionali che difficilmente si livelleranno nel breve periodo. Infine, per i disabili gravi ospiti in residenze diverse dalle RSA si è posta una spesa media pari alla spesa media rilevata a livello regionale. Tutti i valori sono stati riportati al 2009 utilizzando l'indice dei prezzi al consumo NIC (comprensivo dei tabacchi).

La procedura generale per ragionare sullo status quo (anno 2009) è stata quella di stimare la percentuale di ospiti in residenze sul totale di popolazione residente al 31/12/2005, per poi riportarla al 2009 per i rispettivi valori della popolazione[11]. L'ipotesi sottostante è che il tasso di istituzionalizzazione sia rimasto costante rispetto all'ultimo dato disponibile. Il numero di ospiti al 31/12/2005 è tratto dall'Indagine sull'assistenza residenziale e socio-assistenziale, mentre la fonte per i dati sulla popolazione residente (all'1/1/2006 e previsione per l'1/1/2010, scenario centrale) è demo.istat.it. Questa procedura, descritta in termini generali, è stata adottata distinguendo sia per tipo di utente (disabile adulto o anziano) che per tipo di struttura. Nelle elaborazioni non sono stati considerati i minori con handicap ospiti in residenze, perché i dati originali di spesa si riferivano a disabili adulti e anziani non autosufficienti. Per distinguere tra disabili gravi e disabili non gravi viene invece utilizzata la proporzione di disabili adulti "totalmente dipendenti" sul totale dei disabili adulti presenti in strutture, dato presente nella sola "Indagine sull'assistenza residenziale" per l'anno 2004. Non essendo distinta per tipo di struttura, per poter utilizzare questa informazione assumiamo che il 100% dei disabili ospiti in RSA sia da considerarsi grave, quanto meno ai fini della definizione delle quote sanitarie.

Nella stima dei costi al variare della ripartizione fra sociale e sanitario si è assunto che il tasso di istituzionalizzazione e la distribuzione per tipo di presidio non cambino. In questo modo si è isolata la spesa per le riforme introdotte in questo capitolo dalle proposte relative allo sviluppo e alla rimodulazione complessiva dell'assistenza residenziale. E' bene precisare che, per ragioni chiarite all'interno del paragrafo, si è ipotizzato che la corretta applicazione delle quote previste attualmente dalla normativa (scenario 1) non comporti una variazione della spesa. Tutti i cambiamenti indicati per gli altri scenari vanno quindi intesi al netto dell'applicazione dei criteri di suddivisione che dovrebbero essere già stati introdotti. Infine, per le motivazioni esposte nell'introduzione, tutte le stime proposte nel capitolo sono di tipo statico.

[11] Per la percentuale di anziani ospiti in RSA del Molise ci si è riferiti al 31/12/2004, perché a tale data risultava positiva, mentre l'indagine del 2005 riporta un valore nullo.

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti.
Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 12

L’Isee

di
Stefano Toso

Università di Bologna

Luglio 2010

1. Premessa

La determinazione del livello di compartecipazione al finanziamento della spesa per la non autosufficienza comporta in genere l'applicazione di criteri di selettività in base alla condizione economica del beneficiario e del nucleo familiare di appartenenza. Lo strumento di selezione individuato a livello nazionale per l'accesso alle prestazioni e, in diversi casi, per quantificare il livello di compartecipazione dell'utenza alla copertura finanziaria del servizio è costituito dall'Indicatore della situazione economica equivalente (Isee), il metro di valutazione della condizione economica dei beneficiari di prestazioni sociali agevolate, previsto dall'art. 59, c. 51, della legge finanziaria per il 1998 (l. n. 449/1997) e introdotto con il decreto legislativo n. 109/1998.

L'Isee misura, come noto, il reddito e il patrimonio del richiedente la prestazione a familiare, fermo restando il carattere individuale del diritto all'accesso. L'indicatore, perlopiù applicato a servizi erogati a livello locale (asili nido e altri servizi educativi per l'infanzia, mense scolastiche, agevolazioni per servizi di pubblica utilità, ecc.) ma impiegato anche nella fornitura di trasferimenti monetari del governo centrale (assegno alle famiglie con almeno tre minori, assegno di maternità, social card, ecc.), innova profondamente i criteri di selettività preesistenti, sostanzialmente basati su un metro individuale e reddituale (il reddito complessivo Irpef), poco in grado di rispecchiare l'effettivo benessere economico del soggetto, a causa dei problemi di erosione ed evasione dell'imposta personale sul reddito.

Il primo decennio di vita del nuovo indicatore è stato piuttosto travagliato, tanto che a quasi 10 anni dalla sua ridefinizione con il decreto legislativo n. 130/2000, la normativa non può dirsi ancora completata in tutti i suoi aspetti. In particolare, manca all'appello il decreto attuativo previsto dal d. lgs. n. 130/2000 che avrebbe dovuto fissare i limiti dell'applicazione dell'Isee alle prestazioni assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura socio-sanitaria, erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo, e rivolte a persone con handicap permanente grave, nonché a soggetti con più di 65 anni non autosufficienti.

Se la mancata introduzione del decreto attuativo dell'Isee in materia di prestazioni socio-sanitarie per la non autosufficienza non ha impedito ad alcune regioni di adottare il nuovo indicatore anche per servizi di questo tipo, il ritardo nel completare la normativa ha determinato negli enti erogatori delle prestazioni in esame una situazione di incertezza normativa e, in alcuni casi, di conseguente immobilismo. Il ricorso all'Isee è divenuto sì sempre più frequente ma non ha sostituito in via definitiva il sistema tradizionale di valutazione della condizione economica basato sul reddito (al lordo o al netto dell'Irpef), determinando una situazione nella quale di fatto coesistono criteri di selettività per l'accesso alle prestazioni e la compartecipazione al costo molto diversi tra loro. Sotto questo profilo, non è casuale che tra le prestazioni sociali assoggettate al nuovo indicatore per le quali si è raccolto il minor numero di dichiarazioni sostitutive uniche Isee su tutto il territorio nazionale ci siano proprio quelle riguardanti i servizi socio-sanitari, sia residenziali sia domiciliari, rivolti a persone non autosufficienti o disabili.

L'applicazione concreta dell'Isee, pur rappresentando uno strumento utile per iniettare nel sistema di welfare italiano dosi di maggiore equità verticale e orizzontale, ha fatto emergere alcuni aspetti critici in relazione a:

a) la definizione (più o meno ampia) del nucleo familiare da assumere come riferimento per l'applicazione della prova dei mezzi,
b) le modalità di calcolo dell'indicatore (definizione della componente reddituale, ruolo delle franchigie patrimoniali),
c) l'evoluzione in senso federalista delle politiche assistenziali successiva alla riforma del Titolo V della Costituzione, che ha spinto alcune regioni a modificare la normativa nazionale e a creare propri Isee regionali[1].

Il presente lavoro si prefigge due finalità:

1) di analizzare i punti critici a) e b), nell'ipotesi che l'attuale disciplina dell'Isee meriti di essere perfezionata sotto più profili,
2) di fornire nuovi elementi di valutazione empirica degli effetti di equità associati all'applicazione dell'indicatore, sia secondo la normativa vigente, sia ipotizzando scenari alternativi di riforma.

Sotto il primo profilo, quella degli elementi costitutivi dell'Isee, l'attenzione è dedicata ai problemi che si pongono con riferimento alla sua applicazione ai servizi per la non autosufficienza. Ciononostante, alcune indicazioni potrebbero rivelarsi utili anche ai fini del suo impiego ad altri programmi di welfare. Le domande a cui si cercherà di rispondere riguardano il disegno di fondo dell'indicatore: è più opportuno valutare la condizione economica del richiedente la prestazione con riferimento all'individuo o al suo nucleo familiare? Se si opta per il riferimento al nucleo familiare, come lo si deve definire? Nelle modalità di calcolo del reddito e del patrimonio, come devono essere definite queste grandezze e come devono essere combinate tra loro?

Per quanto riguarda il secondo profilo, quella della verifica empirica degli effetti perequativi prodotti dall'applicazione dell'Isee vigente e di sue possibili riforme sui bilanci delle famiglie, lo studio si avvale di strumenti di microsimulazione che consentono di stimare, a partire da un campione di unità microeconomiche rappresentativo dell'universo di riferimento, gli effetti di impatto sulla distribuzione del reddito o di altri indicatori di benessere economico (come appunto l'Isee) di diversi criteri selettivi per il diritto all'accesso e la compartecipazione alla spesa.

2. L'Isee: finalità e caratteristiche

Funzione essenziale dell'Isee è quella di fornire un metro di misura delle condizioni economiche delle famiglie, da adoperarsi per governare l'accesso e/o la tariffazione di prestazioni sociali agevolate. Rispetto ad altre misure di selettività, caratteristica distintiva di questo indicatore è quella di considerare, accanto alla situazione reddituale, una componente patrimoniale e di

[1] Per un'analisi di quest'ultimo punto, che non affronteremo in questa sede, cfr. Pesaresi [2008].

valutare la condizione economica su base familiare, mediante una scala di equivalenza[2] atta a confrontare famiglie di diversa composizione. Più in particolare, l'Isee è calcolato sommando tra loro l'*indicatore della situazione reddituale* e l'*indicatore della situazione patrimoniale*, quest'ultimo valutato in una misura del 20%, e dividendo poi il valore ottenuto per un coefficiente tratto da una scala di equivalenza definita per legge. I coefficienti della scala sono una funzione crescente del numero dei componenti della famiglia e tengono conto, mediante alcune maggiorazioni, di altre caratteristiche familiari associate a particolari situazioni di bisogno, come l'eventuale presenza di nuclei monoparentali, di componenti disabili o di nuclei bireddito con minori a carico. I redditi che rilevano ai fini della determinazione dell'indicatore della situazione reddituale sono il reddito complessivo ai fini Irpef[3], al netto di una franchigia pari all'affitto effettivo (ufficialmente registrato) entro un massimale di 5.165 euro, e il rendimento delle attività finanziarie calcolato ad un tasso predeterminato, pari al rendimento medio ponderato annuo all'emissione dei Buoni del Tesoro Poliennali decennali riferito all'anno precedente la dichiarazione ai fini Isee. Per quanto riguarda la determinazione dell'indicatore della situazione patrimoniale, si considerano sia i valori mobiliari (al netto di una franchigia di 15.494 euro) sia quelli immobiliari (al netto dell'eventuale mutuo residuo), con un trattamento di favore per l'eventuale abitazione di proprietà che rileva solo per valori ai fini Ici superiori a 51.646 euro. I punti di forza del nuovo indicatore rispetto ai tradizionali criteri basati sul reddito imponibile Irpef sono l'inclusione nella componente reddituale dell'Isee, seppure in modo forfetario, dei redditi da attività finanziarie, finora escluse dalla prova dei mezzi; la considerazione del patrimonio, in quanto segnaletico di un'autonoma capacità di spesa, distinta da quella derivante dal solo possesso del reddito; il riferimento alla dimensione familiare (la famiglia anagrafica) per valutare la condizione economica dell'utente, fatto salvo il carattere individuale del diritto all'accesso alla prestazione.

L'Isee trova attualmente applicazione in alcuni programmi nazionali di spesa, di carattere monetario, e più diffusamente a livello locale, in riferimento a prestazioni in moneta e in natura. Le prestazioni più di frequente assoggettate ad Isee sono i trasferimenti monetari definiti a livello locale, le prestazioni scolastiche nel cui ambito rientrano ad esempio la fornitura gratuita (o semigratuita) dei libri di testo, le borse di studio (per le quali è la normativa nazionale a prevedere l'uso dell'Isee) e il servizio di mensa scolastica (la cui istituzione e modalità di tariffazione è invece decisa localmente). Programmi che prevedono in alcune regioni il ricorso all'Isee sono anche l'esenzione dai ticket sanitari o misure che vanno dal sostegno economico per il pagamento degli

---

[2] Una scala di equivalenza è un insieme di coefficienti (uno per ciascuna tipologia familiare) che permette di confrontare in modo omogeneo il benessere economico di famiglie diverse tra loro non solo per reddito e/o ricchezza ma anche per altre caratteristiche socio-demografiche (numero di componenti, presenza di disabili, numero di percettori di reddito, ecc.).

[3] I redditi da trasferimenti sono quindi inclusi solo se soggetti all'Irpef: è il caso ad esempio di pensioni e sussidi di disoccupazione, mentre non rilevano ai fini Irpef, e quindi Isee, gli assegni al nucleo familiare, gli assegni di maternità e a favore delle famiglie con almeno tre minori o altri trasferimenti destinati a persone o nuclei particolarmente bisognosi o in condizioni di disabilità, come l'indennità di accompagnamento. Va anche aggiunto che il reddito complessivo Irpef è, per definizione, calcolato prima di ogni deduzione ai fini del calcolo dell'imponibile e include il reddito catastale sull'eventuale abitazione di proprietà, così come i contributi sociali obbligatori a carico dei lavoratori autonomi.

affitti alla determinazione del canone di locazione per l'edilizia residenziale pubblica. Subordinate all'Isee sono infine alcune prestazioni riguardanti l'Università, i servizi educativi per l'infanzia e, per l'appunto, i servizi residenziali per la non autosufficienza.

Considerata l'eterogeneità delle prestazioni e le differenti finalità che ciascuna di esse persegue, non è semplice fornire una giustificazione teorica del ricorso alla selettività in base alla condizione economica nella fornitura di tali servizi. Il dibattito sull'opportunità o no di subordinare alla prova dei mezzi prestazioni di questo genere ha portato a conclusioni assai diverse tra paese e paese e, all'interno del medesimo paese, tra una prestazione e l'altra. Nel caso di quelle rivolte alla cura delle persone non autosufficienti, e a maggior ragione nel nostro sistema di welfare, si può ritenere che essa sia legata più alla perdurante necessità di rispettare precari equilibri di finanza pubblica, e quindi al trade-off tra le finalità universali del programma e il livello socialmente accettabile della pressione fiscale, che alla mancata volontà di socializzare la totalità del rischio della non autosufficienza. Il ricorso al *means-testing* può trovare una giustificazione economica anche come forma di controllo di comportamenti opportunistici da parte degli utenti (o di soggetti che li rappresentano nel mercato dei servizi) o come forma di razionamento della domanda, in presenza di vistose carenze dal lato dell'offerta.

3. Le criticità della situazione attuale: la definizione del nucleo familiare

La teoria economica indica l'individuo come naturale punto di riferimento per le analisi del benessere. E' però indubbio che per ovvie ragioni il benessere individuale ha come importante referente la famiglia: poiché è essenziale alla stessa sopravvivenza nelle fasi iniziali e finali del ciclo di vita in cui gli individui non sono autosufficienti, presentano handicap da punto di vista fisico o sono in condizioni di dipendenza economica e poiché l'organizzazione della vita all'interno di un nucleo familiare consente di realizzare numerose economie di scala. La famiglia appare quindi come l'unità di riferimento più appropriata per una valutazione del livello di benessere individuale. Il problema è tuttavia che non esiste una definizione univoca di cosa debba intendersi per nucleo familiare, anche se normalmente esso può essere concepito come un gruppo di individui legati fra di loro da un vincolo di sangue, matrimonio o affetto, che convivono nella stessa abitazione e mettono in comune la totalità o parte dei loro redditi.

La normativa Isee prevede una definizione di nucleo familiare fondamentalmente costituita dalla famiglia anagrafica, all'interno della quale gli enti erogatori di una prestazione possono definire una particolare nozione di nucleo. Un elemento di interesse, relativamente alla definizione del nucleo familiare nel caso di servizi per la non autosufficienza, che va però nella direzione di recuperare un'accezione strettamente individuale è contenuto nell'art. 3 c. 2 ter del decreto legislativo n. 130/2000, che 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 nostro).

Come si evince dal testo, il legislatore sembra voler sollecitare applicazioni dell'Isee nell'ambito della cura per la non autosufficienza secondo le quali la valutazione della situazione economica è fatta tenendo conto "del solo assistito". Questo aspetto della disciplina non appare soddisfacente, tanto è vero che, come noto, il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui fa menzione l'art. 3 c. 2 ter del d. lgs. n. 130/2000 non è stato ancora emanato. E' inoltre da segnalare come, in un contesto di incertezza normativa, molte amministrazioni locali abbiano messo in atto pratiche elusive, come ad esempio la definizione di criteri di contribuzione molto stringenti per l'anziano considerato isolatamente, accanto alla simultanea introduzione di programmi di spesa a sostegno del reddito della famiglia dell'anziano sulla base di regole che tengono conto del reddito familiare complessivo. In sostanza, nella maggior parte dei casi le regioni sembra abbiano applicato l'indicatore nella sua versione canonica, rigettando l'ipotesi di considerare il solo soggetto destinatario della prestazione come nucleo familiare di riferimento a fini Isee.

Il legislatore è tornato di recente, in occasione della presentazione del disegno di legge delega sull'assistenza ai non autosufficienti nel novembre 2007, sul sentiero indicato dall'articolo 3 comma 2 ter del decreto legislativo 130/2000. Sebbene il disegno di legge non sia stato discusso in sede parlamentare per la brusca fine della legislatura nella primavera successiva, esso prevedeva, in tema di compartecipazione alla spesa, l'impiego di un Isee modificato, che tenesse conto della condizione economica della sola persona assistita, fatta salva la possibilità, per livelli dell'indicatore inferiori a predeterminate soglie di esenzione, di includere nel test dei mezzi anche la condizione economica delle persone beneficiarie di donazione da parte dell'assistito nei cinque anni antecedenti l'accertamento della condizione di non autosufficienza, entro limiti definiti rispetto al valore della donazione stessa.

Il problema della scelta dell'unità economica di riferimento per valutare il diritto di accesso alla prestazione e il grado di compartecipazione al finanziamento della stessa è delicato: il ricorso all'Isee è senz'altro condivisibile, anche se l'ipotesi della sua adozione a livello individuale, anziché familiare, rischia di avvantaggiare i nuclei più benestanti, qualora la famiglia in cui risiede l'anziano è costituito da figli adulti che lavorano o se il nucleo di appartenenza dei disabili gravi comprende genitori con elevato reddito e/o patrimonio. La valutazione della condizione economica della sola

persona assistita e non anche dei suoi parenti, pone in sostanza un problema di equità orizzontale tra individui, poiché può far sì che la stessa contribuzione venga applicata a utenti che, per il contesto familiare in cui vivono, sono in condizioni economiche anche molto distanti tra loro. In generale, sembrerebbe quindi opportuno optare per un criterio di selettività differente da quello indicato dal disegno di legge delega sulla non autosufficienza, che eviti un impiego indiscriminato dell'Isee a livello familiare ma che, al tempo stesso, non trascuri i diversi gradi di solidarietà economica interfamiliare che circondano l'anziano non autosufficiente.

Due, in sostanza, sono i problemi in discussione: da un lato, l'opportunità o no di considerare l'utente come nucleo familiare a sé stante, dall'altro, la definizione delle modalità con cui tenere conto anche dei familiari tenuti al mantenimento.

Per quanto riguarda il primo problema, sembra naturale che, nel caso l'individuo sia ricoverato in strutture protette e lasci quindi di fatto il proprio nucleo familiare, tutte le sue risorse disponibili siano impiegate fino a concorrenza di una quota predefinita di compartecipazione al costo. Si potrebbe inoltre considerare anche il ricorso alla liquidazione del patrimonio del soggetto, inclusa la nuda proprietà della prima casa adibita ad abitazione. Solo se tali risorse non fossero in grado di garantire la copertura di una quota prefissata di costo, si dovrebbe fare riferimento alle risorse dei familiari, attraverso meccanismi di compartecipazione subordinati all'Isee. L'onere finanziario dei familiari potrebbe essere graduato in modo tale che, ad esempio, sotto una certa soglia di Isee, la quota di compartecipazione sia nulla, mentre al crescere dell'Isee l'aliquota di compartecipazione sia costante o crescente (per scaglioni o in modo continuo), secondo una struttura tariffaria di tipo progressivo. Al di sopra di una soglia massima di Isee si potrebbe stabilire l'obbligo del pagamento dell'importo totale della retta.

Per quanto riguarda invece il secondo problema, ossia le modalità con cui considerare i familiari tenuti al mantenimento, va sottolineato che il d. lgs. n. 109/1998 non prevede alcun principio applicabile per la determinazione del concorso alla spesa dell'assistito[4]. Tanto è vero che anche il decreto legislativo n. 130/2000, correttivo e integrativo del decreto 109/1998, stabilisce all'art. 2 c. 6 che "Le disposizioni del presente decreto non modificano la disciplina relativa ai soggetti tenuti alla prestazione degli alimenti ai sensi dell'art. 433 del codice civile e non possono essere interpretate nel senso dell'attribuzione agli enti erogatori della facoltà di cui all'articolo 438, primo comma, del codice civile nei confronti dei componenti il nucleo familiare del richiedente la prestazione sociale agevolata"[5]. Rispetto al criterio offerto dal codice civile, alcuni autori [Bosi *et al*. 1998; 2007] preferiscono altre soluzioni, necessariamente articolate ma che dovrebbero essere

[4] Tale determinazione spetta alle regioni ai sensi dell'art. 8, c. 3 della legge n. 328/2000.

[5] L'art. 433 del codice civile nell'indicare le persone obbligate a prestare gli alimenti, stabilisce anche un criterio lessicografico per quanto riguarda l'obbligo fra gli stessi. Esso dispone infatti che sono tenuti "nell'ordine": il coniuge, i figli legittimi o legittimati o naturali o adottivi e, in loro mancanza, i discendenti prossimi, anche naturali; i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi, anche naturali, gli adottanti; i generi e le nuore; il suocero e la suocera; i fratelli e le sorelle germane o unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali. L'art. 441 precisa inoltre che, se più persone sono obbligate nello stesso grado, tutte debbono concorrere alla prestazione, ciascuna in rapporto alle proprie condizioni economiche. Se le persone obbligate in grado anteriore non sono in condizione di sopportare l'onere in tutto o in parte, l'obbligazione stessa è prestata in tutto o in parte da ciascuna delle persone chiamate in grado posteriore.

coerenti con almeno due linee generali: considerare sempre l'insieme completo dei familiari tenuti al mantenimento, ai fini della tariffazione del servizio, in quanto l'onere finanziario a carico degli utenti è per i servizi in esame particolarmente elevato; tenere conto del diverso grado di obbligo, ad esempio attribuendo pesi decrescenti al diminuire del grado di obbligatorietà al mantenimento ai diversi nuclei. Tali linee generali dovrebbero trovare sistemazione all'interno del processo di definizione dei livelli essenziali di assistenza, e non già a livello regionale, a meno di generare esiti territorialmente differenziati. Le difficoltà applicative di tali regole non sono di poco conto: uno dei problemi più delicati riguarda la scelta dei pesi da assegnare ai diversi nuclei familiari.

Sempre con riferimento al secondo problema un'altra possibilità sarebbe quella di definire in modo più circoscritto i familiari che possono essere chiamati a contribuire al pagamento della retta al posto della platea ben più ampia definita dal Codice civile. Per gli anziani i soggetti responsabilizzati potrebbero essere il coniuge e i figli, mentre nel caso dei disabili potrebbero essere chiamati a partecipare al pagamento della retta anche i genitori (oltre al coniuge e ai figli, spesso non presenti). E' nostra opinione che la responsabilizzazione della famiglia nel fare fronte alle spese di cura dei non autosufficienti sia indispensabile anche perché questa tende a ridurre in modo consistente i rischi di istituzionalizzazione. L'ipotesi prospettata costituisce una sintesi avanzata delle due posizioni che oggi alimentano il dibattito e che vedono, da una parte, gli interpreti della legge ed i comuni rammentare che l'Isee di riferimento è sempre quello del nucleo familiare e, dall'altra parte, le associazioni di tutela dei disabili e degli anziani che chiedono di applicare da subito la norma che annuncia un futuro decreto (peraltro, come si è detto, mai emanato) per valutare l'Isee del solo assistito. Una ipotesi di questo tipo non sarebbe senza costi. Essa tende infatti ad alleggerire gli oneri dei familiari per scaricarli sui comuni che, soprattutto in questa fase, non hanno le risorse per farvi fronte. La dimensione di questo onere sarebbe ovviamente da calcolare, essendo anche dipendente dalla fascia di esenzione e dalle quote di compartecipazione alla spesa definite a livello nazionale (o locale).

4. Le criticità della situazione attuale: le modalità di calcolo dell'indicatore

Le maggior perplessità sul disegno complessivo dell'istituto riguardano in particolare due punti, la definizione della componente reddituale e il ruolo delle franchigie patrimoniali.

4.1. Problemi di valutazione della componente reddituale

Per quanto concerne il primo punto, la scelta del reddito complessivo ai fini Irpef, ossia un reddito al lordo dell'Irpef e comprensivo dei contributi previdenziali obbligatori a carico dei lavoratori indipendenti, appare criticabile da più punti di vista. Il riferimento a un istituto al lordo delle imposte si rivela inadeguato non solo nel caso in cui l'Isee si applichi a istituti la cui finalità è

il contrasto della povertà ma anche a programmi di *Long Term Care*, ossia a forme di cura fornite in misura significativa e per periodi di tempo prolungati, di cui non è previsto un termine, a persone che soffrono di gravi limitazioni psico-fisiche. Sia per i nuclei familiari in condizioni di indigenza economica, sia per i soggetti in condizioni di non autosufficienza il concetto di risorse rilevante è costituito dal reddito disponibile, cioè non solo al netto delle imposte, bensì comprensivo di ogni altro trasferimento pubblico eventualmente percepito. Sotto questo profilo, i redditi esenti da Irpef, che non rilevano ai fini Isee, appaiono difficilmente trascurabili nel determinare il diritto all'accesso alle prestazioni sociali e/o il grado di compartecipazione tariffaria. Coerentemente a questo argomento, pare opportuno che istituti non assoggettati a tassazione personale, come la pensione sociale, l'assegno sociale o altre forme di trasferimento pubblico simili, rientrino nella definizione dell'Isee. Il discorso si applica in particolare all'indennità di accompagnamento, una prestazione che, come noto, prescinde dalla verifica della condizione economica, non è subordinata alla certificazione dell'acquisto di beni e servizi funzionali al miglioramento delle condizioni di vita del beneficiario, viene ritirata se l'assistenza residenziale non richiede il pagamento della retta e assorbe il 42% della spesa pubblica complessiva per *Long Term Care* [Ministero dell'Economia e delle Finanze 2008]. Per le ragioni appena dette, parrebbe naturale che tale istituto, anche in una versione eventualmente riformata, contribuisse a determinare l'Isee del richiedente la prestazione agevolata.

La scelta di un concetto di reddito disponibile, anziché complessivo ai fini Irpef, nel calcolo della componente reddituale dell'Isee avrebbe implicazioni di equità orizzontale rilevanti anche per quanto concerne il coinvolgimento della famiglia dell'assistito, se presente. Essa consentirebbe infatti di risolvere, in modo più soddisfacente dell'attuale, il problema della differenziazione di trattamento che l'Isee attuale riserva ai titolari di reddito da lavoro dipendente e a quelli da lavoro autonomo. Nel primo caso, infatti, il reddito complessivo è definito al netto di tutti i contributi previdenziali. Nel caso dei lavoratori autonomi, invece, tale reddito è al lordo dei contributi. Assumendo come riferimento il reddito complessivo, il legislatore sembra aver voluto tenere conto, in modo peraltro poco trasparente, di alcune diversità tra le due tipologie di reddito, in particolare sia del diverso grado di attendibilità dei redditi mediamente dichiarati al fisco dalle varie categorie di contribuenti, sia del diverso metodo di contabilizzazione dei redditi: i redditi complessivi di lavoro autonomo sono infatti al netto delle spese di produzione, a differenza di quanto si verifica per quelli da lavoro dipendente, calcolati al lordo di tali spese. Il riferimento, in un Isee riformato, al reddito disponibile e non più a quello complessivo a fini Irpef eliminerebbe l'implicita penalizzazione ai danni dei lavoratori indipendenti, consentendo anche a questi ultimi di non considerare ai fini della prova dei mezzi i contributi previdenziali obbligatori.

Un ulteriore aspetto critico delle attuali modalità di calcolo della componente reddituale dell'ISEE riguarda il trattamento dei servizi della casa adibita ad abitazione. Per un'elementare principio di equità, il trattamento meritorio del bene "casa" dovrebbe avere un carattere di simmetria, ossia non determinare discriminazioni tra soggetti che abitano in immobili di loro proprietà e soggetti che abitano in immobili ricevuti in locazione. Sotto questo profilo l'attuale normativa Isee appare incoerente. Nel reddito complessivo Irpef, e quindi nella componente

reddituale dell'Isee, è infatti inclusa la rendita catastale relativa all'immobile destinato ad abitazione del contribuente, mentre si ammette una deduzione dal reddito complessivo Irpef pari al canone di locazione (se il contratto è registrato) fino a un tetto di 5.165 euro. I soggetti in locazione ricevono pertanto un trattamento privilegiato. La risoluzione di tale asimmetria di trattamento imporrebbe, ai fini Isee, che il proprietario dell'abitazione possa dedurre dal reddito complessivo Irpef la corrispondente rendita catastale. Per ragioni di piena equità orizzontale, anche la deduzione dell'affitto dovrebbe essere consentita in misura piena, senza alcun tetto.

4.2. Problemi di valutazione della componente patrimoniale

Una delle maggiori innovazioni introdotte dall'Isee nei criteri di selettività della spesa di welfare è stata l'inclusione del patrimonio. Affinché tale innovazione si riveli efficace a migliorare la valutazione della condizione economica del richiedente una prestazione sociale agevolata, è necessario tuttavia che vi sia un'elevata capacità di accertare che le dichiarazioni dei soggetti relative al loro patrimonio, sia immobiliare sia mobiliare, siano corrette. Se così non fosse, al fenomeno dell'evasione fiscale relativo al reddito si aggiungerebbe quello sul patrimonio in sede di Isee.

Per quanto concerne la componente patrimoniale per cui si pongono minori problemi di accertamento, ossia quella *immobiliare*, essa è valutata, come si è ricordato, secondo i criteri catastali già impiegati ai fini dell'Ici. Poiché è difficile pensare a sistemi di valutazione diversi da questi, miglioramenti in sede di accertamento dei valori patrimoniali possono giungere solo da una eventuale realizzazione della riforma degli estimi catastali.

Più complessa è la situazione che riguarda la componente *mobiliare* della ricchezza, per la quale si pongono problemi di mancata o incompleta dichiarazione dei valori effettivi[6]. Sotto questo profilo, la recente istituzione dell'anagrafe dei conti finanziari e il potenziamento dell'attività di controllo delle dichiarazioni Isee contenuto nella manovra finanziaria per il 2008 dovrebbero, almeno in prospettiva, limitare tale fenomeno. Innovando rispetto alla normativa precedente, che assegnava all'Inps il compito di calcolare l'Isee, la legge finanziaria per il 2008, all'art. 1 c. 344, stabilisce infatti che gli enti deputati alla raccolta delle dichiarazioni sostitutive uniche (Comuni, centri di assistenza fiscale, Inps) trasmettano all'Agenzia delle entrate le dichiarazioni medesime e sia poi la stessa Agenzia a calcolare l'Isee, in relazione ai dati autocertificati dal soggetto richiedente la prestazione agevolata e agli elementi in possesso del Sistema informativo dell'anagrafe tributaria. Sarà inoltre compito dell'Agenzia delle entrate individuare, sulla base di appositi controlli automatici, omissioni nei dati autocertificati dal soggetto richiedente o difformità

[6] Secondo i dati in possesso del Ministero del Lavoro, la ricchezza mobiliare al netto della franchigia risulta positiva solo nel 6% dei casi a livello nazionale, con una media di 1,6 mila euro, circa l'11% del patrimonio netto complessivo [Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 2009]. Accentuato è il divario territoriale: nel Mezzogiorno solo lo 0,5% dei dichiaranti riporta un patrimonio mobiliare lordo superiore a 15.494 euro (il valore della franchigia), contro il 15% del Nord Ovest. Differenziali elevati si riscontrano anche nei valori medi. La capacità selettiva del patrimonio mobiliare risulta, quindi, di fatto trascurabile al Sud.

degli stessi rispetto agli elementi conoscitivi in possesso del predetto Sistema informativo. La norma dovrebbe fare da deterrente a quei comportamenti opportunistici consistenti nella non veritiera dichiarazione dei redditi e soprattutto del patrimonio mobiliare, frequenti in passato, anche per il mancato sviluppo di un adeguato sistema di controlli. Eventuali scostamenti tra la ricchezza mobiliare dichiarata e quella che risulta all'Agenzia delle entrate saranno d'ora in poi comunicati alla Guardia di finanza per i controlli sostanziali. L'efficacia dei controlli dovrebbe far riemergere una componente della ricchezza verosimilmente sottostimata nelle dichiarazioni e al tempo stesso permettere una più equa distribuzione della spesa sociale, indirizzandola verso i nuclei familiari in reali condizioni di bisogno.

Nell'applicazione concreta dell'Isee, l'innovazione costituita dall'inclusione del patrimonio nel calcolo dell'indicatore è stata fortemente depotenziata anche da un altro fattore: la presenza di elevate franchigie. Miglioramenti sensibili dell'efficacia dell'indicatore possono quindi ottenersi intervenendo sulla disciplina relativa alle franchigie stesse.

I motivi che hanno indotto il legislatore a concedere una franchigia sulla disponibilità patrimoniale hanno a che fare con motivi di semplicità amministrativa, esigenze di salvaguardia del risparmio precauzionale e, nel caso specifico del patrimonio immobiliare, di tutela della casa di residenza. Tuttavia, è proprio con riferimento a questa forma di ricchezza che la franchigia prevista dalla normativa appare molto elevata e tale da rendere di fatto poco rilevante, a fini operativi, questa componente dell'Isee. La decisione di accordare un favore alla proprietà della casa di abitazione non sembra giustificare gli importi correnti se si considera che nel 2007 (ma il dato non si discosta da quello degli anni precedenti) l'impatto della franchigia su tale forma di ricchezza è tale da rendere nullo il patrimonio immobiliare del 62% delle dichiarazioni Isee presentate [Ministero del Lavoro 2009]. A questo proposito pare corretta l'osservazione secondo cui "la considerazione della casa come bene primario appare rilevante con riferimento ai *servizi* dell'immobile, non tanto al suo valore patrimoniale… In linea di principio l'intervento nell'ambito della componente reddituale (sul flusso) ottempera pienamente l'obiettivo di meritorietà sociale dei servizi dell'abitazione e non richiede necessariamente un analogo intervento nella fase di definizione della componente patrimoniale che assolve una funzione diversa, in quanto indicatore di prestigio sociale e di sicurezza economica…" [Bosi e Guerra 2008] (corsivo degli autori).

Un aspetto da considerare, che potrebbe giustificare l'esistenza di una franchigia, è lo scarso grado di liquidità che caratterizza la componente immobiliare del patrimonio. Il problema assume una sua rilevanza proprio in merito all'applicazione dell'Isee nel campo della spesa pubblica per la non autosufficienza, settore nel quale i potenziali beneficiari del servizio associano spesso bassi redditi monetari a valori relativamente elevati dell'abitazione di proprietà. Una soluzione a questo problema potrebbe consistere, non già nell'ammissione di franchigie elevate, quanto nella ricerca di strumenti, come il *reverse mortgage*, in corso di sperimentazione in altri paesi, che permettano alle persone anziane di utilizzare il valore della propria abitazione per compartecipare alla copertura della spesa per i servizi di cui hanno bisogno, senza perdere il diritto ad abitare, a vita, nell'abitazione di proprietà. Ciò consentirebbe inoltre di evitare che gli eredi godano di un doppio

vantaggio, di contare su un sostegno pubblico per il proprio familiare e di ottenere in seguito, attraverso l'eredità, un patrimonio che non è frutto del proprio risparmio.

In sintesi, le franchigie patrimoniali affievoliscono di molto l'effetto selettivo dell'indicatore, concentrandolo solo sui nuclei più benestanti e svilendo lo spirito della riforma. La ridefinizione degli importi delle franchigie a livelli di ben più modesto ammontare appare quindi auspicabile. Esperienze regionali nel Nord Italia sembrano andare in questa direzione. Una consistente riduzione delle franchigie patrimoniali avrebbe anche l'effetto di attenuare la discriminazione attualmente presente a sfavore di chi non possiede alcuna forma di ricchezza. I risultati di simulazioni effettuate su indagini campionarie locali offrono argomenti a favore di riforme di questo tipo [Baldini *et al*. 2004].

Box 1 – L'Isee e la spesa per la non autosufficienza. Le maggiori criticità attuali

- La definizione del nucleo familiare
- Modalità di calcolo dell'indicatore: la definizione della componente reddituale
- Modalità di calcolo dell'indicatore: la definizione della componente patrimoniale e il ruolo delle franchigie

5. Presentazione delle ipotesi di cambiamento

Questa parte del lavoro si propone di fornire un contributo empirico al dibattito riguardante l'efficacia selettiva dell'Isee. Per efficacia selettiva, è bene sottolineare, si intende la capacità dell'indicatore di rilevare la condizione economica dei potenziali beneficiari della spesa, una volta che tale condizione sia definita con modalità più soddisfacenti di quelle in vigore. L'obiettivo di questo paragrafo non è quindi di valutare l'impatto sui redditi familiari della spesa corrente per la non autosufficienza erogata secondo nuovi criteri, bensì di stimare il profilo distributivo del nuovo indicatore, sia nella versione stabilita dal decreto n. 130/2000, sia in una ipoteticamente rinnovata, secondo linee di riforma che recepiscono alcune delle osservazioni precedenti. Una stima dell'impatto sulla distribuzione personale del reddito dell'applicazione dell'Isee ai servizi per la non autosufficienza non sarebbe peraltro possibile, sia perché i criteri invocati dal d. lgs. n. 130/2000 non sono ancora stati tradotti in un decreto attuativo sia perché non sono disponibili dati campionari che abbiano come unità di riferimento i soggetti che beneficiano di 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. Va inoltre ricordato che le nostre stime si riferiscono a valori Isee calcolati sulla popolazione intera dei disabili e non su un sottoinsieme di questa, ipoteticamente interessata a presentare una dichiarazione sostitutiva unica. Nonostante tali limitazioni, le simulazioni effettuate forniscono informazioni utili a conoscere la distribuzione dell'Isee dei soggetti con disabilità e a individuare le tipologie familiari che sarebbero potenzialmente avvantaggiate o penalizzate da una revisione della normativa vigente.

Per la simulazione del sistema in vigore e di sue ipotetiche riforme ci si è avvalsi di un modello di simulazione messo a punto dal Capp (Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche, Università di Modena e Reggio Emilia), che consente di simulare, su di un data-set campionario, le caratteristiche e gli effetti dei principali istituti nazionali di prelievo e di spesa sui bilanci delle famiglie italiane. Il data-set impiegato è l'indagine campionaria It-Silc (*Statistics on income and living conditions*) sui redditi e le condizioni di vita delle famiglie italiane, eseguita a cadenza annuale dall'Istat. Assieme all'indagine della Banca d'Italia sui bilanci delle famiglie, quella It-Silc costituisce al momento attuale la fonte informativa più ricca e completa sulla distribuzione del reddito e della ricchezza tra le famiglie italiane. La versione qui impiegata è quella 2005, che contiene informazioni sulle condizioni di vita e lavorative per lo stesso 2005, mentre i redditi si riferiscono al 2004. L'indagine raccoglie dettagliate informazioni sui diversi redditi percepiti da ciascun individuo e sulle sue caratteristiche personali e lavorative. Dall'universo delle famiglie italiane (e quindi dal campione) sono escluse solo i senza fissa dimora e quelle tipologie che risiedono in istituzioni (militari, carcerati, ospiti di case di riposo, ecc).

La popolazione da noi considerata ai fini Isee è quella dei disabili secondo la definizione data dall'Istat nell'*Indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari*, ossia le persone residenti in famiglia, di età non inferiore a 6 anni e che presentano almeno una grave limitazione in una delle seguenti aree: confinamento a letto, su una sedia o in casa; difficoltà di movimento; difficoltà nelle funzioni quotidiane; difficoltà nella comunicazione. L'indagine Istat di riferimento, relativa agli anni 2004 e 2005, stima in circa il 4,8% (pari a circa 2,6 milioni di individui) la quota della popolazione complessiva (con 6 o più anni) che risulta disabile secondo la definizione ricordata sopra. La struttura per età e genere è quella riportata nella Tab. 1. La variabile "disabilità", tratta dall'indagine Istat, è stata imputata alle unità campionarie dell'indagine It-Silc mediante una procedura di *matching* statistico. Nell'imputazione vengono rispettate le quote di disabili per classi di età e sesso, ponendo il vincolo che tutti gli individui che dichiarano di ricevere l'indennità di accompagnamento siano disabili.

Ai fini del calcolo dell'Isee per tutti i soggetti disabili è stato attribuita la maggiorazione di 0,5 punti della scala di equivalenza dell'indicatore, sebbene la legge preveda che tale maggiorazione spetti solo a individui con handicap psicofisico permanente o di invalidità superiore al 66%. Tale attribuzione potrebbe avere determinato una leggera sottostima dell'Isee della popolazione di riferimento.

Il calcolo dell'Isee per ciascuna unità campionaria (l'unità di riferimento è l'individuo) riflette la normativa vigente (mantenimento dello status quo) e quattro ipotesi alternative di revisione della stessa. Le ipotesi di cambiamento si riferiscono a scenari di riforma che, in linea di principio, dovrebbero correggere le criticità emerse con l'Isee vigente, richiamate nei paragrafi precedenti. Tali criticità riguardano in particolare la definizione, più o meno ampia, del nucleo familiare di riferimento ai fini dell'applicazione dell'indicatore e le modalità di calcolo delle componenti reddituali e patrimoniali dell'indicatore medesimo.

Tab. 1. Distribuzione degli individui disabili in Italia per classe di età e sesso

Classe di età	Uomini	Donne	Totale
6-14	1.6%	1.6%	1.6%
15-24	0.6%	0.6%	0.6%
25-34	0.7%	0.6%	0.6%
35-44	1.0%	0.9%	0.9%
45-54	1.4%	1.3%	1.3%
55-64	2.2%	2.7%	2.5%
65-69	4.3%	6.5%	5.5%
70-74	7.7%	11.4%	9.7%
75-79	13.4%	20.8%	17.8%
80 e più	35.8%	48.9%	44.5%
Totale	3.3%	6.1%	4.8%

Fonte: Istat, "Indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari, 2004-2005"

Gli scenari di riforma sottoposti a verifica empirica seguono in alcuni casi una logica incrementale: è il caso delle ipotesi 1 e 2 o delle ipotesi 1 e 3. Le quattro ipotesi di cambiamento vengono presentate in rapida successione, al fine di evidenziare gli elementi di continuità e di discontinuità tra loro e rispetto alla legislazione vigente.

Ipotesi di cambiamento 1: ridefinizione del nucleo familiare in senso ristretto (soggetto assistito più coniuge e figli); calcolo della componente reddituale non più in termini di reddito complessivo Irpef ma di reddito disponibile, ossia al netto dell'imposta personale sul reddito e dei trasferimenti pubblici, anche se esenti d'imposta; nel calcolo della componente reddituale, la detrazione del canone di locazione avviene senza limiti di importo;

Ipotesi di cambiamento 2: ridefinizione del nucleo familiare in senso ristretto e calcolo della componente reddituale come nell'ipotesi 1; sostituzione delle franchigie patrimoniali vigenti con un'unica franchigia di valore più modesto (10.000 euro);

Ipotesi di cambiamento 3: ridefinizione del nucleo familiare in senso ristretto e calcolo della componente reddituale come nell'ipotesi 1; soppressione delle franchigie patrimoniali vigenti e contemporanea riduzione del coefficiente che redditualizza il patrimonio, dal 20 al 10%;

Ipotesi di cambiamento 4: ridefinizione dell'unità di riferimento nel senso del solo assistito, anche se convivente con altri soggetti; ridefinizione del calcolo della componente reddituale e della componente patrimoniale come nell'ipotesi 3.

La ridefinizione del nucleo familiare in senso più ristretto di quanto stabilisce la normativa nazionale [ipotesi 1-3] recepisce l'orientamento secondo il quale pare opportuno circoscrivere i familiari che possono essere chiamati a contribuire al pagamento della retta al posto della platea ben più ampia definita dal Codice civile. L'ipotesi estrema di limitare, ai fini del calcolo dell'Isee, la definizione di nucleo familiare al solo assistito è contemplata dall'ipotesi 4.

Per quanto concerne il calcolo dell'Isee, tutte le quattro ipotesi di riforma ridefiniscono la componente reddituale nel senso di considerare rilevante ai fini del calcolo il concetto di reddito disponibile anziché complessivo Irpef. Ciò comporta l'inclusione ai fini Isee anche di prestazioni monetarie (come le pensioni assistenziali o l'indennità di accompagnamento) che, pur esenti di imposta, contribuiscono a determinare il benessere economico dell'individuo. La detrazione del canone di locazione senza limiti di importo dalla componente reddituale dell'indicatore si giustifica sul piano della simmetria di trattamento tra chi abita in appartamento in proprietà e chi risiede in affitto. Il passaggio dal reddito complessivo Irpef al reddito disponibile assicura inoltre che per i proprietari dell'abitazione di residenza il corrispondente reddito figurativo da fabbricati non compaia nella componente reddituale dell'Isee: pur concorrendo alla definizione del reddito complessivo Irpef, infatti, tale reddito è da esso deducibile ai fini del calcolo del reddito imponibile Irpef e dell'imposta.

Relativamente alla componente patrimoniale, si considera la possibilità che le franchigie attuali siano sostituite da una sola franchigia di valore molto più contenuto al fine di rendere più rilevante e sensibile il peso della componente patrimoniale [ipotesi 2]. Un'ipotesi di lavoro alternativa consiste nella soppressione completa delle franchigie vigenti e nella contemporanea riduzione, dal 20 al 10%, del coefficiente che reddittualizza il patrimonio [ipotesi 3-4]. Suggestioni che vanno in quest'ultima direzione sono contenute in studi che tentano una ridefinizione empiricamente fondata del ruolo del patrimonio nell'Isee [Isae 2008].

Box 2 – Le ipotesi di cambiamento

- **Ipotesi 1**: ridefinizione del nucleo familiare in senso ristretto (soggetto assistito più coniuge e figli); componente reddituale definita in termini di reddito disponibile con detrazione del canone di locazione senza limiti di importo;
- **Ipotesi 2**: ridefinizione del nucleo familiare e della componente reddituale come nell'ipotesi 1; sostituzione delle franchigie patrimoniali vigenti con un'unica franchigia di 10.000 euro;
- **Ipotesi 3**: ridefinizione del nucleo familiare e della componente reddituale come nell'ipotesi 1; soppressione delle franchigie patrimoniali vigenti e riduzione del coefficiente che reddittualizza il patrimonio, dal 20 al 10%;
- **Ipotesi 4**: ridefinizione dell'unità di riferimento nel senso del solo assistito, anche se convivente con altri soggetti; ridefinizione del calcolo della componente reddituale e della componente patrimoniale come nell'ipotesi 3.

6. Valutazione delle ipotesi di cambiamento[7]

Primi elementi di comparazione tra l'Isee vigente e le varianti che abbiamo ipotizzato sono racchiusi nella tabella 2, che riporta alcune indicatori di sintesi delle varie distribuzioni. Se ci si concentra sulla prima colonna, relativa all'Isee in vigore, si nota innanzitutto che la quota di soggetti disabili con un valore nullo dell'indicatore è intorno al 2,4%, un valore destinato ad aumentare se si procede nelle direzione di restringere la definizione di nucleo familiare e di ricalcolare le componenti reddituali e patrimoniali dell'Isee nei modi in precedenza ipotizzati. L'aumento sarebbe più consistente, e sfiorerebbe il 6% nel caso in cui la valutazione dell'Isee fosse fatta sulla condizione economica del solo assistito [cfr. riforma 4].

Tab. 2. Indici di posizione delle distribuzioni dell'Isee a legislazione invariata e di sue ipotesi di riforma* (valori monetari equivalenti espressi in euro 2009)

	Isee vigente	**Ipotesi di riforma 1**	**Ipotesi di riforma 2**	**Ipotesi di riforma 3**	**Ipotesi di riforma 4**
% individui con Isee = 0	2.4%	3.9%	3.9%	3.9%	5.8%
Media della distribuzione	12.201	12.277	14.112	12.731	10.440
Mediana della distribuzione	8.732	9.950	11.720	11.186	9.150
Indice di Gini	0,4489	0,3771	0,3712	0,3371	0,3604
coefficiente di variazione	1,0185	0,8600	0,8097	0,6957	0,7133
% individui con Isee inferiore al 60% della mediana	26,1%	20,0%	22,1%	20,3%	23,1%
% individui con Isee inferiore a 6.000 euro	31,6%	20,4%	14,8%	14,9%	25,4%

(*) Per una descrizione sintetica delle singole ipotesi di riforma, cfr. Box 2.
Fonte: elaborazioni su dati It-Silc e Istat.

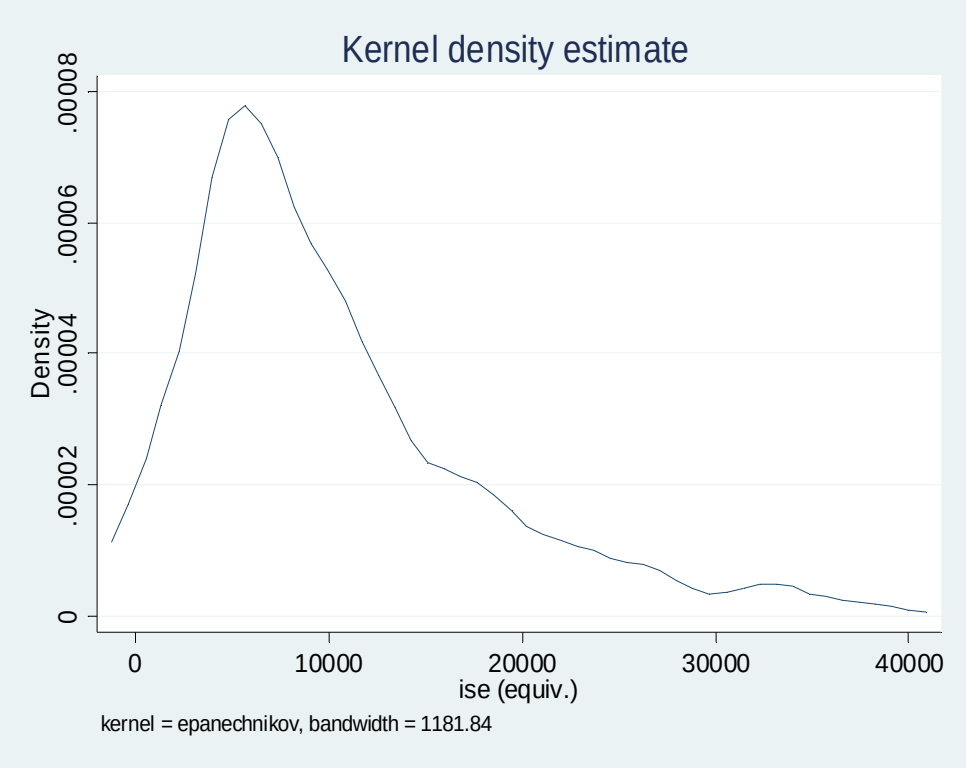
Il valore medio della distribuzione Isee a legislazione vigente si attesta attorno ai 12.200 euro, un valore destinato a crescere soprattutto nell'ipotesi in cui, oltre a rivedere la definizione del nucleo familiare in senso più ristretto (soggetto assistito più coniuge e figli) e sostituire nel calcolo della componente reddituale dell'Isee il reddito complessivo Irpef con quello disponibile, si

[7] Le elaborazioni con il modello di microsimulazione del Capp, di cui si riportano qui i principali risultati, sono state effettuate da Emanuele Ciani, che ringraziamo.

riducesse in modo significativo il valore delle franchigie patrimoniali [cfr. riforma 2]. Solo nell'ipotesi di riforma 4, quella che restringe la prova dei mezzi al solo assistito, il valore medio della distribuzione registra una contrazione di circa 1.800 euro, scendendo a circa 10.400.

La superiorità dei valori medi di ciascuna distribuzione sui corrispondenti valori mediani dà implicitamente conto del tipico andamento campanulare e asimmetrico (con una coda a destra), che assumono le funzioni di densità di frequenza di grandezze economiche come il reddito, la ricchezza o, appunto, l'Isee. La figura 1 mostra, in particolare, la stima kernel della funzione di densità di frequenza della distribuzione dell'Isee a legislazione vigente. Le stime kernel effettuate per le altre distribuzioni (non riportate in figura) presentano andamenti sostanzialmente simili.

Fig. 1. Stima kernel della funzione di densità di frequenza della distribuzione dell'Isee a legislazione vigente riferita alla popolazione disabile



Fonte: elaborazioni su dati It-Silc e Istat.

Con riferimento agli indici sintetici della tabella 2, si noti l'elevato livello della diseguaglianza, misurato dall'indice di Gini[8], della distribuzione dell'Isee vigente, che è nell'ordine del 44,9%, un valore influenzato dal fatto di non considerare, nella componente reddituale dell'Isee,

[8] L'indice di Gini è il più comune indice della diseguaglianza impiegato nelle analisi distributive e ha come campo di variazione 0 e 1, estremi compresi: assume il valore 0 se la variabile economica di ciascun soggetto è di livello uguale a quella di ciascun altro (distribuzione perfettamente egualitaria), assume il valore 1 se tutto il reddito o la ricchezza sono concentrate in un unico soggetto (distribuzione massimamente diseguale).

l'azione perequativa esercitata dalla tassazione personale e dai trasferimenti pubblici. Il riferimento ad una nozione di reddito disponibile (ossia comprensivo dell'imposta personale pagata e dei trasferimenti pubblici ricevuti) anziché complessivo Irpef determina una consistente riduzione dell'indice di Gini, che scende di circa 7 punti percentuali assoluti, dal 44,9 al 37,7% [cfr. riforma 1]. La revisione delle modalità di calcolo della componente patrimoniale non esercita un effetto di uguale intensità sull'indice di Gini, se si esclude il caso in cui si eliminassero del tutto le franchigie patrimoniali e si portasse il coefficiente di reddittualizzazione del patrimonio dal 20 al 10% [cfr. riforma 3]. In questo caso il Gini scende al 33,7%. Di un certo interesse è notare che se a quest'ultima ipotesi di riforma si aggiunge una valutazione strettamente individuale della condizione economica [cfr. riforma 4], si ha un nuovo innalzamento della concentrazione della distribuzione, anche se non tale da riportare i valori a quelli di partenza: l'indice di Gini risale dal 33,7 al 36%. Il risultato non è inatteso. Il riferimento alla condizione economica del solo assistito anziché a quella del nucleo familiare (ancorché ristretto a coniuge e figli) fa emergere situazioni individuali di più intenso bisogno economico, situazioni che tuttavia potrebbero non riflettere il vero tenore di vita dell'assistito, nella misura in cui fosse possibile contare sulla messa in comune delle risorse economiche disponibili in famiglia. L'ordinamento tra le diverse simulazioni in termini del Gini viene confermato dall'altro indice di diseguaglianza impiegato, il coefficiente di variazione.

Nella tabella 2 sono anche riportate le quote di individui che nelle varie distribuzioni presentano un Isee inferiore a una soglia prefissata, pari al 60% della mediana o inferiore ad un livello determinato esogenamente (6.000 euro). Le due soglie potrebbero essere interpretate come linee di povertà di riferimento qualora si intendesse escludere dalla compartecipazione soggetti ritenuti economicamente deprivati[9]. La prima è interpretabile come una soglia di povertà relativa, commisurata ad un indice di posizione della distribuzione, la mediana; la seconda può invece essere intesa come una linea della povertà assoluta, fissata ad un livello (6.000 euro) pari a quello stabilito dai criteri di eligibilità per l'accesso alla Carta Acquisti, il voucher introdotto nel 2008 a favore di anziani e minori di 3 anni per acquistare generi alimentari e pagare le utenze domestiche[10].

Le simulazioni effettuate indicano, rispettivamente, nel 26,1 e nel 31,6% la quota della popolazione disabile che, con l'Isee vigente, si colloca al di sotto del 60% della mediana e della soglia dei 6.000 euro. Uno sguardo all'effetto che produrrebbero le singole ipotesi di riforma ci mostra che, se la soglia di esclusione dalla compartecipazione è fissata in termini relativi (60% della mediana), una definizione più ristretta del nucleo familiare e il riferimento al concetto di reddito disponibile nel calcolo della componente reddituale [cfr. riforma 1] determinerebbe un decremento di circa 6 punti della quota di persone disabili il cui Isee è inferiore alla soglia e quindi, idealmente, un numero minore di soggetti esclusi dalla compartecipazione. Anche nelle altre ipotesi, che

[9] Al di sopra della soglia di esclusione, come si è accennato nei paragrafi precedenti, la compartecipazione potrebbe essere uniforme (ossia in somma fissa), proporzionale o progressiva rispetto all'Isee.

[10] L'ipotesi di esentare dalla compartecipazione alla spesa coloro il cui Isee è inferiore ad una soglia prefissata potrebbe applicarsi ad esempio all'assistenza residenziale per anziani e disabili. Per altri tipi di servizi la quota di partecipazione alla spesa non è, nella pratica, così elevata e quindi non sarebbe necessario ricorrere a meccanismi simili.

includono revisioni delle modalità di calcolo del patrimonio e in un caso [cfr. riforma 4] un'accezione strettamente individuale del nucleo familiare, l'effetto sarebbe di ridurre la quota di soggetti relativamente poveri e quindi, in linea di principio, anche la platea esente dalla compartecipazione alla spesa. La variazione rispetto al sistema vigente è però meno pronunciata che se l'esenzione dalla compartecipazione dipendesse da una linea fissa, pari a 6.000 euro. In questo secondo caso, infatti, ciascuna delle riforme ipotizzate determinerebbe una contrazione ancor significativa del numero di soggetti esenti, nell'ordine in alcuni casi anche del 50%.

Eventuali modifiche della normativa vigente producono inevitabilmente effetti sull'efficacia selettiva dell'indicatore. La ridefinizione dei confini del nucleo familiare rispetto ai quali valutare la condizione economica dell'assistito e la fissazione di nuove modalità di calcolo dell'indicatore determinano, in generale, variazioni positive o negative del livello di Isee del richiedente la prestazione socio-sanitaria. A sua volta, ciò può determinare per alcuni una variazione nel livello di compartecipazione alla spesa richiesto dall'ente erogatore all'assistito, per altri il diritto all'esenzione, per altri ancora, al contrario, la perdita di tale diritto.

Per valutare, in prima approssimazione, chi vedrebbe ridurre o aumentare il proprio Isee, risultando quindi avvantaggiato o penalizzato da una revisione della normativa vigente, si sono simulati gli effetti prodotti da ciascuna delle riforme sull'Isee della popolazione disabile. L'analisi è condotta dapprima disaggregando la popolazione per decili di Isee e, successivamente, rispetto ad alcune caratteristiche non monetarie, di tipo socio-demografico.

La tabella 3 riporta, distinte per decili di individui, le variazioni negative e positive assunte dall'indicatore in ciascun scenario di riforma rispetto all'Isee vigente. Il dato sintetico che emerge, riassunto nell'ultima riga, è che tutte le riforme ipotizzate comportano una più elevata frequenza di variazioni positive che negative dell'Isee: in particolare le riforme 2 e 3, che attribuiscono un maggior peso al patrimonio, determinano un incremento nel valore dell'indicatore, rispettivamente, per il 74 e il 67% dei soggetti. La riduzione delle franchigie patrimoniali (che nella riforma 3 comporterebbe l'abolizione delle medesime, compensato dalla riduzione del coefficiente di reddittualizzazione della ricchezza, dal 20 al 10%) produce un incremento dell'Isee soprattutto per i decili mediani della distribuzione. Valori superiori alla media si hanno infatti, per la riforma 2, per i decili dal terzo al nono, mentre per la riforma 3 dal terzo al settimo. La sola revisione delle modalità di calcolo della componente reddituale e la contestuale ridefinizione del nucleo familiare in senso ristretto [riforma 1] produce in maggioranza (58%) un incremento dei valori, anche se questi si distribuiscono tra i decili con un andamento non ben definito. Viceversa, la riforma 4, che si distingue dalle precedenti soprattutto per ridefinire il nucleo familiare in senso strettamente individuale, pur determinando in media variazioni più equilibrate (il 54% dei valori Isee aumenta, il 46% si riduce), ha effetti più accentuati agli estremi della distribuzione: sono infatti i primi tre decili che vedono contrarsi il loro Isee di più della media, mentre gli incrementi più significativi si registrano dal sesto al nono decile.

Tab. 3. Riduzione o aumento dell'Isee in ciascun scenario di riforma* rispetto alla legislazione vigente – analisi per decili di individui[a]

	Ipotesi di riforma 1		Ipotesi di riforma 2		Ipotesi di riforma 3		Ipotesi di riforma 4	
Decili di individui	**L'Isee si riduce**	**L'Isee aumenta**	**L'Isee si riduce**	**L'Isee aumenta**	**L'Isee si riduce**	**L'Isee aumenta**	**L'Isee si riduce**	**L'Isee aumenta**
1	61%	39%	64%	36%	63%	37%	89%	11%
2	30%	70%	33%	67%	33%	67%	68%	32%
3	46%	54%	25%	75%	21%	79%	58%	42%
4	45%	55%	22%	78%	22%	78%	37%	63%
5	32%	68%	18%	82%	16%	84%	38%	62%
6	33%	67%	17%	83%	20%	80%	34%	66%
7	33%	67%	10%	90%	14%	86%	26%	74%
8	43%	57%	19%	81%	33%	67%	32%	68%
9	43%	57%	18%	82%	45%	55%	36%	64%
10	57%	43%	29%	71%	62%	38%	41%	59%
Totale	42%	58%	26%	74%	33%	67%	46%	54%

(a) Individui ordinati per livelli non decrescenti della variabile di riferimento.
(*) Per una descrizione sintetica delle singole ipotesi di riforma, cfr. Box 2.
Fonte: elaborazioni su dati It-Silc e Istat.

Disaggregando la popolazione per caratteristiche socio-demografiche, si nota che l'incremento dei valori Isee (che, come si è visto nella tabella 3, interessa più della metà della popolazione in tutte e quattro le ipotesi di riforma) appare più accentuato tra i disabili del Sud e delle Isole. Nel caso ad esempio della riforma 2 – quella che ha mediamente un effetto più rilevante sui valori dell'indicatore - circa l'80% dei soggetti che vivono in tali aree geografiche vedrebbe aumentare il proprio Isee, contro percentuali intorno al 70% per gli individui del Centro-Nord. Ordini di grandezza inferiori di poco a questi caratterizzano la riforma 3. Il guadagno relativo per i disabili residenti nel Nord è ancor più evidente se si considera l'ipotesi in cui alla revisione delle modalità di calcolo dell'indicatore si associ una ridefinizione del nucleo familiare in senso strettamente individualistico [cfr. riforma 4]: in questo caso gli incrementi dei valori Isee riguarderebbero più della metà della popolazione solo nel Mezzogiorno, mentre al Nord sarebbe prevalente la quota di disabili il cui Isee registra una riduzione. Se a un incremento (riduzione) dell'Isee corrispondesse una maggiore (minore) compartecipazione alla spesa, la principale indicazione che emerge dalle stime è che la revisione della normativa, seppure con sfumature diverse da riforma a riforma, andrebbe relativamente a vantaggio della popolazione disabile residente al Centro Nord, mentre penalizzerebbe quella residente nel Sud.

Dalla revisione della normativa sarebbero più penalizzati i disabili che vivono in famiglie poco numerose, con al massimo due componenti. Sono questi i soggetti infatti che vedono maggiormente aumentare il valore del proprio Isee, in termini relativi rispetto alla variazione media dell'intera distribuzione. Incrementi minori della media, in ciascuna simulazione, si verificano invece per i soggetti che vivono in famiglie con almeno 3 membri. Tale tendenza caratterizza, da un punto di vista qualitativo, tutte e quattro le ipotesi di cambiamento. Con riferimento all'ipotesi 3, per esempio, si nota come l'aumento dei valori Isee riguardi oltre il 70% degli individui residenti in nuclei con uno o due componenti, mentre è inferiore al 40-50% per i soggetti che vivono in famiglia con almeno quattro componenti. Anche l'ipotesi 4, che determina rispetto agli altri scenari un incremento mediamente meno frequente dell'Isee, concentra i propri incrementi tra i soggetti "soli", residenti in famiglie con un solo componente, l'80% circa dei quali vedrebbe aumentare il valore del proprio Isee.

I soggetti che, distinti per classi di età, sarebbero relativamente penalizzati dalle riforme appaiono quelli di età superiore ai 65 anni e, in particolare, quelli compresi tra i 65 e i 75. Sono questi infatti quelli per i quali le modifiche legislative simulate avrebbero l'effetto di far lievitare di più l'Isee dichiarato, con probabili conseguenze sul grado di compartecipazione al finanziamento del costo dei servizi. Ciò vale per le prime tre riforme, mentre per la quarta la tipologia penalizzata è invece solo quella con più di 75 anni. Al contrario, tutte le riforme favoriscono i disabili con meno di 30 anni, che vedono ridursi il loro Isee con una frequenza di circa il 90% in tutti gli scenari considerati. Ciò è, del resto, una conseguenza logica del fatto che la ridefinizione del nucleo familiare esclude i genitori dell'assistito.

Tab. 4. Riduzione o aumento dell'Isee in ciascun scenario di riforma* rispetto alla legislazione vigente, per area geografica di residenza, numero di componenti familiari e classe di età dell'assistito

	Ipotesi di riforma 1		Ipotesi di riforma 2		Ipotesi di riforma 3		Ipotesi di riforma 4	
	L'Isee si riduce	L'Isee aumenta	L'Isee si riduce	L'Isee aumenta	L'Isee si riduce	L'Isee aumenta	L'Isee si riduce	L'Isee aumenta
Area geografica								
Nord-ovest	51%	49%	31%	69%	41%	59%	52%	48%
Nord-est	48%	52%	27%	73%	41%	59%	57%	43%
Centro	48%	52%	30%	70%	39%	61%	50%	50%
Sud	32%	68%	20%	80%	23%	77%	38%	62%
Isole	33%	67%	19%	81%	20%	80%	33%	67%
Numero di componenti								
1	39%	61%	17%	83%	23%	77%	23%	77%
2	35%	65%	19%	81%	27%	73%	49%	51%
3	51%	49%	38%	62%	49%	51%	69%	31%
4	66%	34%	55%	45%	61%	39%	79%	21%
5 o più	50%	50%	43%	57%	51%	49%	59%	41%
Classe di età								
< 30	87%	13%	87%	13%	87%	13%	87%	13%
30-64	40%	59%	30%	70%	36%	64%	51%	49%
65-75	33%	67%	19%	81%	26%	74%	48%	52%
75 o più	41%	59%	21%	79%	29%	71%	41%	59%
Totale	42%	58%	25%	75%	33%	67%	46%	54%

(*) Per una descrizione sintetica delle singole ipotesi di riforma, cfr. Box 2.
Fonte: elaborazioni su dati It-Silc e Istat.

7. Sintesi conclusiva

In questo lavoro abbiamo considerato alcuni tra i maggiori aspetti critici della normativa in materia di Isee, con riferimento alla sua applicazione ai servizi per la non autosufficienza. Gli aspetti critici presi in esame hanno riguardato la definizione del nucleo familiare e le modalità di calcolo dell'indicatore, con riferimento sia alla componente reddituale sia patrimoniale.

Si sono quindi sottoposte a simulazione alcune ipotesi di cambiamento della legislazione vigente, finalizzate a migliorarne l'efficacia selettiva, in termini di equità verticale ed orizzontale. Per "efficacia selettiva", è bene ricordare, si deve intendere non già l'impatto della spesa pubblica corrente per la non autosufficienza sui bilanci delle famiglie italiane bensì la capacità dell'Isee di rilevare correttamente la condizione economica dei potenziali beneficiari della spesa, una volta che tale condizione sia definita con modalità più soddisfacenti di quelle in vigore. Come già sottolineato nel testo, infatti, non è possibile stimare l'impatto sulla distribuzione personale del reddito dell'applicazione dell'Isee ai servizi per la non autosufficienza, sia perché i criteri invocati dal d. lgs. n. 130/2000 in materia di *long term care* non sono ancora stati tradotti in un decreto attuativo sia perché non sono disponibili fonti statistiche adeguate, che abbiano come unità di riferimento i soggetti che beneficiano di tali prestazioni. Nonostante tali limitazioni, i risultati empirici a cui approda il presente lavoro forniscono informazioni utili a conoscere la distribuzione dell'Isee dei soggetti con disabilità e a individuare le tipologie familiari potenzialmente avvantaggiate o penalizzate da una eventuale revisione della normativa vigente.

Le ipotesi di riforma considerate sono state le seguenti: ridefinizione del nucleo familiare in senso ristretto (soggetto assistito più coniuge e figli) e calcolo della componente reddituale in termini di reddito disponibile [ipotesi 1]; sostituzione delle franchigie patrimoniali con un'unica franchigia di valore più modesto, in aggiunta all'ipotesi 1 [ipotesi 2]; soppressione delle franchigie patrimoniali e contemporanea riduzione del coefficiente che redditualizza il patrimonio, in aggiunta all'ipotesi 1 [ipotesi 3]; ridefinizione del nucleo familiare nel senso del solo assistito, anche se convivente con altri soggetti, in aggiunta al calcolo delle componenti reddituale e patrimoniale secondo quanto contenuto nell'ipotesi 3 [ipotesi 4].

Dall'analisi empirica, condotta con strumenti di microsimulazione *tax-benefit* su dati statistici campionari di fonte Istat, emerge che l'elemento che più contribuirebbe a ridefinire la capacità selettiva dell'Isee è il passaggio da un concetto di reddito complessivo Irpef ad uno di reddito disponibile, inclusivo cioè delle imposte pagate e dei trasferimenti pubblici ricevuti, anche se esenti d'imposta.

Tutte le ipotesi di riforma, e in particolare quelle che rivedono il ruolo delle franchigie patrimoniali, comportano una più elevata frequenza di variazioni positive che negative dell'Isee rispetto ai valori correnti, soprattutto nei decili mediani della distribuzione, con probabili effetti sulla composizione della platea esente dalla compartecipazione al costo dei servizi e sulla struttura tariffaria della compartecipazione stessa.

Dal punto di vista delle caratteristiche demografiche e socio-economiche dei soggetti interessati, l'ipotetica revisione delle modalità di applicazione dell'Isee comporterebbe vantaggi relativi per i disabili più giovani, residenti al Centro Nord, in nuclei con almeno 2-3 componenti. Questi effetti riguarderebbero, a meno di differenze di grado, tutte le riforme considerate.

Le principali indicazioni emerse da ciascuna ipotesi di cambiamento sono sintetizzate nel Box 3.

Box 3 – Valutazione di sintesi delle ipotesi di cambiamento rispetto al sistema vigente

DIMENSIONE	Ipotesi di cambiamento 1	Ipotesi di cambiamento 2	Ipotesi di cambiamento 3	Ipotesi di cambiamento 4
Efficacia selettiva (equità)				
	Stabilità del valore medio della distribuzione Isee	Incremento del valore medio della distribuzione Isee	Come ipotesi 1	Riduzione del valore medio della distribuzione Isee
	La distribuzione dell'Isee è meno diseguale che nel sistema vigente	Come ipotesi 1	La distribuzione dell'Isee è la meno diseguale in assoluto	La diseguaglianza della distribuzione ha un valore di poco inferiore a quello delle ipotesi 1 e 2
	Riduzione della povertà (in termini di Isee)	Come ipotesi 1	Come ipotesi 1	Come ipotesi 1
	L'Isee aumenta mediamente in tutti i decili (esclusi i due estremi)	Gli incrementi di Isee (esclusi gli estremi) riguardano soprattutto i decili mediani	Come ipotesi 2	Nei primi tre decili sono più frequenti le riduzioni che gli aumenti di Isee (viceversa negli altri)
Differenze territoriali e socio-economiche	Relativamente avvantaggiati i disabili non anziani, residenti nel Centro Nord, in nuclei di almeno 3 membri	Come ipotesi 1	Come ipotesi 1	Come ipotesi 1, con vantaggi più accentuati per i disabili più giovani

(*) Per una descrizione sintetica delle singole ipotesi di riforma, cfr. Box 2

Riferimenti bibliografici

Baldini, M., Bosi, P. e Colombini, S. [2004], "Efficacia selettiva dell'Ise nell'erogazione di prestazioni sociali agevolate nella provincia di Modena. Un'analisi con il modello di microsimulazione MAPP02mo-Capp", Università di Modena-Reggio Emilia, DEP, Materiali di discussione, n. 456.

Bosi, P. [2000], "La selettività nelle politiche sociali in Italia: riflessioni sull'esperienza dell'Ise", in *L'Assistenza Sociale*, n. 2.

Bosi, P. e Guerra, M.C. [2008], "Imposta personale, dote per i figli e strumenti di *means-testing*", in Scuola Superiore dell'Economia e delle Finanze, *Libro Bianco. L'imposta sul reddito delle persone fisiche e il sostegno alle famiglie*, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Roma.

Bosi, P., Guerra, M.C. e Silvestri, P. [1997], "La spesa sociale del Comune di Modena. La valutazione della condizione economica", Università di Modena-Reggio Emilia, CAPP papers, n. 264.

Bosi, Guerra, M.C. e Silvestri, P. [2007], "Coerenza dei modelli di regolamentazione dei servizi socio-sanitari nell'esperienza della 328/00 e delle riforme constituzionali", Quaderni Formez, Federalismo e Concorrenza – Welfare e sviluppo economico, Maggio.

Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica [1999-2003], *Primo, Secondo, Terzo e Quarto Rapporto sullo stato di attuazione e sugli effetti derivanti dall'applicazione dell'Indicatore della Situazione Economica*, Ministero dell'Economia e Finanze.

Gorrieri, E. [2002], *Parti uguali fra disuguali. Povertà, disuguaglianza e politiche redistributive nell'Italia di oggi*, Bologna, Il Mulino.

Istituto di Studi e Analisi Economica [2008], "L'ISEE: componente patrimoniale e benessere economico", in *Rapporto ISAE su Politiche pubbliche e redistribuzione*, Novembre 2008.

Ministero dell'Economia e delle Finanze [2008], *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – aggiornamento 2008*, Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, Rapporto n. 10, Roma.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali [2009], *Rapporto Isee 2009*, Roma.

Pesaresi F. [2008], "La suddivisione della spesa tra utenti e servizi", in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci press on line, Roma.

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 13

Gli interventi per le persone con disabilità

Un approfondimento

di

Pietro Barbieri

Luglio 2010

1. Premessa

L'articolazione di questa pubblicazione costituisce il tentativo di compendiare idee, riflessioni e necessità sul tema comunemente identificato della non autosufficienza partendo ovviamente dalla questione dell'invecchiamento della popolazione. Si analizzano le politiche e la stato sociale di persone che vivono una parte conclusiva - più o meno duratura - della loro esistenza in condizione di disabilità.

Il capitolo 13 è centrato invece sulle persone che quella condizione la vivono dalla nascita o comunque per larga parte della loro esistenza. Le esigenze del gruppo sociale in questione non sono rappresentate adeguatamente né nelle analisi né nelle politiche sociali, compresse tra l'emergenza del rapporto tra generazioni (denatalità, invecchiamento ecc.) alle cui dinamiche sfuggono coloro che le attraversano obliquamente, e le forme di approccio caritatevole e paternalistico. Il combinato dei due fattori ne determina l'invisibilità.

E' evidente come dal punto di vista del quadro clinico le funzioni e strutture corporee siano assolutamente sovrapponibili. Infatti le statistiche non riportano differenze se non per classi di età insufficienti a descrivere la durata della stato di salute di disabilità nonché la data di insorgenza della condizione biologica.

Già da tempo il legislatore ed i conduttori delle politiche socio assistenziali e socio sanitarie hanno percepito le differenze, costruendo percorsi distinti che appartengono, però, alla stessa categoria di politiche. Infatti le questioni relative all'accesso, alla tipologia di prestazioni (emolumenti e servizi), all'erogazione e alle modalità di finanziamento, appartengono a tutti i gruppi sociali che vivono la condizione biologica di disabilità posto che quei sistemi intendono dare risposta ad una necessità assistenziale misurabile. È altrettanto manifesto che all'interno di policy generali le specificità di bisogni/diritti siano contemplate e tutelate.

1.1. La vita indipendente delle persone con disabilità

La Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità (Crpd) e l'International Classidication of Functioning dell'Oms (Icf) non prevedono differenziazione per età, origine o quant'altro della disabilità dato che secondo il nuovo approccio si tratta di una condizione biologica alterata che posta in relazione con il contesto relazionale, sociale e comunitario è oggetto di discriminazione, segregazione e talvolta persino di trattamento inumano. Secondo l'Onu sono questi gli ostacoli da dover aggredire. Ciò detto il nucleo di riferimento della nostra analisi torna ad essere limitato sia per scelta editoriale del Progetto, sia per assenza di equità nel sistema di welfare italiano tra le persone divenute disabili in tarda età e coloro nati o divenuti disabili in età scolare o lavorativa.

L'invalidità civile ex legge 118/71 e l'handicap ex legge 104/92 difatti misurano condizioni che non distinguono tra bisogni nel campo socio assistenziale: gli istituti dell'indennità di accompagnamento e di comunicazione, l'assistenza domiciliare, diurna e residenziale, nonché l'Indicatore di situazione economica non si modificano se la persona è un giovane che deve affrontare e superare ogni genere di pregiudizio e di atteggiamento paternalista che ne provoca la forzata marginalità nell'intero arco della propria esistenza. Vi è un'oggettiva disuguaglianza orizzontale tra i cittadini che hanno potuto produrre reddito lungo l'arco della vita senza provare la condizione di disabilità, e coloro che invece a causa della disabilità sono sistematicamente discriminati nell'accesso al reddito, nel mantenimento del posto di lavoro e nell'avanzamento di carriera. Inoltre va preso in considerazione il fatto che, specie con le disabilità più gravi, si

interrompe il ciclo naturale per il quale i figli assistono i genitori quando questi ultimi affrontano la terza età.

Sicché è necessario isolare, o meglio, specificare un gruppo sociale separato non certo per accentuarne la disparità, piuttosto per postulare strategie e politiche socio assistenziali adeguate alla condizione di un inequivocabile nucleo di riferimento giacché sufficientemente omogeneo anche per condizione socio economica. Si potrà obiettare che a parità di condizione biologica, le persone possono vivere contesti familiari di diverso stato socio economico che creano mancanza di equità orizzontale interna al gruppo sociale scelto. Sotto questo aspetto vi sono certamente delle difformità, ma l'autonoma possibilità individuale di produrre reddito da lavoro – non patrimoniale quindi – è pressoché inalterata. Le distanze si riducono enormemente, per non dire che si annullano, se agli interventi socio assistenziali aggiungiamo ad esempio la discriminazione nella mobilità ed in ogni relazione umana di cui la fattispecie assistenziale è cardine positivo o negativo di processi inclusivi.

1.2. Il cambio di paradigma

Si tratta perciò di produrre uno sforzo di analisi per definire attività e servizi sulla scorta dell'equazione bisogni – diritti. È ormai patrimonio culturale internazionale la necessità improcrastinabile di concepire sistemi di protezione sociale imperniati sull'*empowerment* della persona con disabilità valorizzando le esperienze di vita indipendente considerato che nel caso delle persone con disabilità è ancora attuale l'urgenza di affermare l'indipendenza individuale laddove questa comporta l'abbandono di ogni forma di vincolo al massimo grado possibile che genera subalternità istituzionale, sociale ed economica nelle scelte per sé stessi. Orientare il welfare socio assistenziale in questa direzione, implica scelte trasparenti e risolute rispetto all'uscita dal sistema risarcitorio in cui altri soggetti decidono cosa, come e dove sulla scorta di equivalenze senza fondamenta tecniche e scientifiche validate, per lo più frutto di necessità amministrative e giuridiche ancorate alle teorie lombrosiane della 'inabilità ad ogni proficua occupazione' e della 'pericolosità per la società', che travalicano persino il principio Costituzionale dello sviluppo pieno della personalità. Comporta finanche erigere nuove politiche i cui cardini si richiamino al *paradigm shift* invocato dal Segretario Generale delle Nazioni Unite all'indomani dell'approvazione della Crpd ed alla pertinente strategia dei diritti umani, e conseguentemente ai principi delle *capability*, dove le persone sono attori protagonisti della loro emancipazione e lo Stato o l'autorità pubblica responsabile, tanto quanto attuatori ed erogatori, ne rappresentano i soggetti facilitatori. Esattamente in questo passaggio si racchiude l'evoluzione del principio di integrazione in inclusione: il primo si riferisce alla possibilità di garantire l'accesso sino allora impedito, mentre il secondo è fondato sulla piena partecipazione della persona con disabilità alla vita della comunità in cui vive contribuendo al pari degli altri alla formulazione/riformulazione di regole, norme e standard di ogni genere che lo riguardano. Tale processo assume dignità e concretezza proprio dalla presa in carico e quindi dall'impianto di valutazione della persona per accedere a interventi, benefici e prestazioni. Il sistema di accertamento deve modificare oggetto e modalità di funzionamento: dalla menomazione alle funzioni e strutture corporee, dal contesto sociale ai fattori ambientali che discriminano o generano pari opportunità, dalla osservazione medica alla multidimensionalità, dalla straordinarietà della commissione medico legale al punto unico di accesso che si fa carico ed orienta verso servizi e attività inclusive.

Il campo di maggiore interesse del *paradigm shift* è nella progettazione stessa delle prestazioni le quali vanno rifondate sui principi della partecipazione alla vita della comunità, della non discriminazione e delle pari opportunità. Oltre ad un'endemica limitatezza di prestazioni dovuta sia alla scarsezza di risorse disponibili, sia alla sottovalutazione delle politiche socio assistenziali in genere, si riscontra un silenzioso ritorno alle politiche segreganti o perlomeno un'interruzione del processo di deistituzionalizzazione iniziato negli anni '70 a causa della limitata visione dei suoi cardini ispiratori e conseguentemente di norme (la legge 104/92 ed altre) incerte nella chiarezza

delle scelte. La somma dei fattori descritti produce l'effetto moltiplicatore dell'irrilevanza complessiva nel panorama politico delle politiche socio assistenziali per le persone con disabilità. Ed in particolare quelle che tengono conto dei bisogni effettivi e che quindi sono connotate da un intervento preventivo del rischio segregazione: come testimoniato dall'Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni nel 2005 (Istat, 2008), solo il 9 per cento delle risorse destinate a favore della disabilità sono investite in servizi di assistenza domiciliare. Anche aggiungendo l'assistenza educativa nelle scuole (prestazione sociale erogata dai Comuni), si raggiunge appena il 30%. È evidente come il Paese sia spaccato a metà (e non solo tra nord e sud) tra servizi tendenti a nuove forme inclusive (largamente minoritari peraltro), ed altri fortemente segregazionisti che strappano le persone dal loro contesto familiare e sociale per riempire indistinti contenitori residenziali e semi residenziali dove la spersonalizzazione è il rischio più immediato. Tali trattamenti diversificati stabiliti sulla condizione individuale di salute evidenziano un caso giuridico esemplare per generare normativa sulla discriminazione sulla base della disabilità.

1.3. Equità di trattamento

La strategia dei diritti umani offre alcuni snodi per un ampio cambiamento di breve, medio e lungo termine: le persone con disabilità devono avere la possibilità di scegliere, sulla base di eguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e non devono essere obbligate a vivere in una particolare sistemazione abitativa; le persone con disabilità devono avere accesso ad una serie di servizi di sostegno domiciliare, residenziale o di comunità, compresa l'assistenza personale necessaria per permettere loro di vivere all'interno della comunità e di inserirvisi e impedire che esse siano isolate o vittime di segregazione; i servizi e le strutture comunitarie destinate a tutta la popolazione devono essere messe a disposizione, su base di eguaglianza con gli altri, delle persone con disabilità e devono essere adatti ai loro bisogni (art 19 punti a, b e c). Non si tratta di semplici raccomandazioni né di orientamenti generici, ma di garanzie che gli Stati Parte dell'Onu devono assicurare. A partire dai Paesi che l'hanno ratificata per via parlamentare come l'Italia. Un ulteriore elemento di riflessione è nell'art 22 'Rispetto per la vita privata': 'Nessuna persona con disabilità, indipendentemente dal luogo di residenza o dalla modalità di alloggio, sarà soggetta a interferenze arbitrarie o illegali nella propria vita privata, in quella della famiglia, della propria casa, della propria corrispondenza o di altri tipi di comunicazione o ad attacchi illegali al proprio onore o alla propria reputazione. Le persone con disabilità hanno il diritto di essere protette dalla legge contro tali interferenze o attacchi.' Ciò che appare evidente è il divieto di interventi speciali per le persone con disabilità ritenute a rischio forte di perdita della propria individualità e personalità. In definitiva i trattamenti differenziali procurano disuguaglianza tra persone che vivono la comunità locale, nazionale ed internazionale posto che persino l'istituto 'accomodamento ragionevole' introdotto nella nostra legislazione dalla Convenzione Onu, è precluso se vengono introdotti 'oneri non appropriati'.

La disuguaglianza tra persone, come già descritto, ha diverse declinazioni normative e tra questi si segnala l'istituto della compartecipazione alla spesa, l'Isee. Per le persone con disabilità deve essere applicato al reddito individuale secondo recenti sentenze definitive della giustizia amministrativa. Solo apparentemente viene ristabilito un criterio di equità a meno che non si riesumi del tutto l'approccio risarcitorio che vede le persone con disabilità del tutto incapaci di produrre reddito per sé stessi. È pur vero che vista la situazione di disoccupazione al 75% delle persone con disabilità, la valutazione del reddito individuale per calcolare la quota di compartecipazione ai costi assistenziali, equivale a garantire prestazioni gratuite per la stragrande maggioranza delle persone con disabilità. Oltre ad essere frutto del retaggio delle politiche risarcitorie che implicano protezione e non inclusione, si tratta di una politica assolutamente iniqua dato che le persone sono messe nelle condizioni di scegliere tra accedere ai servizi socio assistenziali e la ricerca di una professione che garantisca un reddito. D'altro canto molti comuni e molte regioni hanno già optato per escludere dal campo applicativo dell'Isee le persone con disabilità. Il punto di vista è chiaro: nel caso delle persone con disabilità l'accesso ai servizi è

propedeutico ad una qualsivoglia vita di relazione, ai sistemi educativi e quindi alla possibilità di una vera inclusione sociale. Per questa ragione la riforma del sistema sanitario e sociale olandese fondato sulla sottoscrizione obbligatoria di una assicurazione privata, per gli indigenti e per i disabili è resa coerente col principio di eguaglianza attraverso un buono che viene corrisposto direttamente all'assicurazione di scelta della persona. In questo caso ad un sistema essenzialmente privatistico corrisponde un impegno finanziario che proviene dalla fiscalità generale. In Italia invece un sistema fondato sulle pubbliche responsabilità, cerca altre risorse rispetto alla tassazione esistente e per di più dai cittadini più discriminati.

2.1. L'analisi dei bisogni e i diritti universali

L'impegno della nostra analisi prende corpo dagli elementi descritti introducendo un ulteriore variabile: lo stesso gruppo sociale di persone con disabilità dalla nascita o per lunga parte dell'esistenza non hanno carattere di uniformità. La stessa Convenzione Onu, pur introducendo l'aspetto relazionale tra la persona e la comunità che discrimina, elenca alcune aree di condizione biologica o di stato di salute che modificano significativamente la caratterizzazione della relazione e la conseguente discriminazione: disabilità motorie, intellettive e relazionali, e sensoriali. Appare evidente come ad area di disabilità possa corrispondere un facilitatore dell'inclusione specifico (il quale paradossalmente potrebbe rivelarsi persino di ostacolo all'inclusione di altre aree). A tale valutazione ne corrisponde inevitabilmente un'altra: lo stesso gruppo non è omogeneo in termini di condizioni biologiche. Si differenziano per entità della gravità che determina strategie diverse all'interno di politiche e prestazioni definite.

Appare quindi necessario identificare elementi caratterizzanti la scomposizione del problema per poi trovare una sintesi nell'analisi. L'indistinto insieme delle persone con disabilità va inquadrato secondo raggruppamenti di profili individuali che seguono anzitutto la condizione biologica per definirne un livello minimo di omogeneità nei bisogni. Si prende in considerazione una valutazione di merito commisurabile alla uguaglianza delle condizioni di partenza, ma non quella delle condizioni di arrivo (equità verticale).
Per affrontare quindi la definizione delle risorse economiche necessarie all'eguaglianza di presupposti dell'inclusione, scomponiamo i bisogni/diritti delle diverse tipologie di disabilità al fine di identificare i servizi e le prestazioni, tentando un'operazione di eliminazione delle inappropriatezze esistenti. Il tentativo di tracciare un quadro ideale possibile, insomma.

Nelle tabelle che seguono, le prime due colonne (ovviamente salvo quella di definizione dei servizi) individuate con 'Interventi' e 'Operatore prevalente', identificano l'area prestazionale che dovrebbe essere coperta dal Fondo per la non autosufficienza e garantita attraverso i livelli essenziali di assistenza sociale (Liveas ex art. 22 L. 328/00).
Le altre colonne descrivono le integrazioni necessarie con la competenza sanitaria, con le altre competenze necessarie (e peraltro normate con leggi in vigore) e le criticità presenti. Tra queste ultime vi è il tentativo di definire i conflitti tra la persona/famiglia e le istituzioni che direttamente o indirettamente sono chiamate a rispondere alla pratica di norme e quindi a concretizzare i diritti esistenti. Inoltre vi è una colonna circa le inappropriatezze nell'erogazione dei servizi. L'assenza di risorse adeguate nelle politiche sociali ha diffuso una pratica distorta nel Paese, ovvero l'utilizzo di altri capitoli di bilancio, e quindi altre competenze, per realizzare dei servizi minimi indispensabili ad evitare pericolose derive sociali. Non si può non far riferimento ai numerosi fatti di cronaca che narrano di situazioni di assoluto degrado in cui finiscono nuclei familiari sprovvisti di redditi propri e contestualmente di qualsivoglia servizio diretto al congiunto con disabilità. È questa la situazione sociale che spinge i policy maker (amministratori locali, erogatori di servizi profit, non profit ed istituti religiosi) a utilizzare inopinatamente risorse improprie per garantire prestazioni sociali.

Oltre a prendere in considerazione l'Isee, nelle colonna "Compartecipazioni", si vuole chiarire quale sia il carico sul reddito della persona/famiglia dei costi intrinseci della disabilità. Questi non sono mai apprezzati adeguatamente. La scelta delle persone/famiglie di non ricorrere all'istituzionalizzazione totalizzante di sé stessi o del proprio figlio, trova in particolare in quest'ambito la maggiore visibilità.
Le ultime due colonne sono relative alle regole di riferimento.

Sull'asse orizzontale sono descritti i diversi servizi da contemplare nell'ambito del Fondo per le non autosufficienze. Si potrà notare che, al contrario di quanto previsto nell'assetto istituzionale, non sono suddivisi tra domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Se i diritti umani sono il fulcro attorno al quale determinare la discriminazione basata sulla disabilità, è necessario confrontarsi con le attività ordinarie di vita. Sono infine assenti elementi di qualificazione (quantità orarie) e quantificazione (numero di persone coinvolte) della spesa benché calcolati nella parte 3. "Gli scenari".

Qui di seguito sono individuati i raggruppamenti di profili che verranno analizzati nelle tabelle. Nella colonna di destra sono elencati a titolo di esempio alcune condizioni di salute che corrispondono a specifici raggruppamenti di profili.

	Raggruppamenti di profili	**Condizione di salute**
2.2.	intellettive medio lievi	sindrome Down, ritardi non diagnosticati
2.3.	Relazionali	disturbi del comportamento, epilessia
2.4.	intellettive e motorie gravi	SV, SMC, GC, TC
2.5.	motorie gravi	LM, esiti di polio, SM, DM, tetraparesi
2.6.	motorie medio lievi	amputazioni, paralisi ostetriche, paraparesi
2.7.	motorie progressive	SLA, DM grave, SM grave
	Sordi	
	ciechi ed ipovedenti	

Nelle successive tabelle non sono state inserite le analisi su ciechi, ipovedenti e sordi perché non altrettanto articolate e decisive rispetto al Fondo per la non autosufficienze, se non per il minutaggio assistenziale destinato in particolare alle persone cieche e nell'ambito scolastico alle persone sorde. Per questi gruppi di profili individuali, è stato comunque calcolato il bisogno assistenziale nella susseguente parte 3. "Gli scenari" sulle ipotesi prestazionali e di costi.

2.2. Intellettive medio lievi

	Interventi	**Operatore**					**Compartecipazioni**		**Regole di riferimento**	
	Tipologia attività	*Prevalente*	*Sussidiari*	*Integrazione con altri servizi*	*Conflitti*	*Inappropriatezze*	*Isee*	*Altro connesso con la disabilità*	*Norme in vigore*	*Convenzione Onu*
Servizio di assistenza personale	- Diretta/Indiretta - Mutuo aiuto, advocacy, e volontariato familiare	- Operatore servizi tutelari/badante - Per definizione sono individui/gruppi di auto sostegno guidati da persone con la stessa esperienza	Equipe multidisciplinare di valutazione, trainer dell'operatore come educatore e/o terapisti occupazionali	Per età evolutive con operatori scuola. In età adulta con operatori del lavoro. Nel tempo libero con operatori di attività espressive e/o sportive	Diritto di scelta: chi lo opera? Tra diretta ed indiretta. Tra operatori. Tra tipologie di interventi.	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori	In alcuni territori è in uso.	La mobilità e materiale e strutture per attività con operatore	L. 328-2000 Art. 14 (comma 2) Art. 16 (comma 1) L. 162/98 L. 104/92 Art. 9	Art 19
Attività di gruppo diurne	- abilitazione - occupazionali - espressive - sportive - trasporto dedicato	- educatore, professionisti riabilitazione, operatore servizi tutelari/badante, psicologo -individui/gruppi di auto sostegno guidati da persone con la stessa esperienza - mezzi comunali o del centro	Equipe multidisciplinare di valutazione, supervisione Npi o altri specialisti di riferimento della condizione biologica di scelta della famiglia.	- espertise (tra cui anche volontari) nel campo dell'artigianato, della piccola meccanica, del teatro, pittura, musica e sport	Attività sociale con caratteristica di permanenza? In ogni caso? Diritto di scelta: chi lo opera? Tra assistenza personale, diurna e residenziale. Tra tipologie di interventi. Pericolo di utilizzo del volontariato come sostitutivo di professionalità esistenti (lavoro sotto pagato).	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. Spesso inadeguatezze dei soggetti gestori. Pericolo di 'reiterazione' dei progetti individuali senza fine assenza di collegamento coi soggetti preposti al collocamento al lavoro.	In alcuni territori è in uso.	In alcuni territori l'assenza di operatori competenti spinge la famiglia ad acquistare prestazioni.	L. 328-2000 Art. 22 comma 4 lett. e) L. 104/92 Art. 8 (comma 1 lett. L)	
Inclusione educativa	- Assistenza educativa - assistenza materiale - trasporto	- operatori specializzati come educatori - operatori servizi tutelari - mezzi comunali	Equipe multidisciplinare di valutazione, collaborazione di professionisti della riabilitazione, ausilioteche, scuole polo/i tecnologici e psicologi	- assistenza personale - formazione professionale e vocational training - servizi di inclusione lavorativa	Competenza istituzionale tra comuni e provincie	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori	Il diritto allo studio è Costituzionale e pertanto privo di compartecipazione	In alcuni territori l'assenza di operatori competenti spinge la famiglia ad acquistare prestazioni	L. 104/92 Artt. 12-13-14 e Art. 26 (comma 2)	Art 24

	Interventi	Operatore					Compartecipazioni		Regole di riferimento	
Inclusione sociale	- servizi per l'integrazione lavorativa - trasporto dedicato - disability manager	- mediatori specializzati tra cui assistenti sociali, educatori, psicologi - mezzi comunali - consulenti lavoro o mediatori	- commissione mediche di accertamento - centri per l'impiego	- sistema della formazione professionale - sistema dell'impresa: direzione del personale, responsabili 626	Competenza tra provincie, distretti socio-sanitari	Assenza di servizi di mediazione in tutto il Paese. Centri per l'impiego inadeguati	Il diritto al lavoro è Costituzionale e pertanto privo di compartecipazione	L'assenza di servizi adeguati implica la mancata produzione di reddito ed il conseguente carico alla famiglia	L. 328/2000 Art. 14 (comma 1) Art. 26 (comma 2)	Convenzione Onu Art. 27
Ausili e tecnologie	- per l'autonomia (prevalentemente ausili per la comunicazione – Pc adattati e con software specifici)	- ausilioteche (terpisti occupazionali, counsellor, assistenti sociali)	- prescrittori medici specialisti - uffici autorizzativi Asl - per l'età scolare, scuole polo tecnologico	- erogatori autorizzati, convenzionati o semplici commercianti	Competenza tra ausilioteche, prescrittori ed erogatori	Assenza definitoria ed erogativi nel nomenclatore tariffario degli ausili	Ciò che è in nomenclatore tariffario è a titolo gratuito	Ciò che non c'è in tariffario (la maggior parte degli ausili per la comunicazione) è a totale carico della famiglia	DM 332/99 All. 1 elenco 2	Convenzione Onu Art. 9 (comma 1) e comma 2 lett. G)
Residenzialità	- casa ad uso civico - gruppi appartamento - comunità del dopo di noi	- Operatore servizi tutelari/badante -individui/gruppi di auto sostegno guidati da persone con la stessa esperienza	Equipe multidisciplinare di valutazione, trainer dell'operatore come educatore e/o terapisti occupazionali	Per età evolutive con operatori scuola. In età adulta con operatori del lavoro. Nel tempo libero con operatori di attività espressive e/o sportive Amministratore di sostegno	Inadeguatezza delle tariffe sociali. Medicalizzazione di quelle sanitarie. Nessun collegamento col 'progetto di vita' ex art 14 legge 328/00.	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. Spesso inadeguatezze dei soggetti gestori. Non sempre l'Amministratore di sostegno è contemplato, ancora oggi in larghe parti d'Italia è in uso la tutela del magistrato.	In alcuni territori è in uso ed è applicato alla famiglia talvolta in maniera vessatoria.	I costi aggiuntivi della disabilità: mobilità, farmaci e discriminazione nell'accesso al reddito. Nel caso di abitazione privata nell'avanzamento di carriera dei genitori e persino nell'abbandono del posto di lavoro.	L. 328/2000 Art. 22 (comma 2 lett. f) e g) L. 104/92 Art. 8 (comma 1 lett. l) e Art. 10	Convenzione Onu Art. 19 Lett. B)
Tempo libero	- soggiorni estivi - turismo sociale	- Operatore servizi tutelari/badante	Equipe multidisciplinare di valutazione	Familiari e volontari nel caso del turismo sociale	Diritto di scelta: chi lo opera? Tra tipologie di interventi. Pericolo di utilizzo del volontariato come sostitutivo di professionalità esistenti (lavoro sotto pagato).	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. Spesso inadeguatezze dei soggetti gestori.	In alcuni territori è in uso.	Nel caso del turismo sociale, il soggiorno è a carico della famiglia eccezion fatta per buoni comunali per le vacanze estive non erogati in maniera omogenea.	L. 328/2000 Art. 6	Art 30

2.3. Relazionali

	Interventi	Operatore					Compartecipazioni		Regole di riferimento	
	Tipologia attività	*Prevalente*	*Sussidiari*	*Integrazione con altri servizi*	*Conflitti*	*Inappropriatezze*	*Isee*	*Altro connesso con la disabilità*	*Norme in vigore*	*Convenzione Onu*
Servizio di assistenza personale	- Diretta/Indiretta - Mutuo aiuto, advocacy, parent training, e volontariato familiare	- Operatore servizi tutelari/badante - Per definizione sono individui/gruppi di auto sostegno guidati da persone con la stessa esperienza. In questo caso sul parent training sono coadiuvati da esperti.	Equipe multidisciplinare di valutazione, trainer dell'operatore come psicologo e educatore.	Per età evolutive con operatori scuola. In età adulta con operatori del lavoro. Nel tempo libero con operatori di attività espressive e/o sportive	Diritto di scelta: chi lo opera? Tra diretta ed indiretta. Tra operatori. Tra tipologie di interventi.	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori	In alcuni territori è in uso.	La mobilità e materiale e strutture per attività con operatore	L. 328-2000 Art. 14 (comma 2) Art. 16 (comma 1) L. 162/98 L. 104/92 Art. 9	Art 19
Attività di gruppo diurne	- abilitazione - occupazionali - espressive - sportive - trasporto dedicato	- educatore, psicologo, operatore servizi tutelari/badante, psicologo -individui/gruppi di auto sostegno guidati da persone con la stessa esperienza - mezzi comunali o del centro	Equipe multidisciplinare di valutazione, supervisione Npi o altri specialisti di riferimento della condizione biologica di scelta della famiglia.	- espertise (tra cui anche volontari) nel campo dell'artigianato, della piccola meccanica, del teatro, pittura, musica e sport	Attività sociale con caratteristica di permanenza? In ogni caso? Diritto di scelta: chi lo opera? Tra assistenza personale, diurna e residenziale. Tra tipologie di interventi. Pericolo di utilizzo del volontariato come sostitutivo di professionalità esistenti (lavoro sotto pagato).	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. Spesso inadeguatezze dei soggetti gestori. Pericolo di 'reiterazione' dei progetti individuali senza fine assenza di collegamento coi soggetti preposti al collocamento al lavoro.	In alcuni territori è in uso.	In alcuni territori l'assenza di operatori competenti spinge la famiglia ad acquistare prestazioni.	L. 328-2000 Art. 22 comma 4 lett. e) L. 104/92 Art. 8 (comma 1 lett. L)	
Inclusione educativa	- Assistenza educativa - assistenza materiale - trasporto	- operatori specializzati come educatori e psicologi - operatori servizi tutelari - mezzi comunali	Equipe multidisciplinare di valutazione, collaborazione di professionisti della riabilitazione, ausilioteche, scuole polo tecnologici e psicologi	- assistenza personale - formazione professionale e vocational training - servizi di inclusione lavorativa	Competenza istituzionale tra comuni e provincie	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori	Il diritto allo studio è Costituzionale e pertanto privo di compartecipazione	In alcuni territori l'assenza di operatori competenti spinge la famiglia ad acquistare prestazioni	L. 104/92 Artt. 12-13-14 e Art. 26 (comma 2)	Convenzione Onu Art. 24

	Interventi	Operatore					Compartecipazioni		Regole di riferimento	
Inclusione sociale	- servizi per l'integrazione lavorativa - trasporto dedicato - disability manager	- mediatori specializzati tra cui assistenti sociali, educatori, psicologi - mezzi comunali - consulenti lavoro o mediatori	- commissione mediche di accertamento - centri per l'impiego	- sistema della formazione professionale - sistema dell'impresa: direzione del personale, responsabili 626	Competenza tra provincie, distretti socio-sanitari	Assenza di servizi di mediazione in tutto il Paese. Centri per l'impiego inadeguati	Il diritto al lavoro è Costituzionale e pertanto privo di compartecipazione	Lo stigma dell'improduttività, e l'assenza di servizi adeguati implica la mancata produzione di reddito ed il conseguente carico alla famiglia	L. 328/2000 Art. 14 (comma 1) Art. 26 (comma 2)	Convenzione Onu Art. 27
Ausili e tecnologie	- per l'autonomia (prevalentemente ausili per la comunicazione – Pc adattati e con software specifici)	- ausilioteche (terpisti occupazionali, counsellor, assistenti sociali)	- prescrittori medici specialisti - uffici autorizzativi Asl - per l'età scolare, scuole polo tecnologico	- erogatori autorizzati, convenzionati o semplici commercianti	Competenza tra ausilioteche, prescrittori ed erogatori	Assenza definitoria ed erogativi nel nomenclatore tariffario degli ausili	Ciò che è in nomenclatore tariffario è a titolo gratuito	Ciò che non c'è in tariffario (la maggior parte degli ausili per la comunicazione) è a totale carico della famiglia	DM 332/99 All. 1 elenco 2	Convenzione Onu Art. 9 (comma 1) e comma 2 lett. G)
Residenzialità	- casa ad uso civico - gruppi appartamento - comunità del dopo di noi	- Operatore servizi tutelari/badante -individui/gruppi di auto sostegno guidati da persone con la stessa esperienza	Equipe multidisciplinare di valutazione, trainer dell'operatore come educatore e/o psicologo	Per età evolutive con operatori scuola. In età adulta con operatori del lavoro. Nel tempo libero con operatori di attività espressive e/o sportive Amministratore di sostegno	Inadeguatezza delle tariffe sociali. Medicalizzazione di quelle sanitarie. Nessun collegamento col 'progetto di vita' ex art 14 legge 328/00.	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. Spesso inadeguatezze dei soggetti gestori. Non sempre l'Amministratore di sostegno è contemplato, ancora oggi in larghe parti d'Italia è in uso la tutela del magistrato.	In alcuni territori è in uso ed è applicato alla famiglia talvolta in maniera vessatoria.	I costi aggiuntivi della disabilità: mobilità, farmaci e discriminazione nell'accesso al reddito. Nel caso di abitazione privata nell'avanzamento di carriera dei genitori e persino nell'abbandono del posto di lavoro..	L. 328/2000 Art. 22 (comma 2 lett. f) e g) L. 104/92 Art. 8 (comma 1 lett. l) e Art. 10	
Tempo libero	- soggiorni estivi - turismo sociale	- Operatore servizi tutelari/badante	Equipe multidisciplinare di valutazione	Familiari e volontari nel caso del turismo sociale	Diritto di scelta: chi lo opera? Tra tipologie di interventi. Pericolo di utilizzo del volontariato come sostitutivo di professionalità esistenti (lavoro sotto pagato).	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. Spesso inadeguatezze dei soggetti gestori.	In alcuni territori è in uso.	Nel caso del turismo sociale, il soggiorno è a carico della famiglia eccezion fatta per buoni comunali per le vacanze estive non erogati in maniera omogenea.	L. 328/2000 Art. 6	Convenzione Onu Art 30

2.4. Intellettive e motorie gravi

	Interventi	Operatore					Compartecipazioni		Regole di riferimento	
	Tipologia attività	*Prevalente*	*Sussidiari*	*Integrazione con altri servizi*	*Conflitti*	*Inappropriatezze*	*Isee*	*Altro connesso con la disabilità*	*Norme in vigore*	*Convenzione Onu*
Servizio di assistenza personale	- Diretta/Indiretta - Mutuo aiuto, advocacy, e volontariato familiare	- Operatore servizi tutelari/badante - Per definizione sono individui/gruppi di auto sostegno guidati da persone con la stessa esperienza	Equipe multidisciplinare di valutazione, trainer dell'operatore come educatore e/o terapisti occupazionali	Per età evolutive con operatori scuola. In età adulta con operatori del lavoro. Nel tempo libero con operatori di attività espressive	Diritto di scelta: chi lo opera? Tra diretta ed indiretta. Tra operatori. Tra tipologie di interventi.	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori	In alcuni territori è in uso.	La mobilità e materiale e strutture per attività con operatore	L. 328-2000 Art. 14 (comma 2) Art. 16 (comma 1) L. 104/92 Art. 9 L. 162/98	Art 19
Attività di gruppo diurne	- abilitazione - occupazionali - espressive - sportive - trasporto dedicato	- educatore, professionisti riabilitazione, operatore servizi tutelari/badante, psicologo -individui/gruppi di auto sostegno guidati da persone con la stessa esperienza - mezzi comunali o del centro	Equipe multidisciplinare di valutazione, supervisione Npi o altri specialisti di riferimento della condizione biologica di scelta della famiglia.	- espertise (tra cui anche volontari) nel campo delle attività espressive. - Nel campo delle GCA espertise (tra cui anche volontari) nel campo dell'artigianato, della piccola meccanica, del teatro, pittura, musica e sport	Attività sociale con caratteristica di permanenza? In ogni caso? Diritto di scelta: chi lo opera? Tra assistenza personale, diurna e residenziale. Tra tipologie di interventi. Pericolo di utilizzo del volontariato come sostitutivo di professionalità esistenti (lavoro sotto pagato).	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. Spesso inadeguatezze dei soggetti gestori. Nel campo delle GCA pericolo di 'reiterazione' dei progetti individuali senza fine per assenza di collegamento coi soggetti preposti al collocamento al lavoro.	In alcuni territori è in uso.	In alcuni territori l'assenza di operatori competenti spinge la famiglia ad acquistare prestazioni.	L. 328-2000 Art. 22 comma 4 lett. e)	
Inclusione educativa	- Assistenza educativa - assistenza materiale - trasporto (quasi mai nelle GCA perché dovute ad incidenti stradali o sul lavoro e quindi con scarsissima incidenza sull'età scolare)	- operatori specializzati come educatori - operatori servizi tutelari - mezzi comunali	Equipe multidisciplinare di valutazione, collaborazione di professionisti della riabilitazione, ausilioteche, scuole polo tecnologici e psicologi	- assistenza personale - nel campo delle GCA formazione professionale e vocational training - nel campo delle GCA servizi di inclusione lavorativa	Competenza istituzionale tra comuni e provincie	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori	Il diritto allo studio è Costituzionale e pertanto privo di compartecipazione	In alcuni territori l'assenza di operatori competenti spinge la famiglia ad acquistare prestazioni	L. 104/92 Art. 13 Art. 26 (comma 2)	Convenzione Onu Art. 24

	Interventi	Operatore					Compartecipazioni		Regole di riferimento	
Inclusione sociale	Nel campo delle GCA - servizi per l'integrazione lavorativa - trasporto dedicato - disability manager	- mediatori specializzati tra cui assistenti sociali, educatori, psicologi - mezzi comunali - consulenti lavoro o mediatori	- commissione mediche di accertamento - centri per l'impiego	- sistema della formazione professionale - sistema dell'impresa: direzione del personale, responsabili 626	Competenza tra provincie, distretti socio-sanitari	Assenza di servizi di mediazione in tutto il Paese. Centri per l'impiego inadeguati	Il diritto al lavoro è Costituzionale e pertanto privo di compartecipazione	L'assenza di servizi adeguati implica la mancata produzione di reddito ed il conseguente carico alla famiglia	L. 328/2000 Art. 14 (comma 1) Art. 26 (comma 2)	Convenzione Onu Art. 27
Ausili e tecnologie	- per l'autonomia, l'indipendenza, la mobilità e funzioni vitali (area del nomenclatore tariffario di maggiore utilizzo)	- ausilioteche (terpisti occupazionali, counsellor, assistenti sociali)	- prescrittori medici specialisti - uffici autorizzativi Asl - per l'età scolare, scuole polo tecnologico	- erogatori autorizzati, convenzionati o semplici commercianti	Competenza tra ausilioteche, prescrittori ed erogatori	Assenza definitoria ed erogativi nel nomenclatore tariffario degli ausili	Ciò che è in nomenclatore tariffario è a titolo gratuito	Ciò che non c'è in tariffario (la maggior parte degli ausili per la comunicazione) è a totale carico della famiglia	DM 332/99	Convenzione Onu Art. 9 (comma 1) e comma 2 lett. G)
Residenzialità	- casa ad uso civico - gruppi appartamento - comunità del dopo di noi	- Operatore servizi tutelari/badante -individui/gruppi di auto sostegno guidati da persone con la stessa esperienza	Equipe multidisciplinare di valutazione, trainer dell'operatore come educatore e/o terapisti occupazionali	Per età evolutive con operatori scuola. In età adulta con operatori del lavoro. Nel tempo libero con operatori di attività espressive e/o sportive Amministratore di sostegno	Inadeguatezza delle tariffe sociali. Medicalizzazione di quelle sanitarie. Nessun collegamento col 'progetto di vita' ex art 14 legge 328/00.	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. Spesso inadeguatezze dei soggetti gestori. Non sempre l'Amministratore di sostegno è contemplato, ancora oggi in larghe parti d'Italia è in uso la tutela del magistrato. Nel campo delle GCA non è previsto neanche un Lea sanitario e tutto è scaricato sulla famiglia salvo progetti innovativi in qualche territorio.	In alcuni territori è in uso ed è applicato alla famiglia talvolta in maniera vessatoria.	I costi aggiuntivi della disabilità: mobilità, farmaci e discriminazione nell'accesso al reddito. Nel caso di abitazione privata nell'avanzamento di carriera dei genitori e persino nell'abbandono del posto di lavoro..	L. 328/2000 Art. 22 (comma 2 lett. f) e g) L. 104/92 Art. 8 (comma 1 lett. l) e Art. 10	Convenzione Onu Art. 19 Lett. B)
Tempo libero	- soggiorni estivi - turismo sociale	- Operatore servizi tutelari/badante	Equipe multidisciplinare di valutazione	Familiari e volontari nel caso del turismo sociale	Diritto di scelta: chi lo opera? Tra tipologie di interventi. Pericolo di utilizzo del volontariato come sostitutivo di professionalità esistenti (lavoro sotto pagato).	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. Spesso inadeguatezze dei soggetti gestori.	In alcuni territori è in uso.	Nel caso del turismo sociale, il soggiorno è a carico della famiglia eccezion fatta per buoni comunali per le vacanze estive non erogati in maniera omogenea.	L. 328/2000 Art. 6	Art 30

2.5. Motorie gravi

	Interventi	Operatore					Compartecipazioni		Regole di riferimento	
	Tipologia attività	*Prevalente*	*Sussidiari*	*Integrazione con altri servizi*	*Conflitti*	*Inappropriatezze*	*Isee*	*Altro connesso con la disabilità*	*Norme in vigore*	*Convenzione Onu*
Servizio di assistenza personale	- Diretta/Indiretta - Mutuo aiuto, advocacy, e peer support	- Operatore servizi tutelari/badante - Per definizione sono individui/gruppi di auto sostegno guidati da persone con la stessa esperienza	Equipe multidisciplinare di valutazione, trainer dell'operatore come terapisti occupazionali	Per età evolutive con operatori scuola. In età adulta con operatori del lavoro. Nel tempo libero con operatori di attività espressive e/o sportive	Diritto di scelta: chi lo opera? Tra diretta ed indiretta. Tra operatori. Tra tipologie di interventi. Pericolo di utilizzo del volontariato come sostitutivo di professionalità esistenti (lavoro sotto pagato).	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori	In alcuni territori è in uso.	La mobilità e materiale e strutture per attività con operatore	L. 328-2000 Art. 14 (comma 2) Art. 16 (co. 1) L. 104/92 Art. 9 L. 162/98	Art 19
Attività di gruppo diurne	Non indicate		Equipe multidisciplinare di valutazione, equipe riabilitative per cicli individuali di mantenimento	- espertise nel campo delle attività dello sport	Attività sociale con caratteristica di permanenza? In ogni caso? Diritto di scelta: chi lo opera? Tra assistenza personale, diurna e residenziale. Tra tipologie di interventi.	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. Spesso inadeguatezze dei soggetti gestori. Pericolo di 'reiterazione' dei progetti individuali senza fine assenza di collegamento coi soggetti preposti al collocamento al lavoro. Pericolo di collocare le attività sportive nel solo campo della riabilitazione.		In alcuni territori l'assenza di operatori competenti spinge la persona/famiglia ad acquistare prestazioni.	L. 328-2000 Art. 22 comma 4 lett. e) L. 104/92 Art. 8 (comma 1 lett. L)	
Inclusione educativa	Nel solo caso di disabilità congenite - assistenza materiale - trasporto	- operatori servizi tutelari - mezzi comunali	Equipe multidisciplinare di valutazione, collaborazione di professionisti della riabilitazione, ausilioteche, scuole polo tecnologici e psicologi	- assistenza personale - formazione professionale e vocational training - servizi di inclusione lavorativa	Competenza istituzionale tra comuni e provincie	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori	Il diritto allo studio è Costituzionale e pertanto privo di compartecipazione	In alcuni territori l'assenza di operatori competenti spinge la famiglia ad acquistare prestazioni	L. 104/92 Artt. 12-13-14 e Art. 26 (comma 2)	Convenzione Onu Art. 24

	Interventi	Operatore					Compartecipazioni		Regole di riferimento	
Inclusione sociale	- servizi per l'integrazione lavorativa - trasporto dedicato - disability manager	- mediatori specializzati tra cui assistenti sociali, educatori, psicologi - mezzi comunali - consulenti lavoro o mediatori	- commissione mediche di accertamento - centri per l'impiego	- sistema della formazione professionale - sistema dell'impresa: direzione del personale, responsabili 626	Competenza tra provincie, distretti socio-sanitari	Assenza di servizi di mediazione in tutto il Paese. Centri per l'impiego inadeguati	Il diritto al lavoro è Costituzionale e pertanto privo di compartecipazione	L'assenza di servizi adeguati implica la mancata produzione di reddito ed il conseguente carico alla persona/famiglia	L. 328/2000 Art. 14 (comma 1) Art. 26 (comma 2)	Convenzione Onu Art. 27
Ausili e tecnologie	- per l'autonomia, l'indipendenza, la mobilità e funzioni vitali (area della disabilità del nomenclatore tariffario di maggiore utilizzo)	- ausilioteche (terpisti occupazionali, counsellor, assistenti sociali)	- prescrittori medici specialisti - uffici autorizzativi Asl - per l'età scolare, scuole polo tecnologico	- erogatori autorizzati, convenzionati o semplici commercianti	Competenza tra ausilioteche, prescrittori ed erogatori	Assenza definitoria ed erogativi nel nomenclatore tariffario degli ausili	Ciò che è in nomenclatore tariffario è a titolo gratuito	Ciò che non c'è in tariffario (la maggior parte degli ausili per la comunicazione) è a totale carico della famiglia	DM 332/99 All. 1 elenco 2	Convenzione Onu Art. 9 (comma 1) e comma 2 lett. G)
Residenzialità	- casa ad uso civico - gruppi appartamento	- Operatore servizi tutelari/badante -individui/gruppi di auto sostegno guidati da persone con la stessa esperienza	Equipe multidisciplinare di valutazione, in base alla scelta consapevole trainer dell'operatore come terapisti occupazionali	Per età evolutive con operatori scuola. In età adulta in base alla scelta consapevole con operatori del lavoro. Nel tempo libero in base alla scelta consapevole con operatori di attività espressive e/o sportive	Inadeguatezza delle tariffe sociali. Medicalizzazione di quelle sanitarie. Nessun collegamento col 'progetto di vita' ex art 14 legge 328/00 e con la legge 162/98.	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. La presenza stessa di soggetti gestori rappresenta una contraddizione per persone che devono essere messi in condizione di autodeterminarsi.	In alcuni territori è in uso ed è applicato alla famiglia talvolta in maniera vessatoria.	I costi aggiuntivi della disabilità: mobilità, farmaci e discriminazione nell'accesso al reddito e nell'avanzamento di carriera.	L. 328/2000 Art. 22 (comma 2 lett. f) e g) L. 104/92 Art. 8 (comma 1 lett. l) e Art. 10	Art 19 e 22
Tempo libero	- soggiorni estivi - turismo sociale	- Operatore servizi tutelari/badante	Equipe multidisciplinare di valutazione	Familiari e volontari nel caso del turismo sociale	Diritto di scelta: chi lo opera? Tra tipologie di interventi. Pericolo di utilizzo del volontariato come sostitutivo di professionalità esistenti (lavoro sotto pagato).	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. Spesso inadeguatezze dei soggetti gestori.	In alcuni territori è in uso.	Nel caso del turismo sociale, il soggiorno è a carico della famiglia eccezion fatta per buoni comunali per le vacanze estive non erogati in maniera omogenea.	L. 328/2000 Art. 6	Art 30

2.6. Motorie medio lievi

	Interventi	Operatore					Compartecipazioni		Regole di riferimento	
	Tipologia attività	*Prevalente*	*Sussidiari*	*Integrazione con altri servizi*	*Conflitti*	*Inappropriatezze*	*Isee*	*Altro connesso con la disabilità*	*Norme in vigore*	*Convenzione Onu*
Servizio di assistenza personale	ESCLUSIVAMENTE QUANDO LE CONDIZIONI DI DISABILITA' SI AGGRAVANO PER ETA' O SALUTE (eg sindrome post polio) - Diretta/Indiretta - Mutuo aiuto, advocacy, e peer support	- Operatore servizi tutelari/badante - Per definizione sono individui/gruppi di auto sostegno guidati da persone con la stessa esperienza	Equipe multidisciplinare di valutazione, trainer dell'operatore come terapisti occupazionali	Per età evolutive con operatori scuola. In età adulta con operatori del lavoro. Nel tempo libero con operatori di attività espressive e/o sportive	Diritto di scelta: chi lo opera? Tra diretta ed indiretta. Tra operatori. Tra tipologie di interventi. Pericolo di utilizzo del volontariato come sostitutivo di professionalità esistenti (lavoro sotto pagato).	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori	In alcuni territori è in uso.	La mobilità e materiale e strutture per attività con operatore	L. 328-2000 Art. 14 (comma 2) Art. 16 (comma 1) L. 104/92 Art. 9 L. 162/98	Artt 19
Attività di gruppo diurne	Non indicate		Equipe multidisciplinare di valutazione, equipe riabilitative per cicli individuali di mantenimento	- espertise nel campo delle attività dello sport	Attività sociale con caratteristica di permanenza? In ogni caso? Diritto di scelta: chi lo opera? Tra assistenza personale, diurna e residenziale. Tra tipologie di interventi.	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. Spesso inadeguatezze dei soggetti gestori. Pericolo di 'reiterazione' dei progetti individuali senza fine assenza di collegamento coi soggetti preposti al collocamento al lavoro. Pericolo di collocare le attività sportive nel solo campo della riabilitazione.		In alcuni territori l'assenza di operatori competenti spinge la persona/famiglia ad acquistare prestazioni.	L. 328-2000 Art. 22 comma 4 lett. e) L. 104/92 Art. 8 (comma 1 lett. L)	
Inclusione educativa	ESCLUSIVAMENTE QUANDO LE CONDIZIONI DI DISABILITA' SI AGGRAVANO PER ETA' O SALUTE (eg sindrome post polio) RARISSIMAMENTE IN ETA' EVOLUTIVA Nel solo caso di disabilità congenite - assistenza materiale - trasporto	- operatori servizi tutelari - mezzi comunali	Equipe multidisciplinare di valutazione, collaborazione di professionisti della riabilitazione, ausilioteche, scuole polo tecnologici e psicologi	- assistenza personale - formazione professionale e vocational training - servizi di inclusione lavorativa	Competenza istituzionale tra comuni e provincie	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori	Il diritto allo studio è Costituzionale e pertanto privo di compartecipazione	In alcuni territori l'assenza di operatori competenti spinge la famiglia ad acquistare prestazioni	L. 104/92 Artt. 12-13-14 e Art. 26 (comma 2)	Convenzione Onu Art. 24

	Interventi	Operatore					Compartecipazioni		Regole di riferimento	
Inclusione sociale	ESCLUSIVAMENTE QUANDO LE CONDIZIONI DI DISABILITA' SI AGGRAVANO PER ETA' O SALUTE (eg sindrome post polio) - se si perde il lavoro a causa dell'aggravamento della disabilità servizi per l'integrazione lavorativa - nel caso di discriminazione sul luogo di lavoro dovuto alle nuove condizioni, disability manager - trasporto dedicato	- mediatori specializzati tra cui assistenti sociali, educatori, psicologi - consulenti lavoro o mediatori - mezzi comunali	- commissione mediche di accertamento - centri per l'impiego	- sistema della formazione professionale - sistema dell'impresa: direzione del personale, responsabili 626	Competenza tra provincie, distretti socio-sanitari	Assenza di servizi di mediazione in tutto il Paese. Centri per l'impiego inadeguati	Il diritto al lavoro è Costituzionale e pertanto privo di compartecipazione	L'assenza di servizi adeguati implica la mancata produzione di reddito ed il conseguente carico alla persona/famiglia	L. 328/2000 Art. 14 (comma 1) Art. 26 (comma 2)	Convenzione Onu Art. 27
Ausili e tecnologie	- per l'autonomia, l'indipendenza, e la mobilità (area della disabilità del nomenclatore tariffario di intenso utilizzo: protesi, ortesi in particolare)	- ausilioteche (tecnici ortopedici, terpisti occupazionali, counsellor, assistenti sociali)	- prescrittori medici specialisti - uffici autorizzativi Asl	- erogatori autorizzati, convenzionati o semplici commercianti	Competenza tra ausilioteche, prescrittori ed erogatori	Assenza definitoria ed erogativi nel nomenclatore tariffario degli ausili	Ciò che è in nomenclatore tariffario è a titolo gratuito	Ciò che non c'è in tariffario (la maggior parte degli ausili per la comunicazione) è a totale carico della famiglia	DM 332/99 All. 1 elenco 2	Convenzione Onu Art. 9 (comma 1) e comma 2 lett. G)
Residenzialità	- casa ad uso civico - gruppi appartamento (quando alla disabilità si associano forme di emarginazione socio-economico e culturale)	ESCLUSIVAMENTE QUANDO LE CONDIZIONI DI DISABILITA' SI AGGRAVANO PER ETA' O SALUTE (eg sindrome post polio) - Operatore servizi tutelari/badante -individui/gruppi di auto sostegno guidati da persone con la stessa esperienza	Equipe multidisciplinare di valutazione, in base alla scelta consapevole trainer dell'operatore come terapisti occupazionali	Per età evolutive con operatori scuola. In età adulta in base alla scelta consapevole con operatori del lavoro. Nel tempo libero in base alla scelta consapevole con operatori di attività espressive e/o sportive	Inadeguatezza delle tariffe sociali. Medicalizzazione di quelle sanitarie. Nessun collegamento col 'progetto di vita' ex art 14 legge 328/00 e con la legge 162/98.	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. La presenza stessa di soggetti gestori rappresenta una contraddizione per persone che devono essere messi in condizione di autodeterminarsi.	In alcuni territori è in uso ed è applicato alla famiglia talvolta in maniera vessatoria.	I costi aggiuntivi della disabilità: mobilità, farmaci e discriminazione nell'accesso al reddito e nell'avanzamento di carriera.	L. 328/00 Art. 22 (comma 2 lett. f) e g) L. 104/92 Art. 8 (comma 1 lett. l) e Art. 10	Convenzione Onu Art. 19 Lett. B) e art 22
Tempo libero	- soggiorni estivi ESCLUSIVAMENTE QUANDO LE CONDIZIONI DI DISABILITA' SI AGGRAVANO PER ETA' O SALUTE (eg sindrome post polio) - turismo sociale	- Operatore servizi tutelari/badante	Equipe multidisciplinare di valutazione	Familiari e volontari nel caso del turismo sociale	Diritto di scelta: chi lo opera? Tra tipologie di interventi. Pericolo di utilizzo del volontariato come sostitutivo di professionalità esistenti (lavoro sotto pagato).	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. Spesso inadeguatezze dei soggetti gestori.	In alcuni territori è in uso.	Nel caso del turismo sociale, il soggiorno è a carico della famiglia eccezion fatta per buoni comunali per le vacanze estive non erogati in maniera omogenea.	L. 328/2000 Art. 6	Art 30

2.7. Motorie progressive

	Interventi	Operatore					Compartecipazioni		Regole di riferimento	
	Tipologia attività	*Prevalente*	*Sussidiari*	*Integrazione con altri servizi*	*Conflitti*	*Inappropriatezze*	*Isee*	*Altro connesso con la disabilità*	*Norme in vigore*	*Convenzione Onu*
Servizio di assistenza personale	- Diretta/Indiretta - Mutuo aiuto, advocacy, e peer support	- Operatore servizi tutelari/badante - Per definizione sono individui/gruppi di auto sostegno guidati da persone con la stessa esperienza	Equipe multidisciplinare di valutazione, trainer dell'operatore come terapisti occupazionali	Per età evolutive con operatori scuola. In età adulta con operatori del lavoro. Nel tempo libero con operatori di attività espressive e/o sportive	Diritto di scelta: chi lo opera? Tra diretta ed indiretta. Tra operatori. Tra tipologie di interventi. Pericolo di utilizzo del volontariato come sostitutivo di professionalità esistenti (lavoro sotto pagato).	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. Sottovalutazione di queste situazioni poiché considerate dal sistema di servizi sociali di ambito sanitario.	In alcuni territori è in uso.	La mobilità e materiale e strutture per attività con operatore	L. 328-2000 Art. 14 (comma 2) Art. 16 (comma 1) L. 104/92 Art. 9 L. 162/98	Art 19
Attività di gruppo diurne	Queste situazioni necessitano di interventi abilitativi/riabilitativi individuali sempre di tipo sanitario		Equipe riabilitativa completa (anche di psicologo) che interagisce con specialisti medici della patologia	Interazione col care giver per il nursing quotidiano (badante, operatore servizi tutelari, infermiere, familiare)	Carenza di strutture specializzate, il sistema riabilitativo è fermo sull'impostazione generalista	Conseguente carenza di competenza delle equipe e degli specialisti	Il diritto all'assistenza sanitaria è universalista e pertanto privo di compartecipazione	Interventi economici per sopperire alle carenze del sistema sanitario: costi del 'turismo della salute' forzoso, o per interventi a pagamento	L. 328-2000 Art. 22 comma 4 lett. e) L. 104/92 Art. 8 (comma 1 lett. L)	
Inclusione educativa	Nel solo caso di studio universitario - assistenza materiale - trasporto	- operatori servizi tutelari - mezzi comunali	Equipe multidisciplinare di valutazione, collaborazione di professionisti della riabilitazione, ausilioteche	- assistenza personale - formazione professionale - servizi di inclusione lavorativa	Competenza istituzionale tra comuni e provincie	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori	Il diritto allo studio è Costituzionale e pertanto privo di compartecipazione	In alcuni territori l'assenza di operatori competenti spinge la famiglia ad acquistare prestazioni	L. 104/92 Artt. 12-13-14 e Art. 26 (comma 2)	Convenzione Onu Art. 24

	Interventi	Operatore					Compartecipazioni		Regole di riferimento	
Inclusione sociale	- SOLO PER DISABILITA' CONGENITE servizi per l'integrazione lavorativa - trasporto dedicato - disability manager	- mediatori specializzati tra cui assistenti sociali, educatori, psicologi - mezzi comunali - consulenti lavoro o mediatori	- commissione mediche di accertamento - centri per l'impiego	- sistema della formazione professionale - sistema dell'impresa: direzione del personale, responsabili 626	Competenza tra provincie, distretti socio-sanitari. Assenza di provvedimenti specifici atti a considerare il tema della 'fatica'	Assenza di servizi di mediazione in tutto il Paese. Centri per l'impiego inadeguati. Complessivamente il sistema è inadeguato per farsi carico di tale gravità e tende a considerare queste situazioni come 'malati terminali' da consegnare all'assistenza sanitaria e da espellere dalla possibilità di produzione del reddito.	Il diritto al lavoro è Costituzionale e pertanto privo di compartecipazione	L'assenza di servizi adeguati implica la mancata produzione di reddito ed il conseguente carico alla persona/famiglia	L. 328/2000 Art. 14 (comma 1) Art. 26 (comma 2)	Convenzione Onu Art. 27
Ausili e tecnologie	- per l'autonomia, l'indipendenza, la mobilità e funzioni vitali (area della disabilità del nomenclatore tariffario di maggiore utilizzo a partire da ausili con tecnologie avanzatissime come il comando oculare)	- ausilioteche (terpisti occupazionali, counsellor, assistenti sociali ed anche tecnici specializzati)	- prescrittori medici specialisti - uffici autorizzativi Asl	- erogatori autorizzati, convenzionati o semplici commercianti	Competenza tra ausilioteche, prescrittori ed erogatori	Assenza definitoria ed erogativi nel nomenclatore tariffario degli ausili	Ciò che è in nomenclatore tariffario è a titolo gratuito	Ciò che non c'è in tariffario (la maggior parte degli ausili per la comunicazione) è a totale carico della famiglia	DM 332/99 All. 1 elenco 2	Convenzione Onu Art. 9 (comma 1) e comma 2 lett. G)
Residenzialità	- casa ad uso civico - ospedalizzazione a domicilio - hospice	NEI PRIMI DUE CASI - Operatore servizi tutelari/badante -individui/gruppi di auto sostegno guidati da persone con la stessa esperienza	Equipe multidisciplinare di valutazione Equipe clinico-riabilitativa completa a domicilio o in struttura		Nei primi due casi inadeguatezza delle tariffe sociali. Assenza di LEA sanitari specifici. Nessun collegamento col 'progetto di vita' ex art 14 legge 328/00 e con la legge 162/98.	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. Soggetti gestori inadeguati.	In alcuni territori è in uso ed è applicato alla famiglia talvolta in maniera vessatoria.	I costi aggiuntivi della disabilità: mobilità, farmaci etc. In alcuni territori l'assenza di operatori competenti spinge la famiglia ad acquistare prestazioni	L. 328/2000 Art. 22 (comma 2 lett. f) e g) L. 104/92 Art. 8 (comma 1 lett. l) e Art. 10	Convenzione Onu Art. 19 Lett. B) e art 22
Tempo libero	Sempre autogestito	- Operatore servizi tutelari/badante	Training del care giver da parte di infermieri specializzati	Familiari e volontari nel caso del turismo sociale	Diritto di scelta: chi lo opera? Tra tipologie di interventi. Pericolo di utilizzo del volontariato come sostitutivo di professionalità esistenti (lavoro sotto pagato).	Inadeguatezze dei contratti, delle competenze e della formazione degli operatori. Spesso inadeguatezze dei soggetti gestori.	In alcuni territori è in uso.	il soggiorno è a carico della famiglia	L. 328/2000 Art. 6	Art 30

2.8. Sintesi delle tabelle

I quadri descritti trovano una sintesi in alcune considerazioni: i sei raggruppamenti di profili di condizioni individuali si possono ragionevolmente concentrare in due grandi aree, la disabilità cognitiva composta anche da condizioni non gravi dato che si tratta di situazioni comunque ad alto rischio di discriminazione e di esclusione sociale, e la disabilità motoria e sensoriale grave, persone in grado di raggiungere autonomamente un elevato grado di autodeterminazione attraverso adeguati sostegni (escludendo perciò disabilità motorie e sensoriali medio lievi).

Per gli interventi di carattere educativo, ed ai relativi strumenti necessari, spesso ed erroneamente le disabilità sensoriali vengono aggregate nell'ambito delle disabilità cognitive, mentre nel caso delle politiche sociali il criterio di valutazione è nell'*empowerment* possibile che avvicina quel gruppo sociale molto più alla disabilità motoria. Nel caso della disabilità cognitiva gli interventi si fondano su un'elevata capacità educativa - oltre che di assistenza materiale - che si trasmette in ogni ambito della vita relazionale dell'individuo anche solo per la fase di mantenimento dei livelli di indipendenza raggiunti. Nel caso della disabilità motoria e sensoriale grave si pone maggiormente l'accento sui processi abilitativi dell'*empowerment* (largamente a carico del Ssn) e alla capacità di gestire in completa autonomia le prestazioni di assistenza materiale qualificate più dal criterio quantitativo che dal merito professionale degli operatori.

3. Gli scenari

Oltre che per esigenze editoriali, si rivolge l'attenzione dell'analisi a quattro ipotesi di articolazione di politiche fondate su un confronto tra esperienze collocabili nei territori del nostro Paese che talvolta trovano riscontro in pratiche già sistematizzate in alcuni paesi europei. Ogni ipotesi è schematicamente suddivisa tra disabilità cognitiva e motoria-sensoriale. I due gruppi con aggiunte le disabilità motorie medio lievi presentano difficoltà nella loro definizione quantitativa.

Stando ai dati Istat (del sito web "Disabilità in cifre" http://www.handicapincifre.it/prehome/quanti_disabiliinitalia.asp, basati sull'indagine Istat sulle Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari del 2004-2005), le quattro categorie presenti restituiscono dati significativi solo per le disabilità sensoriali che tra i 6 e i 64 anni risultano essere 139.000. Dato che queste persone hanno un'aspettativa di vita equiparabile al resto della popolazione prendiamo in considerazione anche le altre due fasce d'età escludendo però le persone divenute sorde o cieche per età: si aggiungono quindi circa 40.000 persone. Non esistono dati che qualificano la gravità della disabilità sensoriale.

Per quanto riguarda gli altri gruppi, escludendo le difficoltà con un'unica funzione vitale e pertanto considerabili quali disabili motori medio-lievi, nell'età 6 – 64 anni contiamo 364.000 persone suddivise tra 'confinamento individuale', ovvero a letto o in carrozzina senza la possibilità di spingersi (circa 174.000 persone) e 'difficoltà nel movimento' la cui definizione racchiude la difficoltà nelle "Attività di Vita Quotidiana" paragonabili al gruppo delle disabilità motorie gravi. In entrambi i casi le aspettative di vita sono ridotte e si ipotizza un numero percentuale ridotto di circa 40.000 persone che superano la soglia dell'età lavorativa. Infine la stima Istat per l'età 0 – 5 anni è di circa 42.000 bambini con disabilità.

Si rileva la disomogeneità tra i due gruppi da noi definiti e quelli delle statistiche Istat. Il 'confinamento individuale' infatti include anche disabilità motorie più gravi progressive. Allo stesso tempo però l'impegno assistenziale necessario è omogeneo quantitativamente anche se non qualitativamente. Analogamente il numero stimato di bambini con disabilità è complessivo e riguarda disabilità cognitive, sensoriali e motorie. Il primo gruppo nei riscontri dell'età scolastica del Miur ricopre ben il 92% del numero complessivo. Inoltre poi l'età evolutiva, in termini assistenziali, richiede un impegno elevato sia quantitativo che qualitativo.

Riteniamo quindi che il gruppo delle disabilità cognitive è stimabile in circa 216.000 persone, mentre quello delle disabilità motorie e sensoriali è di circa 409.000 persone.

Al contempo, i dati assistenziali di alcune regioni, Veneto in testa, restituiscono un quadro diverso da quanto elaborato su fonte Istat:

- le persone con disabilità cognitive sono circa 7500 nei centri diurni, circa 2500 nelle comunità alloggio, residenze sanitario assistenziali per disabili e similari, e circa 1000 in grandi strutture;
- il totale è di circa 11.000 persone tra cui anche persone con problemi di salute mentale;
- apparentemente sostengono quasi l'intero bisogno poiché non hanno liste d'attesa;
- rapportato alla popolazione nazionale questo porterebbe a circa 132.000 persone ben lontano dai 215.000 stimate sommando le persone con disabilità cognitiva gravissimi e non dei dati Istat.

Il raffronto di questi dati con le stime Istat, che continuiamo a tenere come parametro di riferimento poiché unico dato nazionale statisticamente significativo, inducono ad una riflessione sul gruppo sociale e soprattutto sulle necessità assistenziali:
- presumibilmente l'importante scollamento statistico è dovuto all'inclusione di persone con condizioni ben più lievi e di persone con problemi di salute mentale, per le quali sarebbero da pianificare con maggiore efficacia strategie occupazionali e eventualmente a politiche di sostegno del reddito;
- si rafforza l'ipotesi che le stime Istat contemplino gruppi sociali la cui necessità di assistenza individuale è calcolabile in 0 ore di carico assistenziale; il loro computo contribuisce a determinare una media oraria contenuta rispetto alle necessità h 24 delle persone in condizioni di estrema gravità.

Analogamente, seguendo il filo logico dei servizi erogati, il gruppo dei motori e sensoriali presenta altrettante criticità:
- le persone con disabilità sensoriali bisognosi di accompagnamento individuale si restringono ai ciechi totali, i quali risulterebbero essere circa 4 - 500 su base nazionale (ciò è confermato dalle richieste per i bandi riservati del servizio civile nazionale ai quali accedono essenzialmente le persone cieche);
- al lordo delle liste d'attesa, le persone con disabilità motora incluse in regimi assistiti pubblici di natura socio assistenziale e socio sanitaria, non raggiungono le 130.000 unità contro i più di 400.000 stimati dall'Istat.

Ancor più in quest'ultimo caso, sono riscontrabili discrepanze evidenti dovute all'allargamento indiscriminato a persone con deficit motori che non necessitano di assistenza individuale, se non nella fase di invecchiamento, atteso che la patologia consenta un'aspettativa di vita prossima a quello del resto della popolazione.
Seguendo lo stesso processo logico delle disabilità cognitive, la media oraria di assistenza individuale include ancor più considerevoli gruppi sociali la cui necessità assistenziale è di 0 ore,. Se messi in condizioni adeguate, si muovono autonomamente: persone con lesione midollare da paraplegia, esiti di polio, persone con sm non gravissima, persone con tetraparesi non gravissime, ecc. Costoro si spostano prevalentemente in carrozzina ma con ausili di guida adeguati, abitazioni accessibili e un giusto posto di lavoro, non necessitano di servizi individualizzati di assistenza sociale. Il loro bisogno assistenziale è quindi concentrato su alcune attività di vita quotidiane come la pulizia della propria abitazione, l'igiene dei vestiti e della biancheria ecc. tipiche di una collaborazione domestica, per la quale utilizzano le risorse derivanti dall'erogazione dell'indennità di accompagnamento.

Il quadro pertanto si compone secondo la seguente tabella che continua a far perno sui dati Istat e opera solo sulle quantità orarie medie di assistenza.

Gruppo (definizione)	Numero di persone	Ore/die assistenza
Cognitive gravi	168.560	3
Cognitive gravissime	46.440	8
motorio sensoriali gravi	321.065	2
motorio sensoriali gravissime	87.935	5

3.1. Ipotesi 1

Si tratta di un'ipotesi in cui le responsabilità pubbliche si intensificano. Si amplia infatti la presenza pubblica ma allo stesso tempo mutua lo stesso assetto esistente. In continuità con l'architrave istituzionale fondato sulla riforma dell'assistenza (L. 328/00) e sulla riforma sanitaria (Dlgs 229/99), si praticano larga parte dei loro istituti, proponendo anche soluzioni all'irrisolto tema dell'integrazione socio sanitaria. Si colloca quindi la disabilità cognitiva nel campo socio-sanitario, data l'esigenza di un costante mantenimento delle abilità raggiunte, proponendo la soluzione del "budget di salute". I bisogni ed i diritti divengono l'orientatore della spesa, e le aree istituzionali competenti contribuiscono percentualmente alla prevalenza dell'intervento, eliminando le sperequazioni istituzionali che non permettono l'integrazione di politiche. Allo stesso tempo la disabilità motoria e sensoriale è pienamente all'interno del campo istituzionale socio-assistenziale, introducendo il pieno diritto di scelta dell'operatore e dell'eventuale erogatore. Viene esteso e consolidato l'istituto sperimentale dell'assistenza indiretta ex Legge 162/98.
Questa ipotesi, in sintesi, rispetta pienamente la Convenzione Onu e disegna un nuovo perimetro per l'inclusione sociale.

Disabilità cognitiva. Nel caso specifico si postula che il progetto individuale corrisponda ad un budget di salute sulla scorta delle esperienze della salute mentale. Il budget di salute, strettamente legato al progetto individualizzato, deve portare i servizi e gli operatori ad abbandonare il modello prestazionistico per adottare la strategia della presa in carico globale demedicalizzata. Tutto ciò ricade pesantemente sulla riorganizzazione dei servizi e sul modo di intendere gli interventi di riabilitazione, non più finalizzati solo al recupero della menomazione fisica, ma organizzati attorno ad un progetto condiviso con la persona e con la sua famiglia e allargato a più attori, che si articoli sugli assi principali di vita delle persone: la salute, la casa, l'occupazione, la socialità e l'affettività. Gli operatori necessari sono figure professionali sanitarie (educatori, infermieri, terapisti occupazionali e psicologi) con un impegno medio di due-tre ore quotidiane, e sociali quali Oss o dei servizi tutelari con un impegno medio di 16 ore quotidiane. Le risorse provengono prevalentemente dal Fsn e dai comuni per il dieci percento giustificato dalla scelta di fondare l'intervento su un'abitazione civile – con adeguati accreditamenti sanitari – e con una eventuale compartecipazione alle spese del solo valore del patrimonio individuale.
Disabilità motoria-sensoriale grave. Il progetto individuale si fonda sull'autogestione, ovvero il criterio dell'assistenza indiretta. Le persone sono accreditate di un budget in base alla gravità che corrisponde ad un numero di ore quotidiano fino a coprire l'intera giornata. Il tipo di intervento non richiede una professionalizzazione elevata ed è infatti ricondotto al 'badante' con relativo costo e contratto. L'assegnazione del budget da parte del comune implica un vincolo alla presentazione del/i contratti di lavoro siglati e registrati, nonché alla dimostrazione che il budget è mensilmente speso interamente nel costo del lavoro, tasse e oneri previdenziali inclusi. È evidente come non sia incluso il costo della gestione amministrativa e della formazione dell'operatore: le persone con disabilità divengono così datori di lavoro. Ugualmente al gruppo delle disabilità cognitive l'impegno medio è di 16 ore giornaliere. Tutto ciò a carico dei comuni, con una compartecipazione prevista come nel caso della disabilita cognitiva.

Sintesi delle proposte nell'Ipotesi 1
A tutte le persone con disabilità cognitiva o motoria-sensoriale grave viene riconosciuto il diritto a risiedere autonomamente in un'abitazione civile. Si prevede l'intervento dei comuni nel caso in cui il patrimonio individuale della persona non sia sufficiente a coprire questa spesa.
Per l'affitto si identifica un appartamento di tre vani circa. Nel caso della disabilità cognitiva occorre pensare ad alloggi per la vita semi-autonoma affiancati da 1 alloggio per la famiglia (in senso ampio) di appoggio, altrimenti queste persone rischiano di trovare sempre come unico orizzonte gli

istituti e le comunità alloggio.
La compartecipazione viene fissata secondo le regole che in genere vengono applicate nell'edilizia popolare (considerando come variabile per la valutazione della condizione economica il solo reddito individuale da lavoro, se presente).

La spesa per l'assistenza al gruppo delle disabilità motorie si riferisce alla retribuzione minima per un operatore del livello "D super" prevista nel contratto nazionale per colf e badanti per il 2009[1], aumentata per il costo del lavoro. Il valore lordo per l'assistenza notturna risulta pari a 1763 euro/mese, mentre il costo dell'assistenza oraria è di 10,4 euro. Per il gruppo delle disabilità cognitive consideriamo invece un livello di qualifica più elevato (operatore socio-sanitario). Ci riferiamo alla spesa rilevata nel lavoro di Capp/Servizi Nuovi (2003), per i servizi tutelari, aggiornata al 2009. Il costo orario risulta pari a 15 euro. Per il costo mensile dell'assistenza notturna moltiplichiamo il valore relativo al gruppo disabilità motorie per il rapporto fra i due costi orari, ottenendo un valore pari a 2552 euro/mese.

Solo tra coloro che effettivamente ricevono assistenza (2/3 del gruppo disabilità motoria e 1/2 del gruppo disabilità cognitive), assumiamo che il 20% dei gravi riceva assistenza notturna da parte di un operatore convivente (un operatore ogni 6), mentre ipotizziamo che riceva assistenza notturna il 30% dei gravissimi (un operatore ogni 3). L'assistenza notturna è posta pari a 8 ore al giorno.

Gruppo disabilità motorio-sensoriali

Gruppo	Potenziali beneficiari	Ore giornaliere medie	Totale spesa per assistenza (milioni di euro)	*- di cui: spesa comunale (30%, milioni di euro)*	Costo medio mensile per potenziale beneficiario (euro)
Motorio sensoriali gravi	321.065	2	1.284	*385*	333
Motorio sensoriali gravissime	87.935	5	1.255	*376*	1.189
Totale	409.000	3	2.539	*762*	517

Gruppo disabilità cognitive

Gruppo	Potenziali beneficiari	Ore giornaliere medie	Totale spesa per assistenza (milioni di euro)	*- di cui: spesa comunale (30%, milioni di euro)*	Costo medio mensile per potenziale beneficiario (euro)
Cognitive gravi	168.560	3	2.116	*635*	1.046
Cognitive gravissime	46.440	8	1.800	*540*	3.230
Totale	215.000	4	3.916	*1.175*	1.518

Sintesi proposta 1

[1] Ci riferiamo al CCNL "Rapporto di lavoro domestico" 2007-2011.

Gruppo	Potenziali beneficiari	Totale spesa per assistenza (milioni di euro)	*- di cui: spesa comunale (30%, milioni di euro)*	Costo medio mensile per potenziale beneficiario (euro)
Gruppo disabilità motoria	409.000	2.539	*762*	517
Gruppo disabilità cognitiva	215.000	3.916	*1.175*	1.518
Totale	624.000	6.455	*1.937*	862

3.2. Ipotesi 2

In questa ipotesi le responsabilità pubbliche non mutuano la loro natura. Almeno per la disabilità cognitiva permane l'approccio risarcitorio e compensativo della mancanza di funzioni e strutture corporee, individuando il campo sanitario della riabilitazione in ambito diurno e residenziale come soluzione prevalente. Si estende il concetto di mantenimento fino alla conseguenza estrema di considerarlo un intervento non più legato alla finalizzazione abilitativa. Prevale la malattia sui diritti fondamentali.

Tale ipotesi prevede un sostanziale rafforzamento di ciò che attualmente esiste, rendendo vacua la sfida dell'invocazione ad un 'cambio di paradigma' ed al contempo potenziando il pregiudizio e la conseguente fisiologica segregazione più o meno latente.

Ovviamente snaturare l'intervento abilitativo, così come accade nella realtà attuale, comporta un suo declassamento ad intervento non più legato al mantenimento di una condizione di salute. Conseguentemente è sottoposto all'idea di universalismo selettivo caratterizzato dalla compartecipazione alla spesa da parte della famiglia. Seppur per una fascia di popolazione con ampie capacità reddituali, si introducono anche risorse private nel sistema.

Disabilità cognitiva. Successivamente all'età scolare, coperta dal sistema scolastico e riabilitativo (derubricandone così gli elementi inclusivi), estensione del programma abilitativo (a carico totale del Fsn) fino a costruire una residenzialità alternativa a quella familiare alla quale la famiglia contribuisce con sottoscrizione di assicurazione/fondo privato. Il costo sociale è quindi parzialmente coperto dalla famiglia. Vi è un'evidente cedimento dell'obiettivo dell'inclusione sociale lasciato alla capacità territoriale dei servizi di auto organizzarsi richiamandosi ad altrui buone pratiche.

Disabilità motoria-sensoriale grave. Verrebbe garantita del sostegno al progetto individuale di indiretta solo in caso di disoccupazione o di reddito individuale inferiore a 100.000 euro annui considerato soglia oltre la quale il costo dell'assistenza appare sostenibile.

Sintesi delle proposte nell'Ipotesi 2

Idem come nell'Ipotesi 1. Viene però prevista una compartecipazione delle famiglie dei disabili anche alla quota sociale del costo dell'assistenza, sempre che sia economicamente in grado, tenendo conto che la solidarietà intergenerazionale genitori figli mette a rischio la vita autonoma adulta.

Nella seconda proposta, sarebbe necessario individuare le soglie di reddito oltre le quali gli utenti e le loro famiglie sono tenuti ad una compartecipazione pari all'intera quota sociale (30% della spesa totale). In mancanza di dati, si ipotizza che per il gruppo delle disabilità motorie la soglia di reddito da lavoro individuale venga fissata a un livello tale per cui solo l'1% degli individui è tenuto a partecipare. Per il gruppo delle disabilità motorie vengono invece fissate due soglie in termini dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (Isee): al di sotto della prima non è dovuta

alcuna partecipazione; al di sopra della seconda la famiglia è tenuta a coprire l'intera quota sociale; per valori intermedi la partecipazione è crescente in modo lineare. Si ipotizza che queste soglie vengano fissate in modo che la contribuzione media sia pari al 3% della quota sociale[2].

Sintesi proposta 2

Gruppo	Potenziali beneficiari	Totale spesa per assistenza (milioni di euro)	*- di cui: Spesa famiglie (milioni di euro)*	*- di cui: spesa comunale (milioni di euro)*	Costo medio mensile per potenziale beneficiario
Motorio sensoriali	409.000	2.539	*8*	*754*	517
Cognitive	215.000	3.916	*35*	*1.140*	1.518
Totale	624.000	6.455	*43*	*1.894*	862

3.3. Ipotesi 3

Questa ipotesi rappresenta il rafforzamento delle ipotesi risarcitorie senza distinzioni per bisogni/diritti. Il trasferimento monetario (indennità di accompagnamento e di comunicazione) estese fino a determinare un budget sufficiente, se integrato con agevolazioni fiscali sul costo dell'operatore.
Le responsabilità pubbliche si limitano a forme redistributive, e delegando completamente l'individuo e la sua famiglia alla coerenza rispetto agli obiettivi di inclusione sociale.
L'impianto federalista ne esce ridimensionato al pari della legge 328/00. L'erogazione di tale trasferimento monetario, infatti, avviene attraverso organi statali. La stessa verifica dei requisiti è di competenza centrale.
Al territorio vengono lasciate prevalentemente le competenze sanitarie, mentre le altre politiche inclusive sono equamente suddivise tra stato, autonomie locali, e persona/famiglia.

Per tutti. Estensione dell'erogazione di prestazione monetarie, di agevolazioni fiscali anche per gli incapienti, e di permessi lavorativi e congedi parentali. L'indennità di accompagnamento aumenta fino a 2.000 euro mensili per le condizioni di maggiore gravita. Ad adiuvandum le agevolazioni fiscali sostengono la detrazione degli oneri sociali per il pagamento dell'operatore/i e i permessi ed i congedi coprono le quantità orarie scoperte dall'operatore pagato con l'indennità. Inoltre l'accesso ai servizi Fsn rimane gratuito mentre ai servizi sociali è a pagamento. Dato poi che l'inclusione sociale è individuale, lo Stato sostiene la disoccupazione con l'aumento della pensione di invalidità al minimo vitale di 516 euro (da 240 circa attuali).

Sintesi delle proposte nell'Ipotesi 3
Non viene costruita nessuna residenzialità alternativa e non si prevedono i servizi di cui agli scenari 1 e 2. Si rafforzano solo le prestazioni monetarie e gli sgravi fiscali. Per tutti:

- fiscalizzazione degli oneri sociali per l'assistenza privata a domicilio. Tutti gli oneri sociali previsti dal contratto per la "badante" sono figurativi, cioè vengono versati direttamente dallo Stato all'Inps.
- L'indennità di accompagnamento viene aumentata da 472 a 2000 euro al mese (per tutti gli appartenenti ai due gruppi).
- La pensione di invalidità civile viene portata al minimo vitale di 516 euro. Non avendo dati

[2] Utilizzando i dati del campione It-Silc 2006 (descritti nel capitolo sull'indennità di accompagnamento), e ipotizzando in via approssimativa che i redditi delle famiglie interessate siano distribuiti in modo simile a quelli dell'intera popolazione delle famiglie italiane, le due soglie sarebbero pari a 60.000 e 90.000 euro di Isee.

su chi, all'interno dei due gruppi, percepisce reddito da lavoro assumiamo che il 100% delle persone con disabilità cognitiva riceva la pensione, mentre tra le persone con disabilità motoria-sensoriale grave la riceve il 70%.

Nella proposta 3 assumiamo che tutta l'assistenza prevista nelle ipotesi precedenti venga richiesta e pagata direttamente dalle famiglie. Evidentemente questa assunzione porta a sovrastimare la spesa complessiva. Inoltre, non potendo identificare i due gruppi nelle statistiche sui beneficiari dei trattamenti pensionistici, assumiamo che il 100% del gruppo "disabilità cognitiva" riceva la pensione di invalidità civile, ma solo il 70% del gruppo "disabilità motoria" ne sia beneficiario[3]. Per quanto riguarda l'indennità di accompagnamento, ci riferiamo alla sola indennità di accompagnamento per invalidi civili vera e propria. Utilizzando l'indagine Istat-Inps, al 31/12/2007 risultavano 316.768 indennità erogate a individui fra 20 e 64 anni. Al 31/12/2007 risultavano invece 288.093. Preferendo evitare di sottostimare la spesa, assumiamo arbitrariamente che siano beneficiari circa 350.000 individui, ripartiti uniformemente fra i due gruppi individuati.

Sintesi proposta 3

Gruppo	Potenziali beneficiari	*Contributi figurativi (milioni di euro)*	*Spesa per aumento ind. acc. a 2000 euro/mese (milioni di euro)*	*Spesa per aumento pens. inv. civ. a 516 euro/mese (milioni di euro)*	Totale spesa (milioni di euro)	Costo medio mensile per potenziale beneficiario (euro)
Gruppo disabilità motoria	409.000	*600*	*4.206*	*971*	5.777	1.177
Gruppo disabilità cognitiva	215.000	*925*	*2.211*	*729*	3.865	1.498
Totale	624.000	*1.524*	*6.418*	*1.700*	9.642	1.288

3.4. Ipotesi 4

La sistematizzazione della situazione attuale comporta l'assenza di ulteriori interventi di spesa e/o di carattere legislativo. Si opera una delega totale alla responsabilità locale di regioni, province, comuni e asl, indugiando nella reciproca responsabilità per una condotta di spesa coerente con gli obiettivi di spostamento delle risorse dall'ospedale ai servizi distrettuali asl e dall'istituzionalizzazione ai servizi del territorio. I rischi sono noti: l'incapacità di rispettare i piani di stabilità interna e l'assenza di nuove risorse producono l'irrilevanza o al limite la marginalità delle politiche inclusive.

Disabilità cognitiva. Nessun progetto individuale ma l'offerta che domina la domanda: i servizi con la relativa spesa suddivisi per comparti amministrativi dove le prestazioni prevalenti sono sanitarie e istituzionalizzanti (Rsa, Ipab, lungodegenza, etc) e gli interventi sociali si limitano all'età scolare (assistente materiale ed educativo) frustrando le aspettative delle famiglie.

[3] Utilizzando i dati dell'indagine Istat-Inps "I trattamenti pensionistici, anno 2007" al 31/12/2007 risultano un totale di 801.809 pensioni di invalidità erogate a individui fra 20 e 64 anni (di cui 766.364 per invalidi civili, 21.546 per non vedenti civili e 13.899 per non udenti civili). Le indennità sono invece 377.023 (316.768 per invalidi civili, 33.192 per non vedenti civili, 27.243 per non udenti civili).

Disabilità motoria e sensoriale grave. Sempre in assenza del progetto individuale vi è la prevalenza dell'intervento domiciliare diretto gestito indistintamente e dai comuni o dai distretti socio sanitari senza compartecipazione alla spesa. L'assenza di tali prestazioni in molti territori comporterà il ricorso ad una residenzialità sanitaria ed un suo incremento.

Sintesi
In questo scenario non si prevede nessuna variazione, tranne una maggior responsabilizzazione dei livelli locali. La spesa non cambia rispetto allo status quo.

4. Osservazioni conclusive

Al netto di un evidente debito informativo, le ipotesi disegnate presuppongono una riforma del sistema d'accesso a prestazioni e benefici basato sulla multidimensionalità proposta dall'Icf (Oms 2001) con adeguate integrazioni dei principi della Convenzione Onu sulla non discriminazione, sull'inclusione sociale contrapposta ad ogni forma di segregazione, e sulla vita indipendente contrapposta al trattamento inumano. Tale sistema dovrebbe essere in grado di formulare profili individuali che sappiano certificare la differenza tra art 14 e 15 L.328/00.

5. Bibliografia

AA.VV. – Icf e Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, Erickson 2008

Amartya Sen - Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia, Mondadori 2000

Federica Mancini, Aldo Rosano, Alessandro Solipaca, Le condizioni economiche delle persone con disabilità: strumenti di analisi secondo il capability approach, in Metodi qualitativi e quantitativi per la ricerca sociale in sanità, AA.VV. 2008

Giampaolo Galli e Alberto Mingardi - Sanità, una Spa modello olandese, Sole 24 Ore 9 settembre 2008

AA.VV. Disabilità, famiglia, servizi: parlano i protagonisti, Fondazione Zancan "Collana Ricerche e Documentazioni" 2008

Fausto Giancaterina - Come evitare il giro dell'oca dell'assistenza. Riflessioni in forma di glossario sugli interventi per le persone disabili, FrancoAngeli 2006

Matilde Leopardi e AA.VV., Libro Bianco sull'invalidità civile in Italia, Uno studio nelle Regioni del Nord e del Centro, FrancoAngeli 2009

Istat, Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni nel 2005 (2008)

Istat, Indagine sulle Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari del 2004-2005 (2007)

Istat, I beneficiari delle prestazioni pensionistiche Anno 2007 (2009)

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – ISFOL, Terza Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 12 Marzo 1999, n°68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" - Anno 2006-2007.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Rapporto di monitoraggio del Piano d'Azione Nazionale per l'Inclusione Sociale 2003-2005

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato di attuazione delle Politiche per l'Handicap in Italia Legge-quadro 5 febbraio 1992, art.41 comma 8 - Anno 2004-2005

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali. Roma, Direzione Generale per la gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali e il monitoraggio della spesa sociale (2008)

OsservaSalute 2006, Istituto di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore

OsservaSalute 2007, Istituto di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore

OsservaSalute 2008, Istituto di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 14

Le assicurazioni integrative[*]

di

Vincenzo Rebba

Dipartimento di Scienze economiche – Università di Padova

Luglio 2010

[*] Un ringraziamento particolare, per l’elaborazione dei dati relativi agli Scenari di sviluppo delle assicurazioni Ltc integrative contenuti nel paragrafo 3, va ad Emanuele Ciani del Centro Analisi delle Politiche Pubbliche dell’Università di Modena e Reggio-Emilia.

1. Introduzione

L'assicurazione Long-term care (d'ora in poi assicurazione Ltc) provvede a garantire assistenza e/o risorse adeguate nel caso di perdita dell'autosufficienza derivante da evento casuale (infortunio o malattia) o dal decadimento delle funzionalità personali determinato dal processo di invecchiamento. L'assicurazione Ltc si può configurare come polizza autonoma (*stand alone*), oppure come complementare di un'assicurazione principale sulla vita o di malattia o, ancora, come accessoria a forme di previdenza complementare individuali o collettive secondo un piano di accumulo. Può poi essere in forma di polizza individuale, oppure di polizza collettiva acquistata da un datore di lavoro a favore dei propri dipendenti, oppure può essere veicolata attraverso Casse sanitarie e assistenziali e Fondi pensione (fondi chiusi e aperti e Pip).

Sotto il profilo delle prestazioni erogate, si sono sviluppati due diversi modelli di assicurazione Ltc: il modello risarcitorio (tipico del mercato statunitense, in cui vengono rimborsati i costi delle prestazioni assistenziali anche nel caso di perdita temporanea dell'autosufficienza) e quello indennitario (tipico del mercato francese, in cui si prevede tipicamente la corresponsione di una rendita vitalizia a fronte di uno stato irreversibile di non autosufficienza). Il secondo modello, di più facile comprensione e maggiormente adattabile alle esigenze dell'assicurato, tende ad affermarsi maggiormente ed è il modello a cui fanno riferimento anche le assicurazioni Ltc che sono state proposte in Italia.

Il diritto alla prestazione scaturisce generalmente a seguito di accertamento della impossibilità di svolgere in modo autonomo una o più attività elementari della vita quotidiana (Adl – *Activities of daily living*), secondo opportuni schemi di punteggio che definiscono il legame tra perdita di autonomia e livello di beneficio da erogare. Le Adl maggiormente riconosciute per l'accertamento dello stato di non autosufficienza sono sei: lavarsi; vestirsi e svestirsi; usare i servizi igienici; trasferirsi dal letto alla poltrona e viceversa; continenza; alimentarsi. La condizione di non autosufficienza viene in genere riconosciuta a fronte della mancanza di tre Adl su cinque o di quattro Adl su sei. Molte compagnie assicurative estendono la copertura anche ai casi di non autosufficienza derivanti da malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, qualora queste provochino l'incapacità a svolgere il numero minimo di Adl previsto.

In linea di principio, si ritiene che il risparmio assicurativo, attraverso una polizza Ltc, consenta di coprire con maggiore efficacia il rischio di non autosufficienza rispetto all'accumulo del risparmio individuale in quanto il *pooling* dei rischi che si viene a realizzare consente una redistribuzione ex post tra chi avrà effettivamente bisogno di assistenza continuativa e chi non ne avrà necessità. Tuttavia, per una serie di motivi – che sono stati esaminati in un lavoro precedente (Rebba, 2006) e che verranno brevemente richiamati nel paragrafo 2.1 – il ricorso alla sola assicurazione Ltc di tipo volontario per la copertura completa del rischio di non autosufficienza non rappresenta una soluzione adeguata né sotto il profilo dell'efficienza, né sotto quello dell'equità. Ciò non significa, tuttavia, che l'assicurazione privata Ltc non possa offrire un'utile copertura integrativa rispetto ad un intervento pubblico che in genere riesce a garantire una protezione solo parziale dagli elevati rischi finanziari che si determinano in caso di perdita dell'autosufficienza.

Il presente capitolo intende esaminare il possibile ruolo dell'assicurazione Ltc di tipo integrativo nell'ambito del complessivo sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti che si può prefigurare per l'Italia. A tale scopo, nel paragrafo 2 verranno esaminate

le principali criticità dell'assicurazione privata Ltc, considerando sia quelle di carattere generale, sia quelle relative al contesto italiano.

Nel paragrafo 3, verranno poi esaminati alcuni possibili scenari di sviluppo dell'assicurazione Ltc di tipo integrativo in Italia. Da ultimo, nel paragrafo 4, verranno formulate alcune brevi considerazioni conclusive.

2. Le criticità dell'assicurazione *Long-term care*

2.1. Criticità generali

2.1.1 Problemi di efficienza e di equità

La copertura dei rischi finanziari associati alla non autosufficienza mediante il ricorso esclusivo all'assicurazione privata Ltc viene generalmente considerato impraticabile sia perché appare inefficiente sotto il profilo allocativo, sia perché presenta rilevanti problemi di equità (Rebba, 2006).

I problemi di efficienza sono legati alla *incompletezza contrattuale* delle coperture assicurative Ltc (che spingono le assicurazioni Ltc a riassicurarsi e a fissare caricamenti di sicurezza sui premi piuttosto elevati, riducendo la convenienza alla sottoscrizione), e ai fenomeni di *selezione avversa* e di *rischio morale* che traggono origine dall'esistenza di asimmetrie informative tra assicurazioni e persone che decidono di assicurarsi.

La *selezione avversa* è legata alla tendenza a un'eccessiva concentrazione di persone con elevata rischiosità nel pool degli assicurati, che spinge l'assicurazione a selezionare i "buoni rischi" (*cream skimming*) in vari modi: escludendo dalla copertura le persone con rischio di non autosufficienza elevato (anziani, disabili, con malattie pregresse, ecc.); prevedendo periodi di carenza per la durata dei quali la copertura non è ancora attiva; offrendo contratti differenziati rispetto alle condizioni di assicurabilità e ai premi (ad esempio, premi più elevati per le donne che presentano rischio maggiore di non autosufficienza in età anziana).

Il fenomeno del *rischio morale* è invece legato all'incentivo per i familiari dell'assicurato a ridurre il proprio impegno diretto nell'assistenza e a formulare una domanda di servizi di Ltc coperti dall'assicurazione che non si sarebbe altrimenti manifestata (o si sarebbe manifestata più tardi). Per contrastare questo fenomeno le assicurazioni sono portate ad adottare misure quali: la definizione di criteri restrittivi di accertamento dello stato di non autosufficienza (ad esempio, prevedere un numero molto elevato di Adl mancanti); l'erogazione di benefici per l'assicurato sotto forma di indennità fisse o di assistenza diretta preso centri convenzionati, in luogo del rimborso delle prestazioni; l'introduzione di forme di compartecipazione alla spesa (franchigie, rimborsi parziali, massimali) quando l'assicurazione preveda il rimborso delle prestazioni di Ltc; l'aumento progressivo dei premi nel tempo. In definitiva, i fenomeni di selezione avversa e di rischio morale conducono ad una sotto-assicurazione della popolazione e determinano quindi problemi di efficienza allocativa, oltre evidentemente a creare effetti negativi in termini di equità (vedi infra).

Sul piano dell'equità, si osserva che le polizze Ltc private comportano l'esclusione o la limitazione della copertura del rischio proprio delle persone più bisognose di tutela. Ad esempio,

chi si trova già in condizione di non autosufficienza, chi ha patologie invalidanti o disabilità e le persone anziane al di sopra dei 70-75 anni vengono esclusi o sono soggetti a premi elevatissimi. Inoltre, le donne, con maggiore speranza di vita, sono chiamate a pagare premi molto più elevati rispetto agli uomini. E' ovvio, poi, che vi è la pratica impossibilità di copertura per le persone che non dispongano di adeguata capacità di pagare i premi assicurativi proposti sul mercato. Una copertura del rischio di non autosufficienza realizzata con la sola assicurazione Ltc volontaria determinerebbe quindi delle discriminazioni inaccettabili sul piano etico.

2.1.2 Come superare alcune criticità generali

Alcuni dei problemi di efficienza e di equità appena esaminati possono essere superati, almeno in parte, attraverso opportune modulazioni dell'assicurazione Ltc privata.

In primo luogo, alcune delle problematiche appena esaminate possono essere limitate (anche se non eliminate) attraverso il ricorso a polizze collettive che consentono una riduzione delle problematiche legate alla selezione avversa e sono caratterizzate da minori costi amministrativi e di gestione rispetto alle polizze individuali. La polizza collettiva Ltc può essere acquistata da un datore di lavoro o da un gruppo di imprese a favore dei propri dipendenti e rende più accessibile la sottoscrizione in quanto prevede l'applicazione di un premio medio (pagato totalmente o parzialmente dal datore di lavoro) basato sull'equilibrio attuariale per collettivi. La copertura Ltc a livello collettivo può essere ottenuta anche utilizzando altri veicoli quali i fondi previdenziali e i fondi sanitari, che possono consentire una solidarietà tra assicurati riducendo i fenomeni di discriminazione e di selezione dei rischi.

Un'altra possibilità potrebbe essere quella di prevedere per legge una copertura assicurativa Ltc automatica o obbligatoria per un'ampia fascia della popolazione in età adulta. In questo caso, si è già argomentato (Rebba, 2006), che il superamento (o meglio la limitazione) dei problemi di efficienza e di equità richiederebbe comunque un intervento pubblico molto ampio, allo scopo di garantire la copertura dei meno abbienti e delle persone già non autosufficienti, nonché al fine di limitare il *cream skimming* da parte degli assicuratori privati. Non vanno inoltre trascurate le problematiche di fattibilità istituzionale di una soluzione di questo tipo, essendo opportuno tener conto del modello esistente di finanziamento della spesa sociale e sanitaria.

2.1.3 L'assicurazione Ltc integrativa

In base alla precedente discussione, non sembra che la copertura del rischio di non autosufficienza possa fondarsi unicamente sull'assicurazione privata Ltc. L'assicurazione privata potrebbe però offrire un'utile copertura integrativa dell'intervento pubblico. La tutela pubblica di base potrebbe, quindi, essere opportunamente integrata da un'assicurazione privata Ltc per la copertura dei rischi finanziari residui relativi ai costi che rimangono a carico della persona non autosufficiente o dei suoi familiari quali, ad esempio: le compartecipazioni al costo di servizi di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare rientranti nei livelli essenziali di assistenza (assicurazione Ltc complementare) oppure i costi delle prestazioni aggiuntive non rientranti nei livelli essenziali di assistenza (assicurazione Ltc supplementare).

La più ampia copertura del rischio di non autosufficienza che verrebbe garantita dalle assicurazioni integrative in uno schema misto pubblico-privato potrebbe conseguire due risultati rilevanti. Da un lato, potrebbe aumentare il livello di efficienza allocativa del sistema, consentendo un più efficiente utilizzo delle risorse private. Dall'altro, riducendo il ricorso ai pagamenti *out of pocket*, e quindi limitando i rischi finanziari delle famiglie, potrebbe migliorare l'equità nel finanziamento dei servizi di Ltc, soprattutto se l'assicurazione integrativa risulta accessibile ad un'ampia quota della popolazione non adeguatamente coperta dallo schema pubblico di base.

Non è però automatico che l'assicurazione integrativa riduca o mantenga inalterate le disparità di accesso ai servizi Ltc legate alle condizioni socio-economiche. Alcune utili indicazioni a questo riguardo possono essere tratte dalle analisi empiriche dei mercati delle polizze sanitarie integrative che evidenziano come tali coperture vengano richieste soprattutto dalle persone con più elevato livello di istruzione e con più elevate capacità economiche, senza peraltro determinare una riduzione delle spese *out of pocket* dei sottoscrittori (Paccagnella et al., 2008). Sembra quindi che le assicurazioni sanitarie integrative non abbiano migliorato ma, in alcuni casi, abbiano addirittura peggiorato il livello di equità di accesso ai servizi socio-sanitari (Mossialos e Thomson, 2004).

Esistono molte meno evidenze empiriche per quanto riguarda le assicurazioni Ltc di tipo integrativo. Tuttavia, una recente analisi svolta con riferimento alla Francia (Courbage e Roudaut, 2008) evidenzia come la domanda di polizze Ltc integrative venga formulata non tanto dalle persone con livello di reddito molto basso (già adeguatamente protette dalla copertura pubblica) o molto alto (che considerano poco rilevanti i rischi finanziari connessi alla non autosufficienza) quanto dalle persone con reddito medio che sono molto interessate a proteggere la propria famiglia dai rischi di perdita del patrimonio e che vogliono tutelare in qualche modo i propri figli rispetto al peso dell'assistenza informale. Sulla base dell'analisi di Courbage e Roudaut sembrerebbe quindi che, in presenza di un'adeguata protezione pubblica di base per le persone con bassi livelli di reddito (come nel caso francese), l'assicurazione integrativa Ltc presenti minori problemi di equità rispetto alle assicurazioni sanitarie integrative.

Le evidenze emergenti dalle analisi empiriche, anche se si riferiscono in molti casi a un diverso tipo di copertura integrativa, suggeriscono che, se si intende puntare sulle assicurazioni integrative Ltc, appare essenziale promuovere schemi assicurativi che non riducano il grado di equità nell'accesso ai servizi e che non determinino esternalità negative sul bilancio pubblico. Sotto questo profilo, appaiono sicuramente da privilegiare le polizze collettive rispetto a quelle individuali e le coperture integrative per le compartecipazioni ai costi dei servizi a domanda più rigida (ad esempio, i costi delle rette sociali a carico degli ospiti di una Rsa).

2.2 Caratteri e criticità del mercato italiano

2.2.1 Le assicurazioni Ltc in Italia

Normativa e tipologie assicurative. In Italia, le assicurazioni Ltc sono regolamentate dal decreto del Ministero delle Finanze del 22 dicembre 2000 (intitolato *Assicurazioni per il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana*) che definisce gli elementi fondamentali che devono caratterizzare i contratti assicurativi contro il rischio di perdita dell'autosufficienza per poter beneficiare della detrazione d'imposta prevista dalla normativa fiscale

(si veda al riguardo il successivo paragrafo 2.2.2).[1]

In base all'articolo 2 del decreto, le coperture per il rischio di non autosufficienza possono essere stipulate sia nell'ambito dell'assicurazione vita che nell'ambito dell'assicurazione danni.[2]

Inoltre, lo stesso art. 2, comma 2, specifica che le coperture che assicurano il rischio di non autosufficienza possono essere offerte in via autonoma oppure in abbinamento ad altre coperture assicurative (assicurazioni vita o assicurazioni malattia) o, ancora, in abbinamento alle forme di previdenza complementare individuale o collettiva di cui al D.Lgs. 124/1993. In ogni caso, per poter beneficiare delle agevolazioni fiscali, le polizze devono prevedere che la compagnia assicurativa non abbia facoltà di recesso dal contratto. L'impresa assicuratrice ha comunque la facoltà di variare, a intervalli non inferiori a cinque anni, il premio in base all'evoluzione dell'esperienza statistica riferita alla collettività.

Le polizze Ltc che rientrano nell'ambito delle assicurazioni sulla vita prevedono un accumulo di capitale, con premi calcolati per la durata contrattuale e differenziati a seconda di specifici parametri di rischio (età, sesso, malattie pregresse, ecc.). Per tali polizze la prestazione è rappresentata da una rendita (vitalizia o temporanea; immediata o differita) oppure dall'erogazione di un capitale in unica soluzione. Inoltre, se si tratta di polizza individuale, il contratto deve prevedere la copertura del rischio per l'intera vita dell'assicurato mentre, nel caso di polizza collettiva stipulata dal datore di lavoro, il contratto deve prevedere la copertura del rischio almeno per tutta la durata del rapporto di lavoro dell'assicurato.

Le polizze Ltc che rientrano nell'ambito delle assicurazioni danni sono polizze malattia di puro rischio a ripartizione per le quali il rischio è coperto esclusivamente nell'anno (o negli anni) in cui viene versato il premio. Tali polizze realizzano l'equilibrio tra premi e prestazioni su base pluriennale ma senza prevedere la capitalizzazione dei premi, per cui possono coprire anche i casi di disabilità in età giovanile. Anche in questo caso, i premi sono differenziati a seconda dei parametri di rischio dell'assicurato mentre per limitare i rischi di squilibrio finanziario, che caratterizzano questo tipo di polizze, vengono adottate alcune misure quali la creazione di riserve tecniche di senescenza e la previsione di limitazioni alla copertura. Per questa seconda tipologia assicurativa, il decreto ministeriale 22/12/2000 ha inoltre stabilito che il contratto risponda ai seguenti requisiti specifici: 1) una durata di dieci anni; 2) l'obbligo per la compagnia di rinnovare il contratto alla scadenza di ogni decennio; 3) una copertura assicurativa almeno per tutta la durata del rapporto di lavoro dell'assicurato, nel caso in cui tale contratto venga stipulato dal datore di lavoro nella forma di polizza collettiva; 4) un beneficio rappresentato dalla corresponsione di una somma a titolo di risarcimento, totale o parziale, delle spese di assistenza oppure da una prestazione in natura (in

[1] Secondo l'articolo 1 del decreto, lo stato di non autosufficienza si considera realizzato in caso di incapacità di svolgere in modo autonomo, anche solo in parte, uno o più tra i seguenti cinque atti della vita quotidiana (Adl): "l'assunzione degli alimenti, l'espletamento delle funzioni fisiologiche e dell'igiene personale, la deambulazione, l'indossare gli indumenti". Inoltre, "si considera non autosufficiente anche il soggetto che necessita di sorveglianza continuativa".

[2] I contratti assicurativi vita rientrano nell'ambito del ramo I (assicurazioni sulla durata della vita umana) o nel ramo IV (assicurazioni malattia di lungo periodo) mentre i contratti danni sono inquadrati nell'ambito del ramo malattia. Non si considera qui la questione, molto dibattuta, circa la necessità di trovare una collocazione più appropriata delle assicurazioni Ltc all'interno dell'ordinamento giuridico, prevedendo, in analogia con altri paesi europei, la categoria delle coperture assicurative contro i danni alla persona, a metà strada tra assicurazione vita e assicurazione danni. Su questo tema si rimanda a Faregna (2001), Buccelli e Sirignano (2001), Pitacco (2002) e Petrone (2003).

genere assistenza diretta gratuita presso centri convenzionati); l'esclusione della facoltà di recesso da parte dell'impresa di assicurazione.

I due tipi di coperture Ltc presentano caratteristiche molto diverse. La tipologia vita od ad accumulo richiede che l'assicurato abbia il tempo di costituirsi un proprio capitale e quindi, se non vuole pagare un premio estremamente elevato, deve cominciare a risparmiare in età non avanzata (ad esempio, entro i 45 anni, secondo le simulazioni effettuate da Isvap, 2001). Le polizze nell'ambito malattia operano invece in base al concetto di mutualità fra i vari assicurati, prescindendo dall'accumulo nel tempo. Esse presentano quindi premi più contenuti e appaiono più adatte ad un pubblico di età medio-elevata.

Il mercato italiano delle assicurazioni Ltc. Il mercato assicurativo Ltc italiano è piuttosto giovane (la prima polizza Ltc è del 1997) e di dimensioni ridotte rispetto ai principali mercati europei. I pochi studi esistenti (BNL/Centro Einaudi, 2002; Brau et al., 2003 e 2004; Censis, 2006) rilevano una domanda di assicurazione Ltc piuttosto limitata: più elevata nel Nord e per livelli più elevati di reddito familiare. Nel 2008, il totale dei premi raccolti, per polizze collettive e individuali, è stato stimato dall'ANIA in circa 50 milioni di euro[3], a fronte degli oltre 350 milioni della Francia.[4]

Benché attualmente sia di dimensioni piuttosto ridotte, il mercato italiano è tuttavia in fase di espansione. La maggior parte delle posizioni assicurative assume la forma di convenzioni collettive in favore di particolari categorie di lavoratori, mentre sono meno diffuse le polizze individuali. L'offerta complessiva al 2009 è stimabile in un numero complessivo di circa 335.000 posizioni assicurative, suddivise tra circa 15.000 coperture individuali e 320.000 coperture collettive (le seconde intermediate principalmente da enti di assistenza e casse sanitarie), corrispondenti ad un monte premi totale valutabile in circa 59,7 milioni di euro.[5]

Le polizze individuali sono offerte da 17 compagnie: 11 compagnie propongono polizze Ltc autonome (*stand alone*) e solo due di queste sono del tipo assicurazioni malattia del ramo danni mentre tutte le altre rientrano nel ramo vita; 6 compagnie propongono la copertura Ltc in abbinamento con altre forme assicurative sulla vita.[6] Sempre nell'ambito delle coperture individuali, 9 fondi pensione aperti (di cui 5 offerti dallo stesso promotore) e 4 Piani individuali pensionistici (Pip) (di cui 3 offerti dalla stessa compagnia) propongono una prestazione accessoria

[3] La stima per il 2008 è stata indicata da Roberto Manzato, direttore Danni non auto e Vita dell'Ania. Si vedano al riguardo Dell'Oste (2008), Giuro e Valentini (2008) e Castellarin e Valentini (2008).

[4] Il più grande mercato delle assicurazioni private Ltc è quello statunitense (con circa 8 milioni di polizze) seguito da quello francese (3 milioni di assicurati). Meno sviluppato appare invece il mercato tedesco, con circa un milione di polizze private di tipo volontario (in prevalenza polizze malattia). Vi sono poi alcuni mercati emergenti: Canada, Singapore, Belgio e Spagna (Taleyson, 2003; Le Corre, 2008; Guillen e Pinquet, 2008; Stevenson et al., 2010). La Francia rappresenta il più grande mercato europeo e si è molto sviluppato nel periodo 2000-2006, in seguito a un ampio dibattito e a un'efficace campagna di stampa che hanno fatto crescere la consapevolezza dell'opinione pubblica rispetto ai rischi legati alla non autosufficienza, in concomitanza con l'introduzione nel 2002 dell'APA (*Allocation Personnalisée d'Autonomie*) cioè lo schema pubblico base di assistenza diretta alle persone anziane non autosufficienti. Per maggiori dettagli sul caso francese si rinvia a Le Corre (2008) e Courbage e Roudaut (2008).

[5] La stima comprende le polizze vita del ramo IV (assicurazioni di malattia di lungo termine) e del ramo I (assicurazioni sulla durata della vita umana), che garantiscono rendita vitalizia in caso di Ltc, sia le polizze malattia del ramo danni. Dai dati ufficiali (ANIA, 2008 e 2009) non è possibile tuttavia effettuare una precisa distinzione della raccolta premi per le diverse tipologie di polizze.

[6] I dati relativi alle polizze Ltc individuali sono stati tratti inizialmente dall'indagine svolta dal CERAP nel 2003 (Paci, 2003; Andorno, 2003) e sono stati poi aggiornati con ulteriori rilevazioni desunte da diverse fonti (Giuro e Valentini, 2008; Castellarin e Valentini, 2009).

Ltc, acquisibile in genere fino all'età di pensionamento, in base alla quale si ottiene una rendita vitalizia supplementare in caso di non autosufficienza.[7]

Nel caso delle polizze del ramo vita, largamente prevalenti all'interno delle assicurazioni Ltc di tipo individuale, la prestazione erogata è rappresentata quasi sempre da una rendita vitalizia rivalutabile erogata con periodicità mensile, mentre le polizze malattia di puro rischio prevedono la corresponsione di una indennità forfetaria a risarcimento delle spese sostenute, entro un dato massimale, oppure la possibilità di rimborso spese o di fruizione di servizi Ltc presso centri convenzionati. Le prestazioni garantite dalle polizze Ltc variano a seconda del premio pagato che dipende, a sua volta, dall'età dell'assicurato, dal sesso (premi più elevati per le donne) e dalla durata della garanzia.[8] Nella maggior parte dei casi, tuttavia, la rendita mensile si colloca in un intervallo tra 500 e 1.500 euro.

Circa le modalità di accertamento della non autosufficienza, si osserva che le compagnie utilizzano sistemi di valutazione piuttosto diversificati, anche se la quasi totalità delle polizze richiede la perdita di tre Adl su cinque oppure di quattro Adl su sei; inoltre, la maggior parte delle compagnie estende la copertura anche ai casi di non autosufficienza derivanti da morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, qualora queste provochino l'incapacità a svolgere il numero minimo di Adl previsto. I diversi contratti esistenti si differenziano molto per quanto concerne altri aspetti cruciali ai fini dell'operatività della garanzia: le cause di esclusione (patologie preesistenti che possono causare non autosufficienza non previste nella copertura); il periodo di carenza (periodo di osservazione della condizione di salute dell'assicurato durante il quale non opera la garanzia); il periodo di franchigia (periodo che intercorre tra la data di denuncia della sopravvenuta non autosufficienza e la data di erogazione della prestazione); i tempi di esecuzione dell'accertamento; l'addebito eventuale all'assicurato delle spese di accertamento; il periodo entro cui il cliente paga il premio; la durata della garanzia (a vita intera o entro un dato limite temporale); la possibilità di ottenere una rendita ridotta anche in caso di interruzione del pagamento del premio prima della scadenza prevista.[9] In alcuni contratti il momento e le modalità di attivazione delle garanzie non appaiono chiaramente definiti e ciò contribuisce a rendere meno trasparenti le coperture offerte.

La maggior parte della raccolta assicurativa è però rappresentata dalle coperture collettive, in molti casi legate a importanti contratti integrativi di lavoro, che sono attualmente stimabili in circa 320.000 posizioni assicurative. Si sta infatti manifestando un apprezzabile sviluppo delle coperture collettive legate alla contrattazione collettiva a livello aziendale o di settore, che appare destinato a rafforzarsi ulteriormente nei prossimi anni.[10] Le coperture Ltc collettive più importanti sono state attivate in concomitanza con i rinnovi dei contratti nazionali del personale dipendente delle imprese assicurative e del settore del credito.

---

[7] Per quanto riguarda la copertura del rischio di non autosufficienza nei fondi pensione, si vedano Levantesi (2008) e Giuro (2008).

[8] Ad esempio, per una garanzia Ltc del ramo vita che copre una rendita vitalizia mensile di 1.000 euro, il premio annuo da pagare fino a 65 anni di età per un uomo di 40 anni si colloca tra i 400-500 euro e aumenta fino a 800-900 euro nel caso di donna quarantenne.

[9] Ulteriori caratteristiche delle polizze individuali sono descritte in Adorno (2003), Rebba (2006), Dell'Oste (2008) e Giuro e Valentini (2008).

[10] Con riferimento alla possibilità di utilizzare la platea offerta dalla contrattazione collettiva per l'attivazione di coperture collettive Ltc, Labate (2009), ad esempio, segnala che nel 2009 4,5 milioni di lavoratori vanno al rinnovo contrattuale, includendo anche i metalmeccanici, che hanno posto nella loro piattaforma il problema della sanità integrativa.

La copertura del Fondo unico nazionale Ltc per il personale dipendente non dirigente delle imprese assicurative (circa 46.000 persone nel 2008) è stata prevista dal contratto collettivo nazionale del settore siglato il 18 luglio 2003 ed è attiva dal 1 gennaio 2004 (Manzato, 2008, 2009). Il Fondo è finanziato con un contributo annuo a totale carico delle imprese pari, attualmente, allo 0,50% della retribuzione annua tabellare (mediamente, circa 160 euro per lavoratore attivo). La prestazione garantita consiste in una rendita vitalizia annua anticipata pari a 12.253 euro, rivalutabile in base ai rendimenti ottenuti da una gestione separata, erogabile a tutti i beneficiari riconosciuti non autosufficienti. Le prestazioni del Fondo sono garantite anche al personale cessato dal servizio a partire dal gennaio 2004, corrispondente a circa il 7% dei beneficiari, che comunque non è tenuto a versare alcun contributo. Per garantire un equilibrio attuariale di lungo periodo, ha utilizzato uno schema di capitalizzazione collettiva al fine di finanziare le prestazioni.[11]

La copertura collettiva Ltc per l'intera categoria dei bancari del settore ABI è stata prevista dai nuovi contratti del settore (CCNL 8/12/2007 per le aree professionali e quadri direttivi; CCNL 10/01/2008 per i dirigenti) ed è attiva dal 1 gennaio 2008. Il contributo annuale pro capite (a carico delle aziende) è stato fissato pari a 50 euro per le aree professionali e quadri direttivi e a 200 euro per i dirigenti. Alla prima scadenza contrattuale dei CCNL (fine 2010), l'importo del contributo annuale unitario potrà però essere aggiornato in base agli andamenti sinistri e alle relative risultanze statistico/attuariali. Per i casi accertati di non autosufficienza, è prevista l'erogazione di una indennità modulata in relazione al grado di non autosufficienza fino a un importo annuo massimo di 13.200 euro (dietro presentazione di valida documentazione relativa a prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali sostenute), oltre a una serie di servizi di supporto offerti mediante una rete convenzionata di strutture e professionisti. La copertura, che interessa circa 186.000 dipendenti (a tempo indeterminato e determinato) e pensionati del settore, viene gestita direttamente dalla Casdic (Cassa Nazionale di Assistenza Sanitaria per il Personale Dipendente del Settore del Credito). Viene inoltre prevista la riassicurazione con il mercato assicurativo del rischio residuale relativo all'eventuale eccedenza del numero di sinistri rispetto alle proiezioni attuariali.[12]

Oltre ai dipendenti dei settori delle assicurazioni e del credito, almeno altre 90.000 persone che aderiscono a Fondi e casse sanitari istituiti in base a contratto collettivo o accordo aziendale hanno una copertura collettiva Ltc che fa parte di un più ampio pacchetto di prestazioni socio-sanitarie. E' il caso, ad esempio, dei dirigenti d'impresa che fanno capo a Assidir (settore commercio, trasporti e terziario), dei lavoratori aderenti a Federcasse (Cassa mutua delle banche di credito cooperativo) e dei dipendenti e dirigenti delle esattorie Equitalia.

Le coperture Ltc garantite attraverso polizze collettive oppure mediante fondi sanitari o casse di assistenza configurano generalmente degli schemi assicurativi a ripartizione. Tali schemi prevedono una riassicurazione presso compagnie assicurative e/o la costituzione di riserve alimentate con una parte dei contributi/premi versati e gestite con meccanismi di capitalizzazione collettiva. A differenza delle polizze Ltc del ramo vita o di tipo previdenziale ad accumulo, queste coperture collettive non portano alla costituzione di un montante da utilizzare come rendita vitalizia o capitale in caso di non autosufficienza ma coprono il rischio di anno in anno a fronte del versamento del contributo/premio. Inoltre, il problema della selezione avversa (per cui tendono ad assicurarsi solo persone anziane, disabili e a maggiore rischio) viene notevolmente attenuato in

[11] Si vedano Manzato (2008) e Manzato (2009).

[12] Per maggiori dettagli sulla copertura collettiva del personale del settore del credito, si veda Casdic (2009).

quanto la copertura Ltc riguarda collettività ampie e non selezionate di persone ancora in attività o che sono entrati in quiescenza dopo essere stati iscritti al Fondo nel corso della propria vita lavorativa. L'età media degli iscritti a questi fondi (includendo anche chi è andato in pensione dopo l'attivazione della copertura) è attualmente piuttosto contenuta e si registra in genere una prevalenza di assicurati di sesso maschile.[13] Proprio per queste caratteristiche, a parità di prestazione garantita, le coperture a ripartizione offerte dai fondi si differenziano dai prodotti assicurativi ad accumulo, richiedendo contributi/premi più contenuti e non differenziati in base a sesso ed età.

Oltre alle coperture collettive intermediate da enti di assistenza e fondi e casse sanitarie, si sono sviluppate, soprattutto negli ultimi due anni, anche coperture Ltc di diverso tipo garantite da Fondi pensione all'interno della complessiva prestazione previdenziale. In effetti, la normativa vigente sui fondi pensione consente la possibilità di una copertura sanitaria o di tipo Ltc collegata alla prestazione previdenziale integrativa secondo due modalità: l'inserimento nel patrimonio del fondo di una polizza che copre la collettività dei partecipanti da eventi durante il corso della vita lavorativa; oppure l'acquisto, attraverso il capitale maturato a scadenza, di una polizza Ltc che copre la collettività dal rischio di non autosufficienza. In generale, si prevede un premio aggiuntivo per la copertura Ltc accessoria che garantisce un aumento della rendita (*enhanced annuity*) oppure, in alternativa, una quota del contributo per la previdenza integrativa può essere destinato a Ltc, riducendo però la rendita previdenziale. Si tratta di strumenti che sono stati adottati soprattutto nel settore delle forme previdenziali individuali (Pip) e dei Fondi aperti, ma che si sono diffusi negli ultimi due anni in anche nel settore dei Fondi pensione negoziali. E' il caso, ad esempio: della copertura Ltc offerta a circa 900.000 iscritti a Fondi pensione negoziali con la convenzione tra Assofondipensione e Generali, della copertura Ltc offerta dal Fondo Fon.Te (dei dipendenti del terziario) agli oltre 163.000 aderenti e della copertura prevista per circa 23.000 lavoratori del settore bancario con la convenzione tra Fondo Previbank e compagnia broker Europa Benefit. Esiste quindi un potenziale di almeno 1 milione di coperture Ltc garantite da Fondi pensione all'interno della complessiva prestazione previdenziale.

2.2.2 Regime fiscale delle coperture assicurative Ltc in Italia

Le assicurazioni Ltc godono di una serie di benefici fiscali che si differenziano a seconda che si tratti di:

a) coperture che rispondano ai requisiti del decreto del Ministero delle Finanze del 22 dicembre 2000, realizzate con polizza individuale acquistata da singolo individuo oppure con polizza collettiva acquistata da un datore di lavoro per i propri dipendenti o da una categoria professionale per i lavoratori autonomi di riferimento;
b) coperture collettive realizzate tramite enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale oppure tramite Fondi sanitari e integrativi rispondenti ai requisiti del decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008 e del Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali dell'11 novembre 2009;

[13] Ad esempio, nel caso del fondo unico nazionale Ltc del personale non dirigente del settore assicurativo, nel 2008, l'età media degli assicurati è di 43 anni; le donne rappresentano il 46% e gli uomini il 54% degli iscritti (Manzato, 2008).

c) coperture collettive realizzate tramite Fondi pensione (Pip, Fondi pensione aperti e negoziali) con garanzia accessoria per Ltc.

a) Polizze Ltc regolate dal decreto del Ministero delle Finanze del 22 dicembre 2000

Nel caso delle coperture a), sia del ramo vita sia del ramo danni, al sottoscrittore è riconosciuta, sui premi versati, una detrazione annua d'imposta, ai fini dall'Irpef, pari al 19% entro il limite massimo di 1291,14 euro (per cui il massimo risparmio di imposta annuo per il sottoscrittore è di 245,31 euro). Si tratta del beneficio fiscale previsto dall'art. 15, comma 1, lettera f) del Testo Unico delle imposte sui redditi – TUIR (DPR. 22 dicembre 1986 n. 917 e s.m.i.) per le polizze vita di puro rischio. Dal 1 gennaio 2001, tali polizze comprendono, oltre ai contratti che coprono dal rischio di morte e invalidità permanente di grado superiore al 5%, anche quelli relativi al rischio di non autosufficienza. Come anticipato in precedenza, la concessione del beneficio della detrazione Irpef prevede il rispetto di una serie di requisiti che devono possedere le polizze Ltc e che sono indicati dal Dm 22/12/2000.

Nel caso delle polizze collettive, i contributi versati dal datore di lavoro si configurano come elemento aggiuntivo della retribuzione del dipendente (*fringe benefit*). Tuttavia, essi non concorrono alla formazione del reddito di lavoro dipendente se, sommati al valore degli eventuali altri beni e servizi in natura concessi al dipendente, non superino l'importo complessivo di 258,23 euro nel periodo d'imposta (art. 51, comma 1, del Tuir).

b) Coperture collettive Ltc realizzate tramite enti, casse, società di mutuo soccorso e Fondi sanitari integrativi

I contributi versati da datori di lavoro o da lavoratori per l'acquisto delle coperture collettive Ltc di tipo b) non concorrono alla formazione del reddito di lavoro dipendente imponibile ai fini Irpef, per un importo annuo non superiore a 3.615,20 euro, qualora siano contemporaneamente soddisfatte tre condizioni (art. 51, comma 2, lett. a del Tuir come modificato dall'art. 1, commi 197 e 198 della legge 24 dicembre 2007 n. 244):

1) i contributi devono essere versati a enti, casse, società di mutuo soccorso e fondi sanitari aventi esclusivamente finalità assistenziale;
2) il versamento dei contributi deve essere previsto da uno specifico contratto o accordo collettivo o da un regolamento aziendale;
3) gli enti, casse, società di mutuo soccorso e fondi sanitari integrativi a cui sono versati i contributi devono operare, a partire dal 2010, secondo le indicazioni e negli ambiti di intervento previsti con il decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008 e ribaditi con il decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 11 novembre 2009, che prevedono in particolare: i) l'iscrizione presso l'Anagrafe istituita presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e il rinnovo annuale dell'iscrizione; ii) la condizione di garantire prestazioni di assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria rivolta a soggetti non autosufficienti, nonché prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabili, in misura non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite al netto delle spese gestionali.

La terza condizione (rispetto della soglia del 20% per le prestazioni di non autosufficienza e odontoiatria) diventerà del tutto operativa solo a partire dal 2012.[14]

Va inoltre precisato che, tutti i titolari di reddito (non solo i lavoratori dipendenti) beneficiano della deducibilità dei contributi versati – entro il limite massimo annuo di 3.615, 20 euro - per l'acquisto di una copertura Ltc mediante fondi sanitari integrativi (art. 10, comma 1, lettera e-ter) del Tuir).

Occorre poi ricordare che i contributi versati dal datore di lavoro a compagnie di assicurazione (tramite ente, cassa o fondo) oppure direttamente a ente, cassa o fondo assistenziale, oltre a essere considerati costo per lavoro dipendente integralmente deducibile dal reddito d'impresa calcolato ai fini Irpef e Ires, sono deducibili dalla base imponibile dell'Irap in quanto siano previsti in base a disposizioni di legge, di contratto o accordo collettivo o di regolamento aziendale (art. 11, comma 1 del decreto legislativo 15 dicembre 1997 n. 446 come modificato dal decreto legge n. 81/2007).

Un'ulteriore agevolazione di cui usufruiscono i contributi versati dal datore di lavoro a enti e casse di assistenza, in base a specifico contratto o accordo collettivo o regolamento aziendale, è la ridotta aliquota del contributo di solidarietà del 10% che deve essere devoluto alle gestioni pensionistiche cui sono iscritti i lavoratori in luogo della contribuzione sociale ordinaria (come previsto dall'art. 6, comma 4, lettera f) del decreto legislativo 2 settembre 1997 n. 314).[15]

E' interessante osservare come, nel caso del Fondo nazionale Ltc per il personale non dirigente settore assicurativo, attualmente i contributi versati interamente dai datori di lavoro non diano diritto ai lavoratori coperti alla deducibilità dall'Irpef, nel limite annuo di 3.615,20 euro, ma solo alla detrazione d'imposta al 19% prevista per le polizze individuali e collettive Ltc in base al Dm. 22/12/2000. Tuttavia, l'Ania prevede di qualificare il Fondo Ltc quale ente o cassa di assistenza sanitaria rispondente ai requisiti e agli ambiti di intervento stabiliti dal Ministero della salute. In questo caso, valendo le tre condizioni sopra indicate, ai contributi versati a detto Fondo potrà essere applicato il regime fiscale della non concorrenza alla formazione del reddito di lavoro dipendente entro il tetto annuo massimo di 3.615,20 euro.

c) <u>Coperture collettive Ltc realizzate tramite Fondi pensione</u>

I versamenti effettuati a fronte della garanzia accessoria per Ltc collegata a Pip e Fondi pensione aperti e negoziali beneficiano della deduzione dal reddito complessivo ai fini Irpef per un importo annuo non superiore a 5.164,57 euro (articolo 10, comma 1, lettera e-bis) del Tuir come modificato dall'articolo 21, comma 2, del decreto legislativo 5 dicembre 2005 n. 252). Per i giovani lavoratori, con prima occupazione successiva al 1 gennaio 2007, è previsto un regime più favorevole che innalza a 7.746,86 euro i contributi deducibili durante i 20 anni successivi al quinto anno di partecipazione ai Fondi pensione; tale disposizione ha l'intento di agevolare i soggetti di prima occupazione che, nei primi cinque anni di partecipazione ad una forma di previdenza

[14] Secondo l'art. 5, comma 2 del Dm. 11/11/2009, "il rispetto della soglia delle risorse vincolate, su base annua,a partire dal 2010, costituisce condizione per considerare rispettati gli ambiti di intervento fissati dal Ministro della Salute e conseguentemente, a partire dall'anno 2012, per beneficiare, annualmente del trattamento fiscale agevolato ai sensi dell'art. 51, comma 2, lettera a), del decreto del presidente della repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni."

[15] Ciò consente un risparmio contributivo medio di circa il 25% per il datore di lavoro e dell'8,9% per il lavoratore.

complementare, hanno effettuato versamenti per un importo inferiore al plafond di 5.164,57 euro, permettendo loro di costituirsi una adeguata prestazione pensionistica complementare. Anche in questo caso, i contributi versati dal datore di lavoro, in base a specifico contratto o accordo collettivo o regolamento aziendale, beneficiano del contributo di solidarietà agevolato del 10%.

Con riferimento a tutte le tre tipologie di copertura Ltc (a), b), c)),viene inoltre prevista (in base all'art. 13, comma 3 del decreto legislativo 18 febbraio 2000 n. 47) l'esenzione dall'imposta sulle assicurazioni, pari normalmente al 2,5% del premio imponibile, per i contratti di assicurazione sulla vita e di capitalizzazione stipulati o rinnovati a decorrere dal 1/1/2001.

Va infine ricordato che, la prestazione erogata a fronte dell'emergere dello stato di non autosufficienza (rendita, capitale, rimborso spese o prestazione in natura) configura una indennità risarcitoria volta a rifondere l'assicurato per una perdita patrimoniale sofferta (la perdita di funzionalità fisiche della persona). Come tale, essa non è contemplata tra le fattispecie reddituali tassabili (in base all'interpretazione fornita nella Circolare 29/E dell'Agenzia delle Entrate del 20 marzo 2001). Pertanto, le prestazioni erogate dalle assicurazioni contro il rischio di non autosufficienza (secondo tutte e tre le tipologie a), b) e c)) non concorrono alla determinazione del reddito imponibile.[16]

2.2.3 Le criticità del mercato italiano

Malgrado esista una domanda potenziale piuttosto ampia, il mercato italiano delle coperture assicurative Ltc di tipo integrativo è ancora molto limitato, non solo perché tali forme assicurative sono state proposte solo negli ultimi anni, ma anche perché esistono diversi elementi che ostacolano lo sviluppo del mercato sia dal lato della domanda che dal lato dell'offerta. Si possono in particolare evidenziare alcuni fattori generali che tendono a frenare tale sviluppo e altri fattori critici che riguardano più specificamente le forme di assicurazione Ltc già presenti in Italia.

1. <u>Fattori frenanti lo sviluppo dell'assicurazione Ltc integrativa</u>

Benché il rischio di non autosufficienza sia percepito in maniera forte nell'immaginario collettivo in tutte le sue implicazioni anche finanziarie, vi è tuttavia ancora incertezza circa l'ampiezza e le modalità dell'intervento pubblico a favore delle persone che si trovano nella situazione di perdita di autonomia. L'attuale sistema di protezione sociale in realtà copre solo parzialmente i costi della non autosufficienza (mediamente il 40% rimane in capo alle famiglie[17]) e lo fa molte volte in modo poco efficace e iniquo. E' emblematico al riguardo il ricorso prevalente a benefici di tipo monetario che vengono talora assegnati in misura indifferenziata rispetto alla situazione di bisogno, come avviene nel caso dell'indennità di accompagnamento (La Mura e Principi, 2009; Rebba, 2009b).

[16] Nel caso delle coperture collettive Ltc realizzate tramite forme di previdenza integrativa, va però ricordato che le somme erogate dai Fondi pensione in forma di capitale ed utilizzate per contrarre una assicurazione contro il rischio di non autosufficienza non concorrono alla determinazione dell'imponibile per un ammontare non superiore al 50% del capitale erogato. Si veda anche Contrino (2003).

[17] La stima è tratta da Rebba (2009a,b). Se si considerano i costi, relativamente più elevati, dell'assistenza residenziale la quota a carico delle famiglie e pari al 47% (Pesaresi e Brizioli, 2009).

La mancata definizione dello schema pubblico di base per la copertura del rischio di non autosufficienza (definizione dei livelli essenziali dei servizi sociali e sanitari e contestuale istituzione di un Fondo nazionale per i non autosufficienti), più volte annunciato nel corso degli ultimi anni ma mai decollato[18], ha determinato una situazione di estrema incertezza circa i limiti dell'intervento pubblico e, quindi, circa gli spazi lasciati alla possibile copertura assicurativa privata volontaria.Accanto all'incertezza sui confini dell'intervento pubblico, va inoltre registrata la persistenza di una molteplicità di criteri per la valutazione dello stato di non autosufficienza che fa sorgere il diritto alle prestazioni pubbliche, che variano a seconda dell'ente che effettua l'accertamento (Inps, Inail, Unità di valutazione multidimensionale dell'Asl, ecc.). Ciò accresce ulteriormente l'incertezza sulle modalità dell'intervento pubblico a protezione dei non autosufficienti.

Ridurre il grado di incertezza, con la chiara definizione di uno schema pubblico di base, potrebbe consentire lo sviluppo delle assicurazioni Ltc integrative in ragione di una maggiore consapevolezza e comprensione dei rischi di non autosufficienza che rimangono non coperti. Una volta definito l'intervento pubblico per garantire i livelli essenziali di assistenza alle persone non autosufficienti, i fondi e le compagnie di assicurazione potranno orientarsi verso forme assicurative che offrano una copertura supplementare (ad esempio, rendite o servizi integrativi) o complementare (ad esempio, copertura della quota sociale della retta in Rsa o della compartecipazione al costo per servizi domiciliari) rispetto alle prestazioni garantite dal pubblico.

Le principali esperienze internazionali, in particolare quelle di Francia e Germania, evidenziano come una chiara definizione dei contenuti, e dei limiti, dell'intervento pubblico per il Ltc (sotto forma di assicurazione sociale o di assistenza diretta) non ostacoli ma possa invece consentire lo sviluppo di un mercato delle assicurazioni Ltc di tipo integrativo nel medio-lungo periodo (Taleyson, 2003). Ciò in quanto, dal lato della domanda, risulta più chiara ai potenziali assicurati la dimensione del rischio coperto dalle polizze Ltc mentre, dal lato dell'offerta, assicurazioni e fondi punteranno ad offrire principalmente coperture integrative a premi più contenuti rispetto a quelli richiesti per polizze Ltc di tipo omnicomprensivo sostitutive della copertura pubblica.

2.Fattori critici relativi alle coperture Ltc presenti in Italia

Un primo fattore critico riguarda il fatto che le assicurazioni dispongono ancora di insufficienti basi statistiche per stimare l'evoluzione dell'incidenza e della durata della non autosufficienza nel pool degli assicurati e, quindi, per gestire in modo adeguato il rischio di non autosufficienza e determinare i premi in modo soddisfacente (Coda Moscarola, 2003). Le compagnie ricorrono, quindi, a forme di riassicurazione che incidono in misura sensibile sull'entità del premio. Si tratta comunque di un problema che tenderà a ridursi nel tempo in relazione alla diffusione delle coperture e all'aumento dei dati statistici a disposizione degli assicuratori.

Un secondo fattore di criticità, più importante, riguarda la mancanza di una normativa specifica del settore che individui criteri ragionevolmente chiari e uniformi riguardo alle condizioni di operatività delle coperture offerte dalle polizze Ltc sia tramite compagnie assicurative, sia tramite enti, casse e fondi (criteri di valutazione della condizione di non autosufficienza; tempi e modalità dell'accertamento della non autosufficienza; periodi di carenza e di franchigia; limitazioni alla

[18] Per una rassegna dei numerosi progetti e disegni di legge formulati al riguardo si rinvia a Gori (2008).

misura e ai tempi di revisione dei premi).[19] Ciò ha portato all'adozione di prassi molto diversificate nella identificazione delle condizioni che danno diritto alla prestazione, riducendo le garanzie (o la certezza delle garanzie) per gli assicurati.

La complessità delle condizioni che regolano le modalità di accesso alla prestazione e l'esistenza di pratiche molto eterogenee da parte delle compagnie assicurative contribuiscono a disincentivare la sottoscrizione di polizze Ltc. Si tratta di criticità che vanno evidentemente rimosse, o almeno attenuate, se si vuole puntare a sviluppare l'assicurazione Ltc come integrazione della copertura pubblica di base in uno schema multi-pilastro per la non autosufficienza. In particolare, appare essenziale realizzare un raccordo tra i criteri di valutazione della non autosufficienza adottati per l'accesso alle prestazioni pubbliche, che peraltro dovrebbero essere uniformati, e quelli adottati dalle coperture integrative su base collettiva intermediate da fondi sanitari e fondi pensione, che potrebbero configurare il secondo pilastro del sistema di protezione per i non autosufficienti (si vedano al riguardo i paragrafi 3.3 e 3.4).

I due fattori di criticità appena indicati riguardano la generalità delle forme assicurative Ltc; vi sono però anche alcune criticità che riguardano distintamente le polizze individuali rispetto alle coperture collettive.

Fattori critici particolari delle polizze individuali. Le polizze individuali Ltc, sia autonome, sia abbinate a forme assicurative o previdenziali registrano uno scarso appeal, non solo a causa della ridotta consapevolezza rispetto al rischio di non autosufficienza di cui si è detto, ma anche perché il loro costo appare piuttosto elevato a fronte di prestazioni che, soprattutto nel caso delle rendite vitalizie o delle indennità forfetarie, potrebbero rivelarsi insufficienti a coprire adeguatamente i costi delle prestazioni nel lungo periodo. Il costo della copertura appare particolarmente elevato soprattutto per le polizze del ramo vita o legate a pensioni complementari che prevedono il meccanismo della capitalizzazione. La considerazione di un rapporto sfavorevole tra premi e prestazioni riguarda soprattutto le persone appartenenti alle fasce di età più elevate, ma tende a scoraggiare la sottoscrizione anche da parte della fascia di utenza potenziale, cioè le persone al di sotto dei 45 anni, che potrebbe meglio avvantaggiarsi da questo tipo di copertura. La disponibilità di più adeguate basi tecniche su cui costruire le polizze individuali potrà consentire in futuro di migliorare l'offerta, ma comunque esse tenderanno sempre ad essere caratterizzate da un problema di selezione avversa e da elevati costi di gestione. L'espansione della domanda sembra invece possa derivare da una maggiore diffusione delle coperture collettive, che possono attenuare il problema di selezione avversa e abbattere i costi di sottoscrizione, distribuendo il rischio tra un grande numero di persone.

Un qualche impulso alle polizze individuali Ltc potrebbe inoltre venire anche da un adeguamento dell'attuale beneficio fiscale previsto dal Dm. 22/12/2000 nella stessa misura di quello fissato per le polizze vita di puro rischio (invalidità e premorienza). Si potrebbe, cioè, prevedere un aumento del limite massimo annuo su cui calcolare la detrazione Irpef al 19% per il premio versato, limite pari attualmente a 1.291,14 euro e mai aggiornato dalla sua introduzione avvenuta nel 1980. Tale aumento dovrebbe essere vincolato alla incentivazione delle sole assicurazioni contro il rischio di non autosufficienza.

[19] Questo fattore di criticità era stato già indicato in Rebba (2006).

Fattori critici particolari delle coperture collettive. Le coperture Ltc collettive consentono una riduzione dei premi/contributi a parità di beneficio e risultano quindi più accessibili Tuttavia, anche tali coperture presentano alcuni elementi di criticità da non trascurare.

In primo luogo, le coperture collettive che prevedono piani di accumulo sono piuttosto onerose, soprattutto per chi abbia superato i 50 anni e, nel caso siano abbinate a fondi pensione, possono comportare una decurtazione delle prestazioni previdenziali integrative. Inoltre, in molti casi, le coperture Ltc accessorie a piani pensionistici integrativi prevedono che il pagamento della rendita non avvenga prima dei 65 anni, anche se la perdita della non autosufficienza si verifica prima.

I meccanismi assicurativi di puro rischio, basati sul meccanismo della ripartizione, che possono essere realizzati mediante enti e casse assistenziali, società di mutuo soccorso e fondi sanitari integrativi, possono offrire prestazioni simili a quelle dei piani di accumulo a premi/contributi più contenuti e risultano quindi più accessibili e vantaggiose anche per le persone meno giovani. Tuttavia questa seconda tipologia di coperture collettive presenta problematiche di equità e di sostenibilità finanziaria. Infatti, va considerato che attualmente queste forme di welfare negoziale, che offrono tutele collettive in ambito socio-sanitario, sono molto concentrate nelle regioni più affluenti del Centro-Nord e interessano solo una parte delle categorie produttive (principalmente il settore dei servizi e le categorie professionali) e del personale dipendente (impiegati, quadri e dirigenti). Vi è quindi il rischio che, in assenza di interventi correttivi e di un maggiore coinvolgimento delle parti sociali, un ulteriore sviluppo di queste tutele collettive nell'assetto attuale possa ridurre il livello di equità, esacerbando gli esistenti squilibri tra territori e categorie produttive. Inoltre, a causa del *longevity risk* e del progressivo aumento della quota di persone anziane nel pool degli assicurati, pur prevedendo l'accantonamento e la capitalizzazione di riserve tecniche e meccanismi di riassicurazione, i fondi di puro rischio sono inevitabilmente costretti a rivedere con una certa frequenza l'ammontare dei contributi/premi e il valore delle prestazioni garantite. Questi problemi di sostenibilità finanziaria di medio-lungo periodo potrebbero essere attenuati realizzando e promuovendo sinergie tra i fondi e la rete dei servizi di Ltc, in modo da rispondere in maniera più efficace ed efficiente ai bisogni degli assicurati che diventano non autosufficienti. Inoltre, la sostenibilità finanziaria di questi fondi e la contemporanea garanzia di adeguatezza delle prestazioni possono essere salvaguardate, puntando comunque ad incentivare anche l'adesione dei più giovani alle coperture ad accumulo accessorie di fondi pensione. In questo modo si potrebbe limitare il pericolo di una sotto-assicurazione nel lungo periodo delle generazioni più giovani, senza ledere, se non in piccola parte, le prestazioni pensionistiche integrative.

Un'altro elemento critico da considerare nel caso delle coperture collettive offerte da fondi sanitari e fondi pensione è rappresentato dalla portabilità della posizione maturata. Il problema si pone soprattutto nel caso dei piani assicurativi ad accumulo, mentre appare meno rilevante nel caso dei meccanismi a ripartizione tipici delle coperture Ltc di puro rischio offerte da casse e fondi sanitari.[20] A questo riguardo, sono state formulate diverse ipotesi che richiamano l'esperienza della

[20] In questo secondo caso, essendo la prestazione garantita anno per anno a fronte del versamento del contributo, il problema della portabilità sorge quando l'assicurato, che ha già pagato il contributo, modifica la sua posizione lavorativa in corso d'anno.

previdenza complementare e rimandano alle modalità che vengono previste dai contratti e accordi collettivi e aziendali.[21]

Posto che rimane comunque preferibile realizzare la copertura integrativa del rischio di non autosufficienza su base collettiva, ricorrendo ai veicoli dei fondi sanitari e dei fondi pensione con gli accorgimenti appena indicati, si pone la questione di quali strumenti utilizzare per promuovere questi meccanismi di assicurazione collettiva. A questo scopo, tenendo conto anche delle considerazioni appena formulate, sembra opportuno puntare su tre fronti[22]:

- definire in maniera organica il quadro normativo delle assicurazioni integrative Ltc, regolamentando la portabilità delle coperture collettive e prevedendo criteri di valutazione della condizione di non autosufficienza che siano in qualche misura uniformi ai criteri di accesso ai livelli essenziali sociali e sociosanitari;
- avviare una campagna informativa in merito alle coperture collettive, alle loro caratteristiche e ai loro vantaggi in termini di protezione dai rischi residui non coperti dall'intervento pubblico;
- prevedere incentivi fiscali adeguatamente mirati per le coperture collettive.

Per quanto riguarda gli incentivi fiscali alle coperture collettive, essi appaiono già abbastanza congrui e selettivi, soprattutto nel caso dei fondi sanitari integrativi che, nel nuovo regime introdotto con i decreti ministeriali del marzo 2008 e novembre 2009, potranno mantenere il beneficio solo se dedicheranno una parte della loro attività all'assistenza odontoiatrica e/o alla Ltc.

Si potrebbe pensare di aumentarne il grado di selettività, prevedendo benefici più mirati a favore della Ltc, ad esempio, con un aumento del limite di deducibilità ai fini Irpef e con altri sgravi fiscali per i contributi a fondi sanitari e fondi pensione riservati esclusivamente alla copertura della Ltc. Va comunque ricordato che gli incentivi fiscali vanno introdotti e potenziati con cautela per evitare i pericoli di un eccessivo incremento dei costi amministrativi e di controllo e di una riduzione dell'equità a causa del loro potenziale effetto regressivo.

[21] Si vedano ad esempio, Isvap (2007, pp. 50-51) e Labate (2009).

[22] Le indicazioni qui formulate riprendono e ampliano quelle già esposte in Rebba (2006) e Gori (2006, pp. 465-468).

Box 1 – Le criticità attuali nel mercato italiano delle assicurazioni Ltc: una sintesi

- **Criticità 1**: mancanza di adeguate basi statistiche per quantificare il rischio di non autosufficienza con necessità di revisione di premi e prestazioni.
- **Criticità 2**: complessità delle condizioni che regolano le modalità di accesso alla prestazione e l'esistenza di pratiche molto eterogenee da parte delle compagnie (soprattutto per le polizze individuali).
- **Criticità 3**: mancanza di normativa specifica che individui criteri ragionevolmente chiari e uniformi riguardo alle condizioni di operatività delle coperture offerte.
- **Criticità 4:** costi elevati delle polizze individuali e delle forme ad accumulo anche quando sono complementari a piani previdenziali (soprattutto se si vuole una rendita immediata e a valori reali in caso di non autosufficienza).
- **Criticità 5**: le coperture offerte dai Fondi sanitari presentano problemi di sostenibilità finanziaria nel lungo periodo a causa del *longevity risk* (anche in presenza di riserve accantonate e capitalizzate).
- **Criticità 6:** portabilità della posizione maturata: da regolamentare soprattutto nel caso delle coperture collettive Ltc che prevedono piani di accumulo.
- **Criticità 7:** incentivi fiscali non adeguatamente mirati.

3. Principali scenari alternativi di sviluppo dell'assicurazione Ltc integrativa

3.1 Premessa

Per superare alcune delle criticità del mercato assicurativo Ltc esaminate nel paragrafo precedente, sono state sviluppate alcune linee di cambiamento (Scenari) che coprono le principali ipotesi maturate nel dibattito nazionale e che sembrano presentare un certo grado di fattibilità. Il punto di partenza rispetto a cui sono definiti gli scenari di cambiamento è rappresentato dal mantenimento dello *status quo* e viene definito "Scenario base".

Gli Scenari di cambiamento rispetto allo status quo considerano il possibile sviluppo delle assicurazioni Ltc integrative a fronte di diverse configurazioni dell'intervento pubblico a beneficio dei non autosufficienti e di diverse tipologie di agevolazioni fiscali a beneficio dei sottoscrittori. In particolare sono stati individuati i seguenti tre Scenari:

1) incentivazione dell'assicurazione Ltc integrativa senza ridefinire l'intervento pubblico per Ltc;

2) schema pubblico-privato a tre pilastri: incentivazione dell'assicurazione Ltc integrativa con riordino dell'intervento pubblico per il Ltc a parità di bilancio;
3) schema pubblico-privato a tre pilastri: incentivazione dell'assicurazione Ltc integrativa con riordino e potenziamento dell'intervento pubblico per il Ltc.

Gli Scenari di cambiamento che vengono qui proposti considerano uno schema misto pubblico-privato di copertura del rischio di non autosufficienza in cui le assicurazioni private trovano spazio come coperture integrative rispetto ad un primo pilastro pubblico. Si tratta di uno schema che, con diverse specificazioni, appare ricorrente in buona parte delle proposte che hanno analizzato il possibile ruolo dell'assicurazione privata per la copertura del rischio di non autosufficienza e che ha ispirato anche il Libro Bianco sul futuro del modello sociale del maggio 2009.[23] In questo schema misto, le coperture collettive mediate da fondi sanitari e fondi pensione giocano un ruolo importante a complemento o supplemento dell'intervento pubblico di base.

Nell'analisi che segue, dopo una breve illustrazione dello Scenario base, si presenta il profilo di ogni ipotesi di cambiamento (Scenari 1, 2 e 3), illustrando le caratteristiche generali che assumerebbe una volta a regime e fornendo alcune indicazioni riguardanti i passi progressivi da compiere per la sua introduzione. Per ogni Scenario, viene inoltre quantificato il possibile impatto sulla finanza pubblica delle politiche di incentivazione fiscale delle assicurazioni Ltc integrative. A tale scopo, sono state effettuate alcune simulazioni di tipo statico, considerando alcune ipotesi incrementali secondo una logica di coerenza e gradualità. [24]

Le simulazioni sono state svolte da Emanuele Ciani (Centro Analisi delle Politiche Pubbliche dell'Università di Modena e Reggio Emilia) considerando il campione dell'Indagine sui bilanci delle famiglie italiane della Banca d'Italia per l'anno 2006 mentre i dati relativi ai redditi imponibili e agli oneri deducibili ai fini Irpef sono stati forniti da Simone Pellegrino (Università di Torino).

3.2 Scenario base: il mantenimento dello status quo

Lo Scenario base non rappresenta una reale ipotesi alternativa ma cerca di descrivere la situazione attuale, sulla base dei dati disponibili già illustrati nel paragrafo 2.2.1: un monte premi stimato per il 2009 di 59,7 milioni di euro (di cui l'88% per polizze collettive); 335.000 posizioni assicurative (15.000 individuali e 320.000 coperture collettive). Si ipotizza, in particolare, una struttura del mercato assicurativo Ltc in cui:

a) le coperture collettive sono di puro rischio a premio uniforme e operano attraverso un fondo, sulla base di contratto nazionale o accordo collettivo;

[23] Tra le principali proposte formulate, si citano: Isvap (2001); Beltrametti (2001); Beltrametti et al. (2001); Cnel (2001); Assr (2003); Isle (2003); Beltrametti (2005); Hanau e Iurlaro, (2005); la proposta del Gruppo per la Riforma dell'Assistenza Continuativa contenuta in Gori (2006); la proposta del Cerm contenuta in Pammolli e Salerno(2008).

[24] Non avendo a disposizione informazioni per costruire una funzione di reazione che consentisse di stimare l'aumento del numero di assicurati al variare degli incentivi fiscali (come ad esempio fanno Wiener et al. (1994) con riferimento agli Stati Uniti) si è optato per ipotizzare una serie di plausibili livelli incrementali del numero di aderenti alle coperture assicurative di gruppo e individuali, partendo dalla situazione attuale fino ad arrivare ad un numero massimo di potenziali assicurati vicino a quello sperimentato nel caso della Francia (circa 3 milioni di persone).

b) le coperture individuali sono date da polizze Ltc standard del ramo vita o del ramo malattia, conformi ai requisiti del Dm 22/12/2000, che garantiscono una rendita vitalizia.

a) Le coperture collettive assumono caratteristiche analoghe a quelle dei principali fondi Ltc attivati in Italia. La copertura collettiva prevede quindi un meccanismo assicurativo a ripartizione con riassicurazione e una riserva di senescenza a capitalizzazione collettiva. La copertura collettiva garantisce una rendita vitalizia annua di 12.000 euro a fronte del versamento di un premio annuo pari allo 0,5% del reddito al lordo dei contributi a carico del lavoratore entro il limite massimo di 500 euro; il valore del premio si riferisce a una popolazione di iscritti così strutturata: età media di 44 anni; componente femminile del 46%; quota di pensionati pari al 7%. Nel caso di copertura dei lavoratori dipendenti in attività e in quiescenza, il premio è a totale carico dei datori di lavoro mentre, nel caso nel caso di lavoratori autonomi, viene pagato da questi ultimi.Lo stato di non autosufficienza che dà diritto alla prestazione si verifica nel caso di mancanza di 4 ADL su 6.

b) Le polizze individuali Ltc sono ipotizzate diverse a seconda della fascia d'età dei sottoscrittori: polizze Ltc del ramo vita ad accumulazione per le persone con meno di 65 anni; polizze di malattia di puro rischio per le persone con oltre 65 e fino a 75 anni di età. In entrambi i casi, le polizze individuali garantiscono una rendita vitalizia annua di 12.000 euro. Il premio annuo è variabile in base alle caratteristiche dell'assicurato (età, sesso) e, nel caso delle polizze vita, a seconda della durata del versamento (si ipotizza che per ogni fascia di età venga scelta la durata massima).[25] Lo stato di non autosufficienza che dà diritto alla prestazione si verifica se mancano 4 Adl su 6.

La stima della spesa fiscale complessiva viene effettuata utilizzando i dati dell'Indagine sui bilanci delle famiglie della banca d'Italia per l'anno 2006. Nello Scenario base, la spesa fiscale stimata è di 17,69 milioni di euro, pari a circa il 30% del totale dei premi e contributi versati.[26] Tale stima si ottiene considerando gli attuali benefici fiscali previsti per le due tipologie di coperture assicurative (descritti nel paragrafo 2.2.2) che sono:

a) nel caso della coperture collettive: la non concorrenza, o deducibilità integrale, dal reddito imponibile Irpef dei premi versati dei premi versati nell'anno, entro il limite di 3.615,20 euro; la deduzione dalla base imponibile dell'Irap e il contributo di solidarietà agevolato del 10% per la parte di premio pagata direttamente dal datore di lavoro a favore dei propri dipendenti[27];

---

[25] Per la stima della spesa fiscale determinata dalle agevolazioni di cui beneficiano le coperture individuali, si considerano due polizze Ltc di tipo standard (una polizza a vita intera e una polizza di puro rischio) offerte nel mercato italiano.

[26] La spesa fiscale aumenterebbe a 26,625 milioni di euro, inclusivi di 15,63 milioni di mancato gettito Irpef, ipotizzando che i premi per le coperture collettive Ltc siano interamente a carico dei datori di lavoro e vengano erogati in sostituzione di un equivalente aumento retributivo.

[27] Come si è detto nel paragrafo 2.2.2, nel caso del Fondo nazionale Ltc per il personale non dirigente settore assicurativo, in attesa di qualificare tale fondo quale ente o cassa di assistenza sanitaria rispondente ai requisiti e agli ambiti di intervento stabiliti dai decreti ministeriali 31/03/2008 e 11/11/2009, la copertura collettiva è stata considerata dall'Agenzia delle entrate analoga a una polizza collettiva stipulata da datore di lavoro, che può quindi fruire solo del beneficio della detrazione Irpef del 19% del premio su un valore massimo annuo di 1.291,14 euro. Pertanto nel caso delle 46.000 coperture assicurative del Fondo unico Ltc per il personale assicurativo è stato considerato questo beneficio fiscale.

b) nel caso delle polizze individuali, la detrazione dall'Irpef del 19% del premio annuo entro il limite massimo di 1291,14 euro.

La tabella 1 sintetizza i punti di forza e di debolezza dello Scenario base rispetto a cinque dimensioni valutative.

Tab.1. Le dimensioni valutative dello Scenario base (mantenimento dello status quo)

1. Finanza pubblica Spesa pubblica totale per Ltc invariata. Spesa fiscale invariata (almeno 17,69 milioni di euro, 30% dei premi versati)
2. Efficacia (ampiezza ed estensione della copertura assicurativa Ltc) Invariata e limitata da tutte le diverse criticità osservate nel paragrafo 2.2.3.
3. Equità Le attuali iniquità permangono: i) elevata spesa out of pocket delle famiglie per i servizi di Ltc; ii) iniquità distributive, intercategoriali e territoriali determinate dalla ineguale distribuzione delle coperture assicurative Ltc nella popolazione; iii) impatto regressivo di i) e ii).
4. Differenziazioni territoriali Sud con minore copertura del rischio rispetto al Nord e al Centro: minore diffusione delle coperture collettive intermediate da fondi e minore ricorso alle assicurazioni individuali nelle Regioni del Sud
5. Fattibilità Molto elevata.
6. Welfare futuro Possibile riduzione dell'ampiezza e dell'estensione della copertura assicurativa Ltc nel lungo periodo: la crescita spontanea delle coperture collettive di puro rischio (in particolare tramite fondi sanitari integrativi) pone problemi di equità intercategoriale e di sostenibilità finanziaria degli schemi di assicurazione integrativa; presumibile uno sviluppo molto limitato delle polizze individuali ad accumulo e delle assicurazioni accessorie a piani di previdenza integrativa indicate per i più giovani.

3.3 Scenario 1: Incentivazione dell'assicurazione Ltc integrativa senza ridefinire l'intervento pubblico per Ltc

Nel primo Scenario evolutivo, si incentiva il ricorso all'assicurazione Ltc integrativa, allo scopo di ampliare ed estendere la copertura assicurativa per il rischio di non autosufficienza, a fronte di un intervento pubblico che rimane inalterato rispetto alla situazione attuale e non prevede, quindi, una chiara individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire ai non autosufficienti con la contestuale definizione di un Fondo pubblico nazionale per la non autosufficienza.

Si ipotizza che la copertura del rischio di non autosufficienza a integrazione dell'intervento pubblico avvenga attraverso:

a) coperture collettive di puro rischio a premio uniforme operanti, sulla base di contratti nazionali o accordi di categoria, tramite fondi sanitari rispondenti ai requisiti dei decreti ministeriali 31/03/2008 e 11/11/2009;
b) polizze Ltc standard del ramo vita o del ramo malattia, che garantiscono una rendita vitalizia.

a) Le coperture collettive a ripartizione hanno le stesse caratteristiche descritte nello Scenario base (status quo). Si ipotizza che l'adesione alla copertura garantita da fondo sanitario avvenga in modo automatico in base a contratto collettivo o ad accordo di categoria; il lavoratore può però decidere di non aderire al contratto analogamente a quanto avviene nei fondi pensione negoziali. Nel caso delle coperture collettive Ltc a beneficio di lavoratori dipendenti e pensionati, si ipotizza che il premio venga diviso a metà tra lavoratore (o pensionato) e datore di lavoro. Si prevede un potenziamento del beneficio fiscale rispetto allo Scenario base, con una deduzione integrale dal reddito imponibile Irpef del premio annuo versato entro il limite più elevato di 4.000 euro; rimane inalterata la deducibilità del premio dall'Irap e viene mantenuto il contributo di solidarietà agevolato del 10% per la parte di premio pagata direttamente dal datore di lavoro a favore dei dipendenti

b) La copertura del rischio residuo di non autosufficienza avviene su base individuale e volontaria con polizze Ltc aventi le stesse caratteristiche descritte nello Scenario base. In questo caso si prevede un potenziamento del beneficio fiscale rispetto allo Scenario base con un aumento a 3.000 euro del limite massimo del premio annuo detraibile dall'Irpef al 19%.

Si prevede che la promozione delle assicurazioni Ltc integrative avvenga, oltre che con il potenziamento dei benefici fiscali, anche attraverso:

- la definizione di un quadro normativo organico per le assicurazioni integrative con cui vengono stabiliti criteri ragionevolmente chiari e uniformi sulle condizioni di operatività delle coperture offerte;
- una campagna informativa sulle coperture Ltc di tipo collettivo e individuale che chiarisca le loro caratteristiche, i vantaggi e i costi della sottoscrizione.

Il percorso attuativo dello Scenario 1 prevede due fasi. Nel primo triennio si compiono alcuni atti normativi e si informa la popolazione in merito all'assicurazione integrativa. In particolare, si individuano criteri ragionevolmente chiari e uniformi sulle condizioni di operatività delle coperture offerte dalle polizze Ltc integrative. Si avvia poi tra la popolazione una campagna informativa in merito alle polizze individuali e collettive. Dopo il primo triennio, si completa il quadro normativo per la regolamentazione delle assicurazioni integrative e si potenziano le agevolazioni fiscali.

Il Box 2 riporta una sintesi dei contenuti dello Scenario 1.

Box 2 - Ipotesi di cambiamento: Scenario 1 (Incentivazione dell'assicurazione Ltc integrativa senza ridefinire l'intervento pubblico per Ltc)

- **Le caratteristiche**

Soluzione mista pubblico-privato ma senza modificare qualitativamente e quantitativamente l'attuale intervento pubblico (primo pilastro). La copertura integrativa Ltc viene realizzata con:
a) coperture collettive a premio uniforme tramite Fondi sanitari integrativi incentivate fiscalmente (deduzione Irpef integrale del premio entro il limite di 4.000 euro e contributo di solidarietà del 10%)
b) polizze Ltc individuali con beneficio fiscale aumentato rispetto allo status quo (premio detraibile da Irpef al 19% con il limite massimo portato a 3.000€)

- **Il percorso attuativo**

Nel primo triennio si compiono alcuni atti normativi e si informa la popolazione in merito all'assicurazione integrativa. Dopo il primo triennio, si completa il quadro normativo per la regolamentazione delle assicurazioni integrative e si potenziano le agevolazioni fiscali.

Grazie alle politiche di promozione delle coperture Ltc e tenendo conto della base potenziale di persone assicurabili con le coperture collettive di tipo negoziale, a regime, è ragionevole ipotizzare una crescita complessiva del numero delle posizioni assicurative Ltc dalle attuali 335.000 a 1.300.000 così articolata:

- un aumento del numero di aderenti a fondi Ltc con copertura collettiva del rischio (lavoratori dipendenti e autonomi e pensionati iscritti al fondo) dagli attuali 320.000 a 1.200.000;
- un aumento delle polizze Ltc individuali dalle attuali 15.000 a 100.000.

La tabella 2 sintetizza l'impatto in termini di spesa fiscale dei maggiori benefici fiscali previsti nello Scenario 1 e della conseguente previsione di crescita delle posizioni assicurative collettive e individuali. La tabella 2 riporta anche due indicatori degli effetti redistributivi degli incentivi fiscali alle assicurazioni Ltc: l'*indice di Kakwani* e l'*incidenza* del beneficio fiscale sul reddito familiare.[28] Si può osservare come l'indice di Kakwani sia positivo e particolarmente elevato, indicando un carattere fortemente regressivo del beneficio fiscale nello Scenario 1. Tuttavia, l'incidenza del beneficio sul reddito risulta essere molto bassa. Ciò implica che, nonostante il carattere fortemente regressivo del beneficio, l'impatto redistributivo a favore dei più ricchi è limitato.

La tabella 3 sintetizza i punti di forza e di debolezza dello Scenario 1 rispetto alle cinque dimensioni valutative.

[28] L'indice di Kakwani è una misura della progressività del beneficio e assume valori positivi quando il beneficio fiscale è regressivo, cioè tende a favorire prevalentemente famiglie appartenenti a decili di reddito elevati.

Tab. 2. Scenario 1: Previsione di assicurati, premi raccolti e spesa fiscale

	N. assicurati (per 1000 residenti)	raccolta premi totale
Coperture collettive	1.200.000 (20,3)	201.700.000
Polizze individuali	100.000 (1,7)	73.000.000
Totale	**1.300.000 (22,0)**	**274.700.000**
	Minor gettito Irap	4.635.150
	Minori contributi sociali	16.027.500
	Minor gettito Irpef (per detrazioni)	11.800.000
	Minor gettito Irpef (per deduzioni)	38.700.000
	Totale spesa fiscale	**71.162.650**
	*Minor gettito Irpef complessivo * (ipotesi di premio a carico imprese sostitutivo di aumento retributivo)*	*66.200.000*
	Totale spesa fiscale*	***98.662.650***
	Incidenza	0,00001
	Indice di Kakwani	0,3083

Fonte: elaborazioni di Emanuele Ciani (2009). Dati: Indagine Banca d'Italia 2006; Pellegrino (2007)

Tab. 3. Le dimensioni valutative dello Scenario 1 (Incentivazione dell'assicurazione Ltc integrativa senza ridefinire l'intervento pubblico per Ltc)

1. Finanza pubblica Spesa pubblica totale per Ltc invariata. Spesa fiscale aumentata rispetto allo status quo(complessivamente almeno 71,16 milioni di euro pari al 26% dei premi versati)
2. Efficacia (ampiezza ed estensione della copertura assicurativa Ltc) Migliora con una maggiore copertura assicurativa della popolazione rispetto allo status quo.
3. Equità Da un lato aumenta per la riduzione della spesa out of pocket per il Ltc delle famiglie e per il meccanismo a ripartizione dei Fondi sanitari che offrono coperture collettive Ltc Da un altro lato si riduce per l'elevata regressività dei benefici fiscali (con impatto però molto limitato). Possibilità che permangano iniquità intercategoriali e territoriali determinate dalla ineguale distribuzione delle coperture assicurative Ltc nella popolazione.
4. Differenziazioni territoriali Possono aumentare rispetto allo Scenario base se non si realizza una diffusione delle coperture collettive intermediate da Fondi sanitari anche nelle Regioni del Sud.
5. Fattibilità Elevata.
6. Welfare futuro Spinta allo sviluppo di Fondi sanitari integrativi (con le implicazioni indicate nello Scenario base – Tab. 1) e del mercato dei servizi accreditati a questi collegati.

3.4. Scenario 2: Schema pubblico-privato a tre pilastri - Incentivazione assicurazione Ltc integrativa con riordino dell'intervento pubblico per Ltc a parità di bilancio

Lo Scenario 2 si basa su uno schema misto pubblico-privato che richiama alcune delle principali esperienze internazionali di finanziamento della Ltc e molte proposte formulate per l'Italia nel corso degli ultimi anni. Tale schema prevede: 1) un fondo pubblico a livello nazionale per garantire i livelli essenziali di prestazioni socio-assistenziali per la non autosufficienza (primo pilastro); 2) fondi integrativi (pubblici e privati) per consentire una copertura integrativa su base collettiva accessibile ad un'ampia fascia della popolazione (secondo pilastro); 3) assicurazioni volontarie individuali come ulteriore integrazione (terzo pilastro).

Lo Scenario 2 prevede, in particolare, una modifica qualitativa dell'intervento pubblico: vengono definiti i livelli essenziali di assistenza per la non autosufficienza e viene istituito un corrispondente Fondo nazionale per la non autosufficienza. Tuttavia, non aumenta l'impegno finanziario pubblico ma si effettua una razionalizzazione delle prestazioni e dei benefici finanziari esistenti (indennità di accompagnamento e altri istituti). Si prevedono inoltre criteri uniformi e coordinati di valutazione dello stato di non autosufficienza che dà diritto ad accedere alle prestazioni pubbliche gratuite o semi-gratuite (primo pilastro) e a quelle private integrative (secondo pilastro).

La copertura del rischio di non autosufficienza a integrazione dell'intervento pubblico viene realizzata a due livelli:

a) *secondo pilastro*: coperture Ltc collettive da promuovere prioritariamente perché meno soggette a selezione avversa e più accessibili:
   a1) coperture collettive di puro rischio a premio uniforme (tipo "protezione") operanti, sulla base di contratti nazionali o accordi di categoria, tramite Fondi sanitari rispondenti ai requisiti dei decreti ministeriali 31/03/2008 e 11/11/2009 incentivate fiscalmente;
   a2) polizze collettive ad accumulo accessorie a Fondi pensione per le quali viene previsto un forte incentivo fiscale alla sottoscrizione da parte dei giovani (allo scopo di ridurre: i problemi di sostenibilità finanziaria nel lungo periodo delle coperture collettive di tipo a1; il pericolo di una elevata quota di anziani senza copertura assicurativa di tipo a1 nel lungo periodo);
b) *terzo pilastro*: copertura del rischio residuo su base individuale e volontaria con polizze Ltc standard del ramo vita e del ramo malattia incentivate fiscalmente.

a) *Il secondo pilastro del sistema misto di protezione Ltc*

a1) Le coperture collettive a ripartizione offerte dai Fondi sanitari integrativi hanno le stesse caratteristiche strutturali descritte nello Scenario 1. Vengono potenziati i benefici fiscali rispetto alla situazione attuale (Scenario base), prevedendo: la deduzione integrale dal reddito imponibile Irpef del premio annuo versato entro il limite di 4.000 euro; la piena deducibilità del premio dall'Irap e l'azzeramento del contributo di solidarietà per la parte di premio pagata direttamente dal datore di lavoro a favore dei dipendenti..

a2) Si ipotizza inoltre di incentivare l'adesione di lavoratori giovani di età compresa tra 18 e 35 anni a coperture Ltc basate su un meccanismo assicurativo ad accumulo, con capitalizzazione collettiva, accessorie a Fondi pensione (negoziali o aperti). La prestazione erogata in caso di non autosufficienza è una rendita vitalizia annua di 12.000 euro differita all'età di 65 anni. Il diritto alla prestazione sorge nel caso di mancanza di 3 ADL su 6. Il premio annuo, da corrispondere fino all'età di 65 anni, è uguale per tutti gli individui che entrano nel fondo in un'età compresa fra 18 e 35 anni ed è pari a 500 euro.[29] L'adesione alla copertura addizionale Ltc è facoltativa. Si ipotizza di concedere un forte incentivo fiscale per l'acquisto della copertura accessoria in giovane età, prevedendo un credito di imposta ai fini Irpef pari al 30% del premio annuo per gli iscritti al Fondo pensione in età tra 18 e 35 anni che decidono di aderire all'assicurazione collettiva Ltc.[30]

b) *Il terzo pilastro del sistema misto di protezione Ltc*

La copertura del rischio residuo di non autosufficienza avviene su base individuale e volontaria con polizze Ltc aventi le stesse caratteristiche descritte nello Scenario base e nello Scenario 1. Nel nuovo Scenario 2 non si ipotizza però nessun potenziamento del beneficio fiscale per queste polizze rispetto allo status quo. Pertanto, è prevista la detraibilità dall'Irpef al 19% del premio annuo entro il limite massimo attuale di 1291,14 euro.

Si prevede di promuovere le assicurazioni Ltc integrative, oltre che con il potenziamento dei benefici fiscali per il secondo pilastro, attraverso:

- la chiara definizione dell'intervento pubblico di base, anche con opportune campagne informative, in ragione di una maggiore consapevolezza e comprensione dei rischi di non autosufficienza che rimangono non coperti;
- il raccordo tra i criteri di valutazione della non autosufficienza adottati per l'accesso alle prestazioni pubbliche e quelli adottati dalle coperture integrative su base collettiva intermediate da fondi sanitari e fondi pensione (secondo pilastro);
- la definizione di un quadro normativo organico per le assicurazioni integrative con cui vengono stabiliti criteri ragionevolmente chiari e uniformi sulle condizioni di operatività delle coperture offerte (definizione legislativa dei tempi e delle modalità per l'accertamento della non autosufficienza, regolamentazione dei periodi di scoperto e di franchigia, limiti e tempi della revisione dei premi, portabilità delle coperture Ltc di tipo collettivo legate a Fondi sanitari e Fondi pensione, altri aspetti tecnici più di dettaglio);
- una campagna informativa sulle coperture Ltc di tipo collettivo e individuale che chiarisca le loro caratteristiche, i vantaggi e i costi della sottoscrizione.

Il percorso attuativo dello Scenario 2 prevede due fasi.

Nel primo triennio si concentrano gli sforzi sulla chiara definizione dei contorni dell'intervento pubblico. Sempre nella prima fase, si promuovono le assicurazioni integrative di

[29] L'ipotesi trae spunto dallo studio condotto dall'Isvap in collaborazione con il Censis nel 2007 (Censis, 2007, pp. 59-60).

[30] L'agevolazione si aggiunge alla deduzione ai fini Irpef del contributo annuo al Fondo pensione non superiore a 5.164,57 euro (o a 7.746,86 euro per i giovani lavoratori con prima occupazione successiva al 1 gennaio 2007; si veda il paragrafo 2.2.2).

puro rischio su base collettiva e si promuove il collegamento delle assicurazioni Ltc alla previdenza complementare. Si individuano criteri ragionevolmente chiari e uniformi sulle condizioni di operatività delle coperture offerte dalle polizze Ltc integrative. Si definiscono, per le coperture collettive Ltc del secondo pilastro, i criteri di valutazione della condizione di non autosufficienza che siano in qualche misura uniformi ai criteri di accesso ai livelli essenziali (sociali e sociosanitari) e le regole di portabilità. Si avvia poi tra la popolazione una campagna informativa in merito alle polizze individuali e collettive.

Dopo il primo triennio, si completa il quadro normativo per la regolamentazione delle assicurazioni integrative e si potenziano le agevolazioni fiscali per le coperture collettive Ltc intermediate da Fondi sanitari integrativi e Fondi pensione.

Il Box 3 riporta una sintesi dei contenuti dello Scenario 2.

Grazie alle politiche di promozione delle coperture Ltc integrative e tenendo conto della base potenziale di persone assicurabili con le coperture collettive di tipo negoziale (fondi sanitari e fondi pensione), si possono ipotizzare due livelli incrementali per lo Scenario 2:

1) un primo livello in cui è ragionevole ipotizzare, nel medio periodo, una crescita complessiva del numero delle posizioni assicurative Ltc dalle attuali 335.000 a 1,5 milioni così articolata:

   - un aumento del numero di aderenti a fondi sanitari con copertura collettiva Ltc a ripartizione (assicurazione Ltc collettiva di tipo a1) dagli attuali 320.000 a 1,2 milioni;
   - un numero di aderenti a polizze Ltc collettive ad accumulazione accessorie a Fondi pensione (assicurazione Ltc collettiva di tipo a2) pari a 270.000 unità;
   - un aumento delle polizze Ltc individuali dalle attuali 15.000 a 30.000.

2) un secondo livello in cui è ragionevole ipotizzare, nel lungo periodo, una ulteriore crescita del numero delle posizioni assicurative Ltc che potrebbero a regime aumentare fino a 3 milioni (livello analogo a quello attualmente sperimentato in Francia) così articolate:

   - un numero di aderenti a fondi sanitari con copertura collettiva Ltc a ripartizione (assicurazione Ltc collettiva di tipo a1) pari a 2,55 milioni;
   - un numero di aderenti a polizze Ltc collettive ad accumulazione accessorie a Fondi pensione (assicurazione Ltc collettiva di tipo a2) pari a 400.000 unità;
   - un aumento delle polizze Ltc individuali dalle attuali 15.000 a 50.000.

Box 3 - Ipotesi di cambiamento: Scenario 2 (Schema pubblico-privato a tre pilastri - Incentivazione assicurazione Ltc integrativa con riordino dell'intervento pubblico per Ltc a parità di bilancio)

- **Le caratteristiche**

Soluzione mista pubblico-privato a tre pilastri con una modifica qualitativa del *primo pilastro*, senza aumenta l'impegno finanziario pubblico.La copertura integrativa Ltc viene realizzata viene realizzata a due livelli:

a) *secondo pilastro*:

a1) coperture collettive di puro rischio a premio uniforme tramite Fondi sanitari integrativi incentivate fiscalmente (deduzione Irpef integrale del premio entro il limite di 4.000 euro e contributo di solidarietà azzerato);

a2) polizze collettive Ltc ad accumulo accessorie Fondi pensione per le quali viene previsto un forte incentivo fiscale alla sottoscrizione da parte dei lavoratori giovani: credito di imposta Irpef del 30% del premio Ltc per iscritti a Fondo pensione tra 18 e 35 anni

b) *terzo pilastro*: coperture individuali date da polizze Ltc standard con beneficio fiscale attuale (premio detraibile da Irpef al 19% entro il limite massimo attuale di 1291,14€).

- **Il percorso attuativo**

Nel primo triennio: si concentrano gli sforzi sulla chiara definizione dei contorni dell'intervento pubblico; si definiscono, per le coperture collettive Ltc del secondo pilastro, i criteri di valutazione della condizione di non autosufficienza e le regole di portabilità; si informa la popolazione in merito all'assicurazione integrativa. Dopo il primo triennio: si completa il quadro normativo per la regolamentazione delle assicurazioni integrative; si potenziano le agevolazioni fiscali per le assicurazioni Ltc collettive del secondo pilastro.

Le tabelle 4.1 e 4.2 sintetizzano l'impatto in termini di spesa fiscale dei benefici fiscali alle coperture collettive previsti nello Scenario 2 con riferimento ai due livelli incrementali che si prevedono per le posizioni assicurative Ltc. Le tabelle evidenziano anche come, per entrambi i livelli incrementali ipotizzati, l'indice di Kakwani per la spesa fiscale sia sensibilmente più basso rispetto a quello relativo allo Scenario 1 (tabella 2), indicando una certa attenuazione del carattere regressivo del beneficio fiscale ottenuta grazie al forte sviluppo delle coperture collettive Ltc su base negoziale. L'incidenza del beneficio sul reddito rimane bassa, anche se comunque più elevata rispetto a quella che si ha nello Scenario 1.

La tabella 5 sintetizza, infine, i punti di forza e di debolezza dello Scenario 2 rispetto alle cinque dimensioni valutative.

Tab. 4.1 Scenario 2 - Previsione di assicurati, premi raccolti e spesa fiscale (primo livello incrementale: numero assicurati a livello intermedio)

	N. assicurati (per 1000 residenti)	Raccolta premi totale
Coperture collettive puro rischio con Fondi sanitari	1.200.000 (20,3)	201.700.000
Coperture collettive ad accumulo con Fondi pensione (lavoratori giovani)	270.000 (4,6)	176.580.000
Polizze individuali	30.000 (0,5)	23.300.000
Totale	**1.500.000 (25,4)**	**401.580.000**
Minor gettito Irap		4.635.150
Minori contributi sociali		27.912.500
Minor gettito Irpef (per detrazioni)		4.200.000
Minor gettito Irpef (per deduzioni)		38.700.000
Credito d'imposta coperture collettive ad accumulo		52.974.000
Totale spesa fiscale		**128.421.650**
*Minor gettito Irpef complessivo ** *(ipotesi di premio a carico imprese sostitutivo di aumento retributivo)*		*66.200.000*
Totale spesa fiscale*		***155.921.650***
Incidenza		*0,0001*
Indice di Kakwani		*0,0576*

Fonte: elaborazioni di Emanuele Ciani (2009). Dati: Indagine Banca d'Italia 2006; Pellegrino (2007)

Tabella 4.2 Scenario 2 - Previsione di assicurati, premi raccolti e spesa fiscale (secondo livello incrementale: numero assicurati a livello di Francia)

	N. assicurati (per 1000 residenti)	raccolta premi totale
Coperture collettive puro rischio con Fondi sanitari	2.550.000 (43,2)	423.800.000
Coperture collettive ad accumulo con Fondi pensione (lavoratori giovani)	400.000 (6,8)	261.600.000
Polizze individuali	50.000 (0,8)	37.900.000
Totale	**3.000.000 (50,8)**	**723.300.000**
Minor gettito Irap		9.590.100
Minori contributi sociali		58.075.000
Minor gettito Irpef (per detrazioni)		5.800.000
Minor gettito Irpef (per deduzioni)		74.500.000
Credito d'imposta coperture collettive ad accumulo		78.480.000
Totale spesa fiscale		**226.445.100**
*Minor gettito Irpef complessivo ** *(ipotesi di premio a carico imprese sostitutivo di aumento retributivo)*		*130.400.000*
Totale spesa fiscale*		***282.345.100***
Incidenza		*0,0002*
Indice di Kakwani		*0,0801*

Fonte: elaborazioni di Emanuele Ciani (2009). Dati: Indagine Banca d'Italia 2006; Pellegrino (2007)

Tab. 5. Le dimensioni valutative dello Scenario 2 (Schema pubblico-privato a tre pilastri - Incentivazione assicurazione Ltc integrativa con riordino dell'intervento pubblico per Ltc a parità di bilancio)

1. Finanza pubblica Spesa pubblica totale per Ltc invariata. Spesa fiscale aumenta (a regime potrebbe arrivare a 226,445 milioni di euro, pari al 31% dei premi versati).
2. Efficacia (ampiezza ed estensione della copertura assicurativa Ltc) Migliora con una maggiore copertura assicurativa della popolazione rispetto allo status quo (Scenario base) e allo Scenario 1.
3. Equità Più elevata rispetto allo status quo e allo Scenario 1 perché: i) si riduce molto l'effetto regressivo dei benefici fiscali (si sviluppano relativamente meno le polizze individuali e di più le coperture collettive, in particolare per i lavoratori più giovani). ii) si riduce l'iniquità intercategoriale con Fondi sanitari per Ltc rivolti a più ampie categorie di occupati (livello Francia). Possibilità che permangano iniquità territoriali determinate dalla ineguale distribuzione delle coperture assicurative Ltc nel territorio.
4. Differenziazioni territoriali Possono anche aumentare rispetto allo status quo (Scenario base) e allo Scenario 1, in particolare se le coperture collettive verranno offerte anche dai Fondi sanitari gestiti da Regioni e enti locali.
5. Fattibilità Buona per il primo livello incrementale (1,5 milioni di assicurati). Minore per il secondo livello incrementale (3 milioni di assicurati)
6. Welfare futuro Spinta allo sviluppo di Fondi pensione e Fondi sanitari integrativi (con implicazioni indicate in Scenario base – Tab. 1) e del mercato dei servizi accreditati a questi collegati.

3.5. Scenario 3: Schema pubblico-privato a tre pilastri - Incentivazione assicurazione Ltc integrativa con riordino e potenziamento dell'intervento pubblico per Ltc

Lo Scenario 3 si basa sullo schema misto pubblico-privato a tre pilastri descritto nello Scenario 2. Tuttavia, oltre alla modifica qualitativa del primo pilastro pubblico (definizione dei Lea per la non autosufficienza; razionalizzazione di prestazioni e benefici finanziari esistenti; criteri uniformi e coordinati di valutazione della non autosufficienza), nello Scenario 3 si prevede anche un incremento delle risorse pubbliche impegnate in modo da adeguare maggiormente i Lea ai bisogni dei non autosufficienti.[31]

La copertura del rischio di non autosufficienza complementare e supplementare dell'intervento pubblico viene realizzata a due livelli come nello Scenario 2, ma con necessità di minore integrazione assicurativa e con minori incentivi fiscali.

[31] Tal incremento potrebbe assumere le dimensioni indicate da diverse analisi e proposte di sviluppo di un sistema unitario dell'assistenza continuativa. Ad esempio, la proposta del Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa (Gori , 2006), quantificava in 4 miliardi di euro le risorse addizionali nei prossimi tre anni, prevedendo allo scopo diverse ipotesi di finanziamento.

a) Il secondo pilastro del sistema misto di protezione Ltc.

a1) Le coperture collettive a ripartizione offerte dai fondi sanitari hanno le stesse caratteristiche strutturali descritte nello Scenario 1. In ragione del minore gap assicurativo da coprire, la rendita vitalizia annua assicurata è ipotizzata ora pari a 6.000 euro. L'aliquota del premio viene corrispondentemente ridotta allo 0,25% del reddito lordo del lavoratore entro il limite annuo massimo di 500 euro. Vengono previsti benefici fiscali come nello Scenario 1 prevedendo: la deduzione integrale dal reddito imponibile Irpef del premio annuo versato entro il limite di 4.000 euro; la piena deducibilità del premio dall'Irap e un contributo di solidarietà del 10% per la parte di premio pagata direttamente dal datore di lavoro a favore dei dipendenti.

a2) Si ipotizza di incentivare l'adesione di lavoratori giovani di età compresa tra 18 e 35 anni a coperture Ltc basate su un meccanismo assicurativo ad accumulo accessorie a Fondi pensione. La prestazione erogata in caso di non autosufficienza è una rendita vitalizia annua di 6.000 euro differita all'età di 65 anni. Il diritto alla prestazione sorge nel caso di mancanza di 3 ADL su 6. Il premio annuo, da corrispondere fino all'età di 65 anni, è uguale per tutti gli individui che entrano nel fondo in un'età compresa fra 18 e 35 anni ed è pari a 250 euro. L'adesione alla copertura addizionale Ltc è facoltativa. Si ipotizza di concedere un forte incentivo fiscale per l'acquisto della copertura accessoria in giovane età, prevedendo un credito di imposta ai fini Irpef pari al 30% del premio annuo per gli iscritti al Fondo pensione in età tra 18 e 35 anni che decidono di aderire all'assicurazione collettiva Ltc. L'agevolazione si aggiunge alla deduzione ai fini Irpef del contributo annuo al Fondo pensione.

b) Il terzo pilastro del sistema misto di protezione Ltc

La copertura del rischio residuo di non autosufficienza avviene su base individuale e volontaria con polizze Ltc aventi le stesse caratteristiche descritte nello Scenario base e nello Scenario 1. In ragione della maggiore tutela offerta dal primo pilastro pubblico, la rendita assicurata è ora pari a 6.000 euro e viene ridotto anche il premio annuo. Non si ipotizza nessun potenziamento del beneficio fiscale per queste polizze rispetto allo status quo. Pertanto, è prevista la detraibilità dall'Irpef al 19% del premio annuo entro il limite massimo attuale di 1291,14 euro.

Nello Scenario 3 si promuovono le assicurazioni Ltc integrative, oltre che con benefici fiscali più contenuti per il secondo pilastro, anche attraverso:

- la chiara definizione dell'intervento pubblico di base, anche con opportune campagne informative;
- l'uniformazione tra i criteri di valutazione della non autosufficienza adottati per l'accesso alle prestazioni pubbliche e il loro raccordo con quelli adottati dalle coperture integrative su base collettiva intermediate da fondi sanitari e fondi pensione (secondo pilastro);
- la definizione di un quadro normativo organico per le assicurazioni integrative;
- una campagna informativa sulle coperture Ltc di tipo collettivo e individuale che chiarisca le loro caratteristiche, i vantaggi e i costi della sottoscrizione.

Il percorso attuativo dello Scenario 3 prevede due fasi che assumono gli stessi connotati esaminati nello Scenario 2. Il Box 4 riporta una sintesi dei contenuti dello Scenario 3.

Grazie alle politiche di promozione delle coperture Ltc integrative e tenendo conto della base potenziale di persone assicurabili con le coperture collettive di tipo negoziale (fondi sanitari e fondi pensione), si possono ipotizzare per lo Scenario 3 i due livelli incrementali già descritti con riferimento allo Scenario 2 (1,5 milioni di assicurati in una prima fase; 3 milioni di assicurati a regime), che potranno essere conseguiti ricorrendo a minori incentivi fiscali in ragione dell'aumento delle risorse pubbliche destinate all'assistenza continuativa.

Le tabelle 6.1 e 6.2 sintetizzano l'impatto in termini di spesa fiscale degli incentivi fiscali alle coperture collettive previsti nello Scenario 3 con riferimento ai due livelli incrementali che si prevedono per le posizioni assicurative Ltc.[32]

Box 4 - Ipotesi di cambiamento: Scenario 3 (Schema pubblico-privato a tre pilastri - Incentivazione assicurazione Ltc integrativa con riordino e potenziamento dell'intervento pubblico per Ltc)

- **Le caratteristiche**

Soluzione mista pubblico-privato a tre pilastri con una modifica qualitativa e un potenziamento delle risorse dell'intervento pubblico (*primo pilastro*). La copertura integrativa Ltc viene realizzata viene realizzata a due livelli:

a) secondo pilastro:

a1) coperture collettive di puro rischio a premio uniforme operanti tramite fondi sanitari integrativi con minore incentivo fiscale rispetto allo Scenario 2 (deduzione IRPEF integrale del premio entro il limite di 4.000 euro e contributo di solidarietà del 10%);

a2) polizze collettive Ltc ad accumulo accessorie a Fondi pensione per le quali viene previsto un forte incentivo fiscale alla sottoscrizione da parte dei lavoratori giovani (credito di imposta Irpef del 30% del premio Ltc per iscritti a Fondo pensione tra 18 e 35 anni)

b) terzo pilastro: coperture individuali date da polizze Ltc standard con beneficio fiscale attuale (premio annuo detraibile da Irpef al 19% entro il limite massimo di 1291,14€)

Il percorso attuativo (vedi Scenario 2).

[32] Le tabelle 6.1 e 6.2 evidenziano anche come, per entrambi i livelli incrementali ipotizzati, l'indice di Kakwani per la spesa fiscale sia leggermente più basso rispetto a quello relativo allo Scenario 2 (tabelle 4.1 e 4.2), indicando una lieve attenuazione del carattere regressivo del beneficio fiscale ottenuta grazie alla moderazione delle agevolazioni fiscali consentita dal maggiore impegno pubblico. L'incidenza del beneficio sul reddito rimane comunque molto bassa.

Tab. 6.1. Scenario 3 - Previsione di assicurati, premi raccolti e spesa fiscale (primo livello incrementale: numero assicurati a livello intermedio)

	N. assicurati (per 1000 residenti)	raccolta premi totale
Coperture collettive puro rischio con Fondi sanitari	1.200.000 (20,3)	100.850.000
Coperture collettive ad accumulo con Fondi pensione (lavoratori giovani)	270.000 (4,6)	88.290.000
Polizze individuali	30.000 (0,5)	11.650.000
Totale	**1.500.000 (25,4)**	**177.100.000**
Minor gettito Irap		2.317.575
Minori contributi sociali		8.013.750
Minor gettito Irpef (per detrazioni)		2.200.000
Minor gettito Irpef (per deduzioni)		19.400.000
Credito d'imposta coperture collettive ad accumulo		26.487.000
Totale spesa fiscale		**58.418.325**
*Minor gettito Irpef complessivo * (ipotesi di premio a carico imprese sostitutivo di aumento retributivo)*		*33.000.000*
Totale spesa fiscale*		***72.018.325***
Incidenza		0,00007
Indice di Kakwani		0,0566

Fonte: elaborazioni di Emanuele Ciani (2009). Dati: Indagine Banca d'Italia 2006; Pellegrino (2007)

Tab. 6.2. Scenario 3 - Previsione di assicurati, premi raccolti e spesa fiscale (secondo livello incrementale: numero assicurati a livello di Francia)

	N. assicurati (per 1000 residenti)	**raccolta premi totale**
Coperture collettive puro rischio con Fondi sanitari	2.550.000 (43,2)	211.900.000
Coperture collettive ad accumulo con Fondi pensione (lavoratori giovani)	400.000 (6,8)	130.800.000
Polizze individuali	50.000 (0,8)	18.950.000
Totale	**3.000.000 (50,8)**	**361.650.000**
Minor gettito Irap		4.795.050
Minori contributi sociali		16.742.500
Minor gettito Irpef (per detrazioni)		3.000.000
Minor gettito Irpef (per deduzioni)		37.300.000
Credito d'imposta coperture collettive ad accumulo		39.240.000
Totale spesa fiscale		**101.077.550**
*Minor gettito Irpef complessivo * (ipotesi di premio a carico imprese sostitutivo di aumento retributivo)*		*65.200.000*
Totale spesa fiscale*		***128.977.550***
Incidenza		0,00010
Indice di Kakwani		0,0794

Fonte: elaborazioni di Emanuele Ciani (2009). Dati: Indagine Banca d'Italia 2006; Pellegrino (2007)

La tabella 7 sintetizza, infine, i punti di forza e di debolezza dello Scenario 3 rispetto alle cinque dimensioni valutative.

Tabella 7: Le dimensioni valutative dello Scenario 3 (Schema pubblico-privato a tre pilastri - Incentivazione assicurazione Ltc integrativa con riordino e potenziamento dell'intervento pubblico per Ltc)

1. Finanza pubblica Spesa pubblica totale per Ltc aumentata. Spesa fiscale più contenuta rispetto allo Scenario 2 (a regime potrebbe arrivare a 101,08 milioni di euro, pari al 28% dei premi versati).
2. Efficacia (ampiezza ed estensione della copertura assicurativa Ltc) Ipotizzata analoga allo Scenario 2. Possibile aumento della copertura, essendo più accessibile una assicurazione integrativa che deve coprire un gap di rischio minore.
3. Equità Più elevata rispetto allo status quo e allo Scenario 2 perché: i) la spesa out of pocket per Ltc viene sostituita da spesa pubblica. ii) si riduce l'effetto regressivo dei benefici fiscali (si sviluppano relativamente meno le polizze individuali e di più le coperture collettive, in particolare per i lavoratori più giovani). ii) si riduce l'iniquità intercategoriale con Fondi sanitari per Ltc rivolti a più ampie categorie di occupati (livello Francia). Possibilità che permangano iniquità territoriali determinate dalla ineguale distribuzione delle coperture assicurative Ltc nel territorio.Ridotto effetto regressivo dei benefici fiscali.
4. Differenziazioni territoriali Più attenuate rispetto allo Scenario 2, essendo previsto un potenziamento dei Lea per la non autosufficienza.
5. Fattibilità Moderata per il livello massimo di copertura assicurativa integrativa: aumenta la probabilità di arrivare ad un numero di assicurati simile alla Francia (3 milioni).
6. Welfare futuro Spinta allo sviluppo di Fondi pensione e Fondi sanitari integrativi(con implicazioni indicate in Scenario base – Tab. 1) e del mercato dei servizi accreditati a questi collegati.

4. Conclusioni

Il presente contributo, dopo avere analizzato le caratteristiche, le finalità e le criticità delle assicurazioni private per la copertura del rischio di non autosufficienza (assicurazioni Ltc), ha esaminato tre possibili scenari evolutivi di tali coperture assicurative nel contesto italiano. Gli scenari ipotizzati prevedono una forte incentivazione delle coperture assicurative Ltc di tipo collettivo veicolate da Fondi sanitari integrativi e, in parte, da Fondi pensione.

La realizzazione degli scenari ipotizzati presuppone l'attuazione del nuovo decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 11/11/2009 che, sulla scorta del precedente decreto del Ministro della Salute del 31/03/2008, 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 Ltc in misura non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite al netto delle spese gestionali.

Una prospettiva interessante potrebbe essere anche quella dell'istituzione di Fondi integrativi ad adesione obbligatoria istituiti da Regioni ed enti locali, secondo uno schema assicurativo a ripartizione del tipo di quello considerato negli Scenari qui presentati, recuperando per questa via quanto era già previsto dall'art. 9 del D.Lgs. 229/1999 che indicava, tra le fonti istitutive dei Fondi integrativi del Ssn, anche i regolamenti di Regioni, enti territoriali ed enti locali.

L'equilibrio attuariale tra premi/contributi e prestazioni di questi Fondi Ltc territoriali integrativi potrebbe essere ottenuto affidando la gestione della copertura assicurativa collettiva, mediante gara ad evidenza pubblica, ad una compagnia assicurativa con adeguate caratteristiche strutturali e di affidabilità. Il finanziamento dei premi potrebbe essere realizzato ricorrendo eventualmente a una addizionale facoltativa Irpef che si configurerebbe come tributo locale di scopo: i cittadini di una Regione o di un ente locale sarebbero tenuti a versare un contributo percentuale del loro reddito di tipo uniforme per la copertura Ltc (dovrebbero comunque essere previste esenzioni e sgravi per i meno abbienti).[33] Questa soluzione appare particolarmente interessante per i Comuni che potrebbero ridurre i rischi finanziari per i servizi sociali che sono tenuti a garantire (in primis l'integrazione delle rette e i servizi per gli indigenti) e, più in generale, potrebbe aumentare sia il livello di efficienza allocativa sia il livello di equità intercategoriale del sistema. Non va però trascurato il pericolo che, in prospettiva, coperture integrative Ltc di tipo regionale e locale di questo tipo possano ampliare i differenziali territoriali nella protezione dei non autosufficienti.

Riferimenti bibliografici

Andorno S. (2003), *Le caratteristiche tecniche delle polizze long term care offerte in Italia: criteri di assunzione e valutazione del rischio*, in Paci S. (a cura di), *Il rischio di non autosufficienza e l'offerta assicurativa in Italia*, Collana CERAP, Milano, Egea, pp. 143-153.

Ania (2009), *L'assicurazione italiana 2008/2009*, disponibile nel sito: **www.ania.it**

Ania (2008), *L'assicurazione italiana 2007/2008*, disponibile nel sito: **www.ania.it**

Assr (2003), *Assistenza agli anziani non autosufficienti. Prestazioni, modalità di finanziamento e modelli organizzativi possibili*, in *Monitor*, N. 4, Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, marzo-aprile, pp. 12-29.

[33] Un primo esercizio di quantificazione effettuato al riguardo da Emanuele Ciani - tenendo conto della prevalenza di persone con almeno 4 Adl mancanti nelle diverse Regioni desunta dall'Indagine Multiscopo Istat 2004-2005 (come indicatore dello stato di non autosufficienza) e ipotizzando un *loading* sul premio equo del 15%- evidenzia come una copertura assicurativa integrativa regionale per garantire una prestazione annua di 12.000 euro in caso di non autosufficienza richiederebbe mediamente un'addizionale Irpef di aliquota pari allo 0,62%. L'aliquota richiesta per la copertura appare variabile tra le Regioni: ad esempio, per l'Emilia-Romagna e il Lazio sarebbe inferiore alla media e pari rispettivamente a 0,5 e 0,56%.

Beltrametti L. (2001), *Il finanziamento dell'assistenza continuativa*, in Gori, C (a cura di), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte*, Milano, Franco Angeli, pp 89-127.

Beltrametti L., Boitani A., Bosi P. (2001), *Risposte all'impasse anziani tra economia ed equità*, *Il Sole24Ore Sanità*, 13-19 novembre, pp. 14-15.

Beltrametti L. (2005), *La progettazione di un programma di assistenza alle persone non autosufficienti: una sintesi delle principali opzioni*, in Banchero A. (a cura di), *Programmare i servizi sociali e sociosanitari*, Collana Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna, pp. 199-213.

BNL – Centro Einaudi (2002), *Il risparmiatore si confessa. XX Rapporto sul risparmio e sui risparmiatori in Italia*, "Quaderni di Ricerca Le radici del futuro: il risparmio", Milano, Guerini e Associati.

Buccelli C., Sirignano A. (2001), Le *assicurazioni 'Assistenza di lungo periodo (LTCI), Minerva Medico-Legale*, vol. 121, n. 2, pp. 99-108.

Brau R., Lippi Bruni M., Pinna A.M. (2003), *La domanda di copertura per il rischio di non autosufficienza: un'analisi empirica*, in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia - 2003*, Bologna, Il Mulino, pp. 139-169.

Brau R., Fiorentini G., Lippi Bruni M., Pinna A.M. (2004) , *La disponibilità a pagare per la copertura del rischio di non autosufficienza: analisi econometria e valutazioni di policy*, "*Politica Economica"*, 20, pp. 357-388.

Casdic (2009), *Circolare contenente le linee guida per la gestione dell'attività e la definizione quantitativa e qualitativa delle prestazioni erogate dalla Cassa nel triennio 2008-2010 in materia di Long Term Care*, Delibera del Consiglio di Amministrazione del 29/05/2009

Castellarin R., Valentini P. (2009), *La salute assicurata*, "Milano Finanza*"*, 7 marzo, 2009, p. 24.

Censis (2006), *40° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese: Il sistema del Welfare*, Milano, Franco Angeli, pp. 259-355.

Cerati (2002), *La nuova disciplina fiscale dei fondi sanitari: attuale scenario e possibili interazioni con altri modelli*, Atti del Convegno, *Opportunità fiscali e giuridiche nelle prestazioni sanitarie integrative*, Asseprim, Milano, 21 giugno.

Cnel (2001), *La copertura dei rischi di non autosufficienza fisica nelle persone in età avanzata. Osservazioni e proposte*, Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, Assemblea 25 gennaio.

Coda Moscarola F. (2003), *L'assistenza di lungo termine agli anziani non autosufficienti (LTC). Un'analisi comparativa e prospettica con un'applicazione alla Regione Piemonte*, con la supervisione di E. Fornero, Rapporto CeRP – Center for Research on Pensions and Welfare Policies, Moncalieri, maggio.

Contrino A. (2003), *I contratti di assicurazione long term care nel diritto tributario*, in Paci S. (a cura di), *Il rischio di non autosufficienza e l'offerta assicurativa in Italia*, Collana CERAP, Milano, Egea, pp. 155-177.

Courbage C., Roudaut N. (2008), *Empirical Evidence on Long-term Care Insurance Purchase in France*, "The Geneva Papers", 33, pp. 645-658.

Dell'Oste C. (2008), *Coperti dai rischi della terza età*, Il Sole24Ore, 11 febbraio 2008, p. 3.

Faregna L. (2001), *Assicurazione L.T.C.*, Studio Candian e Associati, Nota per Unisalute, 18 settembre 2001.

Giuro C., Valentini P. (2008), *Polizze in salute,* Milano Finanza, 22 novembre 2008, pp. 45-46.

Giuro C. (2008), *Il fondo pensa alla salute*, "Milano Finanza", 9 febbraio 2008, p. 33.

Gori C.(a cura di) (2006), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Collana Fondazione Smith-Kline, Bologna, Il Mulino.

Gori C. (2008), *Il dibattito sulla riforma nazionale*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti: Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci, pp. 237-282

Guillen M., Pinquet J. (2008), Long-Term Care: Risk Description of a Spanish Portfolio and Economic Analysis of the Timing of Insurance Purchase, "The Geneva Papers", 33, pp. 659-672.

Hanau C., Iurlaro F. (2005), *Per l'istituzione di un fondo per la non autosufficienza*, in Genuini G.F., Rizzino P., Trabucchi M., Vanara F. (a cura di), *Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*, Collana Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna, pp. 97-136.

Isle (2003), *Proposte per un progetto di copertura pubblica e privata dei rischi di non autosufficienza fisica delle persone anziane*, Istituto per la Documentazione e gli Studi Legislativi, Roma.

Isvap (2001), *Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia,* "Quaderno", n.11.

Isvap (2007), *La non autosufficienza degli anziani: il caso italiano alla luce delle esperienze estere*, Rapporto in collaborazione con il CENSIS, Roma, aprile, 2007.

Labate G. (2009), *Il concetto di sanità integrativa nella legislazione italiana*, in Fisascat-Cisl Nazionale (a cura di), *L'Assistenza Sanitaria Integrativa in Italia nell'ambito del Welfare Contrattuale*, Laboratorio Terziario, Semestrale - Supplemento n° 2 al n° 1 del 2009 - Anno III, Union Labor, Roma, pp. 59-67.

Lamura G., Principi A. (2009), *I trasferimenti monetari,* in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento, Maggioli, Rimini, pp. 69-82.

Le Corre P-Y. (2008), *Long Term Care Insurance: French and International Perspective,* The Geneva Association, Extract from Études et Dossiers, No. 348, 5th Geneva Association Health & Ageing Conference, *Long Term Care – Risk Profiles, Determinants and Financing*, 6-7 November 2008, London.

Levantesi S. (2008), *La copertura del rischio di non autosufficienza nei fondi pensione*, MEFOP, Sviluppo, Mercato, Fondi pensione, Working Paper n. 17.

Manzato R. (2008), *Il Fondo unico nazionale Ltc del settore assicurativo,* presentazione, Assoprevidenza, Torino, 3 dicembre 2008,

Manzato R. (2009), *Riflessioni del settore assicurativo sulla attuale regolamentazione della sanità complementare e alcune proposte*, documento redatto per il seminario, *Proposte per nuove forme integrative di assistenza sanitaria e socio-sanitaria*, Camera dei Deputati, Roma, 20 gennaio 2009

Mossialos E., Thomson S. (2004), *Voluntary Health Insurance in the European Union*, World Health Organization – European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Paccagnella O., Rebba V., Weber (2008), *Voluntary private health care insurance among the over fifties in Europe: a comparative analysis of SHARE data*, Marco Fanno "Working Paper" N. 86, Dipartimento di Scienze economiche, Università di Padova.

Pammolli F., Salerno N.C. (2008), *Il pilastro complementare a capitalizzazione in sanità: tredici buone ragioni per i fondi aperti per il welfare*, CERM, Nota 3-2008, www.cermlab.it

Pellegrino S. (2007), *Il modello di microsimulazione Irpef 2004*, SIEP – Società Italiana di Economia Pubblica, Working Paper, n. 583, gennaio.

Pesaresi F., Brizioli, *I servizi residenziali*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento, Maggioli, Riminipp. 53-68

Pitacco E. (2002), *Le coperture 'income protection', 'dread disease', 'long-term care'*, in Candian A.D. e Paci S. (a cura di), *Manuale di tecnica delle assicurazioni*, Milano, Giuffrè, cap. 19, pp. 1379-1403.

Rebba V. (2003), *La normativa italiana sui fondi sanitari integrativi*, in Nomisma-Criep (a cura di), *I fondi sanitari integrativi. Quale futuro per la sanità italiana?*, Fondazione Pfizer, Roma, Franco Angeli, pp. 181-199.

Rebba V. (2006), *Il ruolo dell'assicurazione volontaria*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Collana Fondazione Smith-Kline, Il Mulino, Bologna, pp. 395-419.

Rebba V. (2009a), *I costi della disabilità in Italia*, in Ongaro F., Salvini S. (a cura di), *Rapporto sulla popolazione: salute e sopravvivenza*, Bologna, Il Mulino, pp. 126-129.

Rebba V. (2009b), *Long-term care in Italy*, 7th World Congress International of Health Economics Association: Harmonizing Health and Economics, Organized Session: Ageing and long term care financing: an international comparison Beijing, July 14.

Stevenson D.G., Cohen M.A., Tell E.J., Burwell B. (2010), *The Complementarity of Public and Private Long-Term Care Coverage*, "Health Affairs", 29, No. 1, pp. 96-101.

Taleyson L. (2003), *Private Long-Term care Insurance – International Comparisons, The Geneva Association, Health and Ageing Newsletter*, N° 08, March, 2003, pp. 8-11.

Wiener, J. M., Illston, L.H., Hanley, R.J. (1994), *Sharing the Burden: Strategies for Public and Private Long-Term Insurance*, Washington, D.C., Brookings Institution.

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 15

Il finanziamento dei livelli essenziali per la non autosufficienza nella prospettiva del federalismo fiscale della L.42/09

di

Paolo Bosi, Maria Cecilia Guerra, Paolo Silvestri

Capp, Università di Modena e Reggio Emilia

Luglio 2010

Introduzione

L'approvazione, nel maggio 2009, della legge delega in materia di federalismo fiscale rende necessario interrogarsi sulle prospettive che si aprono, anche in ragione dei tempi brevi previsti per l'esercizio della delega stessa, circa la definizione, il finanziamento e il monitoraggio dei Livelli essenziali delle prestazioni (Lep).

Il tema viene affrontato in questo lavoro sia in termini generali che con riferimenti specifici alle politiche per la non autosufficienza.

Il primo paragrafo è dedicato all'analisi del disegno del finanziamento dei Lep contenuto nella legge delega. Ne vengono illustrati sinteticamente i principi generali e messi in evidenza gli aspetti problematici, sotto il profilo attuativo. Essi coinvolgono: la definizione dei Lep e l'individuazione dei fabbisogni standard che svolgono un ruolo cruciale nel loro finanziamento; l'importanza e l'incerta definizione del processo di convergenza; l'insufficienza delle informazioni a disposizione e il poco tempo in cui si prevede di raccoglierle. Nel complesso, si argomenta, ne esce il disegno di un modello di finanziamento "debole", che incontrerà problemi di rilievo, sia nell'incerta divisione delle responsabilità fra livelli di governo (regioni e comuni in particolare) sia nella fase di transizione.

Il secondo paragrafo è dedicato ad alcuni problemi specifici che riguardano la costruzione dei Lep: il difficile equilibrio fra l'uniformità che deve essere garantita su tutto il territorio nazionale e l'autonomia gestionale e organizzativa che deve essere riconosciuta agli enti decentrati, che può essere affrontato a partire da una definizione dei livelli essenziali come livelli di "funzionamento"; l'esistenza di compartecipazioni al costo dei Lep, che ne possono compromettere la natura di diritti di cittadinanza; l'esistenza di gap rilevanti nella capacità produttiva degli enti decentrati, che la delega intende affrontare attraverso gli interventi speciali previsti dal comma 5 dell'art. 119 della Costituzione.

Il terzo paragrafo confronta i modelli generali di definizione del fabbisogno e del costo standard, proposti in letteratura, sottolineandone i fabbisogni informativi e, in particolare, il ruolo che ciascuno di essi attribuisce alla conoscenza della spesa storica. Si confrontano, in primo luogo, i due modelli polari: quello microanalitico o "ingegneristico", che richiede di ricostruire il fabbisogno standard come prodotto fra costi standard delle singole prestazioni, definite secondo determinati standard qualitativi, e bisogno potenziale, con quello macroeconomico che, a partire da una definizione aggregata del fabbisogno standard, che rifletta obiettivi di policy e compatibilità finanziarie, si preoccupa di definire formule di riparto dello stesso fra le diverse regioni. Alla luce delle considerazioni svolte nei primi paragrafi, si mettono in evidenza i limiti di entrambi i modelli, sia sotto il profilo concettuale, sia sotto il profilo della loro realizzabilità. Si sottolinea comunque come l'effettiva realizzazione di questi metodi, difficilmente possa prescindere dalla conoscenza della spesa storica. Si propone poi un approccio intermedio, volto a misurare macroperformance per macrofunzioni, che richiede: un'opportuna disaggregazione della spesa; una scelta oculata di indicatori di fabbisogno e di *outcome* e una corretta ricostruzione della spesa effettiva.

Proprio l'importanza della conoscenza della spesa effettiva, per la realizzazione dei diversi approcci alla costruzione dei costi standard e in particolare di quello che si suggerisce di seguire, incentrato sulle macrofunzioni, è alla base dell'approfondimento proposto nel quarto paragrafo. Esso contiene, in particolare, una proposta metodologica per una più appropriata ricostruzione della

spesa socio-sanitaria. Partendo dall'indagine dell'Istat, di cui si mettono in rilievo le caratteristiche ma anche i limiti, viene proposto un nuovo schema di analisi, che ha trovato una prima applicazione al caso della provincia di Modena, ma che può essere replicato su scala nazionale.

Il paragrafo 5 conclude, presentando, sinteticamente, le principali proposte che emergono dall'analisi compiuta, con particolare riferimento alla problematica del monitoraggio e al ruolo cruciale che esso svolge per il disegno complessivo dei Lep.

1. Il disegno del finanziamento dei Lep nella L.42/09

1.1. I principi generali

L'approvazione, con legge 5 maggio 2009, n. 42, della "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione", a otto anni di distanza dalla riforma costituzionale del titolo V del 2001, rappresenta un momento istituzionale di grande rilievo. I principi direttivi contenuti nella delega hanno la finalità principale di delineare il nuovo quadro delle modalità di finanziamento dei diversi livelli di governo, in relazione alle funzioni che sono chiamati ad esercitare, e dei rapporti finanziari tra diversi livelli di governo. Di particolare importanza, all'interno di questo quadro, sono le indicazioni che riguardano il finanziamento dei Livelli essenziali delle prestazioni (Lep) che la nostra Costituzione, all'art. 117, c. 2, lettera m), pone a garanzia dei diritti sociali ed economici di tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale. E ciò, non solo perché i Lep costituiscono un elemento cruciale del futuro disegno di tutte le politiche di welfare, e quindi, all'interno di esse, anche di quelle sociosanitarie, del nostro paese; ma anche perché del dettato costituzionale sono state date, in questi anni, interpretazioni diverse sotto alcuni rilevanti profili.

Le scelte di fondo compiute nella delega possono essere così riassunte. L'entità e le modalità del finanziamento degli enti decentrati, sia attraverso entrate tributarie sia mediante il fondo perequativo, sono articolate in ragione della diversa natura delle competenze/funzioni ad essi attribuite.

Alle spese relative ai Lep e alle spese relative alle funzioni fondamentali svolte dagli enti locali (su cui lo Stato ha competenza esclusiva, secondo quanto disposto dall'art. 117, c. 2, lettera p) della Costituzione), è riconosciuto un finanziamento integrale, garantito dallo Stato stesso. Il finanziamento si articola in due componenti: una dotazione fiscale riconosciuta all'ente decentrato e trasferimenti perequativi di tipo verticale ispirati al *criterio del fabbisogno*. Il finanziamento delle altre spese regionali e locali (convenzionalmente indicate come "spese autonome") è invece affidato, in forma prevalente, a tributi propri perequati secondo il *criterio della capacità fiscale*.

Questo schema di fondo conosce in realtà un'articolazione diversa, a seconda che si consideri il livello regionale o il livello comunale/provinciale, su cui è bene soffermarsi brevemente perché entrambi questi livelli sono responsabili, a diverso titolo, dell'effettiva realizzazione dei Lep. A titolo di esempio: le regioni hanno la titolarità legislativa esclusiva in materia di assistenza e concorrente in sanità, mentre i comuni sono responsabili delle funzioni amministrative relative all'offerta dei servizi sociali.

A *livello regionale*, le funzioni relative ai Lep sono finanziate con tributi propri derivati, un'addizionale regionale all'Irpef, una compartecipazione regionale all'Iva e, in via transitoria, l'Irap. Le aliquote standard di questi tributi e compartecipazioni sono determinate al livello minimo assoluto sufficiente ad assicurare il pieno finanziamento del fabbisogno corrispondente ai Lep in una sola regione (quella con maggiore capacità fiscale). Per le altre regioni viene istituito un apposito fondo perequativo, che ha la funzione di integrare le risorse che esse ottengono dai tributi di cui sopra, applicati secondo le aliquote standard, fino a garantire loro la somma che permette il pieno finanziamento del fabbisogno necessario alla copertura dei Lep. Questo fabbisogno deve essere determinato "nel rispetto dei costi standard associati ai livelli essenziali delle prestazioni da erogare in condizioni di efficienza e di appropriatezza su tutto il territorio nazionale".

Il fondo è finanziato con una specifica compartecipazione all'Iva ed è un fondo di perequazione verticale: dallo Stato agli enti decentrati

A *livello comunale* (e provinciale, su cui però non ci si soffermerà in quanto segue) il punto di interesse è rappresentato dal finanziamento delle funzioni fondamentali, nella misura in cui tale finanziamento interessa anche, esplicitamente, i livelli essenziali delle prestazioni eventualmente implicati dalle funzioni fondamentali stesse. Tali funzioni sono prioritariamente finanziate con (una o più delle seguenti fonti): compartecipazioni all'Iva e all'Irpef e imposizione immobiliare (con esclusione di ogni tassazione patrimoniale sulla prima casa), a cui si aggiunge un fondo perequativo statale, istituto nel bilancio della regione di appartenenza ed alimentato dalla fiscalità generale.

Per la parte relativa all'esercizio delle funzioni fondamentali, la dimensione del fondo è pari alla differenza fra il totale dei fabbisogni standard per le funzioni fondamentali e il totale delle entrate standardizzate di applicazione generale. La ripartizione del fondo fra i diversi comuni avviene poi in base a due indicatori:

1) un *indicatore di fabbisogno finanziario*, pari alla differenza fra il valore standardizzato della spesa corrente al netto degli interessi e il valore standardizzato (valutato cioè ad aliquota standard) del gettito dei tributi ed entrate proprie di applicazione generale. La spesa standardizzata è a sua volta calcolata sulla base di una quota uniforme per abitante, corretta per tenere conto di particolari fattori che possono concorrere in modo significativo a determinarne gli scostamenti rispetto alla media: ampiezza demografica, caratteristiche territoriali con particolare riferimento alla presenza di zone montane, caratteristiche demografiche, sociali e produttive dei diversi enti. Il peso di queste caratteristiche per i singoli enti é determinato con tecniche statistiche, utilizzando i dati di spesa storica, tenendo conto anche della spesa relativa a servizi esternalizzati o svolti in forma associata;

2) *indicatori di fabbisogno di infrastrutture*, in coerenza con la programmazione regionale di settore, per il finanziamento della spesa in conto capitale (tenendo conto dell'entità dei finanziamenti dell'Ue di carattere infrastrutturale).

1.2. Le principali problematiche attuative

L'ispirazione di fondo della delega è quindi quella di individuare i Livelli essenziali delle prestazioni e quantificarne il finanziamento in modo oggettivo, ricorrendo alla specificazione di un

fabbisogno standard. La valutazione del fabbisogno standard è l'elemento che dovrebbe dare razionalità a tutta la distribuzione territoriale delle risorse pubbliche finalizzate al finanziamento dei Lep. Esso svolge al contempo tre funzioni cruciali (Arachi e Zanardi, 2009):

- garantire agli enti decentrati risorse finanziarie adeguate alle funzioni che sono chiamati a svolgere;
- individuare un tetto per il finanziamento assicurato dal governo centrale (ponendo le basi per un *hard budget constraint*);
- fungere da elemento di responsabilizzazione per gli amministratori locali che non vedrebbero finanziati sforamenti di spesa riconducibili a comportamenti inefficienti.

L'adozione di questo nuovo criterio, come guida per il finanziamento dei livelli essenziali comporta il parallelo "superamento graduale, per tutti i livelli istituzionali, del criterio della spesa storica".

Questo scenario virtuoso di affrancamento (graduale) dalla spesa storica attraverso il riferimento a misure oggettive lascia però un insieme molto ampio di questioni irrisolte, che ne rendono molto incerto l'esito finale. Le principali, su cui si ritornerà diffusamente in quanto segue, riguardano i seguenti aspetti.

1. *Definizione dei Lep*. Superando uno dei limiti delle precedenti versioni del testo legislativo (cfr Guerra 2008b), la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni non è demandata ai decreti attuativi, cosa che avrebbe tagliato fuori dal confronto l'opposizione. Essi verranno infatti fissati dalla legge statale "in piena collaborazione con le regioni e gli enti locali". La delega si limita a individuare come spese sicuramente ricomprese nei Lep, quelle relative alla sanità, all'assistenza e all'istruzione (per lo svolgimento delle funzioni amministrative attribuite alle regioni dalle norme vigenti). Il finanziamento integrale del fabbisogno standard deve comunque essere garantito anche alle spese in conto capitale relative al trasporto pubblico locale. La delega non contiene quindi né un'indicazione esaustiva degli ambiti di interesse per il Livelli essenziali né indicazioni circa il modo in cui gli stessi devono essere concepiti.

Essendo affidata a una legge statale, inoltre, l'effettiva specificazione dei Lep, nei settori, diversi dalla sanità e, in parte, dell'istruzione, in cui di fatto essi non sono mai stati individuati, non sarà però necessariamente né contestuale né antecedente l'attuazione della delega. Ovviamente, infatti, i tempi del Parlamento potrebbero non risultare compatibili con i tempi della delega. Per evitare che ciò ne determini l'impossibilità di attuazione, si prevede allora, esplicitamente, che fino a che non ne intervenga una nuova determinazione attraverso una legge dello Stato, resta fermo il riferimento ai Livelli già fissati in base alla legislazione statale. Il rischio è che questa "clausola di salvaguardia" abbia l'effetto di rimandare *sine die* la specificazione dei Livelli stessi (Gabriele, 2009), con effetti imprevedibili per il disegno del finanziamento, in particolare, delle politiche sociali.

Per quanto riguarda le politiche sociali, infatti, gli unici riferimenti legislativi rimangono quelli contenuti nella legge 328/00, i quali però non sembrano né sufficienti né adeguati allo scopo: da essi infatti emerge solo il riferimento ad una definizione dei Lep come *aree di intervento*

(famiglia, anziani, dipendenza, ecc.) che ha, sino ad ora, ispirato i criteri adottati nel riparto del Fondo nazionale delle politiche sociali. Questo orientamento non è però in nessun caso appropriato per individuare i Lep in termini di *garanzia di una copertura "essenziale" della domanda di servizi caratterizzati da un adeguato livello qualitativo*, né per garantire i cittadini sull'*esigibilità dei diritti*. Adeguatezza dell'offerta da parte delle amministrazioni in termini quantitativi e qualitativi e esigibilità dei diritti sono invece proprio le nozioni su cui sembrano convergere le valutazioni della dottrina (si veda ad es. Gori, 2003, Formez, 2006). Se queste saranno le nozioni adottate, risulta evidente che la tutela dei Lep non potrà limitarsi alla semplice definizione di criteri di riparto di una spesa predefinita a livello aggregato (sulla base di quali valutazioni?) fra un certo insieme di aree di intervento. Tanto più che, alla luce dei principi della delega, il riparto così individuato non potrebbe poi essere vincolate, in termini di scelte di spesa degli enti decentrati, dal momento che il finanziamento di tali enti deve avvenire, per esplicita indicazione della delega, senza vincolo di destinazione.

2. *Definizione del fabbisogno standard*. La delega contiene principi direttivi per quanto riguarda la quantificazione del finanziamento necessario alla copertura integrale dei Lep; si tratta però di principi molto generali, e differenziati per regioni e comuni.

Per quanto riguarda il livello regionale, il riferimento esplicito per la determinazione del fabbisogno standard è al concetto di *costo standard* associato all'erogazione dei livelli essenziali in condizioni di efficienza e di appropriatezza. Un'indicazione che, come si argomenterà meglio in quanto segue, lascia aperte interpretazioni (e conseguenti applicazioni) su cosa debba essere il "costo standard", da quelle di tipo macroeconomico a quelle microanalitiche, molto diverse fra di loro. Per quanto riguarda il livello comunale, invece, il riferimento essenziale sembra essere il citato indicatore di fabbisogno finanziario, per la costruzione del quale gioca un ruolo fondamentale la stima del *valore standardizzato della spesa corrente al netto degli interessi*. Anche in questo caso, si tratta di un concetto tutt'altro che univocamente definito, per la stima del quale possono essere applicate tecniche statistiche molto diverse. Va in particolare sottolineato che il valore standardizzato della spesa corrente è un concetto in cui il legame fra Lep e costo standard della sua erogazione in condizioni di efficienza e appropriatezza potrebbe non giocare alcun ruolo. In altri termini il valore standardizzato della spesa corrente agisce fondamentalmente come strumento di riparto fra comuni di *un quantum* predeterminato in base a criteri che la delega non specifica. In sede di prima applicazione sembrerebbe trattarsi della spesa storicamente riservata alle funzioni fondamentali dei comuni stessi, che viene posta pari all'80% della spesa corrente totale.

3. *Il processo di convergenza*. L'ampiezza dell'oggetto della delega, che potrebbe comportare un ripensamento generale della struttura delle entrate e delle spese pubbliche, per tutti i livelli di governo, suggerisce di porre particolare attenzione alla fase di attuazione. Il problema si pone con particolare rilievo per quanto riguarda le politiche sociali, campo nel quale il nostro paese è caratterizzato da un significativo grado di arretratezza e da forti squilibri territoriali.

La realizzazione di fabbisogni standard ha, infatti, come presupposto logico la tendenziale convergenza dell'offerta dei servizi tra le diverse realtà decentrate. Se la convergenza dovesse avvenire verso livelli "medi" anziché verso livelli definiti in coerenza con una adeguata specificazione dei Lep, le risorse destinate alle politiche sociali dovrebbero essere prioritariamente

attribuite (o meglio redistribuite) alle realtà più arretrate, scarificando quelle che in passato hanno avuto (o potuto avere) comportamenti virtuosi. Un processo che risulterebbe, molto probabilmente, politicamente insostenibile. La consapevolezza di questo problema si è fatta strada a fatica nella delega. Nella versione definitiva è stato finalmente previsto, un coordinamento dinamico della finanza pubblica, nell'ambito del quale individuare un percorso di convergenza degli obiettivi di servizi ai livelli essenziali (nonché, ovviamente, dei costi e dei fabbisogni standard dei vari livelli di governo) che dovrà necessariamente essere articolato e differenziato a seconda delle condizioni iniziali presenti nelle diverse realtà territoriali.

La complessità di questa operazione ha suggerito al legislatore di indicare un percorso graduale, prevedendo un periodo di tempo ampio (cinque anni) per la realizzazione della convergenza della spesa storica al fabbisogno standard, a partire dall'effettiva determinazione del contenuto finanziario dei livelli essenziali delle prestazioni.

4. *Il gap informativo.* Qualunque sia la via che verrà concretamente seguita, un ostacolo di grande rilievo è rappresentato dalla mancanza di dati statistici attendibili, che permettano una valutazione quantitativa delle poste in gioco. E' la stessa Relazione unificata sull'economia e la finanza del maggio 2009 a ricordarci che: "i bilanci regionali risultano fortemente disomogenei e scarsamente confrontabili" mentre per i bilanci degli enti locali "si rileva una certa disomogeneità delle metodologie contabili adottate, per ciò che, in particolare, attiene l'applicazione della classificazione funzionale e il diversificato ricorso alle esternalizzazioni dei servizi" e che non è chiaro "quali attività amministrative siano da ricondurre ai livelli essenziali delle prestazioni per le regioni e quali alle funzioni fondamentali per gli enti locali."

La consapevolezza di questo grave gap informativo ha indotto il legislatore ad indicare un percorso per affrontare, e in prospettiva superare, il problema. Si dispone l'istituzione, nell'ambito della Conferenza unificata, di una Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica che si avvarrà dell'aiuto della Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale (formata da trenta rappresentanti tecnici, per metà dello Stato e per metà degli enti territoriali), la quale ha il compito di garantire la condivisione delle necessarie basi informative finanziarie, economiche e tributarie. Le amministrazioni locali saranno tenute a fornire alla Commissione tutte le informazioni richieste. La Conferenza, con l'ausilio tecnico della Commissione, deve provvedere all'istituzione di una banca dati comprendente indicatori di costo, di copertura, e di qualità dei servizi, che verranno utilizzati per definire i costi e i fabbisogni standard e gli obiettivi di servizio cui devono tendere le amministrazioni regionali e locali nell'esercizio delle funzioni riconducibili ai Lep e per valutare il grado di raggiungimento di tali obiettivi.

Va però sottolineato che il tempo a disposizione per l'emanazione dei decreti attuativi è di 24 mesi. La delega prevede inoltre che, entro solo 12 mesi, sia adottato un decreto che contenga i principi fondamentali in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici e che, contestualmente, il Governo trasmetta alle Camere una relazione concernente "il quadro generale di finanziamento degli enti territoriali ed ipotesi di definizione su base quantitativa della struttura fondamentale dei rapporti finanziari tra lo Stato, le regioni a statuto ordinario e a statuto speciale, le province autonome e gli enti locali, con l'indicazione delle possibili distribuzioni delle risorse". Se e come questo sarà possibile a fronte del quadro desolante sullo stato dell'informazione attualmente

disponibile, delineato dalla stessa Ruef, è tutto da verificare. E' comunque importante sottolineare l'estrema rilevanza e delicatezza del tema.

1.3. Un modello di finanziamento debole

Se si sposta l'attenzione dalle problematiche relative al finanziamento dei Lep nel loro insieme, a quelle che riguardano lo specifico settore delle politiche a favore dei soggetti non autosufficienti, il disegno delle modalità di copertura finanziaria dei Lep adottato dalla delega appare coerente con quello che, in dottrina, è stato definito *modello debole* di finanziamento (Bosi, Guerra e Silvestri, 2006 e 2008).

In un *modello forte* le risorse necessarie a sostenere i Lep relativi ad una specifica funzione sono chiaramente identificate e non possano essere destinate ad altri scopi. Un modello *debole* si caratterizza invece per la definizione di un insieme di fonti di entrata (tributi e quote di un fondo perequativo) in grado di finanziare l'insieme *indiviso* di *tutte* le funzioni di cui gli enti decentrati hanno responsabilità di gestione.

Il modello debole è tale sul piano applicativo, mentre non necessariamente lo è sul piano del disegno. E' infatti chiaro che sia il modello forte che il modello debole possono fare ricorso alla medesima nozione di costo standard dei servizi per valutare il fabbisogno finanziario dell'ente che li deve offrire. Entrambi i modelli richiedono poi forme di *monitoraggio* e sanzioni da parte del centro sulla effettiva realizzazione dei Lep, sia sotto il profilo dell'offerta, di cui è responsabile l'amministrazione decentrata, sia della domanda, sotto forma di garanzia della esigibilità dei diritti dei cittadini. La differenza fondamentale è che, mentre nel modello debole il monitoraggio è *l'unico* strumento di controllo a disposizione dello Stato, nel modello forte esso può avvalersi anche della leva finanziaria, e di una maggiore trasparenza della relazione costi/benefici di cui possono essere resi consapevoli i cittadini.

La scelta per un modello debole effettuata dalla delega, oltre a sollecitare un'attenzione particolare all'attuazione del monitoraggio dei Lep, può avere altre due importanti implicazioni, particolarmente rilevanti per le politiche socio-sanitarie, che riguardano il rapporto fra regioni e comuni e la gestione della fase transitoria.

1. *Il rapporto fra regioni e comuni*. Il finanziamento prospettato dalla delega è indiviso fra funzioni, ma è diviso per livelli di governo. La delega inoltre contiene solo qualche timida apertura nei confronti di un modello regionalista. Ammette infatti che il riparto del fondo perequativo a favore dei comuni possa avvenire secondo criteri diversi, a livello di singola regione, rispetto ai criteri definiti a livello centrale, solo nel caso in cui sussista l'accordo degli enti locali. In assenza di tale accordo, si preoccupa che sia garantita la tempestiva e trasparente distribuzione del fondo agli enti comunali.

La trasparenza che viene perseguita è però illusoria: le funzioni al finanziamento delle quali è diretto il fondo perequativo comunale fanno infatti generalmente parte di politiche condivise fra livelli di governo. Si pensi ad esempio alle politiche sociali per le quali la funzione legislativa è di competenza esclusiva delle regioni mentre quella amministrativa è ampiamente svolta dai comuni; cosa che dovrebbe comportare un finanziamento dei Lep sia per la "quota" regionale che per quella

comunale. Ma la divisione effettiva delle responsabilità fra i due livelli di governo non è univoca: in alcune regioni è maggiore il peso delle politiche di sostegno monetario gestite a livello regionale, in altre è più forte il peso dei servizi comunali. In questo contesto, l'assenza di ogni vincolo di destinazione per il finanziamento complessivo dedicato a una certa funzione (che sarebbe richiesto da un modello "forte") espone al rischio di "spiazzamento" delle risorse destinate ad uno specifico programma di spesa da parte di altri programmi di uno o l'altro dei livelli di governo che ne sono responsabili. Il rischio è particolarmente accentuato nel caso delle politiche sociosanitarie dove la componente sociale è di responsabilità comunale e quella sanitaria di responsabilità regionale, ma le scelte compiute da un livello di governo non sono prive di conseguenza sugli oneri che deve sostenere l'altro livello di governo (si pensi ad esempio al ricorso a ricoveri in lungodegenza che si renda necessario per supplire alle carenze di servizi specificatamente dedicati ai Na).

Un finanziamento (forte) per macrofunzioni, possibilmente ricondotto alla regia regionale, sarebbe allora preferibile a un finanziamento (debole) per livelli di governo. In subordine, sarebbe quanto meno necessario che, pur nell'ambito di un finanziamento senza vincoli di destinazione ai diversi livelli di governo, il "fabbisogno standard" garantito ad ogni singola funzione che concorre a formare questo finanziamento, venisse chiaramente identificato.

Questo è il procedimento che probabilmente verrà seguito per il finanziamento regionale, per il quale, come si è detto, il concetto di fabbisogno standard è fortemente legato a quello di costo standard e richiede quindi un'articolazione precisa per area di intervento. Potrebbe invece non esserlo per le funzioni comunali, in cui la variabile chiave, "il valore standardizzato della spesa corrente al netto degli interessi" non necessariamente verrà articolato per singole arre di intervento.

In questo caso, il modello debole di finanziamento dei Lep rischierebbe però di trasformarsi in un modello *debolissimo*, in cui le risorse destinate ai Lep, non solo non sono vincolate, ma non sono neppure distinguibili né per singola funzione, né nel loro insieme, da quelle destinate alle altre funzioni fondamentali dei comuni.

2. *Il regime transitorio*. Come si argomenta più diffusamente in Bosi, Guerra e Silvestri (2008) un modello forte sarebbe anche più indicato nella fase di avvio di politiche come quelle per la Na, che non sono uniformemente presenti sul territorio nazionale, per le quali è quindi necessario sollecitare l'offerta e in cui anche il monitoraggio è ancora in costruzione. La previsione di un finanziamento vincolato, crescente nel tempo a fronte della verifica del rispetto del conseguimento delle tappe individuate dal piano di convergenza degli obiettivi di servizio ai Lep, prefigurato dalla delega, aiuterebbe sicuramente a rendere più efficace e a velocizzare il processo ipotizzato, rispetto a quanto non possa accadere a fronte di un finanziamento indifferenziato per tutte le funzioni.

2. Alcuni problemi generali per la costruzione dei Lep

Il compito che il governo deve affrontare per attuare la Legge delega è dunque imponente.

Esso deve inoltre essere svolto in un contesto in cui le *guidelines* offerte dalla legge sono estremamente labili e indefinite e lasciano quindi spazio a soluzioni che possono avere esiti molto diversi con riguardo non solo alla definizione degli strumenti attuativi, ma anche ad aspetti

concettuali di carattere generale, che in linea di principio avrebbero dovuto essere affrontati nell'ambito della legge delega, se non addirittura a livello costituzionale.

Nel secondo paragrafo di questo lavoro si è già sottolineato il ruolo cruciale che, nell'ambito della delega, gioca la definizione del contenuto effettivo dei Livelli essenziali e della loro valorizzazione in termini finanziari.

E' tuttavia necessario soffermarsi più diffusamente su un insieme di problemi di carattere generale molto importanti, e strettamente collegati fra di loro, che riguardano sempre la costruzione e il finanziamento dei Lep, su cui ci pare non si sia soffermata a sufficienza l'attenzione di chi ha partecipato al dibattito su questa legge[1]. Il primo riguarda come rendere compatibile la standardizzazione imposta dal centro per conseguire uniformità di offerta sul territorio nazionale con gli spazi di autonomia che, perlomeno sul piano organizzativo, devono essere riconosciuti agli enti decentrati. Il secondo riguarda la regolamentazione delle compartecipazioni da parte degli utenti al finanziamento dei Lep, per evitare che scelte molto difformi a livello decentrato possano determinare un accesso troppo differenziato territorialmente ai diritti di cittadinanza. Il terzo riguarda la disparità nei punti di partenza rappresentata dalla diversa dotazione infrastrutturale e i modi per porvi rimedio.

2.1. Il ruolo degli enti decentrati nella definizione dei Lep

Il primo problema riguarda la possibilità, e in caso di risposta positiva, l'estensione dell'autonomia dei governi decentrati nel processo di definizione dei Lep. Se si ha in mente una rappresentazione semplificata e schematica del processo di definizione dei Lep, la risposta, in base alla lettera del testo costituzionale, dovrebbe essere sicuramente negativa. I Lep nascono infatti come prerogativa esclusiva del governo centrale che afferma l'esigenza di garantire livelli di prestazioni uniformi per tutti i cittadini, un diritto di cittadinanza si potrebbe dire. La loro definizione è quindi compito esclusivo dello Stato che, come è indicato dalla L.42/09, ha il dovere di garantire il finanziamento integrale del loro costo, seppure sulla base di criteri standard, rispetto ai quali i livelli di governo decentrati possono avere solo un ruolo esecutivo. Questa risposta è però schematica e fuorviante se si riflette, come faremo anche in seguito, sul fatto che la definizione di Lep non può ragionevolmente tradursi in un elenco dettagliato ed esaustivo di servizi e prestazioni che devono essere offerti ai cittadini. In alcuni ambiti essa potrà solo esprimersi come indicazioni, necessariamente di carattere generale, di obiettivi, mentre in altri i Lep potranno essere configurati anche come diritti soggettivi. Non a caso nel dibattito si è talora introdotta la nozione di diritti esigibili, più tenui di quella dei diritti soggettivi.

Con riferimento a categorie concettuali non giuridiche, ma assai apprezzate dall'economia pubblica e dalla filosofia morale, la nozione di Lep è assai più vicina al concetto di livello di *funzionamento* nel senso attributo a questo sostantivo da Sen e Nussbaum[2]. Come noto, un dato funzionamento (ad esempio nel campo della salute dell'istruzione, ecc.) è realizzato attraverso il consumo di un vettore di beni e servizi. L'effettiva specificazione di questo vettore è funzionale alla

[1] Un'eccezione è costituita dal rapporto AUSER, I Livelli essenziali delle prestazioni sociali a cura di Servizi Nuovi, Roma, novembre 2008.

[2] In questo senso Servizi nuovi 2008, citato.

realizzazione di un certo grado di funzionamento, nel nostro caso definito in misura/grado/intensità *essenziale*, e i beni e servizi che lo compongono devono essere combinati dal soggetto con un certo grado di libertà. La nozione di funzionamento include anche l'idea di *potenzialità*: la decisione se e in che misura fruire del servizio resta infatti una prerogativa del cittadino, che deve tuttavia avere la possibilità di accedere ai servizi che sono necessari al raggiungimento del funzionamento essenziale. Il Lep definisce la potenzialità di soddisfazione di un bisogno/funzionamento; le amministrazioni locali hanno il compito di fornire il vettore di beni e servizi che sono funzionali al soddisfacimento del bisogno, al raggiungimento, cioè, di un dato livello di funzionamento[3].

In questa prospettiva, l'unica a nostro avviso coerente con la nozione di Lep, è chiaro che i governi decentrati che sono responsabili in modo pieno della scelta delle modalità organizzative di offerta dei servizi finiscono di fatto per avere un ruolo non solo esecutivo, ma in parte condizionante la definizione stessa di Lep. Volendo stabilire analogie con altri lembi della teoria economica, la definizione dei Lep può essere assimilata alla stipula di un *contratto incompleto* tra governo centrale e governo locale: il governo centrale non è in grado di definire, per la complessità dell'oggetto - un livello di funzionamento essenziale - tutte le possibili modalità tecniche che sono in grado di garantire il raggiungimento dell'obiettivo. Poiché queste non possono che essere lasciate, in larga misura, alla libera scelta dei governi locali, questi, nella libertà ad essi attribuita di approntamento del vettore di beni e servizi, di fatto condizionano la definizione del Lep stesso. Un esempio può contribuire a chiarire meglio il punto. La tutela della non autosufficienza non gravissima può essere realizzata sia con una struttura protetta sia con un più ampio ricorso a un mix di servi domiciliari e non. La definizione di livello essenziale difficilmente potrà spingersi sino alla definizione dettagliata e univoca delle prestazioni di cui il cittadino ha diritto. Una strategia di questo tipo avrebbe costi informativi enormi e rischierebbe comunque di non raggiungere l'obiettivo del funzionamento essenziale, perché toglierebbe ogni flessibilità all'approntamento dei servizi necessari allo scopo. Il carattere incompleto del contratto tra Stato ed enti decentrati può essere attenuato solo ex post nella fase di monitoraggio, che ancora una volta risulta essere uno dei due pilastri (insieme alla nozione di finanziamento sulla base del fabbisogno standard) del problema, forse ancora più rilevante del finanziamento.

Il problema ora esposto, che mette in luce le caratteristiche *fuzzy* della definizione dei diritti e delle tecniche per realizzarli, può essere illustrato anche utilizzando altri concetti, vale a dire l'inscindibile binomio quantità/qualità associato alla nozione di Lep. In una visione semplificata e quindi fondamentalmente errata, il Lep può essere visto come l'imposizione da parte del governo centrale ai governi decentrati di produrre una data quantità di servizi che si suppone sia in grado di soddisfare il bisogno del cittadino in misura essenziale. Quasi sempre esistono molteplici modi di soddisfare un bisogno, caratterizzati da diversi livelli qualitativi. Ad esempio, il funzionamento di educazione prescolare è un *prodotto congiunto* in cui concorrono in misura diversa a seconda delle preferenze individuali (o meglio delle preferenze dei genitori) due obiettivi: custodia e progetto educativo. Il servizio di un nido può essere realizzato, ad esempio, attraverso un nido tradizionale pubblico o con lo strumento della Tagesmutter: i due servizi soddisfano probabilmente nella stessa misura il bisogno di custodia, ma in misura diversa quella di progetto educativo associato

[3] E' chiaro che in questa formulazione la nozione di Lep è coerente con l'accezione dello stesso in termini di diritti esigibili, mentre l'approntamento dei servizi e mezzi che l'ente locale deve predisporre per consentire al cittadino un dato livello essenziale di funzionamento corrisponde alla nozione di Lep come offerta di servizi.

all'esperienza del nido. C'è quindi un'interdipendenza tra la tecnica produttiva prescelta, che è prerogativa del governo locale, e l'esito in termini di funzionamento. Si badi, qui non si allude al fatto, solitamente discusso nella teoria della produzione tradizionale, che esistono molteplici tecniche produttive per produrre un dato bene e servizio a cui corrispondono diversi gradi di sostituibilità dei fattori. In questo caso l'aspetto rilevante è che esistono diverse tecniche produttive che hanno come effetto la produzione di un bene congiunto (nel nostro esempio custodia e progetto educativo) in cui le componenti dello stesso vengono realizzate con diversa intensità e proporzioni.

La nozione di Lep che potrà essere definita dal governo non potrà essere così fine e dettagliata da imporre una scelta sul grado di realizzazione di entrambe le componenti: sicuramente si atterrà ad indicazioni più generali, lasciando quindi margini di autonomia nel governo locale nella scelta della tecnica e quindi dell'*outcome*. La rilevazione e, ove necessario, la sanzione delle eventuali discrepanze tra realizzazione finale e obiettivo del governo centrale risulta quindi rinviata al momento del monitoraggio, in cui, si badi, l'attenzione dovrà essere posta non solo sulla coerenza di massima del comportamento del governo locale alle generiche indicazioni del governo centrale, ma sul grado di soddisfazione dei cittadini. Poiché questi hanno sicuramente preferenze differenziate, è evidente il grado di complessità che deve essere attribuito a questo confronto/verifica.

La conclusione che sembra si possa trarre dalla discussione di questo importante e complesso aspetto è la centralità del processo di monitoraggio e della sua natura non esclusivamente tecnica.

2.2. La compartecipazione al costo dei Lep

Un secondo problema di carattere teorico, che il testo costituzionale e la legge delega non hanno affrontato, riguarda il ruolo della compartecipazione del cittadino al costo del servizio.

Il testo costituzionale non menziona esplicitamente la compartecipazione del cittadino al costo, mentre la L.42 riconosce agli enti locali l'autonomia di fissare, nel rispetto delle normative di settore e delle delibere delle autorità di vigilanza, tariffe per prestazioni o servizi offerti anche su richiesta di singoli cittadini (art 12. c.1 lettera i). Ma, anche con riferimento a questo problema, dal punto di vista teorico, e semplificando rispetto alla realtà, si potrebbe argomentare che se i Lep rappresentano diritti di cittadinanza la cui definizione è prerogativa del governo, il costo della loro realizzazione al livello essenziale deve essere sopportato dal governo centrale e posto a carico della collettività intera attraverso il finanziamento mediante imposte. La compartecipazione al costo da parte del beneficiario sembrerebbe quindi non congrua al corretto disegno istituzionale dei Lep. Sotto il profilo strettamente economico è però chiaro che gran parte dei servizi oggetto dei Lep non rappresenta beni pubblici puri; si tratta quasi sempre di beni in cui è presente la domanda da parte del cittadino e che non possiedono caratteri di non rivalità e non escludibilità. E' solo la inclusione di tali servizi nella nozione di beni meritori che assegna agli stessi il rango di bene finanziabile a carico del bilancio pubblico.

La giustificazione che viene normalmente fornita, in dottrina, alle compartecipazioni fa riferimento alla presenza di vincoli di bilancio; un argomento tuttavia non rilevante sotto il profilo teorico. Indipendentemente dalla motivazione che si voglia porre a fondamento di questa

compartecipazione, è tuttavia indubbio che essa pone un problema con riguardo alla definizione teorica dei Lep. Essendo il Lep condizionato alla domanda del servizio da parte del cittadino e alla compartecipazione parziale al suo costo, ne consegue che nella definizione di Lep debba essere fornita un'indicazione del livello di tale compartecipazione. In secondo luogo, essendo condizionato alla domanda, il Lep non rappresenta l'effettivo grado di fruizione del servizio ma la disponibilità dello stesso alle condizioni di compartecipazione stabilite. Questa interpretazione sembrerebbe escludere che il livello di governo locale possa avere alcun ruolo nella definizione della regolamentazione del grado di compartecipazione, non solo con riferimento al grado di copertura medio, ma anche alla sua eventuale articolazione, per tenere eventualmente conto di aspetti distributivi (ad es. graduazione delle rette in funzione della condizione economica del beneficiario).

Una conclusione così nitida ma estrema è, come ben noto, assai lontana dalla prassi istituzionale del nostro paese e quindi difficilmente realizzabile, soprattutto da parte di un legislatore che sembra avere prestato scarsa attenzione al problema qui sollevato. Possono però configurarsi soluzioni meno estreme, in cui il governo centrale indica un grado di copertura medio del costo del servizio, mentre a livello locale sono lasciati margini di azione nella concessione di agevolazioni rispondenti a principi redistributivi autonomamente definiti a livello locale. Nel caso in cui si segua un orientamento di questo secondo tipo è chiaro che, ancora una volta, le decisioni a livello locale concorrono alla definizione dei Lep, nel senso che dal punto di vista dei cittadini, destinatari finali della normativa, si avranno diverse realizzazioni nel territorio dei Lep. A tutti potrà essere offerta la potenzialità di realizzare un dato funzionamento ma con un costo differenziato a seconda delle preferenze dei governi locali in tema di avversione alla disuguaglianza.

Un ulteriore aspetto che merita di essere sottolineato è che la fissazione della compartecipazione non è priva di conseguenze sulla domanda. La previsione di una compartecipazione può allora alterare la manifestazione e quindi la corretta misurazione del bisogno, con effetti negativi in termini di individuazione del fabbisogno standard. Questo tema non si pone, se non marginalmente, in servizi universali, come la sanità, in cui la compartecipazione svolge un ruolo principe di contrasto al fenomeno del terzo pagante, e un ruolo solo molto limitato per il finanziamento del settore. E' invece estremamente rilevante in settori in cui la prova dei mezzi cui è commisurata la compartecipazione svolge un ruolo di selezione all'accesso al servizio.

La presenza della compartecipazione è uno degli aspetti che ha sollecitato gli autori di questo saggio a distinguere i modelli di definizione dei Lep in modelli *completi* e modelli *incompleti*. Un modello completo prevede la simultanea e puntale definizione: della domanda – e cioè dei bisogni "essenziali" da soddisfare- ; dell'offerta - e cioè delle prestazioni e dei servizi necessari per rispondere adeguatamente a questi bisogni -; del finanziamento – e cioè dell'insieme di risorse che consentano l'offerta desiderata di tali prestazioni e servizi.

La mancanza di indicazioni direttive circa il ruolo e le modalità di definizione delle compartecipazioni nel finanziamento dei Lep rende quindi il modello di definizione di tali livelli presente nella delega un modello incompleto. Si tratta di un limite che merita particolare attenzione nel campo delle politiche sociali e, in particolare, nel campo delle politiche a sostegno dei soggetti non autosufficienti, con riferimento alle quali, come si argomenta diffusamente in Bosi, Guerra e Silvestri (2008), la compartecipazione coinvolge spesso i famigliari dell'utente, e dovrebbe essere definita considerando adeguatamente quella particolare e diffusa forma di compartecipazione in natura che è rappresentata dal lavoro di cura da essi erogato gratuitamente.

2.3. La capacità produttiva degli enti decentrati

Un terzo problema molto rilevante, non di carattere teorico, ma di disegno, riguarda la connessione tra spesa corrente necessaria per affrontare l'offerta dei Lep e la capacità produttiva disponibile presso i governi decentrati. In caso di inadeguatezza della capacità è necessario un intervento che riguardi la spesa in conto capitale. Il tema assume particolare rilevanza quando la capacità produttiva sia distribuita in modo molto squilibrato sul territorio nazionale. In questo caso infatti (si pensi, ad esempio, alle case protette per anziani e agli asili nido per i bimbi) la necessità di definire un sentiero dinamico per l'attuazione dei Lep, assistito da obiettivi intermedi specificati in un piano di convergenza, assume ancora più rilevanza.

A questo proposito, la delega sembra fare proprio l'approccio noto in letteratura come "equalizzazione asimmetrica", secondo il quale, quando esistono significative difficoltà, specifiche però di singoli territori ben identificati, queste non debbono essere sanate con gli usuali strumenti perequativi, in quanto ne condizionerebbero e complicherebbero in maniera esponenziale l'applicazione. Si suggerisce invece di intervenire sulle realtà che hanno specifiche "disabilità" (il termine è mutuato dall'esperienza australiana) con trasferimenti specifici. Questi trasferimenti vanno individuati, secondo la delega, all'interno dei contributi speciali previsti dal comma quinto dell'art. 119 della Costituzione. Tali contributi, per la parte proveniente dal bilancio dello Stato, sono fatti confluire in appositi fondi vincolati, finalizzati a interventi diretti a promuovere, fra l'altro, "la coesione delle aree sottoutilizzate del Paese e la solidarietà sociale", "a rimuovere gli squilibri … sociali e a favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona". L'azione deve essere effettuata attraverso interventi speciali, organizzati in piani organici finanziati con risorse pluriennali.

A sostegno dell'interpretazione qui fornita circa le intenzioni della delega, è bene ricordare anche le previsioni contenute nelle norme transitorie, con le quali si prevede che, in sede di prima applicazione, venga predisposta una ricognizione degli interventi infrastrutturali, sulla base delle norme vigenti, riguardanti, fra le altre, le strutture sanitarie, assistenziali, scolastiche. La ricognizione è effettuata tenendo conto, di vari elementi, fra cui, in particolare le carenze della dotazione infrastrutturale esistente in ciascun territorio. Il recupero del deficit infrastrutturale dovrà inoltre premiare la "virtuosità degli enti nell'adeguamento al processo di convergenza ai costi o al fabbisogno standard".

I problemi sollevati mostrano con chiarezza quanti aspetti debbano ancora essere definiti nel lungo percorso della produzione dei decreti legislativi; mostrano anche quale sia l'onere che dovrà ricadere sul monitoraggio dei Lep. Il tema del monitoraggio ha però fatto fatica a trovare posto nella legge delega e la sua attuazione rimane priva di principi attuativi; eppure, come si è già sottolineato, il monitoraggio e la valutazione dei Lep sono d'importanza cruciale, specialmente in un modello di finanziamento debole dei livelli essenziali.

3. Modelli di definizione del fabbisogno e del costo standard, fabbisogni informativi e ruolo della spesa storica

Si è ricordato che il modello di finanziamento dei Lep, tracciato dalla legge delega, è un modello "debole", nel senso che tale finanziamento non avviene sulla base di trasferimenti condizionati ai diversi funzionamenti. E' vero, e anche molto importante, che l'interpretazione del testo costituzionale ha portato a distinguere nettamente le risorse destinabili ai Lep (finanziate sulla base del fabbisogno standard), da quelle destinate alle altre funzioni (a cui sono attribuite altre fonti e un trasferimento fondato sul modello della capacità fiscale). Ma la forza della L.42 si esaurisce qui, perché essa non fornisce alcuna indicazione per individuare le risorse che affluiranno alle diverse aree di applicazione dei Lep, esplicitamente citate dalla legge (sanità, assistenza, istruzione, trasporti) e tanto meno fornisce spunti per rafforzare il modello, ad esempio attraverso l'individuazione delle risorse che all'interno delle diverse aree presentano una rilevanza particolare[4].

Il problema, probabilmente sottovalutato nel dibattito sul tema, è tuttavia riemerso di recente e si intravvede nella contrapposizione tra modelli alternativi di realizzazione dei Lep e nell'approfondimento, a cui anche questo lavoro cerca di dare un contributo, delle necessità informative che la realizzazione dei Lep impone.

L'aspetto fondamentale della scelta compiuta dalla L.42 è la nozione di fabbisogno standard e il superamento del concetto di spesa storica. In questo paragrafo intendiamo porci un problema che potrà apparire a prima vista non centrale alla linee argomentative di questo lavoro, ma che, come cercheremo di illustrare, assume una rilevanza non trascurabile nell'organizzazione di un modello ragionevole di Lep. Il quesito può essere posto nei seguenti termini. Il disegno di un modello dei Lep ha o non ha come prerequisito la conoscenza della spesa storica od effettiva attualmente destinata ad una determinata area (ad esempio assistenza) o, scendendo più nel dettaglio, nella realizzazione di un dato funzionamento (ad esempio autosufficienza dell'anziano)?

Se la conclusione fosse che la conoscenza della spesa storica non è indispensabile, è chiaro che i costi informativi dell'approntamento dei Lep potrebbero essere molto limitati. Se invece tale conoscenza è essenziale per il disegno di un modello ragionevole, allora diventa importante per il policy maker spostare l'attenzione su quale sia esattamente il ruolo che la spesa effettiva può svolgere nel disegno dei Lep. Su questa linea, si può intuire che si possa argomentare, come faremo, che la conoscenza della spesa effettiva costituisca un momento importante per rendere più "forte" il modello dei Lep, oltre ad essere particolarmente opportuna nella fase certamente non breve di transizione dalla situazione attuale alla realizzazione del modello a regime.

3.1. Costi standard e approccio "ingegneristico"

Come si è detto, il finanziamento dei Lep presuppone che talune funzioni debbano essere definite e finanziate dal centro perché corrispondono a servizi che si intende offrire in misura uniforme sull'intero territorio nazionale. Secondo il testo costituzionale, almeno con riferimento al finanziamento dei Lep a *livello regionale*, il riferimento principale per definire il finanziamento dei

[4] Su questi aspetti vedi anche Beltrametti 2009.

Lep dovrebbe essere il costo standard della loro erogazione, in condizioni di efficienza e appropriatezza. Può essere allora utile immaginare il processo per realizzare questo obiettivo nel contesto più semplificato possibile: quello in cui il bisogno che si intende soddisfare in modo uniforme sia uno solo, perfettamente identificabile in unità di misura (ad esempio ore di assistenza domiciliare), delle quali sia possibile definire con esattezza il *costo* medio efficiente. Immaginiamo ancora che il governo centrale abbia una conoscenza piena della distribuzione territoriale dei portatori del *bisogno* che si intende soddisfare, pari a *Ni* per regione, e che tale servizio non rientrasse prima della riforma nelle funzioni dei governi locali ma venisse offerto a livello centrale o non offerto dal settore pubblico.

Il finanziamento dei Lep sarebbe in tal caso definito semplicemente da un trasferimento alle regioni nella misura:

$$L_i = N_i C_s Q_s$$

Ove L_i indica il trasferimento standard alla regione *i*esima pari al prodotto del numero dei beneficiari potenziali (N_i) per il costo standard di un'unità di servizio di un dato standard qualitativo (C_s) e per la quantità di servizio che si intende garantire Q_s. Assumiamo anche che il costo standard sia costante per tutte le regioni e che quindi non abbiano rilievo eventuali differenze nel costo dei fattori produttivi.

Garantire alle regioni un tale trasferimento non significa avere esaurito il compito del governo centrale, che non ha la garanzia che il servizio in questione venga effettivamente erogato ai destinatari N_i nella quantità e nella qualità obiettivo. In altre parole oltre al trasferimento di risorse adeguate, standard, è necessario, come abbiamo ripetuto più volte, disporre di un meccanismo di monitoraggio che sia in grado di accertare l'effettiva offerta e fruizione del servizio. Il monitoraggio va esercitato sulle quantità e ciò richiede quindi, da parte dello Stato, l'approntamento di strumenti in grado di verificare queste grandezze. Qualora una regione non soddisfi gli obiettivi dovranno essere previsti appropriati strumenti di condizionamento del suo comportamento, sino alla sostituzione della sua responsabilità nell'offerta. Già da queste prime considerazioni - elementari in ragione della semplicità del caso considerato - appare tuttavia evidente che l'organizzazione dei Lep ha come presupposto un meccanismo di *finanziamento*, ma soprattutto strumenti di *monitoraggio* sulle *quantità* offerte. Questo aspetto non sembra sempre abbastanza sottolineato nel dibattito e nel testo della legge delega.

Una seconda conseguenza è che in questo modello semplificato di offerta di servizi *l'implementazione dei Lep non richiederebbe necessariamente la conoscenza della spesa storica* erogata per quel servizio prima della riforma. Le informazioni necessarie al governo centrale per calcolare C_s e N_i possono essere raccolte ed identificate autonomamente, avvalendosi eventualmente del parere di esperti, senza che sia necessario il coinvolgimento dei governi locali. Le informazioni su *Ni* sono desumibili dai servizi informativi centrali. La definizione di *Cs* può avvenire su base "ingegneristica", vale a dire calcolando a livello micro (cioè del singolo servizio, unico nel caso considerato) gli elementi di costo sulla base delle conoscenza delle tecnologie possibili e di quella che venga ritenuta rappresentativa del costo standard.

La conclusione raggiunta, che sembra sottendere la *vulgata* del modello di federalismo disegnato dalla delega, è però destinata a modificarsi se facciamo riferimento ad una descrizione più realistica e complessa dell'offerta di servizi dei Lep.

Se, ad esempio, *prima della riforma,* il servizio in esame (ad esempio la tutela della non autosufficienza di persone anziane) fosse stato presente nel menu offerto dal settore pubblico a livello locale, sulla base di una attribuzione di funzioni a cui corrispondeva un appropriato meccanismo di finanziamento, in seguito alla definizione dei Lep e alla determinazione delle loro fonti di finanziamento, si dovrà determinare il costo che nel bilancio degli enti decentrati era rappresentato dal servizio in esame, dato che il vecchio meccanismo di finanziamento implicitamente era tarato su una spesa storica effettiva che lo includeva.

Un aspetto molto importante da ricordare riguarda poi il fatto che, come si è ricordato illustrando i problemi teorici lasciati aperti dalla L.42/09, al paragrafo 2.1, la soddisfazione del bisogno può essere realizzata con diverse modalità, offrendo servizi diversi a cui corrispondono tecniche produttive diverse. Da ciò deriva una necessaria interferenza dei governi decentrati nella definizione dei Lep. Nel momento della definizione del finanziamento sulla base del fabbisogno standard, il governo centrale dovrà in ogni caso fare una scelta che non potrà attagliarsi alle preferenze di tutte le comunità locali. Ciò sarà con ogni probabilità fonte di conflitti tra centro e periferia che potranno essere superati solo attraverso l'approntamento di un processo di monitoraggio approfondito e dialogico molto complesso. Anche se dal punto di vista strettamente logico la conoscenza della spesa effettiva potrebbe non essere rilevante in questo processo, essa tuttavia può rappresentare un punto di riferimento importante per il raggiungimento di un consenso, nella misura in cui mette in azione un processo di *benchmarking* tra diverse comunità locali e consente anche, seppure indirettamente, attraverso l'osservazione di eventuali accentuate variabilità nella spesa procapite dei servizi, di rivelare indirettamente le diverse capacità produttive degli enti locali.

Infine, una ulteriore motivazione della necessità di disporre di un quadro articolato della spesa storica o effettiva attualmente impegnata in un determinato settore di intervento è legata al fatto che il modello semplificato qui assunto come punto di riferimento retorico non è neppure di fatto realizzabile in molte circostanze. Non sempre è possibile definire un fabbisogno standard come prodotto tra costo standard e quantità essenziale, anche nell'ipotesi in cui si sia disposti ad accettare *proxy* molto semplificate delle grandezze su riferite. Il criterio ingegneristico presuppone infatti la tipizzazione e la definizione del peso relativo di tutti i possibili modi di soddisfare un bisogno e l'individuazione dei relativi costi standard. Un compito molto complesso. Vi sono poi, in ogni caso, costi generali e servizi trasversali di grande importanza (ad esempio la presa in carico) nonché tutti i programmi di prevenzione, a cui non è possibile adottare il criterio "prezzo per quantità" e che possono però giocare un ruolo importante nel ridurre i costi dei servizi a cui il criterio ingegneristico potrebbe essere applicato

In complesso, come è stato più volte indicato nel dibattito sulla definizione dei Lep nel nostro paese, il metodo ingegneristico richiede un approccio "prestazionale" estremamente dettagliato, che contrasta con l'idea di conservare sia la flessibilità nell'offerta dei servizi da parte degli enti decentrati, sia la possibilità di definire percorsi personalizzati, più adeguati alle specifiche esigenze dell'utente, secondo un approccio definito in letteratura "multidimensionale".

In conclusione, nonostante la raccolta di informazioni sul terreno ingegneristico, con particolare riferimento ai servizi più standardizzati e confrontabili, debba essere considerata essenziale per garantire l'efficienza produttiva del sistema e aiutare a definire un livello di finanziamento adeguato per i singoli Livelli essenziali, il metodo analitico di determinazione del fabbisogno standard come sommatoria del prodotto di costi e quantità delle singole prestazioni non può realisticamente essere né proposto né messo in pratica in toto, neppure a regime. A maggior ragione nella fase transitoria, che non sarà certo breve, il punto di riferimento da cui partire dovrà quindi essere una fotografia disaggrega e attendibile della spesa esistente su cui riflettere e valutare consapevolmente nella logica, su cui si tornerà più oltre, del riferimento a macrofunzioni.

3.2. L'approccio macroeconomico

L'approccio polare a quello che abbiamo chiamato microanalitico o del costo standard è quello aggregato, macroeconomico, che consiste nell'assumere esogenamente definito, sulla base di considerazioni "politiche" o di compatibilità finanziarie, il livello assoluto della spesa che può essere destinata ad una determinata funzione e nell'individuare poi formule più o meno sofisticate per ripartire tale spesa fra le regioni. utilizzando variabili *ad hoc*, quali la popolazione pesata per età (cfr. Muraro 2009, Petretto, 2009). Tale approccio si confronta quindi con due diversi problemi: in primo luogo la definizione di un ammontare di spesa complessiva che sia adeguato rispetto ai livelli essenziali che si intendono garantire, in caso contrario, si costringerebbero le regioni a creare disavanzi crescenti; in secondo luogo l'individuazione di una formula di ripartizione, che non sia semplicemente una divisione pro capite, ma i cui parametri siano in grado di riflettere i bisogni specifici della singola regione.

Nel nostro paese, un approccio di questo genere è sostanzialmente quello seguito in sanità, e potrebbe in larga parte essere applicato anche al caso dell'istruzione obbligatoria: si tratta in entrambi i casi di servizi universali, storicamente garantiti e, proprio per queste loro caratteristiche, distribuiti in modo abbastanza omogeneo sul territorio. La determinazione della spesa aggregata da destinare a questi servizi può essere guidata dal riferimento alla spesa storica aggregata. Anche per quanto riguarda queste funzioni, ovviamente, la scelta delle variabili *ad hoc* per il riparto può essere oggetto di discussione, specialmente quando risulti guidata più da scelte di priorità politiche, che da valutazioni tecniche indipendenti.

Il criterio macroeconomico è però difficilmente applicabile, specialmente nel nostro paese, al caso delle politiche sociali, e di quelle sociosanitarie. In questo caso infatti, siamo di fronte a servizi selettivi, non in grado di rispondere a bisogni essenziali, mal distribuiti sul territorio nazionale e complessivamente sottofinanziati. Manca quindi un criterio storicamente verificato, che funga da guida circa il livello assoluto ottimale, rispetto agli obiettivi da definirsi in termini di Lep, del finanziamento da ripartire. In secondo luogo, diversamente da quanto avviene per la sanità, la responsabilità di spesa è condivisa da più livelli di governo, e la ripartizione della spesa deve quindi avvenire non solo con riferimento ad un valutazione del bisogno, ma anche delle diverse responsabilità territoriali circa la soddisfazione del bisogno stesso.

In questo contesto, la conoscenza della spesa storica e della sua ripartizione territoriale è un requisito necessario, ma non sufficiente. Come viene sottolineato dalla letteratura relativa ai paesi in via di sviluppo, a cui, per l'arretratezza delle sue politiche sociali, il nostro paese è in un qualche

modo paragonabile, il riferimento alla sola spesa storica, per definire il livello aggregato della spesa da ripartire, non è di per sé adeguato: la spesa storica, infatti, non riflette gli obiettivi di oggi e tanto meno quelli di domani. Se poi, partendo dalla mera fotografia dell'esistente, si procedesse ad applicazioni rozze del criterio del costo standard, identificando tale costo con il rapporto fra spesa storica e popolazione non pesata, si otterrebbero indicazioni per la redistribuzione dell'ammontare storicamente determinato di spesa aggregata che solo apparentemente potrebbero rispondere a criteri di premio all'efficienza. Il dato della spesa storica pro capite riflette infatti, non solo differenze nei costi e nei bisogni, ma anche nelle scelte compiute dalle diverse amministrazioni (per diverse preferenze dei cittadini, diversità nei vincoli di bilancio e nelle capacità amministrative-gestionali) oltre che nella qualità e spesso anche nella quantità dei servizi offerti.

Il dato della spesa storica e della sua ripartizione territoriale, pur costituendo un fondamentale elemento conoscitivo, va quindi accompagnato da una raccolta di dati circa il corrispondente grado di soddisfazione del bisogno. Insieme costituiscono un requisito indispensabile per definire i contenuti dei Lep e il loro finanziamento e per identificare il processo di convergenza necessario ad evitare di penalizzare le realtà più avanzate, e a guidare, anche con il richiamato necessario supporto di investimenti volti a superare i deficit infrastrutturali, le realtà più arretrate verso obiettivi di Lep di lungo periodo.

Anche a regime, poi, l'approccio macroeconomico, se non accompagnato da una precisa identificazione dei contenuti dei Lep, in termini di funzionamenti, rischia di indebolire eccessivamente il modello di finanziamento, rendendo troppo labile il legame fra gli obiettivi auspicati e le realizzazioni concrete, e troppo eterea l'impostazione di un qualsivoglia monitoraggio dell'adeguatezza delle politiche messe in atto a livello decentrato.

3.3. Un approccio intermedio: macroperformance per macrofunzioni

I limiti che caratterizzano i due approcci ricordati, quello microanalitico e quello macroeconomico, spingono ad indagare un approccio intermedio, in cui il calcolo dei costi standard sia surrogato dal calcolo di macro-performance relative a macrofunzioni. Esso consiste nel combinare i dati finanziari con il valore assunto da indicatori quantitativi e qualitativi di fabbisogno e/o di risultato.

Si tratta di un approccio molto meno codificato e codificabile rispetto agli altri due, anche perchè può conoscere articolazioni diverse in ragione delle peculiarità specifiche delle macrofunzioni considerate e richiede un attento esame delle informazioni necessarie e dei metodi più adeguati per rilevarle. Per capirne la filosofia di fondo è utile sottolineare gli elementi che lo distinguono dagli altri due approcci.

Il riferimento a macrofunzioni che raggruppino l'insieme di prestazioni indirizzate a rispondere allo stesso tipo di bisogno (ad esempio l'insieme dei servizi ai non autosufficienti o dei servizi ai bimbi fra 0-2 anni) permette, rispetto al riferimento ai grandi settori di spesa utilizzati dall'approccio macroeconomico, di cui le macrofunzioni sono articolazioni, una selezione di indicatori di bisogno più idonea a guidare la ripartizione della spesa. Permette inoltre di confrontare delle performance, e cioè delle relazioni fra grado di soddisfazione di questi stessi bisogni conseguito dalle singole realtà territoriali e costi da esse sostenuti, senza richiedere, diversamente dall'approccio microanalitico, né di calcolare costi standard per ciascuna delle prestazioni che sono

ricomprese nelle macrofunzioni, né di individuare pesi specifici con cui aggregare in un unico indicatore queste stesse prestazioni. In ragione di queste caratteristiche, pur senza condizionare le specifiche modalità con cui i singoli territori intendono articolare la loro risposta ai bisogni, l'approccio delle macroperformance permette di impostare in modo più fine rispetto a quanto può avvenire in un approccio macroeconomico, valutazioni, e quindi monitoraggio, dei risultati ottenuti in termini di soddisfazione di quegli stessi bisogni (*outcomes*).

Un approccio del tipo indicato è stato suggerito nel nostro paese per la sanità (Arcangeli De Vincenti, 2008), avendo a riferimento esperienze compiute e consolidate in altre nazioni. Un esperimento pilota, con riferimento alle prestazioni di assistenza, incentrato appunto sulla ricostruzione di indicatori di fabbisogno e dati finanziari è stato poi recentemente compiuto, con riferimento alle prestazioni di assistenza (De Felici et al 2009). Quest'ultimo studio mette anche in evidenza come l'analisi condotta su macroprestazioni, sufficientemente articolate, possa condurre a definire i livelli attuali delle prestazioni da cui partire per definire scenari evolutivi volti sia a superare le differenze territoriali sia a fare evolvere il sistema verso livelli più alti di soddisfazione del bisogno. Nella stessa direzione si muove un esperimento compiuto con riferimento alle politiche per la non autosufficienza in provincia di Cremona (Costa, 2009).

L'applicazione di questo approccio richiede di affrontare tre diverse tipologie di problemi: la specificazione del livello più adeguato di disaggregazione per l'individuazione delle macrofunzioni; l'individuazione di indicatori condivisi di fabbisogno e risultato; l'accurata rilevazione dei dati finanziari e in particolare della spesa effettiva.

Nel paragrafo 3.4. presentiamo alcune prime considerazioni sul cammino che deve essere compiuto per la specificazione delle macrofunzioni, evidenziando, in particolare, come l'indicazione delle funzioni contenuta nella legge delega sul federalismo sia insoddisfacente sotto più profili.

Il quarto paragrafo sarà invece interamente dedicato ad esemplificare i problemi che le rilevazioni attualmente disponibili pongono alla ricostruzione della spesa attualmente erogata a livello decentrato, e a suggerire una metodologia adeguata a superarli.

Non affronteremo invece il tema della scelta degli indicatori, che richiede approfondimenti specifici con riferimento ad ogni singola macrofunzione. A livello generale, va comunque notato che, come è noto in letteratura, questa scelta può essere compiuta seguendo un approccio *top down*, in cui gli indicatori sono scelti dal centro, il quale resta il soggetto responsabile dell'*enforcement* del servizio e quindi del suo monitoraggio, o ci si può affidare maggiormente ad approcci *bottom up*, che lasciano maggior spazio alle proposte degli enti territoriali. Questa scelta ripropone alcuni dei problemi affrontati in questo e nel precedente paragrafo. Nel primo caso prevale un'attenzione all'uniformità nell'offerta del servizio ma vi è il rischio che agli enti che ne hanno la responsabilità effettiva non sia lasciata la flessibilità e l'iniziativa di cui necessitano e siano richiesti adempimenti informativi eccessivamente costosi. Vi è inoltre il rischio che indicatori imposti centralmente distorcano i comportamenti e creino incentivi a manipolare l'informazione. Nello stesso tempo, l'assenza di imposizioni dal centro, propria dell'approccio *bottom up*, può inibire la spinta al cambiamento, rende difficile il confronto e il coordinamento fra realtà territoriali differenti e il controllo circa il conseguimento di obiettivi di servizio comparabili sul territorio nazionale.

Il tema merita maggiore approfondimento di quello che può essere condotto nell'ambito di questo lavoro. Con riferimento specifico alle tematiche proprie dell'assistenza in generale e della

non autosufficienza in particolare, esso si intreccia con le problematiche di cui si è dato conto nei precedenti paragrafi, circa l'articolazione fra livelli di governo delle responsabilità dell'offerta dei servizi. In modo particolare, si potrebbe suggerire di indagare un approccio *top down*, che utilizzi un numero non troppo elevato di indicatori, per quanto riguarda la ripartizione del finanziamento dallo stato alle regioni, e lasciare invece un più ampio spazio ad un approccio *bottom up*, per la ripartizione del finanziamento fra regioni e comuni, nell'ipotesi che a livello regionale sia più facilmente valutabile l'articolazione locale del bisogno e delle modalità con cui gli si risponde.

3.4. Quale livello di disaggregazione della spesa?

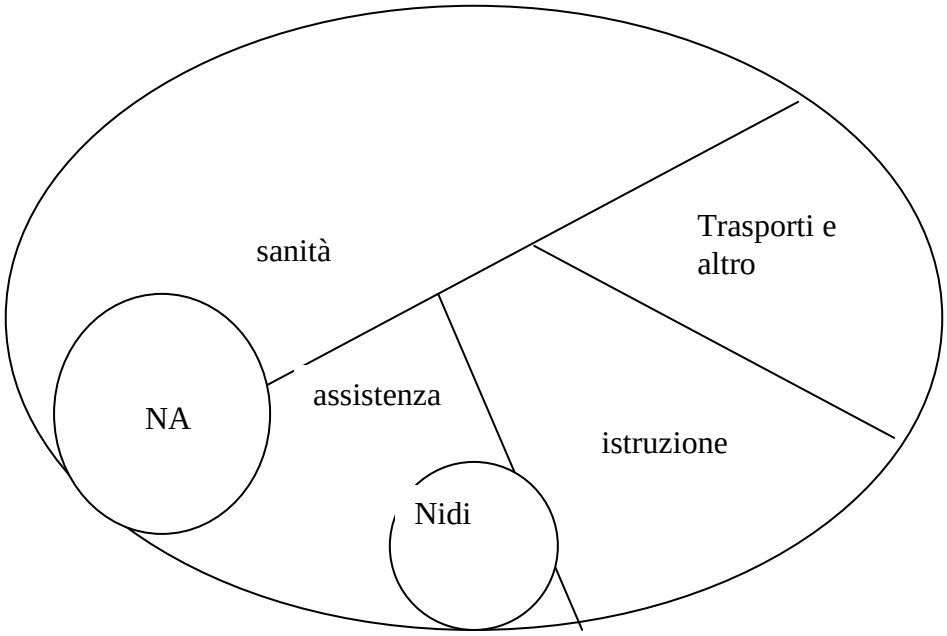
Se le considerazioni sin qui compiute sono condivisibili, ne consegue che l'investimento nella creazione di un sistema informativo all'altezza del compito è il primo campo di intervento del *policy maker*. Devono essere scongiurati ed evitati gli errori commessi in passato in occasione delle leggi Bassanini e della L.328/00 in cui il problema del sistema informativo, pur previsto dalla legge, è stato pesantemente sottovalutato con la conseguenza che la nozione di livello essenziale è regredita alla nozione di area di intervento, del tutto inadeguata rispetto al modello che qui si propone (Lep come funzionamento).

Sulla base di quanto argomentato sino a questo punto, il primo passo da compiere è una ricognizione della spesa attuale per i Lep. La domanda che ora ci si può porre è quale sia il grado di disaggregazione che deve essere realizzato. Nel dibattito sulla L. 42/2009 è sinora emersa con chiarezza l'opportunità che vengano, ai fini del finanziamento, individuate le risorse storiche e standard necessarie a finanziare le grandi aree: sanità, assistenza, istruzione e trasporti. Lo schema sottostante dà una rappresentazione grafica di tali aree di spesa (fig.1).

Le considerazioni sin qui svolte dovrebbero tuttavia essere sufficienti a convincere che questa articolazione sarebbe del tutto inadeguata per dare avvio al processo di finanziamento, produzione e monitoraggio dei Lep. L'articolazione in grandi aree lascerebbe infatti del tutto indeterminato il contorno finanziario dei funzionamenti che hanno una loro caratterizzazione tutto sommato ben definita (*in primis* la tutela della non autosufficienza e l'educazione nell'età prescolare). E' quindi necessario un approccio più disaggregato, che abbia come paradigma di riferimento appunto ai funzionamenti.

Rispetto allo schema indicato in figura 1 si rende quindi necessaria un'articolazione più fine che identifichi comunque aggregazioni di prestazioni con un sufficiente grado di omogeneità.

Fig. 1. Disaggregazione della spesa per i Lep



Lo schema mette però in rilievo anche un'altra importante caratteristica: in alcuni casi, il funzionamento è realizzato utilizzando strumenti che sono approntati all'interno di due delle aree previste dalla legge: gli asili nido riguardano sia l'assistenza che l'istruzione. Tipico è anche il caso della non autosufficienza, che dipende sia dalla sanità sia dall'assistenza. Emerge quindi l'esigenza di costruire un percorso che sia unitario, ovvero, per usare un espressione corrente, realizzare in modo compiuto l'integrazione socio-sanitaria sotto il profilo dell'offerta della contabilità e del monitoraggio.

Il tema dell'integrazione socio-sanitaria è sul tappeto da decenni e sono ben note le difficoltà a fare passi avanti in questa direzione. La creazione dei livelli essenziali rappresenta tuttavia un'occasione unica per perseguire in modo coerente e razionale questo obiettivo.

4. Una proposta per ridurre il gap informativo e per una più appropriata ricostruzione della spesa socio-sanitaria

Data l'importanza della conoscenza della spesa storica, quantomeno come passo iniziale imprescindibile per colmare il gap informativo di cui si è più volte parlato in questo lavoro, e in modo particolare al fine di impostare l'approccio ai costi standard che abbiamo definito "macroperformace per macrofunzioni", ci siamo posti l'obiettivo di approfondire alcuni aspetti metodologici che ne permettano un'adeguata ricostruzione. Se si ritiene, come siamo convinti e come abbiamo argomentato, che si debba procedere alla raccolta di informazioni relative alla spesa e alle quantità ad un livello di disaggregazione maggiore di quello proposto dalla legge 42/2009, e

se si vuole procedere, almeno in prima istanza, utilizzando al meglio le statistiche esistenti, viene naturale assumere come punto di riferimento la legge 328/2000, che ha individuato in modo chiaro un'articolazione delle aree di intervento nel campo dell'assistenza. Come noto questa articolazione è stata assunta dal primo (ed ultimo) Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2001-2003 dell'aprile 2001 e ha successivamente ispirato la struttura della rilevazione della spesa sociale dei comuni realizzata dall'Istat nel 2005 con riferimento ai dati del 2003. L'ultima rilevazione messa disposizione dall'Istat riguarda i dati del 2005.

Una disanima più dettagliata ed accurata delle fonti informative è oggetto dello studio di Caruso, nell'ambio di questo progetto. In questa sede ci soffermiamo su alcuni aspetti di carattere generale e su alcune esperienze recentemente condotte in ambiti territoriali delimitati, ma di frontiera, da cui possono essere tratti insegnamenti con validità generale.

4.1. Caratteristiche e limiti dell'indagine Istat.

L'indagine Istat sulla spesa per assistenza dei comuni può rappresentare il punto di riferimento per la raccolta di informazioni relative alla spesa e all'attività di monitoraggio? La risposta non è semplice. Si può forse affermare che l'indagine è senza dubbio indispensabile, ma richiede alcuni significativi miglioramenti.

L'indagine rileva la spesa per interventi e servizi sociali dei comuni, distinguendo la quota gestita direttamente o attraverso esternalizzazioni, la quota finanziata da trasferimenti da parte dell'Ausl e il contributo ai servizi ricevuti da parte degli utenti. L'indagine fornisce i dati di spesa articolati secondo una pluralità di criteri, di cui i più rilevanti sono *l'area di utenza, la tipologia dell'intervento* e la *titolarità della gestione*, secondo lo schema qui tracciato.

Sotto il profilo *funzionale* la classificazione è articolata in:

- *aree* (8), che identificano diverse categorie di utenza (famiglia, anziani, dipendenze, immigrati, ecc.)

Sotto il profilo della *tipologia* dell'intervento, la spesa è articolata in:

- *gruppi* (3), che identificano diverse tipologie di intervento: interventi (di supporto, assistenza domiciliare, ecc.), trasferimenti monetari, servizi offerti in strutture (come asili, residenze protette). I gruppi sono articolati in sezioni (12) e in elementi (in numero variabile per sezione). Gli elementi (oltre 200) rappresentano l'unità più fine di definizione di tipologie di servizi.

Sotto il profilo della *titolarità*, la classificazione della spesa è articolata in:

- *modalità di gestione* (3): gestione del Comune, gestione dell'Ente associato e gestione del Distretto sanitario.

Per ciascuna combinazione dei criteri di classificazione sopra indicati è rilevata la spesa *lorda* e la spesa *netta* e, ove possibile e concettualmente non ambiguo, il numero degli *utenti* e/o il numero delle *prestazioni*.

La *spesa lorda* rappresenta il complesso delle somme erogate dall'unità di analisi. Include quindi la spesa dei comuni e delle unioni per erogare servizi, sia prodotti direttamente dall'ente, sia offerti attraverso processi di esternalizzazione (da ASP, enti non profit o privati convenzionati con il comune). La spesa lorda include anche la *compartecipazione al costo* dei cittadini, ove presente, e il contributo alla spesa da parte del Servizio sanitario. Se dalla spesa lorda si sottraggono queste due voci, si ottiene la *spesa netta*.

La spesa lorda rappresenta la misura più appropriata per valutare il *costo* di un dato elemento di spesa con riferimento ad un dato universo di destinatari del servizio; la spesa netta è invece indicativa della misura in cui il finanziamento del servizio grava sul bilancio del Comune.

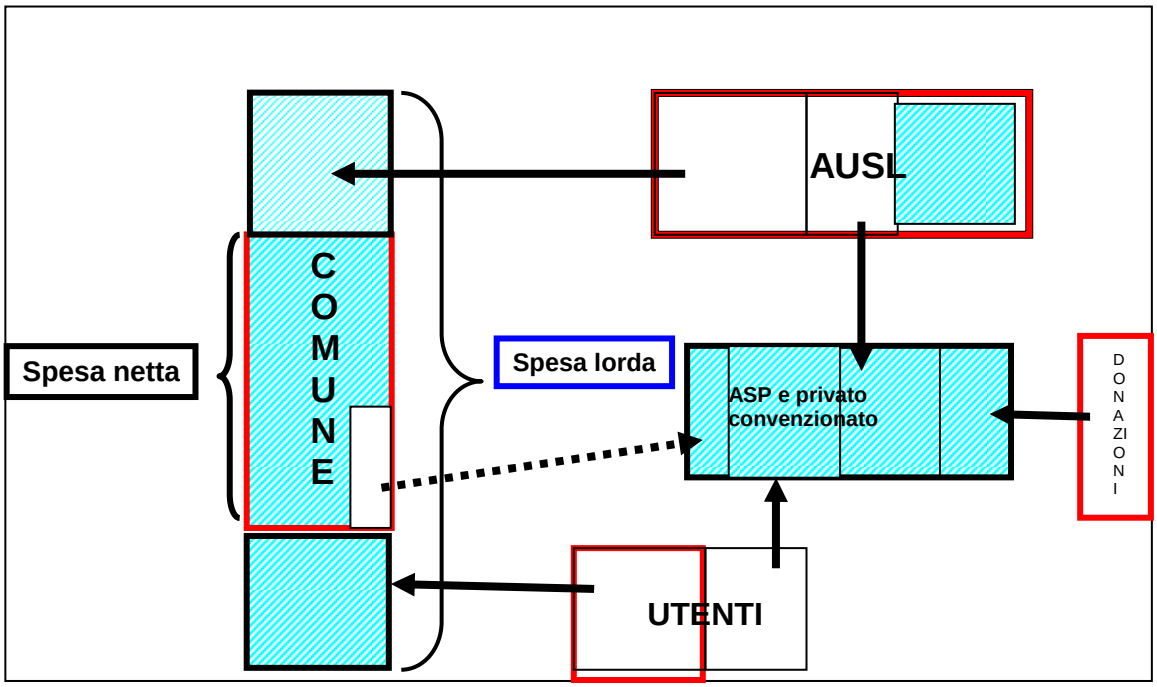
Il punto più debole dell'indagine è rappresentato dall'*unità di analisi* che è costituita dai comuni e dalle eventuali unioni. Di conseguenza non sono esplicitamente considerate come oggetto di indagine le spese effettuate dalle ASP o ex Ipab e dalle imprese private (incluse quelle del terzo settore) che operano in regime di convenzione (accreditamento) con il settore pubblico. Se un comune effettua un trasferimento a favore di una ASP, come contributo al pagamento di una retta per un anziano in casa protetta, tale somma viene censita dall'indagine, ma non si è in grado di fornire un'idea complessiva del costo finanziario dell'offerta di servizi, in quanto il bilancio dell'ASP non rientra nell'oggetto dell'indagine. Il fatto potrebbe essere trascurabile se le entrate delle ASP e del privato convenzionato fossero costituite esclusivamente da trasferimenti da parte dei comuni o delle unioni. In tal caso il trasferimento potrebbe corrispondere al valore dei servizi prodotti. Ma ASP e terzo settore convenzionato ricevono trasferimenti anche dalle AUSL, dai privati, sotto forma di donazioni, e fruiscono di compartecipazioni al costo da parte dei propri utenti, che solitamente non sono rilevate nei bilanci comunali e quindi dall'indagine.

Una conseguenza importante di avere scelto un'unità d'indagine limitata è l'impossibilità di ricostruire in modo corretto l'intreccio tra gli *attori che producono* e *gli attori che finanziano* i servizi sociali. In una fase storica in cui è ornai ampiamente diffuso il ricorso all'esternalizzazione dell'offerta dei servizi a soggetti diversi dai comuni (siano essi enti pubblici come le ASP o soggetti privati come il terzo settore e il privato convenzionato), tale distinzione tra produttori e finanziatori diventa cruciale per potere ricostruire in modo corretto il processo di offerta.

4.2. La proposta di un nuovo schema di analisi.

Lo schema che segue, tratto da un lavoro di ricostruzione fatto con riferimento alla provincia di Modena (Bosi, Bertoni e Lorenzini, 2009), può utilmente illustrare questo punto. In esso compaiono sia gli aggregati censiti dall'Istat («Spesa lorda» e «Spesa netta»), sia le altre relazioni finanziarie, importanti soprattutto per i servizi agli anziani. Per una comprensione corretta dei dati che analizzeremo è utile fare riferimento alla figura 2, in cui sono rappresentati tutti gli attori della spesa sociale: il «COMUNE» (singolo o in forma associata), l'«AUSL», le «ASP e privato convenzionato» che comprendono le ex Ipab e le imprese di servizi private autorizzate e accreditate che offrono i servizi in convenzione con il settore pubblico, gli «UTENTI» e i «DONATORI».

Fig. 2. Flussi finanziari tra attori della spesa sociale



Un'analisi compiuta dovrebbe, come accennato, essere in grado di mettere in luce *sia chi produce il servizio* sia *chi ne sostiene il costo*, tenendo conto delle interrelazioni finanziarie che intercorrono tra gli attori.

La *produzione del servizio* viene svolta principalmente dai comuni e dalle unioni (in forma diretta o mediante esternalizzazione). Nella rilevazione dell'Istat, che - come detto - ha per oggetto i comuni e le unioni, tutte queste spese sono rilevate e rappresentate, nello schema, dal rettangolo tratteggiato relativo ai Comuni (figura 2).

Queste spese non esauriscono però l'offerta dei servizi perché una parte è fornita anche dalle ASP e privato convenzionato, che attingono a risorse che non sono fornite dai comuni. Nello schema questa componente di spesa (che esclude i trasferimenti che le ASP ricevono dai comuni e che quindi risultano già contabilizzate nello schema nell'area tratteggiata relativa al comune) è rappresentata dall'area tratteggiata relativa alle ASP e privato convenzionato. Una terza componente dell'offerta di servizi è attribuibile alle Ausl, che sostengono spese per servizi sociali finanziandole direttamente (ad esempio le spese per infermieri e medici che operano all'interno di ASP, o per servizi di riabilitazione gestiti direttamente dall'Ausl). Questa componente è individuata dall'area tratteggiata nel rettangolo relativo alle AUSL e che può essere definita come spesa prettamente sanitaria. La somma delle aree *blu* [tratteggiate] nello schema rappresenta il costo complessivo dei servizi e la loro articolazione per ente produttore.

Per rispondere in modo esauriente alla domanda di *chi paga per i servizi* sociali prodotti è necessario tenere conto dei trasferimenti che intercorrono tra enti. Sempre con riferimento allo schema, si è già visto che i comuni ricevono trasferimenti dall'Ausl e dai cittadini utenti dei servizi.

Le Ausl fanno trasferimenti non solo ai Comuni, ma anche direttamente alle ASP e non ricevono alcun trasferimento dagli altri attori. I beneficiari dei servizi contribuiscono al costo dei

servizi con compartecipazioni che affluiscono ai comuni e anche alle ASP e privato convenzionato. Infine le ASP e privato convenzionato svolgono la propria attività di produzione di servizi ricevendo mezzi finanziari dai Comuni, dall'Ausl, dagli utenti e anche da donazioni di privati. Le ASP e privato convenzionato sono istituzioni che non sopportano direttamente alcun costo dei servizi, dato che a fronte delle spese ricevono sempre trasferimenti o pagamenti da parte degli altri attori.

Riprendendo lo schema precedente possiamo ora evidenziare, nelle figure che seguono, rispettivamente chi produce il servizio (figura 3) e chi ne sostiene il costo (figura 4) con la relativa ripartizione di spesa.

Fig. 3. Chi produce i servizi

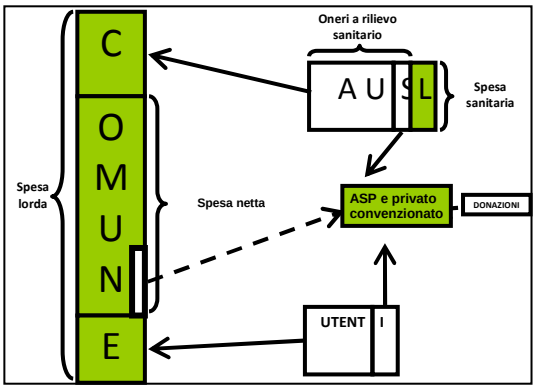
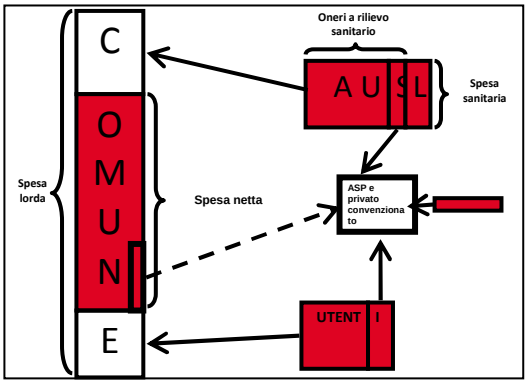


Fig. 4. Chi sostiene i costi dei servizi



4.3. I primi risultati di una ricerca pilota in provincia di Modena

In questa prospettiva ci pare interessante riprendere i risultati preliminari della ricerca in corso nella Provincia di Modena, in cui si è cercato di avvicinarsi allo schema sopra delineato e si è fornita una ricostruzione della spesa per assistenza rilevata dall'indagine Istat, integrata con quella sanitaria a fini assistenziali.

L'indagine ha *allargato* l'unità di analisi considerando sia le ASP o ex Ipab e la Ausl provinciale, secondo lo schema sopra delineato. La ricerca *non* è però ancora in grado di includere anche le attività delle imprese private convenzionate, un aspetto molto importante e che in prospettiva non può essere trascurato.

Oltre all'allargamento, seppure ancora incompleto, dell'unità d'analisi, uno dei punti fondamentali della rilevazione modenese è la *considerazione di spese sanitarie sostenute dall'Ausl* che sicuramente devono essere incluse in una nozione appropriata di spesa assistenziale socio sanitaria integrata, che è appunto più ampia di quella presa in considerazione dall'indagine Istat sotto la dizione: Compartecipazione del SSN (alle spese dei comuni e unioni). Il servizio sanitario effettua trasferimenti anche alle Asp e al privato convenzionato. Oltre a questi oneri, il Servizio Sanitario sostiene anche costi prettamente sanitari, quali: la fornitura di farmaci, di prestazioni

mediche, paramediche ed infermieristiche destinate ad anziani ospiti di strutture residenziali, frequentanti centri diurni o che necessitano di assistenza al proprio domicilio. Si tratta di **spese sanitarie** che, proprio perché sostenute all'interno di strutture residenziali o nell'ambito di prestazioni di assistenza domiciliare integrata o comunque di natura medico infermieristica, appare del tutto ragionevole imputare al costo dei servizi socio-sanitari, dal momento che senza di esse il servizio non potrebbe realizzarsi.

In particolare, per i servizi destinati a persone anziane l'Ausl finanzia l'assistenza domiciliare, gli assegni di cura e le strutture, siano esse residenziali o semiresidenziali. Queste ultime non solo attraverso trasferimenti agli enti gestori (oneri a rilievo sanitario) ma anche fornendo assistenza infermieristica, medica, riabilitativa e farmaceutica (spesa sanitaria). Importante risulta anche il contributo per servizi destinati a soggetti disabili, e che interessa, oltre ad assegni di cura, interventi relativi a strutture residenziali e comunitarie, ginnastica, nuoto, mediazione culturale, ludoteche e laboratori protetti, sostegno all'inserimento lavorativo o assistenza domiciliare per minori disabili. Il contributo dell'Ausl per l'area di utenza denominata Dipendenze si concentra sul finanziamento di strutture residenziali e su interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento, quali ad esempio l'ergoterapia. Servizi finanziati anche a favore di soggetti che si trovano in condizioni di povertà socio-economica. Per essi l'Ausl finanzia anche parte di interventi quali attività riabilitative, laboratori protetti, strutture residenziali per soggetti con disagio mentale.

Come si può desumere dall'elencazione degli oneri a rilievo sanitario sopra fornita, il ruolo dell'Ausl è rilevante solo in alcune della macro aree funzionali della spesa socio-sanitaria. Il suo intervento è infatti rilevante soprattutto nell'area Anziani e in misura minore nelle Aree Disabili, Dipendenze, Povertà e disagio socio-economico. Molto modesto è il ruolo nell'area Famiglia e minori, per le quali gli oneri a rilievo sanitario riguardano i servizi rivolti a bambini con problemi neuropsichiatrici, essenzialmente, centri diurni, strutture residenziali e attività riabilitative. Del tutto assente, il ruolo dell'Ausl, nelle aree riguardanti i Giovani, gli Immigrati e nell'area Multiutenza.

L'esperimento pilota della provincia di Modena ha mostrato la rilevanza quantitativa della spesa sanitaria addizionale e i suoi effetti nella valutazione della distribuzione territoriale della spesa ai fini di operazioni di *benchmarking.* L'integrazione dei dati realizzata secondo lo schema descritto ha portato a stimare in 224,4 milioni la spesa socio-sanitaria nella provincia di Modena nel 2006, che corrispondono a 335 euro procapite.

Tab. 1. Spesa socio-sanitaria complessiva e spesa lorda Istat per distretto – Anno 2006 –

Distretto	Totale spesa dopo l'integrazione Istat/Ausl/ASP	Spesa lorda (Istat)	Variazione di spesa dopo l'integrazione Istat/Ausl/ASP	
	Milioni	Milioni	**Milioni**	**%**
Carpi	34,3	24,6	**9,7**	**28,3**
Mirandola	28,1	17,5	**10,5**	**37,5**
Modena	79,2	68,6	**10,6**	**13,4**
Sassuolo	31,7	23,4	**8,3**	**26,1**
Pavullo	10,7	4,9	**5,7**	**53,8**
Vignola	22,2	14,8	**7,4**	**33,2**
Castelfranco	18,3	12,6	**5,7**	**31,2**
Provincia	**224,4**	**166,5**	**57,9**	**25,8**

Fonte*:* Bosi, Bertoni e Lorenzini (2009).

Tab. 2. Spesa socio-sanitaria complessiva e spesa lorda Istat per area di utenza – Anno 2006

Distretto	Totale spesa dopo l'integrazione Istat/Ausl/ASP	Spesa lorda (Istat)	Variazione di spesa dopo l'integrazione Istat/Ausl/ASP	
	Milioni	Milioni	**Milioni**	**%**
Anziani	96,1	56,7	**39,4**	**41,0**
Dipendenze	4,8	0,6	**4,3**	**88,6**
Disabili	34,5	27,0	**7,5**	**21,8**
Famiglia e minori	66,3	65,5	**0,8**	**1,2**
Giovani	*2,2*	*2,2*	***0***	***0***
Immigrati	*3,4*	*3,4*	***0***	***0***
Multiutenza	*6,2*	*6,2*	***0***	***0***
Povertà e disagio	10,9	5,0	**5,9**	**54,5**
Provincia	**224,4**	**166,5**	**57,9**	**25,8**

Fonte*:* Bosi, Bertoni e Lorenzini (2009).

Per apprezzare anche dal punto di vista quantitativo il rilievo dell'attività di integrazione dei dati realizzato in questo lavoro può essere interessante osservare la tabella 1 che mostra le

differenze, per i distretti della provincia, della spesa complessiva secondo la ricostruzione effettuata, in cui si sono aggiunte le informazioni provenienti dai due attori dei servizi di assistenza sociale quali l'Ausl, come produttore e finanziatore, e le ASP, come produttrici, all'aggregato della spesa lorda fornito dall'indagine Istat. Sul totale provinciale l'integrazione delle fonti ha portato all'individuazione di 58 milioni di spesa addizionale, pari al 25,8% della spesa per servizi sociali e assistenziali con variazioni che vanno dal 53,8% per il distretto di Pavullo al 13,4% del distretto di Modena.

Di qualche interesse è anche la tabella 2 in cui si confronta la spesa complessiva ricostruita e la spesa lorda Istat per aree di intervento. L'area in cui si evidenziano le integrazioni di maggior intensità, in valori assoluti, è, come detto, quella degli anziani. Rilevanti sono le correzioni per le dipendenze, in cui si registra l'aumento massimo della spesa in termini percentuali (88,6%).

L'aumento, in termini assoluti, varia da 0,6 a 4,8 milioni di euro. Anche l'area Povertà e disagio ha risentito sensibilmente dell'integrazione, che ha portato la spesa a lievitare del 54,5%, seguita dai servizi destinati alle persone anziane (41%) e infine all'area Disabili (21,8%). Un leggero aumento è stato registrato anche per l'area Famiglia e minori: ciò che incide maggiormente a questo proposito sono i servizi destinati ai bambini con problemi neuropsichiatrici perché finanziati dal Servizio Sanitario. Le aree non toccate risultano essere, oltre alla multiutenza, quelle riferite a servizi destinati ai giovani e a immigrati.

Questo esperimento sembra dunque confermare l'importanza di disporre di una più accurata indagine Istat sulla spesa sociale, che allarghi l'unità di analisi alle Ausl, alle Asp e al privato convenzionato; che preveda un piano di rilevazione della spesa in grado di distinguere produttori e finanziatori; che includa in particolare le spese sanitarie dirette delle Ausl. La definizione di quali voci includere e quali considerare di natura sanitaria rappresenta una sfida importante, se, come è ragionevole supporre, sarà opportuno mantenere distinzioni tra le diverse aree di intervento. Essa costituirebbe la premesse informativa indispensabile per avviare il processo di integrazione socio-sanitaria.

5. In conclusione: alcune proposte operative

1) Investire nella ricostruzione della spesa effettiva

Come si è argomentato nel testo, nessuno degli approcci seguiti per la determinazione del fabbisogno standard può prescindere dalla conoscenza della spesa effettiva. Essa è poi indispensabile per definire il processo di convergenza ipotizzato dalla legge delega sul federalismo per superare gradualmente le diversità esistenti a livello territoriale nell'attuale livello di risposta ai bisogni.

Investire in direzione di una migliore conoscenza della spesa è quindi uno degli obiettivi principali che devono essere perseguiti in fase di attuazione della delega.

La discussione svolta nel precedente paragrafo fornisce, sotto questo profilo, alcune importanti proposte di riforma, con specifico riferimento alla spesa per la non autosufficienza.

L'attuale l'indagine Istat costituisce sicuramente un punto di riferimento fondamentale, ma richiede alcune importanti revisioni rispetto alle quali avanziamo le seguenti proposte:

1) occorre *estendere l'unità di analisi* dell'indagine anche alle ASP e agli enti privati convenzionati;

2) l'articolazione della spesa rilevata deve essere impostata in modo da rendere possibile la *distinzione tra produzione e finanziamento* dei servizi

3) con riguardo all'unità territoriale di riferimento, l'indagine Istat censisce comuni e unioni. Ma assai di frequente le forme associate (unioni, comunità montane, ecc.) sono create per gestire l'offerta di un sottoinsieme di servizi. La rilevazione del costo di un servizio, che è in alcuni casi offerto a livello comunale in altri all'interno di un'unione, rende assai difficile la rilevazione delle spese. Il problema può essere risolto solo ricercando il minimo comune multiplo dell'offerta dei servizi, un livello dimensionale appropriato anche per la programmazione territoriale. L'attenzione dovrebbe essere spostata *dai comuni alle zone o distretti* (a seconda delle realtà regionali), vale a dire alle unità (livelli di governo inferiori) che in molto regioni sono quelle rilevanti nell'ambito della programmazione regolata della legge 328/2000;

4) sotto il profilo della classificazione economica e funzionale della spesa considerata dall'Indagine, si può solo osservare che l'articolazione è alquanto prolissa e non costruita con l'obiettivo di mettere a fuoco gruppi di servizi omogenei riconducibili il più possibile ai "funzionamenti". Non dovrebbe però essere troppo complesso mettere a fuoco *aggregazioni delle voci di spesa più significative*[5];

5) un'ulteriore importante limite dell'indagine riguarda la scarsità di *informazioni sulla "quantità" dei servizi offerti*. Le uniche due informazioni che vengono fornite riguardano la presenza o meno del servizio e il numero degli utenti. Vi sono problemi di compilazione dei questionari che sembrano presentare incoerenze (un tipico problema è se l'utenza sia stata considerata come stock, e quindi rilevata ad una certa data o come un flusso e quindi rilevata come numero di posti, tasso di rotazione, ecc.). La rilevazione di indicatori di output commisurabili alla spesa rappresenta invece il punto più importante per il successo del sistema informativo ed è indispensabile all'approccio macrofunzionale al problema dei costi standard suggerito in questo lavoro.

2) <u>Segmentare il fabbisogno standard su aree più dettagliate (macrofunzioni)</u>

Il modello di finanziamento dei Lep individuato dalla legge delega è un modello debole, nel senso indicato nel testo, in quanto non definisce un finanziamento vincolato per i singoli livelli essenziali, ma un finanziamento, non vincolato, per i Lep nel loro insieme. Può però trasformarsi in modello debolissimo se neppure in sede di definizione dell'ammontare complessivo del finanziamento si tiene conto di una valutazione sufficientemente disaggregata del fabbisogno.

[5] Un tentativo in questa direzione è compiuto in Bosi, Manganiello (2009) con riferimento alle zone dell'Emilia Romagna , a partire dai dati Istat riferiti al 2003.

L'approccio prestazionale, o microanalitico, presenta difficoltà sia concettuali che applicative, discusse nel paragrafo 3. Un approccio intermedio di tipo macrofunzionale, può invece rivelarsi adeguato allo scopo, specialmente quanto più le macrofunzioni vengano a coincidere con l'insieme dei diversi percorsi che possono garantire singoli "funzionamenti". L'individuazione delle macrofunzioni non può consistere in una mera disaggregazione delle funzioni indicate dalla delega (sanità, istruzione e assistenza) ma deve tenere esplicitamente conto del fatto che in alcune di esse queste funzioni sono integrate. Il caso specifico più rilevante è quello dell'assistenza per i non autosufficienti, che richiede una forte attenzione all'integrazione socio sanitaria.

3) Potenziare il ruolo di coordinamento e la responsabilizzazione delle regioni rispetto all'effettiva erogazione dei Lep

La legge delega non affronta in modo sistematico il problema delle responsabilità condivise fra regioni e comuni nel campo dei Lep. Una stessa macrofunzione potrebbe allora essere finanziata, secondo criteri autonomi, sia a livello regionale che a livello comunale. Il finanziamento dei Lep è infatti indiviso fra funzioni ma è diviso fra livelli di governo, anche quando le funzioni sono condivise.

Il legislatore si limita a suggerire un ruolo di coordinamento della regione, che può suddividere il finanziamento perequativo fra i comuni del suo territorio secondo criteri diversi da quelli definiti a livello statale, ma solo subordinatamente ad una raggiunta intesa con i medesimi. In sede di attuazione della delega il ruolo di coordinamento a livello regionale dovrebbe essere rafforzato. In linea con l'approccio seguito anche dalla 328/2000 alle regioni dovrebbe essere compiutamente affidato il ruolo di governo delle politiche sociali.

Un ruolo importante potrebbe inoltre essere svolto dalle regioni anche nella fase di monitoraggio, come si argomenta al punto successivo.

4) Specificare e articolare adeguatamente la fase di monitoraggio

Nel corso del lavoro è stato più volte evidenziato il ruolo decisivo del monitoraggio nella realizzazione dei Lep. Affinché i livelli essenziali siano effettivamente tutelati non è sufficiente che l'insieme delle entrate devolute agli enti decentrati consenta di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite: l'adeguatezza delle risorse è condizione necessaria ma non sufficiente. Il livello quali-quantitativo dei servizi offerti potrebbe infatti risultare inadeguato per numerose altre ragioni, derivanti dal fatto che gli enti decentrati possono avere altre preferenze di spesa; possono non esercitare il necessario sforzo fiscale sulle fonti autonome di entrata; possono essere inefficienti o non disporre di adeguate capacità organizzative e manageriali. La garanzia costituzionale dei Lep richiede pertanto un monitoraggio che ne rilevi il raggiungimento e, nel caso di divergenze, la messa in campo di un insieme di strumenti correttivi. Si tratta di un processo continuo, in cui il sistema dei controlli (monitoraggio più i necessari correttivi) è destinato ad affinarsi progressivamente.

La materia, tuttavia, non ha ancora ricevuto adeguata attenzione; ha trovato, a fatica, ospitalità nella legge delega che però, in merito al monitoraggio, non avanza principi attuativi. Come documentato nel contributo di Caruso, qualche progresso, invece, parrebbe potere derivare da

alcune sperimentazioni in corso (progetto Sina) e da eventuali ricadute dell'esperienza maturata in ambito sanitario e, da ultimo, socio-sanitario (Commissione Lea sull'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare).

Ciononostante a noi pare che sul tema del monitoraggio e della valutazione vi sia ancora scarsa consapevolezza; in particolare per quanto riguarda i seguenti aspetti:

a) la necessità di disegnare sistemi di valutazione che, a partire dagli utenti target, siano attenti a monitorare anche la qualità dei servizi da questi ottenuta;

b) la necessità di fornire strumenti di supporto e di assistenza metodologica alle regioni e ai comuni sugli aspetti riguardanti il disegno e la gestione dei servizi.

Il secondo aspetto riveste un rilievo particolare, dal momento che non è affatto scontato che tali competenze siano presenti nel settore; certamente non in modo diffuso, come invece la realizzazione di un sistema decentrato, ma con un forte obiettivo perequativo (nei costi e nelle realizzazioni) nazionale, richiederebbe. Non è nemmeno scontato che la messa a punto di un efficace sistema di controllo di per sé le faccia maturare, quantomeno in tempi ragionevoli. In assenza di adeguate conoscenze e competenze su questi terreni è quindi difficile immaginare una risposta di sistema tesa a orientare le politiche verso le soluzioni più efficaci in relazione ai costi.

Come documentato da Silvestri e Zuffi (2008), analizzando il caso della valutazione delle performance degli enti locali inglesi, anche in sistemi con una netta impronta centralistica e con un numero limitato di soggetti da coordinare, è stato posta un'enorme attenzione, da un lato, a costruire un sistema rivolto a valutare la capacità degli enti di soddisfare i bisogni dei cittadini; dall'altro, a valutare e supportare la capacità organizzative e manageriali degli enti stessi, investendo a questo fine anche cospicue risorse nella formazione di *auditors.*

Riferimenti bibliografici

Arcangeli, L., De Vincenti, C. (2008) *La politica sanitaria,* in Guerra M.C e Zanardi A. (a cura di), *La finanza Pubblica italiana. Rapporto 2008,* Bologna, Il Mulino.

Beltrametti, L. (2009) *Lo sviluppo di fondi regionali per la non autosufficienza: aspetti positivi ed alcuni rischi,* in Turati R. (a cura di), *Per le politiche di welfare: l'Emilia Romagna è ancora un esempio?,* Inchiesta, gennaio-marzo

De Felici, P., Giorni, G., Ranci, C., Sansonetti, S. e Stame, N. (2009) *Definire i livelli essenziali delle prestazioni di assistenza,* "i Quid", n.5

Bosi, P., Guerra, M.C., Silvestri, P. (2008), *Le politiche per la non autosufficienza,* in Guerra M.C e Zanardi A. (a cura di), *La finanza pubblica italiana, Rapporto 2008,* Bologna, Il Mulino.

Bosi, P., e Manganiello, D. (2009), *Verso l'integrazione socio-sanitaria: la spesa per interventi e servizi sociali per zone in Emilia Romagna*, in P.Bosi, N.Dirindin e G.Turati (a cura di), *Decentramento fiscale, riorganizzazione interna e integrazione socio-sanitaria. Le nuove sfide dei sistemi sanitari regionali*, Vita Pensiero.

Bosi, P. Bertoni, F., Lorenzini, M. (2009), *La quantificazione della spesa socio-sanitaria nella prospettiva della definizione dei livelli essenziali per la non autosufficienza: il caso-pilota della provincia di Modena,* "Cappaper" n. 61, disponibile sul sito www.capp.unimo.it.

Capp, Cer, Servizi Nuovi (2004), *Diritti di cittadinanza delle persone anziane non autosufficienti*, Roma, Edizioni Libertà.

Costa, G. (2009), *Prove di welfare locale. La costruzione di livelli essenziali di assistenza in provincia di Cremona*, Milano, Franco Angeli.

Gori, C. (2003), *Applicare i livelli essenziali nel sociale*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n.15-17

Gori, C. (a cura di) (2008), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci.

Gabriele, S. (2009), *Livelli essenziali delle prestazioni e federalismo fiscale: la solidarietà poggia su due gambe*, 15 maggio, disponibile sul sito www.nelmerito.com.

Guerra, M. C. (2008*), Federalismo, in gioco il finanziamento dei Lep,* in *Guida agli enti locali* de Il Sole-24 Ore, n. 44.

Muraro, G. (2008), *Alla ricerca del costo standard*, disponibile sul sito www.lavoce.info, 14 ottobre.

Petretto, A. (2009) *La matematica (ipotetica) della legge delega sul federalismo fiscale*, Mimeo.

Servizi Nuovi (a cura di) (2008), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali*, AUSER, novembre.

Silvestri, P. e Zuffi, F. (2008), *La valutazione degli enti locali: il caso del* Comprehensive Performance Assessment, in Guerra M.C e Zanardi A. (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2008*, Bologna, Il Mulino.

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 16

IL budget per la non autosufficienza e il calcolo dei fabbisogni standard delle Regioni

di

Vittorio Mapelli

Luglio 2010

Premessa

Questo capitolo riflette sugli aspetti finanziari dell'assistenza continuativa agli anziani non-autosufficienti (*long-term care*) e formula una proposta per (a) la definizione di un budget socio-sanitario integrato (o virtuale) e (b) il calcolo del fabbisogno standard dei LEP (livelli essenziali di prestazioni). Non entra però nel merito della eventuale costituzione di un fondo per la non-autosufficienza, né dei meccanismi di prelievo tributario per alimentarlo. Per comprendere le problematiche sottostanti e il significato della proposta è opportuno riepilogare alcuni aspetti della non autosufficienza, trattati in diversi capitoli della ricerca[1].

Il percorso che si intende seguire si può descrivere schematicamente in questo modo. Le spese per la non-autosufficienza possono essere affrontate secondo l'approccio assicurativo (erogazione di somme di denaro a fronte dell'accertamento della condizione di n.a.), come in Germania, oppure secondo l'approccio dell'erogazione e finanziamento pubblico dei servizi per la n.a., secondo l'approccio classico di un servizio sanitario nazionale (dal lato dell'offerta)[2]. Essendo per una serie di considerazioni preferibile il secondo approccio, si deve però far rilevare l'attuale frammentazione delle responsabilità tra i quattro soggetti istituzionali deputati all'erogazione di prestazioni per la non-autosufficienza: il SSN, i Comuni, le Famiglie[3] e l'INPS. I primi tre forniscono prestazioni in natura, mentre l'INPS trasferisce indennità monetarie alle famiglie. La recente legge delega sul federalismo fiscale (L 42/09) conferma questa separazione nel finanziamento e nella erogazione dei servizi. Si rende necessario quindi, da un lato, coordinare i servizi sanitari, assistenziali e di cura attorno alle persone non-autosufficienti e, dall'altro, vincolare e gestire in modo coordinato i finanziamenti già oggi destinati all'assistenza continuativa. Avendo ricostruito e vincolato il budget globale per l'assistenza continuativa, a livello nazionale, la sua ripartizione tra le regioni e l'assegnazione agli enti periferici di spesa – le ASL, gli Enti locali e le famiglie – può avvenire secondo una quota capitaria ad intensità variabile (fabbisogno standard), rapportata al numero di persone bisognose, che è percentualmente diverso da regione a regione.

L'esperienza della ripartizione del Fondo sanitario nazionale può offrire alcuni suggerimenti ed aiutare a superare i limiti che attualmente si riscontrano. Dato il sistema di rapporti inter-istituzionali esistente, il sistema di finanziamento richiede però un'accurata e tempestiva fase di monitoraggio e di controllo dei flussi di spesa e di prestazioni. Un problema importante (ma qui non affrontato) riguarda, infine, gli incentivi finanziari alle Regioni e ai Comuni per sviluppare i servizi socio-sanitari nelle aree più carenti.

1. Verso un Servizio Socio-Sanitario Nazionale?

I problemi generati dalla perdita di autonomia nelle persone anziane oggi sono affrontati attraverso un *mix* di prestazioni in *natura* e trasferimenti in *denaro* (v. paragr. 2), da parte di diverse

[1] Al sistema attuale e alle sue criticità sono dedicati la prima parte del progetto e le sezioni iniziali dei capitoli contenuti nella seconda parte.

[2] I due approcci non si escludono, anzi qui si propone di integrare la fornitura di servizi con le erogazioni monetarie

[3] i considerano anche le famiglie tra i fornitori di prestazioni, perché in una prospettiva di riforma dei servizi per la n.a. i costi che oggi gravano su di esse dovrebbero essere assunti (quasi integralmente) a carico dello stato

istituzioni (SSN, Enti locali, famiglie, INPS) e con finanziamenti a cascata dal centro alla periferia, vincolati o liberi, che creano notevoli problemi di coordinamento. Sulle criticità del sistema attuale si rimanda al capitolo 1, di Chiatti e Lamura.

Gli Enti pubblici coinvolti forniscono direttamente i servizi – spesso in misura inadeguata rispetto ai bisogni e alle aspettative – e trasferiscono denaro alle famiglie a sostegno parziale delle prestazioni acquistate sul mercato dei collaboratori esterni. Un sistema pubblico ideale dovrebbe essere probabilmente composto da uno stesso *mix* di prestazioni in natura e in denaro, ma potenziato nelle risorse rispetto alla situazione attuale. Dovrebbe, in particolare, potenziare l'offerta pubblica di servizi sanitari e assistenziali e incrementare i trasferimenti monetari alle famiglie, fino a coprire integralmente (o quasi) le spese per le badanti, lasciando però il compito alle famiglie di contrattare con gli operatori privati l'acquisto delle prestazioni di assistenza, custodia e supporto. Una sistema che assicuri una tale copertura dei bisogni dei non-autosufficienti sarebbe definito "*completo*" (v. cap. 15).

Un sistema ideale dovrebbe essere, inoltre, *integrato* a livello di istituzioni e di finanziamenti. Oggi il SSN eroga le prestazioni socio-sanitarie e i Comuni le prestazioni socio-assistenziali, ma poiché i bisogni delle persone non-autosufficienti sono unitari, sembrerebbe opportuno creare un Servizio *Socio*-Sanitario Nazionale e integrare, a livello locale, le funzioni dei Comuni in Aziende *Socio*-Sanitarie Locali. Gli attuali finanziamenti dello stato (FNPS), delle Regioni e dei Comuni per i servizi sociali rivolti agli anziani non-autosufficienti[4] dovrebbero anch'essi confluire in un budget socio-sanitario nazionale. Potrebbero invece continuare ad essere gestite autonomamente dall'INPS le indennità monetarie per l'acquisto delle prestazioni delle badanti, che tuttavia dovrebbero essere contabilizzate nel budget nazionale e regionale per la non-autosufficienza ed essere allocate, insieme alla cifra per i servizi, secondo il principio della quota capitaria ad intensità variabile (v. paragr. 7).

Nell'immediato, però, non si scorge all'orizzonte una riforma del *welfare* dei Comuni che lasci presagire un'integrazione istituzionale e finanziaria. La legge delega sul federalismo fiscale (L 42/09) sembra invece avere cristallizzato l'attuale separatezza istituzionale e finanziaria. Tuttavia, anche nelle condizioni attuali e dei prossimi anni, si può sempre immaginare un sistema più coordinato di assistenza continuativa.

Le idee e le proposte che seguono sono quindi rivolte a migliorare, nell'immediato, le situazioni che sono suscettibili di cambiamento – un'ipotetica fase di transizione verso un'ipotetica riforma dell'assistenza continuativa alla n.a. – e scaturiscono da riflessioni svolte intorno all'esperienza trentennale del SSN, che alla sua nascita ereditava una frammentazione istituzionale e finanziaria molto simile a quella attuale della non-autosufficienza.

2. Le prestazioni per la non-autosufficienza

Per stimare il fabbisogno finanziario per la non-autosufficienza è necessario compiere due operazioni preliminari: (1) individuare le prestazioni sanitarie, assistenziali e sociali ritenute "essenziali" e (2) definire il grado di copertura a carico del finanziatore pubblico. Mentre le prestazioni sanitarie per la n.a. sono integralmente finanziate dal SSN – anche se in misura non

[4] E per altri servizi a valenza socio-sanitaria come le dipendenze da sostanze nocive

adeguata – le altre prestazioni sono a carico degli Enti locali e delle famiglie, che soffrono ancora di più della penuria di finanziamenti.

Le prestazioni per la non-autosufficienza si possono raggruppare in tre aree:

i) prestazioni sanitarie e sanitarie-assistenziali erogate dal SSN e prevalentemente dedicate alla non-autosufficienza (ad es. assistenza domiciliare integrata, residenze sanitarie-assistenziali, strutture semiresidenziali);
ii) prestazioni socio-assitenziali erogate dagli Enti locali (ad es. servizio di assistenza domiciliare, centri diurni);
iii) assistenza, custodia e supporto (a.c.s. o "assistenza non professionale") erogata da collaboratori familiari (ad es. badanti, colf) o fornita direttamente dai familiari.

a cui si aggiungono le:

iv) prestazioni in denaro erogate dall'INPS (indennità di accompagnamento) e dalla Regione (buoni e voucher) , che rappresentano i mezzi monetari a sostegno del reddito familiare e/o per acquistare le prestazioni dei collaboratori esterni.

In questa sede non si entra nel merito della definizione dei LEPS e del grado di *copertura* delle spese a carico del finanziatore pubblico. La definizione dei LEPS – in termini di risorse pro-capite spendibili – è una questione che deve conciliare "interessi protetti" (se non proprio diritti esigibili) e compatibilità macro-economiche. Si può solo fare l'ovvia considerazione che sia i servizi sanitario-assistenziali (del SSN) che quelli socio-assistenziali (dei Comuni) meritano un potenziamento dell'offerta ed un'azione di riequilibrio tra le regioni italiane, oggi fortemente sperequate. Questo non impedisce che prima si debba cercare di reperire risorse. all'interno del SSN, riducendo sprechi, inefficienze ed eccessi di consumi (v. paragr. 5 e Mapelli 2004).

3. I percorsi sanitari-assistenziali

Le prestazioni sanitarie e assistenziali ruotano attorno agli anziani non-autosufficienti in modo più o meno coordinato e programmato. La coordinazione dipende dagli attori che assistono le persone non-autosufficienti e dall'evoluzione delle patologie all'origine della n.a., che non sempre è prevedibile, nonostante sia a decorso cronico degenerativo. Tuttavia si possono definire due o tre *macro-percorsi* sanitario-assistenziali, che hanno forte rilevanza per il finanziamento dei servizi erogati. I percorsi si possono così identificare:

a) percorso *istituzionale* (o *residenziale*): si svolge in prevalenza nelle strutture residenziali assistite (RSA, case protette, case di riposo e simili), dove sono fornite prestazioni sanitarie, assistenziali, sociali e di custodia in forma integrata;

b) percorso *domiciliare*: si svolge a domicilio del paziente, integrando sulla persona (con maggiore difficoltà) le prestazioni sanitarie, assistenziali, sociali fornite da diversi attori (ad es., medico di famiglia, infermieri, specialisti, assistenti sociali, badanti, familiari);

c) percorso *misto* (o *semi-residenziale*): il percorso è definito misto in un duplice senso, sia perché nel corso degli anni può prevedere una fase iniziale a domicilio e successivamente il ricovero in strutture residenziali, secondo l'evolversi delle condizioni di salute, sia perché può essere affrontato con il supporto di strutture semiresidenziali (centri diurni, di riabilitazione, ecc.) e il sostegno della famiglia.

Questi macro-percorsi si possono ulteriormente articolare in sotto-percorsi, secondo l'intensità (quantità) assistenziale richiesta e le condizioni cliniche, come viene fatto, ad esempio, per la classificazione dei pazienti nelle RSA (sistemi SOSIA e simili).

Pur essendo le situazioni regionali molto variegate[5], si osserva che il percorso domiciliare è il più diffuso numericamente[6], ma il meno sviluppato per quantità e qualità di servizi offerti. L'assistenza domiciliare integrata è diffusa, infatti, in modo soddisfacente solo in poche ASL (ad es. l'esperienza dell'ASL di Lecco; Scaccabarozzi et al. 2006), soprattutto del nord e del centro. Il percorso residenziale è più costoso per la famiglia degli anziani non-autosufficienti, perché rimane a loro carico la retta giornaliera per la parte assistenziale (circa il 50% del costo, equivalente a 40-50 euro al giorno).

La definizione dei percorsi sanitari-assistenziali, associata a quella dei LEPS, è un'operazione preliminare da compiere per definire le modalità di finanziamento della non-autosufficienza. Infatti, il principio su cui dovrebbe basarsi è quello della *neutralità* finanziaria della scelta per la famiglia. In altri termini, la famiglia non dovrebbe essere costretta a scegliere in base alla (minore) costosità di un'opzione rispetto all'altra (ad es. percorso domiciliare vs. residenziale) – perché i costi monetari sarebbero sostenuti dall'ente pubblico – ma secondo altre considerazioni (ad es. possibilità e disponibilità a seguire direttamente il familiare a domicilio).

4. Le attuali fonti e modalità di finanziamento dei servizi sanitari-assistenziali e socio-assistenziali

La non-autosufficienza non dispone di un canale specifico di finanziamento, né all'interno del SSN, né della spesa sociale degli Enti locali. Solo recentemente alcune regioni e province autonome (Trento, Bolzano, Emilia-Romagna, Veneto, Friuli-V.G., Liguria, Toscana, Umbria, Lazio, Basilicata, Sardegna) hanno istituito un fondo specifico per la n.a. (v. Pelliccia, cap. 3). E' specifico solo il finanziamento dell'INPS per l'indennità di accompagnamento, che tuttavia può riguardare anche le persone non anziane.

[5] Nelle regioni meridionali sia le strutture residenziali che l'assistenza domiciliare sono scarsamente sviluppate. Sulle esperienze regionali si veda il cap. 5 di Bertoni e Riboldi, e Gori, a cura di, 2008

[6] Secondo l'indagine ISTAT del 2005, vi sono 188.859 anziani in assistenza domiciliare socio-assistenziale, 70.271 in assistenza domiciliare integrata e 69.575 anziani in strutture residenziali

La componente sanitaria

Nell'ambito del SSN, il processo di ripartizione tra le regioni del budget nazionale[7] prevede un sotto-livello, all'interno del LEA "Assistenza distrettuale", definito "Assistenza agli anziani" che fino al 2005 rappresentava il 4-6% del totale. Finanzia l'assistenza agli anziani, anche non-autosufficienti, e comprende l'assistenza domiciliare programmata, residenziale e semiresidenziale.

Nel 2005 la spesa effettiva per queste voci era pari al 3,2% (3.1 miliardi di euro) della spesa totale del SSN, secondo i dati dell'AGENAS (cap. 3). Secondo la Ragioneria Generale dello Stato la spesa per gli anziani non-autosufficienti nel 2007 è pari allo 0,46% del Pil (7.200 miliardi)[8]. Il criterio di calcolo delle assegnazioni regionali è basato sulla percentuale di anziani presenti in ogni regione, rispetto alla popolazione totale, e sulla quota capitaria semplice. Il criterio è molto elementare e suppone che la proporzione di anziani non-autosufficienti sia identica in tutte le regioni. La spesa effettiva delle regioni per queste voci è molto variabile e compresa lo 0,4% della Basilicata e l'11% di Trento (cap. 3).

La procedura prevede un trasferimento delle risorse "a cascata" dallo stato alle regioni e da queste alle ASL, che pagano gli erogatori dei servizi. Nonostante la procedura di ripartizione del budget nazionale preveda delle percentuali predefinite per LEA e sottolivello di assistenza, l'assegnazione finale alle regioni *non è vincolata*. Ciò consente alle regioni e alle ASL di spendere una diversa cifra, che generalmente è inferiore a quella prevista. Infatti la spesa delle ASL presenta un diverso grado di cogenza: vi sono spese "obbligate" dai contratti e dalle convenzioni in atto (ad es. con i medici di famiglia, le AO e le case di cura) e spese "volontarie", che discendono da scelte programmatorie dell'ASL (ad es. assistenza domiciliare integrata) e dalla disponibilità di servizi sul territorio. I servizi per la non-autosufficienza rientrano spesso tra le spese "volontarie" dell'ASL, data anche la loro elevata costosità (ad es. per i malati di Alzheimer).

Nel caso dell'assistenza in RSA va considerato inoltre l'onere della compartecipazione gravante sulla famiglia, che spiega come nelle regioni più povere del Sud la spesa per l'assistenza residenziale sia inferiore a quella di altre regioni (ad es. nel 2007 in Campania è di soli 6 euro pro-capite, contro i 97 euro della Lombardia) (Mapelli 2009).

La gestione dei finanziamenti per gli anziani n.a. in alcune regioni è a cura dell'Assessorato alla Sanità, mentre in altre dell'Assessorato ai Servizi Sociali.

Il trasferimento dei fondi dalla regione alle ASL avviene, in alcune regioni, sulla base della *quota capitaria*, ma in altre del *pagamento diretto* delle strutture residenziali accreditate da parte della regione, secondo il numero di prestazioni consumate (giornate di presenza) o secondo metodi più sofisticati (ad es. SOSIA), che articolano le rette giornaliere secondo la gravità[9] dei pazienti ricoverati. In questo caso il criterio di allocazione è quindi di tipo storico-incrementale.

La componente sociale

Il finanziamento dei servizi socio-assistenziali degli Enti Locali è in piccola parte derivato dal Fondo nazionale per le Politiche Sociali (FNPS), gestito dal Ministero del Lavoro e delle

[7] Il Fondo sanitario nazionale, come abitualmente viene indicato, anche se formalmente è stato soppresso nel 2001

[8] La Ragioneria Generale dello Stato include altre voci di spesa per la *long-term care*, in accordo con i criteri dell'EPC-EWG dell'UE

[9] La gravità è determinata da punteggi relativi ad alcune aree quali la cognitività, la mobilità, la presenza di pluripatologie

Politiche sociali, e in parte maggiore dalle entrate proprie. Ad esempio, nel 2005 la dotazione del FNPS è stata globalmente di 583 milioni di euro, mentre la spesa sociale dei Comuni è stata di 1,3 miliardi di euro per gli anziani e di 1,2 miliardi per i disabili (ISTAT, 2008). Le regioni, inoltre, possono aggiungere risorse proprie attingendo o al bilancio o alla propria capacità impositiva.

Il FNPS è un aggregato composto da diversi fondi specifici, istituiti da leggi settoriali dello stato (ad es. per la famiglia e i minori, gli anziani, i disabili, i tossicodipendenti, ecc.), la cui ripartizione tra le regioni segue criteri differenziati. Ad esempio, la quota destinata agli anziani è suddivisa secondo la composizione per età della popolazione anziana (50% secondo la popolazione ultra65enne e 50% secondo quella ultra75enne). Oltre alle risorse per gli anziani, il FNPS comprende una quota destinata ai "Disabili", che tramite le regioni viene assegnata ai comuni. Dopo la recente riforma costituzionale i fondi sono assegnati alle regioni senza vincolo di destinazione.

I fondi propri dei Comuni, per definizione, non seguono una procedura di ripartizione e, quindi, di equalizzazione. Le risorse di ogni Comune sono dettate dalla spesa storica (scelte del passato) e dalle priorità del presente. Si verifica quindi che la spesa pro-capite dei Comuni è fortemente differenziata, specie tra nord e sud.

La componente familiare

Le famiglie con persone non-autosufficienti contribuiscono al finanziamento in due modi: attraverso (a) il pagamento delle *compartecipazioni* ai servizi offerti dagli Enti pubblici (ad es. RSA, SAD, Centri diurni) e (b) il pagamento dei *collaboratori familiari* (badanti, colf) per l'assistenza non professionale prestata. Una terza forma di finanziamento sono (c) le prestazioni in natura fornite dai familiari attraverso il *tempo* dedicato ai loro congiunti non-autosufficienti. Il tempo dedicato può essere sostitutivo della collaborazione di una badante, qualora i familiari siano disponibili e non abbiano i mezzi finanziari, o integrativo di un servizio prestato dalla badante.

Le famiglie sostengono attualmente l'onere maggiore per la non-autosufficienza. Secondo uno studio campionario condotto in Lombardia, gli esborsi delle famiglie (al netto delle entrate per le indennità dell'INPS) sarebbero pari al 53% delle spese totali per i servizi socio-sanitarie e assistenziali dei n.a.. La percentuale salirebbe al 73% se si valorizzasse il tempo dei familiari con il costo orario di una badante, pari a 2,7 euro all'ora (Mapelli 2007).

Tuttavia, molte famiglie con persone non-autosufficienti beneficiano di due tipi di entrate monetarie, alcune *vincolate* all'acquisto di prestazioni socio-assistenziali (*voucher* o buoni regionali e comunali) e altre *libere*, derivanti dell'indennità di accompagnamento dell'INPS per l'invalidità civile[10], oltre che da sussidi economici minori e occasionali da parte dei Comuni.

5. La copertura dei rischi di non-autosufficienza e il budget nazionale

Per garantire un'adeguata copertura dei bisogni di assistenza continuativa sembra necessario compiere alcune operazioni:

- definire i LEP per la non-autosufficienza e il fabbisogno finanziario a regime
- incrementare le risorse attuali

[10] L'importo mensile per l'invalidità di accompagnamento è di 472,04 euro e non è articolato né per grado di invalidità, né per classi di reddito

- redistribuire le risorse tra le regioni
- coordinare l'impiego delle risorse (budget virtuale).

5.1 La definizione dei LEP e dei rischi coperti

La definizione dei LEP, incluse le prestazioni monetarie per coprire i costi delle badanti, è un'operazione essenzialmente politica, che deve tenere conto degli interessi dei cittadini e delle compatibilità macro-economiche. In questa ricerca sono state effettuate stime sul finanziamento necessario a regime – secondo diverse ipotesi – e sul *gap* di risorse necessarie. Nel settore sanitario non sembrano richiesti grossi sforzi finanziari, se solo i fondi previsti per l'assistenza agli anziani (4-6%) fossero realmente destinati a questo scopo e si potessero recuperare risorse addizionali da un migliore utilizzo di quelle in gioco: ad esempio, riducendo i ricoveri ospedalieri inappropriati (2,8 miliardi di euro, secondo il CEIS (2008)) o gli eccessivi consumi di farmaci (AIFA; 0,9 mld di euro), abbassando i costi unitari dei ricoveri ospedalieri (2,4 mld di euro) e diminuendo i tassi di ospedalizzazione (2,9 mld) (Mapelli 2009).

Più problematica è l'area socio-assistenziale dei Comuni, dove è necessario uno sforzo di definizione e omogeneizzazione dei LEPS. Uno dei LEP da definire e riconoscere *ex novo* dovrebbe essere la funzione di assistenza, custodia e supporto oggi garantita – nel percorso domiciliare – dai collaboratori esterni o più spesso dai familiari stessi e, nel percorso residenziale, dal personale della struttura residenziale. In entrambi i casi l'onere finanziario per la famiglia è oggi considerevole (1.000-1.500 euro al mese).

Il riconoscimento di un LEP specifico comporterebbe un impegno di spesa non indifferente per le finanze dello stato e delle regioni, qualora fossero chiamate a contribuire con imposte proprie (per le possibili stime si rinvia ai capitoli della seconda parte e al quadro complessivo proposto nella quarta). Questo LEP sarebbe garantito da un'erogazione *monetaria* alle famiglie, libera o vincolata all'acquisto delle prestazioni sul mercato regolato. I collaboratori esterni (badanti, colf) dovrebbero essere formati, abilitati alla professione e regolarmente assunti[11]. L'ammontare dell'indennità, inoltre, dovrebbe essere variabile[12] e correlato al grado di non-autosufficienza, valutato dall'apposita commissione..

Nei primi due ambiti di intervento (e probabilmente anche per le collaborazioni domestiche) è comunque necessario uno sforzo redistributivo per equalizzare l'offerta di servizi tra le regioni, oggi molto sperequata. Lo strumento di elezione dovrebbe essere il metodo di calcolo del fabbisogno standard, nella fase di ripartizione del budget nazionale (v. paragr. 6).

5.2 La costituzione del budget virtuale per la non-autosufficienza

Stante l'attuale separazione istituzionale tra le aree sanitaria e sociale, per ottimizzare l'impiego delle risorse sarebbe opportuno costruire un *budget virtuale* per la non-autosufficienza e coordinare gli interventi delle istituzioni a livello locale (di erogazione). I problemi della non-

[11] Si potrebbero assimilare ai collaboratori esterni e remunerare anche i familiari, secondo le stesse regole

[12] Attualmente l'INPS eroga un'indennità di accompagnamento in misura fissa mensile di 472 euro

autosufficienza, infatti, sono specifici (identificabili), diffusi e multidimensionali. Con l'ipotetica creazione del SSSN il coordinamento delle risorse e degli interventi sarebbe molto facilitato.

Oggi le risorse disponibili non sono vincolate alla non-autosufficienza, ma semplicemente destinate discrezionalmente a questo scopo dalle regioni, dai Comuni e dalle ASL. Le sole risorse a destinazione vincolata sono le indennità di accompagnamento dell'INPS. Il primo passo da compiere è dunque quello di (i) *finalizzare* e (ii) *vincolare* le risorse attualmente spese per questo obiettivo (v. paragr. 7). Sotto il coordinamento del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali si dovrebbe ricostruire il budget virtuale nazionale e regionale delle risorse in campo, comprendente anche la spesa "autonoma" dei Comuni e le indennità dell'INPS. Potrebbe essere possibile anche stimare la spesa privata per le prestazioni delle badanti. Il budget virtuale avrebbe lo scopo di far conoscere (i) l'entità delle risorse oggi disponibili, (ii) la loro destinazione funzionale e (iii) gli squilibri nella spesa tra le regioni. Non costituirebbe un momento di gestione integrata delle risorse, ma semplicemente uno strumento di politica sanitaria. L'attivazione di questo processo potrebbe portare anche ad uniformare i criteri di ripartizione delle risorse tra le aree sanitaria e sociale

Il coordinamento nell'impiego delle risorse dovrebbe avvenire a livello locale, tra ASL e Comuni, dove si dovrebbe poter costruire un budget virtuale (inclusivo delle indennità monetarie dell'INPS) più analitico e suddiviso per Distretti. Sulla base di questi elementi di conoscenza e attraverso meccanismi di cooperazione istituzionale tra ASL e Comuni si dovrebbe ottimizzare l'uso delle risorse destinate alla non-autosufficienza.

6. Il calcolo dei fabbisogni standard e la ripartizione del budget nazionale

6.1. Il calcolo del fabbisogno standard

La recente legge delega sul federalismo fiscale (L. 42/09) prevede che i finanziamenti per i LEA e i LEPS, destinati alle Regioni e agli Enti locali, siano ripartiti secondo il principio del fabbisogno standard, calcolato in base ai costi standard (art. 2 lett. f). La legge 42/09 definisce innanzitutto il "fabbisogno standard" come "l'integrale copertura delle spese corrispondenti al fabbisogno standard per i livelli essenziali di prestazioni" (art. 9 comma 1 lett. c.1)[13]. Da ciò discende che il fabbisogno standard corrisponde alla *spesa* per i LEP. Poiché le procedure di calcolo del fabbisogno regionale si basano sul prodotto tra la popolazione residente e un valore medio per abitante, si può far coincidere il fabbisogno standard con la *quota capitaria* (semplice o ponderata). Si è molto discusso e ancora si discuterà sull'applicazione di questo principio. Alcuni – e tra questi il Ministero del lavoro e delle politiche sociali – identificano il costo standard con il fabbisogno standard regionale (o comunale) e quindi con l'attuale quota capitaria pesata. Altri invece – e tra questi l'autore del presente capitolo[14] – con il metodo analitico, basato sul prodotto tra costi standard per prestazione e quantità (eventualmente standard) di prestazioni.

Questa interpretazione deriva sia dal significato, in letteratura, dell'espressione "costi standard" (costo unitario di riferimento per un'efficiente produzione aziendale), sia dall'esegesi del

[13] Si veda anche l'art. 2 comma 2 lettera m) "superamento graduale…del criterio della spesa storica a favore: 1) del fabbisogno standard per il finanziamento dei livelli essenziali di cui all'articolo 117..della Costituzione"

[14] Anche se poi non si proporrà l'applicazione di questo metodo al fabbisogno socio-sanitario e assistenziale

testo legislativo, che indica distintamente i costi *e* i fabbisogni standard. Secondo questo approccio il costo standard sarebbe il metodo di calcolo per addivenire al fabbisogno standard. L'attuazione del metodo secondo questo significato potrebbe risultare fortemente innovativa e potenzialmente dirompente per la prassi attuale (v. oltre).

Il fabbisogno standard – la quota capitaria – può essere calcolata secondo quattro distinti approcci, che hanno diverse implicazioni sull'operato delle Regioni e degli Enti locali:

i) il metodo della quota capitaria semplice
ii) il metodo della quota capitaria ponderata (e globale)
iii) il metodo analitico[15]
iv) il metodo della quota capitaria aggiustata per il rischio o per l'intensità assistenziale.

Il primo metodo si ispira al criterio di eguaglianza (o uniformità) e assegna le stesse risorse per ogni persona anziana. E' il metodo più semplice, ma potenzialmente il meno equo, perché nel calcolare la quota capitaria suppone che (a) la prevalenza e (b) la tipologia dei bisogni nelle diverse regioni sia identica e (c) la quantità di risorse per soddisfare i bisogni sia (debba essere) uguale in tutte le regioni.

Il metodo (ii) della quota capitaria ponderata è quello attualmente in uso per il SSN, che calcola per ogni LEA (o sotto-livello) un fabbisogno medio di spesa, ponderato secondo le classi di età degli assistiti. Viene definito globale perché la quota capitaria è rivolta alla globalità della popolazione e non distingue secondo la tipologia dei bisogni sanitari (ad es. le patologie).

Il metodo analitico (iii) è una variante del precedente, che consiste nel calcolare il fabbisogno moltiplicando i costi standard delle prestazioni per le quantità, effettive o standard, di prestazioni; anch'esso è un metodo globale, perché rivolto alla globalità dei bisogni.

Il metodo (iv) basato sull'aggiustamento per il rischio si distingue dai precedenti perché identifica un fabbisogno di spesa diverso per tipo di rischio (patologia, non-autosufficienza)[16], senza distinguere tra i LEA e i sotto-livelli. Anche in questo metodo sarebbe possibile distinguere all'interno dei rischi alcuni LEA o sotto-livelli (ad es. spesa per farmaci, ricoveri, ecc.), ma le informazioni necessarie diventerebbero molto numerose. Con questo metodo si assegna una quota capitaria omnicomprensiva per tutti i tipi di prestazioni (LEA), differenziata però in relazione alla prevalenza e all'intensità dei rischi/bisogni. E' intuitivo infatti che il fabbisogno di risorse per il trattamento, ad esempio, di un tumore è diverso da quello per un infarto.

La differenza sostanziale tra i primi tre metodi e il quarto consiste nel fatto che i primi tre si basano sull'idea di bisogni, prestazioni e costi *uniformi*, mentre il quarto su bisogni *differenziati* (tra le regioni), ma risorse standard per trattare un dato bisogno.

Il primo metodo non sembra proponibile, nel caso della non-autosufficienza (e in generale), anche se a volte è l'unico praticabile, perché mancano le informazioni sui bisogni o sui pesi per correggere la quota semplice.

---

[15] Nel Cap. 15 di Bosi et al. il secondo e terzo metodi sono indicati rispettivamente come approccio macroeconomico e approccio ingegneristico

[16] Il numero di patologie (croniche) da considerare può variare da alcune decine fino ad un centinaio. In sanità i malati cronici, pur essendo una percentuale ridotta (25-35% della popolazione), assorbono circa l'80% della spesa totale

Si offre qui di seguito una descrizione più dettagliata degli altri tre approcci per suggerire infine quale sia preferibile per finanziare l'assistenza continuativa alle persone non-autosufficienti. Gli esempi numerici fanno riferimento alla sanità per la quale si dispone di maggiori informazioni, ma non dovrebbe essere difficile trasferire il metodo all'assistenza sociale.

6.1.1 Il metodo della quota capitaria ponderata (globale)

Il calcolo della quota capitaria ponderata avviene in occasione della ripartizione del budget nazionale del SSN tra le regioni. L'accordo raggiunto tra Stato e Regioni per il triennio 2007-09 ha cristallizzato (salvo minimi aggiustamenti) i risultati dei calcoli dell'anno 2006, che a loro volta avevano già in parte alterato la formula originaria messa a punto negli anni 2002-03. Per comprenderne la logica e le implicazioni allocative si descrive la procedura seguita nel 2003.

La prima operazione è la suddivisione (a priori) del budget totale secondo i tre LEA e i rispettivi sotto-livelli. Le percentuali del 2003 sono state:

1.Assistenza sanitaria collettiva	5%
2.Assistenza distrettuale	50%
- medicina generale, pediatria	6,9%
- farmaceutica	13%
- specialistica	13%
- assistenza anziani	6%
- altri servizi territoriali	12,1
3.Assistenza ospedaliera	45%
TOTALE	100%

Successivamente si procede alla ripartizione delle 7 funzioni di spesa attraverso la ponderazione della popolazione regionale, con valori specifici per la farmaceutica, la specialistica e l'ospedaliera (71% del totale), e con valore 1 per le altre funzioni (quota capitaria semplice). Nella sua essenza la formula allocativa è così concepita:

$$\text{Fabbisogno finanziario}_j = \text{Popolazione}_j \bullet \bar{k}_n \bullet \bar{s}_n$$

dove $\bar{k}_n$ rappresenta il vettore dei *pesi* specifici nazionali delle classi di età di una dato LEA (o funzione assistenziale), $\bar{s}_n$ la spesa pro-capite nazionale (quota capitaria semplice) dello stesso LEA e $_j$ la regione j esima[17]. In altri termini, il fabbisogno finanziario di ogni regione scaturisce dal prodotto tra la popolazione pesata per $\bar{k}_n$ (superiore o inferiore a quella reale) e il valore *pro-capite nazionale* di spesa per quel LEA. Dopo la compensazione per la mobilità sanitaria inter-regionale, la quota finale assegnata alle regioni è un ammontare *globale*, senza alcun vincolo di destinazione alle singole funzioni di spesa.

[17] I simboli sono soprassegnati per indicare che sono fissati esogenamente dal decisore politico

La tabella 1 riporta, come esempio, la proceduta di calcolo per il LEA "Assistenza ospedaliera": i pesi ($\bar{k}_n$) e la spesa ospedaliera pro-capite nazionale ($\bar{s}_n$) sono identici per tutte le regioni e vengono moltiplicati per la popolazione delle diverse classi di età di ogni regione. I dati si riferiscono al 2005[18].

Tab. 1. Metodo di ripartizione tra le regioni del LEA "Assistenza ospedaliera". Regione j-esima

Classi di età	Formula ripartizione FSN			
	Popolazione	Pesi	Quota pro-capite nazionale (€)	Totale assegnazione regionale
Regione j				
0 - 1		2,97	420	
1 - 4		0,41	420	
5-14		0,22	420	
15-24		0,36	420	
45-64		0,94	420	
65-74		2,10	420	
75 >		3,07	420	
TOTALE			420	

I *pesi* sono ricavati dalla spesa ospedaliera per classi di età. Ad esempio, il coefficiente 2,10 della classe 65-74 anni è calcolato come rapporto tra la spesa pro-capite della classe e quello totale (883/420 euro), valore il primo che a sua volta è il prodotto tra il tasso di ospedalizzazione della classe 65-74 anni (237 per 1000 abitanti) e il valore medio per ricovero di 3.717 euro (tab. 2).

Tab. 2. Calcolo e scomposizione dei pesi del LEA "Assistenza ospedaliera"

Classi di età	Calcolo pesi		Scomposizione pesi				
			Tasso ospedal.		Costo medio per ricovero		Totale peso
	spesa p.c. per età	pesi	per 1000 ab.	n. indice su totale (a)	v.a. (€)	n. indice su totale (b)	Peso (c) = (a) * (b)
0 - 1	1.247	2,97	529	3,83	2.355	0,77	2,97
1 - 4	172	0,41	102	0,74	1.685	0,55	0,41
5-14	93	0,22	51	0,37	1.800	0,59	0,22
15-24	152	0,36	72	0,52	2.121	0,70	0,36
45-64	395	0,94	121	0,87	3.271	1,08	0,94
65-74	883	2,10	237	1,72	3.717	1,22	2,10
75 >	1.291	3,07	351	2,54	3.682	1,21	3,07
TOTALE	420	1,00	138	1,00	3.040	1,00	1,00

I coefficienti utilizzati per ponderare la popolazione regionale contengono quindi, *implicitamente*, delle *quantità* e dei *costi* di riferimento. In altri termini, nel ripartire le risorse del

[18] I dati non si riferiscono al FSN ripartito, ma alla spesa ospedaliera su cui sono stati calcolati i pesi della tab. 2

Fondo sanitario si ipotizza che in tutte le regioni gli anziani debbano avere un tasso di ricovero di 237 per mille ed un costo medio per ricovero di 3.717 euro[19].

Analogamente si procede per tutte le altre classi di età. Questa procedura di calcolo costituisce, di fatto, l'applicazione del metodo analitico previsto dalla L. 42/09. Alcuni studiosi e decisori politici hanno sostenuto recentemente l'impossibilità pratica di applicare il metodo analitico, senza rendersi conto che il metodo è in vigore dal 2002 (o addirittura dal 1985, quando però i pesi non erano calcolati su dati empirici, ma concordati a livello politico).

Sul piano pratico le conseguenze sono che:

- le regioni con *bisogni* sanitari e, quindi consumi sanitari (tasso di ospedalizzazione), superiori alla media nazionale (implicitamente contenuta nel peso $\bar{k}_n$) non ricevono risorse sufficienti, mentre ricevono risorse eccessive quelle con bisogni inferiori alla media;
- le regioni con *costi unitari* delle prestazioni superiori al costo medio implicito nella formula sono giustamente penalizzate, ma le regioni con costi inferiori sono inopinatamente premiate con la differenza tra i loro costi effettivi e quelli medi nazionali[20].

6.1.2 Il metodo analitico a costi (e quantità) standard

Il metodo *analitico*, basato su costi ed eventualmente quantità standard delle prestazioni sanitarie, rappresenta un'evoluzione dell'attuale formula di riparto del budget del SSN, che può risolvere alcune sue incongruenze e garantire l'effettiva erogazione degli attesi Livelli essenziali di assistenza. Poiché il fabbisogno e la spesa sanitaria scaturiscono dal prodotto tra quantità e costi (reali o standard) delle prestazioni, la formula di calcolo è del tipo:

$$\text{Fabbisogno finanziario}_j = \text{Popolazione}_j \bullet \bar{q}_z \bullet \bar{c}_z$$

dove $\bar{q}_z$ e $\bar{c}_z$ denotano rispettivamente le quantità (consumi sanitari) pro-capite standard e i costi standard delle diverse prestazioni sanitarie z, mentre la j indica la regione jesima. L'applicazione letterale della L 42/09 prevede l'applicazione dei soli costi standard alle quantità effettive di prestazioni sanitarie consumate.

Tuttavia la stessa logica che ha ispirato la legge si può estendere anche alle quantità di prestazioni, che in alcune situazioni possono superare dei valori "normali", per cui una loro riduzione non influirebbe negativamente sullo stato di salute della popolazione. Ovviamente per questa operazione occorre molta cautela e una profonda conoscenza epidemiologica delle quantità di prestazioni ritenute mediamente necessarie per curare i pazienti.

Se si accetta il criterio dello standard di riferimento, si devono operare dei *tagli* alle quantità di prestazioni e ai costi superiori alla norma, mentre non sembra necessario "premiare" le regioni

[19] In realtà la formula di calcolo utilizza non i valori assoluti, ma i numeri indice per classe di età rispetto alla media nazionale (v. tab. 2)

[20] Poiché i costi unitari delle prestazioni sono in realtà dei costi medi di un *mix* di prestazioni con diversi costi (o tariffe), vengono penalizzate anche le regioni con i mix più costosi del riferimento nazionale, malgrado i costi delle singole prestazioni possano essere efficienti

posizionate al di sotto dello standard. In tal modo si liberano risorse che si possono risparmiare o destinare a soddisfare bisogni presumibilmente insoddisfatti, nella stessa o in altre regioni.

La tab. 3 illustra la situazione ipotetica di quattro regioni nelle quali quantità e costi storici (ultime due colonne) sono superiori o inferiori allo standard azionale. Lo standard è fissato nel tasso di ospedalizzazione di 180 per 1000 abitanti e nel costo medio per ricovero degli ospedali pubblici[21].

Tab. 3. Metodo analitico di calcolo del LEA "Assistenza ospedaliera"

Regioni	Formula ripartizione FSN					Dati storici	
	Popolazione (1)	Quantità standard (t. ospedaliz./ 1000) (2)	Costo standard per ricovero (€) (3)	Totale assegnazione regionale (4)=1*2*3	Quota capitaria LEA "Ass. osp."(a) =(2)*(3)	Quantità effettive (t. ospedal./ 1000)	Costo effettivo per ricovero (€)
Regione 1		172,0	4.920		846	172,0	4.920
Regione 2		175,0	5.179		906	175,0	5.540
Regione 3		180,0	5.179		932	196,0	5.620
Regione 4		180,0	5.179		932	191,0	4.890
TOTALE		180 b	5.179				

(a) La quota pro-capite non può essere confrontata con quella di tab. 1, perché calcolata secondo criteri diversi (valori tariffari per la tab. 1 e costi storici per la tab. 3)
(b) Il tasso effettivo, dopo la standardizzazione può risultare inferiore a 180 per mille

Secondo la logica descritta, se i tassi di ospedalizzazione e i costi per ricovero sono inferiori allo standard vengono confermati, mentre sono abbattuti se sono superiori. Sia le quantità che i costi per ricovero si possono articolare per classi di età, rendendo più realistici gli standard. Disponendo dei dati necessari (economici ed epidemiologici), sarebbe opportuno calcolare delle funzioni di costo e di bisogno di ricovero da applicare alle singole regioni, anziché applicare un valore puntuale unico.

Come si può osservare dall'esempio, anche il metodo analitico, come il precedente, perviene a calcolare una quota capitaria per LEA, attraverso il prodotto tra le quantità (t. ospedalizzazione) e i costi standard per ricovero. Il suo vantaggio principale consiste nel rendere *espliciti* i parametri di calcolo della quota capitaria, che nel metodo attuale sono impliciti e questo ha una particolare rilevanza per il monitoraggio, a posteriori, della spesa sanitaria (v. paragr. 8)

6.1.3. Il metodo di aggiustamento per il rischio o per l'intensità assistenziale

Il metodo in vigore per il SSN ritiene che i bisogni sanitari siano globalmente catturati dall'età, attraverso la ponderazione. Tuttavia questo approccio presenta due limiti, perché (i) i bisogni di cura sono certamente correlati con l'età (in funzione crescente), ma anche con altre variabili (ad es. le condizioni ambientali, lo stato di deprivazione, le reti familiari inadeguate) e (ii)

[21] Il costo per ricovero medio nazionale (2007) è stato calcolato dall'autore (Mapelli 2009) nell'ambito di un recente studio

sono differenziati tra le aree geografiche. In altri termini, ciò che rileva è anche il *mix* dei bisogni sanitari, perché ogni tipologia di bisogno richiede quantità diverse di risorse assistenziali. E' necessario perciò disporre di più precisi indicatori di bisogno sanitario per ripartire le risorse tra le regioni e garantire che questi siano effettivamente soddisfatti. E' il principio della diversità dei bisogni, non dell'uniformità delle prestazioni, che dovrebbe essere applicato.

I bisogni sanitari delle regioni si possono rappresentare in vari modi, ma l'indicatore più significativo è dato dalla prevalenza delle malattie croniche, perché (a) *concentrano* una forte percentuale di spesa sanitaria (80-85%) e inoltre (b) *persistono* nel tempo e quindi sono capaci di predire i futuri bisogni di assistenza sanitaria.

Lo stesso approccio può valere per i bisogni socio-assistenziali delle persone non-autosufficienti, dove non rileva tanto il tipo di n.a., ma il *percorso assistenziale* seguito (ad es. domiciliare vs. istituzionale). Ovviamente i percorsi assistenziali possono essere articolati al loro interno secondo la diversa *intensità* assistenziale richiesta (sull'esempio dei metodi SOSIA o simili).

Disponendo di indicatori specifici di bisogno, la formula di ripartizione dei budget nazionali sanitari e socio-assistenziali sarebbe data dal prodotto tra i tassi regionali di bisogno socio-sanitario (prevalenza delle malattie, della non-autosufficienza) per il *costo standard di trattamento* dei diversi tipi di malattia o di percorso assistenziale. La formula di calcolo sarebbe del tipo:

$$\text{Fabbisogno finanziario}_j = \text{Popolazione}_j \bullet \pi_{ij} \bullet \overline{cm}_i$$

dove π_{ij} indica la prevalenza delle diverse malattie i (tassi di bisogno) in ogni regione j-esima e $\overline{cm}_i$ il costo standard di trattamento di ciascuna *malattia* i-esima[22] o di ciascun *percorso assistenziale*. Concettualmente la quota capitaria sarebbe calcolata come un premio assicurativo, il cui valore è determinato dalla probabilità di ammalarsi (π) per il costo delle cure mediche (cm). In questo modo la formula riconoscerebbe integralmente la diversità dei bisogni sanitari delle varie regioni, ma imporrebbe di trattare gli stessi bisogni con un'identica (o simile) quantità di risorse su tutto il territorio nazionale.

Nella formulazione più semplice il costo standard di trattamento delle malattie $\overline{cm}_i$ o dei percorsi assistenziali sarebbe calcolato come la media nazionale dei costi delle regioni e potrebbe quindi includere anche una (minima) parte di inefficienze (nei costi) o di eccessi di consumi (nelle quantità). Questi rischi si potrebbero evitare attraverso analisi più sofisticate, di tipo epidemiologico-clinico ed economico, sui costi delle singole malattie, arrivando a stabilire delle quantità standard e dei costi standard per malattia, secondo l'approccio tipico del metodo analitico (v. nota 21).

Per i percorsi socio-assistenziali, essendo noto che le risorse dedicate sono inadeguate, si potrebbero calcolare dei costi standard basati su un campione significativo di regioni/comuni o fissare a livello politico.

---

[22] Volendo o potendo essere più analitici, anche ogni singolo $\overline{cm}_i$ può essere scomposto come il prodotto tra $\bar{q}_i \bullet \bar{c}_i$, ossia tra quantità standard e costi standard per ogni malattia (ad es. quanti ricoveri e farmaci servono per curare mediamente un tumore, una malattia cardiovascolare, ecc), secondo la metodologia del fabbisogno analitico esposta nel paragr. 6.1.3.

La tab. 4 illustra un esempio di calcolo dei fabbisogni regionali per la sanità e l'assistenza sociale. Come si può osservare, i tassi di bisogno della regione j-esima sono riconosciuti nella loro integrità, mentre sono applicati dei costi standard di trattamento delle malattie 1, 2, 3.

Tab. 4. Metodo di aggiustamento per il rischio o l'intensità dei bisogni. Regione j-esima

Tipi di malattia o percorso	Formula ripartizione budget sanitario e socio-assistenziale				Dati storici	
	Popolazione (1)	Tassi di bisogno per 1000 (π) (2)	Costo standard per malattia/perc. assist. (€) (3)	Totale assegnazione regionale (4)=1*2*3	Tassi di bisogno per 1000 (π)	Costo effettivo per malattia (€)
Regione j						
Malattia 1		2,7	6.970		2,7	7.514
Malattia 2		24,0	4.210		24,0	4.706
Malattia 3		31,9	2.220		31,9	2.311
……						
1 Perc. istituz.		6,1	12.000		6,1	11.177
2 Perc. domicil.		4,5	4.000		2,1	3.704
TOTALE						

Ovviamente, per la ripartizione del budget del SSN e del sociale non bastano informazioni campionarie sulla prevalenza dei malati, come quelle dell'*Indagine multiscopo* dell'ISTAT, ma servono dati reali, che si potrebbero ricavare dai dati amministrativi delle ASL. Esistono diversi metodi per l'individuazione dei malati cronici (ad es. Mapelli 2004, Regione Lombardia: Banca Dati Assistiti). Alcune regioni già dispongono oggi di queste informazioni sia sulla prevalenza che sui costi di trattamento (Lombardia, Friuli-V.G., Emilia-Romagna, Toscana), per cui sarebbe possibile calcolare dei costi standard per malattia su un campione significativo di regioni. Per i bisogni della non-autosufficienza sarebbe necessario procedere ad una rilevazione sistematica del grado di non-autosufficienza delle persone anziane (e adulte), secondo scale valide e uniformi in tutte le regioni.

6.1.4. Il vincolo di destinazione delle risorse per la non-autosufficienza

Uno degli aspetti più controversi dell'attuale gestione del Fondo sanitario nazionale è la mancanza di vincoli di spesa sui LEA quando le risorse sono assegnate alle regioni e alle ASL, nonostante la procedura di suddivisione fissi delle percentuali per ogni LEA e sotto-livello (v. paragr. 6.1.1). Questo fa sì che, come più volte rilevato in questo studio, vi siano forti sperequazioni nei livelli regionali di spesa per la n.a. e quindi nei diritti di accesso dei cittadini ai LEP. Per garantire l'eguaglianza dei diritti sembra quindi opportuno introdurre dei *vincoli* o delle riserve di spesa per la non-autosufficienza, così da impegnare le regioni, particolarmente al sud, a sviluppare quei servizi che oggi sono più carenti.

Il vincolo di spesa dovrebbe essere posto sia sul budget del SSN che sul FNPS. Non si tratterebbe di settorializzare il budget nazionale per tipi di bisogno[23], che innescherebbe una rincorsa da parte anche di altri gruppi di pazienti gravi (malati di tumore, dializzati, ecc.), ma di costituire una riserva di spesa per le regioni oggi collocate su valori molto inferiori alla media nazionale. Le altre regioni, con situazioni più favorevoli, potrebbero superare questo limite.

Si fa osservare, da parte di alcuni, che dopo la modifica del titolo V della costituzione (2001) non è più possibile vincolare i fondi sanitari e sociali destinati alle regioni. Tuttavia si può obiettare che, nei fatti, il vincolo sulle risorse sanitarie è tuttora operante. Gli esempi sono numerosi. Il più evidente è il calcolo dei deficit regionali, con il conseguente percorso di rientro: se e risorse destinate alla sanità non fossero distinguibili dalle altre del bilancio regionale, sarebbe impossibile verificare la sopravvenienza del deficit. Un altro esempio è il vincolo del 13% sulla spesa farmaceutica (o 16% inclusa quella ospedaliera) fissato per legge nel 2001 (L 205/01). In passato fu introdotta (senza molto successo) una riserva di spesa del 6% per sviluppare la prevenzione. Alcune regioni, come la Lombardia, inoltre introducono autonomamente dei vincoli sulla spesa ospedaliera e specialistica delle proprie ASL.

Sembra quindi possibile – e auspicabile – vincolare le risorse per la non-autosufficienza all'interno del budget nazionale per il SSN e delle aree "anziani" e "disabili" del FNPS. Auspicabilmente il vincolo dovrebbe essere posto anche su tutti gli altri LEA del Fondo sanitario, per evitare che le aree più "forti" assorbano troppe risorse. Tuttavia dovrebbe essere *flessibile* (ad es. ±2% rispetto alla percentuale del LEA nazionale) per non irrigidire troppo le decisioni di spesa. Ogni regione, in sede di ripartizione del budget nazionale, dovrebbe indicare le proprie preferenze in merito alla suddivisione del fondo tra i LEA e i sotto-livelli, impegnandosi però al rispetto di queste quote e ad una verifica formale da parte dello Stato (v. Prf. 8). Ad esempio, se la percentuale nazionale del LEA "Assistenza ospedaliera" è fissata al 44% e la regione Campania si colloca storicamente al 49%, potrebbe chiedere di fissare il proprio LEA al 46%, incrementando contestualmente il LEA "Assistenza Domiciliare" del 2%. Nei sistemi sanitari di tipo federale, basati su una *National Health Insurance* (ad es. Canada, Australia) i trasferimenti dello stato ai governi periferici sono la leva più importante per ottenere che siano rispettate le priorità e le scelte politiche decise dal governo centrale (France, 2006). Nel nostro ordinamento costituzionale questo non è permesso, ma sarebbe auspicabile che fosse reintrodotto. Si potrebbero così definire dei sub-budget per LEA che sarebbero trasferiti dallo stato alle regioni nelle percentuali da esse prescelte in sede di ripartizione.

Il vincolo di spesa, insieme all'esplicitazione dei costi standard e delle quantità standard di prestazioni sanitarie (metodo 3), potrebbero, da un lato, rendere più trasparente la gestione della sanità nei rapporti con i cittadini, dall'altro stimolare le regioni ad utilizzare le risorse per servizi che altrimenti riscuoterebbero una bassa priorità di intervento.

[23] Scelta che peraltro l'autore auspica

7. Una proposta per il calcolo del fabbisogno standard regionale per la non-autosufficienza

La procedura di assegnazione delle risorse dal centro alla periferia (Regioni, ASL e Comuni) dovrebbe prevedere tre fasi:

- definizione del budget nazionale
- vincolo delle risorse per la n.a.
- calcolo dei fabbisogni standard per regione (ripartizione del budget).

La procedura immaginata è coerente con quella attuale, che parte dalla definizione politica (nell'ambito della legge finanziaria) del budget nazionale e assegna, *per divisione*, le risorse nazionali alle Regioni e agli Enti locali, secondo un fabbisogno standard (quota capitaria). E' la cosiddetta procedura dall'alto verso il basso (*top-down*), alternativa all'approccio che parte invece dalla definizione dei fabbisogni locali o regionali da soddisfare e delle risorse necessarie e *per aggregazione* verticale definisce il budget nazionale (procedura *bottom-up*). Quest'ultimo approccio lascia indeterminata la cifra del budget totale e non garantisce la compatibilità macroeconomica con gli altri settori di spesa pubblica.

Il secondo passaggio dovrebbe essere, come suggerito, il vincolo di risorse per la non-autosufficienza, sia nell'ambito del budget del SSN, sia del FNPS, sia del futuro budget sociale destinato agli Enti locali, in base alla L. 42/09

L'aspetto più cruciale riguarda il calcolo del fabbisogno standard regionale, nell'ambito del processo di ripartizione del budget nazionale, perché ancora manca una definizione legislativa (o amministrativa) dei LEP per l'area sociale e, in futuro, per l'area indicata di "assistenza, custodia e supporto".

Il metodo che si propone per il finanziamento a regime è quello basato sul prodotto tra la prevalenza dei *bisogni* in ogni regione per un costo standard *per percorso* sanitario-assistenziale e socio-sanitario (metodo 4). I percorsi sono definiti come un insieme di prestazioni, appartenenti a *diversi* LEA/LEP, che garantiscono in modo coordinato e continuativo la risposta ai numerosi bisogni delle persone non-autosufficienti. Ad esempio, il fabbisogno per il "percorso domiciliare" può includere il LEA "assistenza domiciliare integrata", il LEPS "centri diurni" e il LEP "assistenza, custodia e supporto" fornito dalle badanti, il cui importo è un trasferimento in denaro.

La caratteristica delle persone con problemi di n.a., come di quelle con malattie croniche, è infatti la *continuità* delle prestazioni di assistenza, cura e supporto. Pur essendo quantificabile il numero di prestazioni, il finanziamento non può scaturire dalla moltiplicazione tra il numero e la tariffa di prestazioni, perché vi sono costi non compresi nella tariffa (ad es. spostamenti degli operatori) o non quantificabili (ad es. tempi di attesa). In alcuni casi, inoltre, si tratta di una pura presenza vigile (ad es. della badante), misurabile in ore, ma non in numero di prestazioni[24].

Il finanziamento per percorso (annuale), concettualmente è simile alla quota capitaria, perché *omnicomprensivo* di un insieme di prestazioni difficilmente prevedibili a priori. In questa

[24] La situazione è simile a quella del pronto soccorso dove vengono effettuate prestazioni (visite, medicazioni, ecc.), ma ciò che rileva è anche la disponibilità degli operatori per interventi imprevisti (*option demand*)

direzione va anche la proposta di finanziamento delle cure domiciliari effettuata dall'apposita commissione ministeriale (Comitato Ospedalizzazione Domiciliare 2002).

Il costo standard per percorso può essere calcolato su dati rilevati presso un campione di servizi bene organizzati ed efficienti. Non interessa infatti rilevare l'universo dei servizi, ma disporre di un campione di enti dove i percorsi sono ben strutturati e completi. Sono stati indicati due macro-percorsi – domiciliare e istituzionale – ma è possibile, ovviamente, articolarli in diversi sotto-percorsi, caratterizzati dall'intensità dei servizi richiesti e da altre variabili cliniche. Per l'applicazione del metodo è tuttavia essenziale rilevare il dato di prevalenza in ogni regione degli anziani non-autosufficienti, secondo il grado di n.a. Un primo inizio potrebbero essere le statistiche delle commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile (secondo le diverse percentuali riconosciute), depurate degli eventuali illeciti. Il limite di questo approccio – peraltro comune anche all'attuale procedura di calcolo della quota capitaria del SSN – è di non essere analitico e, quindi, di non permettere una verifica puntuale delle quantità di prestazioni consumate. Questo aspetto, tuttavia, rileva per la fase di monitoraggio e riguarda il controllo sugli erogatori di prestazioni – soprattutto privati convenzionati – e la soddisfazione degli utenti, che può essere risolto con altri strumenti (ad es. controlli a campione, questionari sulla soddisfazione dei pazienti).

L'approccio alternativo potrebbe essere il metodo analitico[25], che prevede tre passaggi: (i) l'identificazione (e codifica) delle prestazioni socio-assistenziali incluse, (ii) la loro quantificazione in termini di numero medio/standard per persona e (iii) il calcolo del costo medio per prestazione. La moltiplicazione tra quantità e costi unitari delle prestazioni definisce le risorse spendibili per persona e per LEP. Si tratta di un percorso lungo, complesso e non del tutto soddisfacente perché ogni LEP andrebbe definito in relazione agli altri, essendo alcune prestazioni sostitutive o complementari alle altre. Nei primi anni '90 fu sperimentato per la sanità, ma presto abbandonato per la sua impraticabilità e l'insufficienza di risorse necessarie a garantire standard adeguati. Allo stato attuale non sembra proponibile, soprattutto per la mancanza delle informazioni di base sul numero e sui costi delle prestazioni. Ciò non fa venire meno l'esigenza di raccogliere oggi quante più possibili informazioni sul numero e sui costi delle prestazioni socio-sanitarie e assistenziali.

A regime, la ripartizione delle risorse dovrebbe comprendere anche le erogazioni monetarie per le prestazioni di assistenza, custodia e supporto delle badanti o per la quota sociale della retta nelle RSA. Per la ripartizione serve conoscere il numero effettivo delle persone non-autosufficienti ed effettuare una previsione sugli ingressi e le uscite (nuovi casi e casi cessati). Le indennità monetarie dovrebbero essere commisurate al grado di non-autosufficienza presente nel titolare, secondo le valutazione della commissione medico-sociale.

8. Il monitoraggio e controllo delle prestazioni e della spesa[26]

Il finanziamento standard per persona nel bisogno, assegnato alle Regioni, alle ASL e ai Comuni, è una somma probabilistica con la quale dovranno rispondere alle necessità poste delle loro popolazioni[27]. Tuttavia la quantità e qualità di prestazioni che con quella cifra saranno erogate dipende (i) dalla capacità di governo della domanda a livello locale e (ii) dall'efficienza nella

[25] Non si ritiene consigliabile il metodo attuale per il Fondo sanitario a causa dei numerosi problemi evidenziati

[26] Una discussione più ampia del sistema di monitoraggio si trova nel capitolo 17, di Caruso.

[27] Allo stesso tempo rappresenta un trasferimento di rischio finanziario dal delegante al delegato

produzione dei servizi, se questi sono a gestione diretta. Il finanziamento standard è calcolato in modo da risultare equo tra le varie popolazioni regionali ("a diversità di bisogni, diversità di risorse", secondo il principio di equità verticale), ma la spesa risultante a posteriori non garantisce necessariamente l'eguaglianza di trattamento dei cittadini. Diviene quindi cruciale monitorare in corso d'opera e controllare a posteriori l'effettiva erogazione di prestazioni per comparare le situazioni locali e adottare le necessarie misure correttive. Il controllo sulla spesa sanitaria e sociale (ivi inclusi l'efficienza e i costi delle prestazioni) risponde anche a finalità economiche e di controllo del debito pubblico, ma in questa sede questa preoccupazione è meno rilevante. Il fuoco dell'attenzione è sui diritti dei cittadini alle prestazioni e sull'equità di accesso/uso dei servizi.

Non si entra nel merito delle procedure e degli indicatori socio-sanitari necessari al controllo, ma si vogliono semplicemente richiamare alcuni aspetti che l'esperienza del SSN e del *welfare* dei Comuni hanno dimostrato essere cruciali.

Il primo punto è che i controlli devono essere *tempestivi*. Le informazioni dovrebbero essere disponibili in tempi brevi, almeno a livello locale (se annuali entro il trimestre dell'anno successivo; se semestrali, entro il mese seguente), per permettere di intervenire e correggere gli scostamenti. Le informazioni tardive (dopo due anni, come avviene per molti dati del SSN) servono solo a scopi statistici e non di *policy*.

Gli indicatori dovrebbero essere *orientati alle persone* e non genericamente all'attività o alla spesa dei servizi. Le informazioni attualmente disponibili sono di tipo funzionale o economico e permettono solo di calcolare valori medi pro-capite. Ciò che serve è il collegamento tra prestazioni, spesa, esiti e le persone che effettivamente hanno avuto accesso ai servizi (gli "utenti"[28]). Con gli attuali sistemi informativi è possibile effettuare il collegamento tra il codice assistito e il codice della prestazione (una volta che questa sia identificata). Inserendo la tariffa della prestazione è possibile ottenere anche la spesa per utente.

A questo scopo servirebbe una batteria di:

- indicatori di bisogno (n. di persone secondo la tipologia di bisogno sanitario-assistenziale)
- indicatori di processo (n. di prestazioni per tipo, qualità dei servizi, efficienza)
- indicatori di equità di accesso/uso
- indicatori di esito o di soddisfazione degli utenti.

Gli indicatori di bisogno si riferiscono ovviamente ai bisogni espressi, ma attraverso opportune tecniche statistiche si possono stimare anche i bisogni attesi, date le caratteristiche della popolazione locale. I dati sul bisogno possono scaturire dalle rilevazioni di tipo amministrativo oggi condotte per vari scopi (ad es. dai Comuni, dall'INPS, ecc.). Associati a questi vi dovrebbero essere le tradizionali caratteristiche socio-demografiche delle persone nel bisogno. Gli indicatori di processo attengono al grado di copertura dei bisogni tramite un numero adeguato, per quantità e qualità, di prestazioni. Gli indicatori di equità (che generalmente non sono disponibili) dovrebbero misurare le opportunità di accesso o gli usi effettivi di prestazioni a parità di bisogno. Si possono calcolare a partire dal primo gruppo di indicatori. Gli indicatori di esito sono più difficili da valutare, sul piano logico, perché non è agevole individuare un nesso di causa-effetto tra utilizzo dei

[28] Persone che nel periodo hanno utilizzato almeno una prestazione

servizi e risultati sulla qualità di vita. Tuttavia uno sforzo andrebbe fatto in questa direzione, perché sono l'esito e la qualità di vita ciò che realmente conta per gli anziani non-autosufficienti.

Gli indicatori e le verifiche dovrebbero essere anche di tipo *macro-economico* e riguardare il rispetto dei vincoli settoriali di spesa (LEA)[29], le quantità e i costi unitari delle prestazioni fissati in sede di ripartizione del budget tra le regioni. Le verifiche dovrebbero essere effettuate dallo Stato nei confronti delle Regioni ed avere implicazioni sulle quote di assegnazione del budget successivo. Il processo sarebbe favorito dalla disponibilità di statistiche sul numero di prestazioni consumate e sul loro costo[30]. A livello infra-regionale il controllo servirebbe a migliorare la *trasparenza* nei rapporti tra gli amministratori e la popolazione. Infatti potrebbe rivelare che alcuni servizi non sono disponibili in quantità sufficiente perché vi sono stati eccessi di costi o di consumi di prestazioni in altri settori, che hanno sottratto le risorse necessarie. I dati sulle quantità di prestazioni servirebbero anche a controllare gli erogatori (specialmente privati accreditati), qualora il servizio fosse erogato sulla base di un *voucher* per ciclo di trattamento, che non specifica il numero di prestazioni.

Un ultimo aspetto riguarda il sistema di incentivi e sanzioni (v. cap. 17). L'esperienza del SSN prova che il sistema delle verifiche e rendicontazioni (ad es. la Relazione annuale) non è mai stato accompagnato da *sanzioni* o che queste non sono mai state realmente efficaci. L'unica vera e ultimativa sanzione è il ripiano del disavanzo da parte della regione e l'adozione di un piano di rientro, assistito dal Governo, se sono superati i parametri di legge. Tuttavia anche in questo caso nulla garantisce che la maggiore spesa abbia effettivamente prodotto una maggiore quantità e qualità di prestazioni. Alla luce delle esperienze passate, sembra preferibile affidarsi ai meccanismi automatici ed espliciti (*built-in*) dei criteri di riparto (vincoli per LEA, costi standard per percorso, costi e quantità standard), che possano indirizzare l'attività degli enti coinvolti, e a verifiche tempestive accompagnate da nuovi impegni da parte delle regioni inadempienti.

Riferimenti Bibliografici

AIFA (2009), *L'uso dei farmaci in Italia,* Rapporto nazionale 2008, Roma

CEIS, *Rapporto Sanità 2008*, Roma 2009

Comitato Ospedalizzazione Domiciliare (2002), *Caratterizzazione dei servizi di cure domiciliari Documento conclusivo*, Ministero della Salute, Roma, 30 settembre 2002

France G. (2006), *Federalismo e sanità*, Milano, Giuffrè Editore.

Gori, C (a cura di), 2008, *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci.

ISTAT (2008), *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. Anno 2005*, Roma

Mapelli V. (2004), *Bisogni sanitari, consumi e spesa nella base dati di un'Asl lombarda*, in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2004*, Bologna, Il Mulino, pp. 147-170

[29] La verifica dovrebbe essere conclusa prima della nuova ripartizione del budget nazionale

[30] Uno degli scopi principali del metodo analitico di calcolo del fabbisogno (metodo 3) è precisamente questo

Mapelli V. (2006), *Le risorse addizionali del SSN per i non autosufficienti*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Bologna, Il Mulino, pp 375-394

Mapelli V. (2009), *La perequazione degli standard sanitari delle Regioni*, in Arachi G, Mapelli V, Zanardi A., *Prime simulazioni del sistema di finanziamento e di perequazione di Regioni e Comuni previsto dal ddl sul federalismo fiscale*, mimeo, Roma, 2009, pp. 74

Ragioneria Generale dello Stato (2008), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n. 10, Roma

Scaccabarozzi G. et al. (2007), *La remunerazione delle attività di assistenza domiciliare*, in Falcitelli N., Langiano T., *La remunerazione delle attività sanitarie. Caratteristiche attuali e ipotesi evolutive* , Bologna, il Mulino, p. 89-118, 2007

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)

Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 17

Sistema informativo e monitoraggio per la realizzazione dei livelli essenziali per la non autosufficienza

di

Enza Caruso

Luglio 2010

1. Introduzione

In Italia le persone non autosufficienti con totale mancanza di autonomia secondo i dati Istat sono circa 2,7 milioni, di cui 2 anziani. Se si includono le persone che hanno bisogno di aiuto per svolgere attività essenziali (come alzarsi da una sedia o vestirsi) il numero sale a circa 7 milioni, il 13% della popolazione. I documenti previsionali di finanza pubblica ci ricordano che la non autosufficienza è un settore che necessiterà sempre più di risorse a causa soprattutto delle disabilità e delle patologie legate all'invecchiamento della popolazione. Come sono soddisfatti i diritti esigibili alla salute, al sostegno sociale ed economico nelle diverse aree del Paese? A quale definizione di fabbisogno dovrà rispondere il diritto all'assistenza dei soggetti non autosufficienti nel quadro del decentramento della nuova legge delega n.42/2009? Le risposte sono, ad oggi, complesse e deludenti: le informazioni disponibili sono parziali e restituiscono un'immagine sfocata della realtà; più spesso siamo noi ad essere strabici, proponendo interpretazioni basate su informazioni che descrivono solo una parte della storia; manca un sistema informativo coordinato tra i diversi livelli di governo che fornisca le informazioni necessarie per un'appropriata definizione di costi e fabbisogni. D'altro canto la rilevazione di flussi informativi nazionali (e sovranazionali) omogenei e completi costituisce un elemento indispensabile per la definizione e il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza.

Il presente contributo, partendo dalla necessità di pervenire ad una corretta misurazione dei costi e dei fabbisogni standard nel quadro della recente legge delega sul federalismo fiscale, è dedicato allo stato dell'arte dell'informazione disponibile nel settore sociale della non autosufficienza. Le pagine che seguono sono così organizzate.

Il secondo paragrafo affronta le problematiche connesse alla misurazione dei fabbisogni standard, concetto da legare al finanziamento dei bisogni secondo criteri di equità, e dei costi standard, concetto da legare alla produzione dei servizi secondo criteri di efficienza e appropriatezza.

Il terzo paragrafo ricostruisce il quadro generale della spesa sociale e pone l'accento sulle difficoltà a ricomporre le risorse e le prestazioni dedicate alla non autosufficienza, difficoltà non certo superate dall'*Indagine sugli interventi e sui servizi sociali dei Comuni* dell'Istat, di cui si evidenziano i limiti.

Il quarto paragrafo è dedicato alla progettualità dei nuovi flussi informativi nazionali nell'area socio-sanitaria che assumono come base di riferimento i beneficiari delle prestazioni.

Nel quinto paragrafo si esplora il campo informativo-progettuale dell'area socio-assistenziale.

Infine, l'ultimo paragrafo propone alcune considerazioni per la strutturazione del processo di monitoraggio all'interno del Patto di convergenza previsto dalla l. 42/2009.

Le conclusioni con alcune indicazioni di *policy* chiudono il presente contributo.

2. La definizione del fabbisogno e del costo standard: una questione controversa

Nel campo socio-assistenziale, a differenza di quanto accade nel settore sanitario, non esiste un fabbisogno definito a livello macroeconomico, fondamentalmente perché non è mai esistita una programmazione nazionale. La legge 328/2000 e il conseguente *Piano Nazionale degli interventi e dei servizi 2001-2003* erano specificatamente intesi a colmare questa lacuna. Da allora un accesso dibattito, stimolato dalla modifica del Titolo V della Costituzione, ha animato la scena per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni *sociali* da garantire su tutto il territorio nazionale, certamente non senza contraddizioni posto che la stessa Costituzione riserva la programmazione socio-assistenziale alla competenza esclusiva delle Regioni.

Ricomporre la spesa sociale per l'assistenza rivolta ai soggetti non autosufficienti rappresenta un'operazione che incontra notevoli difficoltà, e allo stato attuale l'informazione disponibile non è ancora in grado di fornire al *policy maker* un quadro completo capace di indirizzare le azioni delle Regioni per assicurare una corretta distribuzione delle prestazioni su tutto il territorio nazionale come richiesto dalla nostra Costituzione. Manca per dirla con parole un po' crude l'*elenco* delle prestazioni e con esso il *livello*, ovvero le misure che qualificano e quantificano il diritto all'assistenza[1]. Per definire un fabbisogno standard, appropriato e rispondente a principi di equità, però i parametri non possono che essere rintracciabili sul campo a partire dalle risorse e dalle prestazioni attualmente ricomprese nelle politiche sociali. Le politiche per la non autosufficienza, su cui in questa sede si focalizza l'attenzione, presentano però una particolarità: sono trasversali tra i diversi livelli di governo e più specificatamente rappresentano un insieme congiunto tra funzioni risarcitorie di previdenza sociale, di competenza centrale, funzioni socio-sanitarie, di competenza concorrente tra lo Stato e le Regioni, e funzioni socio-assistenziali delegate all'autonomia delle Regioni secondo le preferenze delle comunità locali. Si tratta di un insieme che stenta ancora ad essere affrontato in forma coordinata.

La questione è complessa. Il dettato costituzionale prescrive che allo Stato spetta la funzione di definire i *livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali* di cui alla lett. m) e le *funzioni fondamentali* di cui alla lett. p) dell'articolo 117, nonché di reperire le risorse adeguate sul lato finanziario per la loro garanzia su tutto il territorio nazionale. Si tratta di risorse che sottostanno alla dicitura dell'articolo 119, ovvero i *tributi ed entrate propri*, che insieme alle *compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio* e al *fondo perequativo senza vincoli di destinazione*, devono assicurare *il finanziamento integrale delle funzioni assegnate agli enti inferiori di governo*. In questa assegnazione rientrano le funzioni assistenziali per le quali, nonostante configurino un diritto esigibile su tutto il territorio nazionale, la Costituzione ne riserva il disegno di programmazione non già alla legislazione nazionale, bensì alla competenza regionale. Lo Stato, garante dei diritti esigibili, deve assicurare agli enti sub-centrali risorse adeguate per le funzioni loro assegnate e allo stesso tempo verificare che i livelli essenziali delle prestazioni siano soddisfatti ovunque ovvero, in caso negativo, eventualmente sostituirsi al potere locale secondo

[1] Sull'argomento un'ampia discussione sull'assetto definitivo della Costituzione, che non è esente da problemi si trova in Servizi Nuovi (2008).

quando prescritto nell'articolo 120 della Costituzione. Entro questo quadro deve essere circoscritto il processo di decentramento sancito dalla Costituzione riformata.

La recente legge delega in materia di federalismo fiscale in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione (l. 42/2009) costruisce una nuova (e complessa) architettura di finanziamento degli enti decentrati di governo, da realizzarsi senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica. Da un lato, il disegno della perequazione tra le diverse giurisdizioni è fortemente concentrato nell'individuazione delle fonti di copertura delle spese degli organi decentrati di governo, in sostituzione dei trasferimenti[2]. Dall'altro, si annuncia il graduale superamento del finanziamento della spesa storica in favore del fabbisogno standard per i livelli essenziali delle prestazioni e per le funzioni fondamentali (art. 2, c. 2, lett. m). Allo stesso tempo, la legge delega sottolinea che il fabbisogno standard insieme al costo standard costituiscono il criterio per comparare e valutare l'efficacia e l'efficienza dell'intervento pubblico (art. 2, c. 2, lett. f). Il disegno del finanziamento dei LEP nel quadro della legge delega è accuratamente descritto da Bosi, Guerra e Silvestri in questo rapporto.

La determinazione del fabbisogno e del costo standard costituisce quindi una delle sfide più impegnative da affrontare nei prossimi mesi per l'attuazione del federalismo fiscale. Nella letteratura specialistica la perequazione e la quantificazione dei fabbisogni e dei costi standard sono materie assai dibattute [Boadway e Shah, 2007]. Sia sul piano teorico che sul terreno della prassi il dibattito distingue gli schemi di perequazione delle capacità fiscali, che possono configurarsi secondo logiche di tipo verticale o orizzontale, da quelli fondati sui fabbisogni di spesa e sui costi standard, per i quali uno schema di solidarietà orizzontale alla "Robin Hood" appare impensabile: in questa visione per i servizi che i governi locali devono necessariamente assicurare, il fabbisogno standard può essere determinato e controllato solo dal governo centrale e pertanto sia per ragioni redistributive che allocative la perequazione non può che essere verticale [Dafflon, 2007]. In linea con il dibattito della letteratura, la legge delega ha recepito queste argomentazioni.

È evidente che il livello di governo che decide lo standard si deve anche far carico delle risorse che lo assicurano. Nell'ambito delle risorse per le funzioni assistenziali, fino ad oggi lasciate alla libertà dei governi locali, diventa allora necessario definire il livello "essenziale" di assistenza che il governo locale, per mandato, deve necessariamente produrre. Una volta definiti i LEP (operazione non certo facile, ma sulla quale non ci concentra in questa sede), si tratta di capire come possono essere standardizzate le spese, ovvero come possono essere misurate le differenze oggettive nei costi di produzione dei servizi e nei bisogni da soddisfare. Differenze da cui necessariamente non si può prescindere per una corretta impostazione di un sistema di monitoraggio dei diritti esigibili.

Fabbisogni di spesa e costi possono infatti variare tra le diverse giurisdizioni per ragioni esogene al comportamento degli enti locali. Alti livelli di spesa possono associarsi ad esempio ad elevati livelli di output e di qualità dei servizi (riflettendo preferenze locali: si pensi per esempio al comune di Modena che dedica quasi la metà della spesa corrente alle politiche sociali), oppure essere determinati da inefficienze nell'allocazione dei fattori produttivi.

[2] Per l'architettura delle fonti di entrate si veda M.C.Guerra e S. Giannini (2009) e G. Arachi e A. Zanardi (2009).

Dal punto di vista metodologico le informazioni sulla spesa dovrebbero essere congegnate in maniera da permettere di isolare le componenti esogene che influenzano gli standard dalle quote attribuibili alle preferenze locali, cercando di identificare correttamente le inefficienze di produzione. Fabbisogni di spesa e costi di produzione non devono essere confusi e le differenze di spesa incorporano differenze in questi due fattori [Bird e Vaillancourt, 2005]. Il costo standard per unità di servizio deve infatti non solo riflettere un'efficiente allocazione dei fattori produttivi (input) ma anche incorporare quei fattori ambientali che esulano dal comportamento del governo locale, quali le caratteristiche geografiche del luogo di produzione o la densità della popolazione, contribuendo a spiegare le differenze nei costi di produzione tra le giurisdizioni. D'altro canto le differenze nei fabbisogni riflettono più propriamente le caratteristiche demografiche, sociali ed economiche della popolazione servita che non è uniformemente distribuita tra i territori. La valutazione di queste differenze è estremamente importante nel campo dei servizi alla persona e soprattutto per l'allocazione della spesa sociale. Per esempio l'evidenza internazionale ha largamente provato la relazione che sussiste tra le condizioni di salute e il reddito delle persone: più si è ricchi meglio si sta. Così come è vero che la probabilità di divenire non autosufficienti aumenta con l'età.

Il fabbisogno standard dei LEP, come sostenuto da Bosi, Guerra e Silvestri in questo rapporto, potrebbe essere semplicemente definito come il prodotto dei costi standard per unità di servizio per le quantità standard da garantire moltiplicate per il numero dei beneficiari effettivi delle prestazioni. Il costo standard dovrebbe peraltro essere riferito ad un dato bacino di utenza, potenzialmente in grado di catturare eventuali economie di scala, anche tenendo conto di peculiarità locali.

Teoricamente, se le informazioni sugli output e sugli outcomes fossero raccolte in maniera accurata sarebbe possibile specificare una corretta funzione di costo per ogni funzione delegata agli enti sub-centrali di governo in grado di isolare l'inefficienza e da cui trarre un indice di fabbisogno [Reschovsky, 2007]. A partire da una funzione di produzione così specificata:

$$S_{ij} = g(X_{ij}, Z_{ij}) \quad [1]$$

che esprime il livello del servizio pubblico *j* fornito dalla giurisdizione *i* in funzione di un vettore di input X_{ij} e di un vettore di fattori ambientali Z_{ij} che contribuiscono a spiegare la relazione tra gli input e gli output, è possibile derivare una funzione di costo

$$E_{ij} = f(X_{ij}, P_{ij}, \varepsilon_{ij}) \quad [2]$$

che specifica la relazione tra la spesa del servizio pubblico E_{ij} e le quantità X_{ij} e i prezzi degli input P_{ij}, controllando per un vettore di caratteristiche non osservate ε_{ij} che influenzano la spesa del governo locale, il cui livello elevato potrebbe essere determinato per esempio da inefficienze tecniche di produzione oppure da altri fattori che influenzano il fabbisogno. Risolvendo la [1] per X_{ij} e sostituendo nella [2] la funzione di costo può essere così rappresentata:

$$E_{ij} = h(S_{ij}, P_{ij}, Z_{ij}, \varepsilon_{ij}, u_{ij}) \quad [3]$$

con u_{ij} termine di errore casuale. Ciò significa che per individuare correttamente una funzione di costo – possibilmente disaggregato per funzioni svolte – oltre ai dati di spesa che riflettono tra l'altro anche le preferenze, è necessario poter contare su dati di output S_{ij}.

Nella pratica, considerando che l'output è una variabile endogena che si determina simultaneamente con la spesa, il problema può essere risolto avvalendosi di stime a doppio stadio, dove la regressione al primo stadio cerca di spiegare le differenze nell'output ricorrendo sia a variabili strumentali quali il reddito, il gettito di tributi di scopo locali etc. sia ad indicatori che aiutano a spiegare le preferenze locali [Reschovsky, 2007]. Per i servizi sociali un utile indicatore può essere rappresentato dal tasso di occupazione femminile. L'inefficienza produttiva può essere invece colta attraverso stime più sofisticate, utilizzando le tecniche della frontiera stocastica o della Dea (*Data envelopment analysis*) che tuttavia restano fortemente sensibili alla specificazione delle variabili nel modello.

Difficilmente però le informazioni sono raccolte in forma accurata e ciò impedisce di stimare in forma appropriata la funzione di costo. Per ovviare al problema si può sostituire la stima della funzione di costo con la stima della funzione di spesa. In altre parole, la spesa pro capite per ciascuna funzione svolta dal governo locale viene regredita in funzione di variabili diverse dall'output. La specificazione della funzione di spesa può essere quindi descritta come:

$$E_{ij} = k(P_{ij}, Z_{ij}, F_{ij}, u_{ij}) \quad [4]$$

dove F_{ij} indica il vettore delle variabili che contribuiscono a spiegare le preferenze locali di una maggiore produzione per un dato servizio pubblico *j* (e.g. livello del reddito, base imponibile, gettito associato ai tributi locali superiore a quello standard etc.), mentre nel termine di errore si scarica anche il diverso grado di efficienza dei singoli enti rispetto a quello medio. In una funzione di spesa è comunque difficile separare le variabili che influenzano la domanda standard da quelle che invece sono indicative delle preferenze del governo locale. Il problema della misura del fabbisogno di spesa standard nella pratica viene superato tenendo fisse le stime al livello medio del vettore F_{ij} e facendo variare quelle dei vettori P_{ij} e Z_{ij} secondo il loro valore effettivo in modo da riflettere nello standard solo le componenti dei costi e dei bisogni fuori dal controllo degli enti locali (e.g. popolazione sopra i 65 anni per i servizi per non autosufficienti) [Reschovsky, 2007 e Shah, 1996].

Implicitamente, abbiamo sopra descritto due tecniche che in forma *feasible* permettono nella prassi di misurare i fabbisogni standard sia in termini relativi rispetto ad un valore medio sia in valori assoluti a partire dai dati di spesa (che nel caso italiano non possono inizialmente che essere quelli di spesa storica). Tali tecniche sono note come *Regression based cost approch* (RCA) nel

caso della stima di una funzione di costo, e *Representative expenditure system* (RES) per la stima dell'equazione di spesa, ciascuna delle quali presenta pregi e difetti.

Per esempio, il primo metodo soffre di problemi di endogeneità ma permette di includere tra le variabili specificate oltre ad indicatori di domanda anche indicatori di offerta capaci di catturare le economie o diseconomie di scala.

Il secondo metodo invece identifica un sistema rappresentativo di spesa sotto l'ipotesi che la produzione avvenga a costi unitari costanti (implicitamente si assume l'assenza di economie di scala). Detto in altri termini, il fabbisogno standard non è altro che la spesa procapite media corretta per quei fattori esogeni che oggettivamente incidono strutturalmente sui costi e sui bisogni (fattori ambientali o caratteristiche demografiche, sociali e economiche). La perequazione del fabbisogno standard avviene per differenza rispetto al fabbisogno standard medio. Un risultato che può essere ottenuto in maniera più sofisticata e accurata mediante regressione [Shah, 1996].

Esistono tuttavia ulteriori metodi per standardizzare i fabbisogni che prescindono dai dati di spesa, e proprio per questo consentono solamente di relativizzare lo standard. Se le informazioni per comparare le diverse giurisdizioni sono fortemente limitate, l'approccio da seguire potrebbe essere quello delle *Variabili ad hoc*, fondato sul giudizio di esperti che definiscono quali fattori di input bisogna considerare per produrre un dato output nel modo più efficiente ed efficace possibile. Il metodo si traduce nelle *best practices* ma si allontana dal criterio dell'efficienza economica che richiede l'incorporazione tra le variabili dei fattori ambientali oltre che la considerazione di bisogni diversificati da zona a zona [Reschovsky, 2007]. Per questo finisce per dipendere fortemente della contrattazione politica. Se, diversamente, le informazioni sono numerose e fortemente correlate la varianza del fabbisogno può essere meglio spiegata con la tecnica statistica dell'*Analisi delle componenti principali*, assumendo i residui come pesi delle variabili rilevanti per la costruzione dell'indice relativo dei bisogni.

In sintesi, le metodologie RCA e l'aggregazione statistica delle variabili rilevanti applicano un approccio *top-down* che richiede però una mole sufficiente di informazioni da associare ai fabbisogni di spesa. D'altra parte la metodologia RES e la costruzione delle *best practices* adottano l'approccio *bottom-up* utilizzato particolarmente quando gli indicatori disponibili sono pochi [Dafflon e Mischler, 2007]. Resta il grosso limite in quest'ultimo approccio della mancata considerazione delle possibili economie di scala nella valutazione ottimale dei servizi da produrre.

Nel dibattito tra gli economisti italiani interessati alla materia non sembra evidenziarsi una convergenza [Muraro, 2008]. Petretto nel suo intervento di presentazione al Rapporto 2009 della finanza pubblica italiana, ha sottolineato le divergenze di veduta per la determinazione di costi e fabbisogni standard.

Qualsivoglia metodologia si intenda utilizzare per definire fabbisogni e costi standard è fondamentale che sia capace di controllare sia le preferenze locali che i disincentivi ad una produzione efficiente in ragione della perequazione. E, in ogni modo, le variabili devono essere prima di tutto disponibili, e dunque accuratamente selezionate in relazione alle funzioni da svolgere, linearizzate per entrare correttamente nei modelli, controllate nei loro effetti nel tempo.

L'accuratezza delle informazioni necessarie per misurare costi e fabbisogni standard, in un contesto di decentramento delle funzioni e delle risorse ad esse assegnate, è oramai diventata una questione cruciale che richiede un forte coordinamento tra i diversi livelli di governo, ma soprattutto estrema

trasparenza per la condivisione dei dati. Diversamente il rischio di commettere errori nel separare i fattori esogeni dalla X-inefficienza e dalle preferenze locali che impattano sui livelli di spesa appare molto elevato.

Nel disegno della legge delega 42/2009 il problema delle informazioni e della corretta rilevazione contabile secondo criteri omogenei assume un ruolo determinante. Il disegno della perequazione e della misurazione dei costi e fabbisogni standard è rintracciabile nella legge. Per le funzioni essenziali delle Regioni (entro cui rientrano i LEP della sanità, dell'istruzione e dell'assistenza) il fabbisogno finanziario deve essere ancorato al costo standard (art. 8 c. 1 lett. b), mentre per le spese riferite alle funzioni fondamentali degli Enti locali (entro cui rientra la spesa sociale) il fabbisogno standard (art. 11 c. 1 lett. b) è più genericamente determinato per la spesa corrente sulla base di un indicatore di fabbisogno finanziario e per la parte capitale sulla base di indicatori infrastrutturali. Più specificatamente la spesa corrente è calcolata come valore standardizzato della spesa al netto degli interessi (art. 13 c. 1 lett. c), computato secondo una quota uniforme per abitante corretta tenendo conto di fattori oggettivi di diversità (ampiezza demografica, caratteristiche territoriali, con particolare riferimento alla presenza di zone montane, caratteristiche demografiche, sociali e produttive dei diversi enti). In altre parole, sembrerebbe trattarsi per ciascun ente di una spesa procapite media nazionale corretta per i fattori ambientali e di bisogno che aiutano a spiegare le differenze tra le diverse giurisdizioni. La legge delega sottolinea poi che nella definizione del fabbisogno standard i coefficienti di correzione devono essere individuati attraverso tecniche statistiche a partire dai dati di spesa storica dei singoli Enti, tenendo conto anche della spesa relativa ai servizi esternalizzati o svolti in forma associata (art. 13 c. 1 lett. d). Il *totale* dei fabbisogni standard (di parte corrente e di parte capitale) va quindi perequato per differenza con le entrate standardizzate, calcolate cioè ad aliquota e base imponibile standard. La rappresentazione economica analitica del disegno è stata accuratamente formulata da Petretto [2009] nella sua *matetematica (ipotetica) della legge delega sul federalismo fiscale*. Tuttavia, non è chiaro nella legge se il *totale* dei fabbisogni si possa calcolare come somma dei fabbisogni per singole funzioni.

Si tratta di una disaggregazione non escludibile.

Il recente rapporto dell'Isae *Finanza pubblica e Istituzioni* di giugno 2009, prendendo come base di riferimento i Certificati di conto consuntivo rilevati dal Ministero dell'interno ha provato a simulare il fabbisogno di spesa standard da assumere come *benchmark* per i Comuni appartenenti alle Regioni a statuto ordinario. L'esercizio di stima, definito nello stesso rapporto un'analisi sommaria, parte dal presupposto che le variabili utilizzate non permettono di discriminare gli Enti né sulla base delle prestazioni offerte e loro qualità, né in funzione delle preferenze locali. Ciò impedisce di definire una funzione di costo e di rilevare le inefficienze.

L'esercizio di fatto si riduce nel regredire la spesa pro-capite E_i [3] in funzione del vettore delle caratteristiche esogene Z_i [4] e di una *proxy* delle preferenze espresse dall'autonomia

[3] La spesa è stata definita al netto degli interessi, dei contributi e trasferimenti correnti da parte della regione di appartenenze senza vincoli di destinazione per le funzioni delegate e vincolata per effetto di trasferimenti specifici da parte dell'Ue o organismi internazionali, e delle spese straordinarie che hanno carattere occasionale.

[4] Il vettore delle caratteristiche esogene include indicatori demografici (inversa della popolazione, anziani sopra i 65 anni, convivenze e densità abitativa), indicatori economici (tasso di occupazione nel settore manifatturiero,

impositiva[5]. Quest'ultima in quanto variabile endogena (per la simultaneità tra le decisioni di spesa e di entrata) ha reso necessaria una regressione a due stadi[6]. Il valore di *benchmark* per ciascun ente è pertanto ottenuto sommando il prodotto dei coefficienti stimati per il valore delle variabili esplicative significative[7]. Le stime indicano che i Comuni della Lombardia, dell'Emilia Romagna, del Piemonte della Toscana dovrebbero ridurre la loro spesa storica, insieme a Campania e Basilicata. Un dato che sembra ricordare lo storico effetto della redistribuzione delle risorse a favore del Centro-Nord [Pisauro, 2009]. Ma le stime non sono in grado di indicare se ciò dipenda da fattori di inefficienza o da una migliore qualità e quantità dei servizi erogati, facendo venir meno il principio di comparazione e valutazione dell'azione pubblica secondo criteri di efficienza e efficacia (art. 2, c.2, lett. f). La mancanza di questo controllo vanifica le stime.

Ancor più grave è il fatto che nell'esercizio della stima del fabbisogno standard dei Comuni non si procede ad una disaggregazione per singole funzioni di spesa (procedura per esempio utilizzata nel Regno Unito, cfr. Shah, 2007), per l'inaffidabilità dei dati, seppure la legge non la esclude. L'aspetto più problematico della riforma continua infatti ad essere costituito proprio dalla necessità di organizzare un sistema coordinato e condiviso di rilevazione dei dati secondo definizioni e classificazioni omogenee, che non può limitarsi ai soli dati contabili o ambientali o ancora alle caratteristiche demografiche e socio-economiche, ma deve entrare nel merito della produzione dei servizi ovvero degli input, degli output e degli outcomes delle singole funzioni delegate agli Enti locali, per permettere di valutare anche il grado di efficienza tecnica ed economica.

È importante sottolineare, nel quadro della legge delega, che costi e fabbisogni standard insieme agli obiettivi target dei LEP e delle funzioni fondamentali assumono un ruolo di *benchmark* all'interno di un Patto di convergenza. Qualora in sede di monitoraggio si accerti il non raggiungimento degli obiettivi fissati, lo Stato dovrebbe predisporre un *Piano per il conseguimento degli obiettivi di convergenza* volto ad accertare le cause degli scostamenti e a stabilire le azioni correttive da intraprendere (art. 18). Come definire questo *benchmark* di spesa verso cui far convergere le diverse realtà è allo stato attuale una questione controversa, soprattutto in ragione del fatto che in esso si accavallano sia la definizione dei costi standard propria del LEP che quella del fabbisogni standard da assumere per le funzioni fondamentali degli enti locali.

Al di là degli approcci adottati sembrerebbe utile cominciare a mettere insieme tutte le risorse dedicate alla non autosufficienza – la spesa storica, da cui inizialmente non si può prescindere – indipendentemente dal livello di governo cui è affidata la gestione della spesa, ovvero quella di competenza centrale legata alle indennità di accompagnamento, quella sanitaria di

---

occupati nel settore alberghi e ristoranti, unità locali procapite, abitazioni procapite), indicatori territoriali (superficie territoriale, dummy per mondanità dei comuni) e indicatori di contesto istituzionale (dummy per comune capoluogo).

[5] Per le preferenze locali sono considerate le entrate tributarie procapite al nello del gettito della compartecipazione Irpef, assimilabile ad un trasferimento statale, e la somma degli utili netti delle aziende partecipate e dei dividenti di società analoghe e altri proventi dell'Ente.

[6] Le entrate tributarie procapite riferite alle preferenze locali sono state pertanto strumentate con il reddito imponibile medio relativo al gettito di compartecipazione Irpef.

[7] Da osservare che probabilmente in questa regressione poteva essere più corretto definire lo standard ci ciascun ente applicando la metodologia RES, ovvero mantenendo la *proxy* delle preferenze locali a valore medio e facendo variare le Z_i.

competenza delle Asl per l'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare, e quella più propriamente assistenziale conferita ai Comuni.

Il vantaggio di questa riunificazione consisterebbe nel trattare la materia della non autosufficienza in forma coordinata tra i diversi livelli di governo. In tal modo, le risorse, da considerare come fabbisogno definito a livello macroeconomico, dovrebbero essere indirizzate attraverso il Patto e i Piani di convergenza verso un'opportuna e *vincolante* riallocazione: si dovrebbero cioè indurre le Asl, in particolare quelle del Sud ad ampliare i servizi per i non autosufficienti evitando che la loro spesa ricada sull'ospedaliera come spesso avviene, e gli Enti locali, a ristrutturare la composizione delle spese per le funzioni fondamentali con opportuni vincoli e adempimenti (e.g. le funzioni generali a Sud). Resta tuttavia di estrema importanza indirizzare l'azione di governo all'interno del Patto di convergenza verso l'associazione dei Comuni per la fornitura di servizi sociali che per poter operare in modo efficiente ed efficace necessitano di rivolgersi ad un numero ottimale di beneficiari, cercando di sfruttare i fattori di scala.

A sostegno di questa tesi, aiuta prendere ad esempio il patto di stabilità sanitario, ovvero l'insieme dei vincoli e degli adempimenti sanciti con l'intesa del 23 marzo del 2005 (e successive modificazioni) che ha permesso di recuperare efficienza nel settore. Patto che vincola il finanziamento a criteri di premialità (97% del finanziamento ex-ante) e penalità (innalzamento delle aliquote delle addizionali ai massimi livelli e restrizioni dei finanziamenti) e che sta producendo buoni risultati nella ristrutturazione della spesa sanitaria con la verifica ex-post nei tavoli di monitoraggio [Caruso e Dirindin, 2008 e 2009].

3. Quale informazione è allo stato attuale disponibile per il policy maker?

Il presente paragrafo tenta di ricomporre le risorse per la funzione che interessa il sostegno per la non autosufficienza. Sul piano macroeconomico, per finalità sovranazionali, la Ragioneria generale dello Stato perviene a definire il perimetro della non autosufficienza mettendo insieme trasferimenti monetari e *in kind* forniti dai diversi livelli di governo. Si tratta di poste che a rigore dovrebbero essere rintracciate nei conti Sespros di contabilità nazionale. Un esercizio che però incontra non poche difficoltà.

Più dettagliatamente, per il livello centrale di governo si considerano i trasferimenti monetari collegati alle indennità di accompagnamento erogate dall'Inps. Per il livello regionale di governo (le Asl) si valutano le poste della spesa sanitaria rintracciabili nei modelli LA riferite al 100% dell'assistenza semiresidenziale, residenziale e della lungodegenza e al 90% dell'assistenza ambulatoriale e domiciliare, dell'assistenza psichiatrica e dell'assistenza ai tossico-dipendenti e alcolisti[8]. Bisogna sottolineare però che i modelli LA sono spesso costruiti a tavolino spalmando secondo percentuali definite la spesa rilevata nei modelli CE le cui voci non permettono di identificare con precisione la spesa che si vuole far ricomprendere nell'area della *Long term care*. Infine, per il livello locale di governo (prevalentemente i Comuni) in mancanza di informazioni dettagliate che impediscono di delimitare la non autosufficienza nei conti Sespros ci si serve dei trasferimenti in denaro degli enti decentrati (in buona parte riconducibili alle indennità di

[8] Per maggiori dettagli metodologici si rimanda a RGS [2008] e Aprile e Vestri [2006, 2009].

accompagnamento gestite dalle Regioni a statuto speciale), delle prestazioni residenziali riservate agli ospiti che ricevono un significativo contributo pubblico socio-assistenziale nei presidi residenziali, e infine per le rimanenti prestazioni in natura non residenziali mediante il ricorso all'*Indagine sulle condizioni di salute* dell'Istat (la multiscopo) che rileva l'assistenza domiciliare di natura non esclusivamente sanitaria.

Ma cosa accade se dal livello aggregato della spesa ci si addentra nel merito delle differenze territoriali per le funzioni specificatamente assegnate agli Enti locali? Le informazioni disponibili, allo stato attuale, sono quelle rilevate dall'Istat con l'*Indagine sugli interventi e sui servizi sociali dei Comuni singoli e associati* che tuttavia soffre ancora di gravi lacune che non permettono di delimitare l'area della non autosufficienza.

Facciamo allora un passo indietro. Uno sguardo ai conti Sespros ci mostra che in dieci anni a fronte di una dinamica nominale del Pil pari al 32%, la spesa pubblica per la protezione sociale, pari a circa 367 miliardi nel 2007, è cresciuta del 36%. A ben vedere, lo scostamento è spiegato principalmente dalla difficoltà di comprimere la spesa sanitaria e dalle maggiori risorse dedicate all'assistenza (+45%). In termini di incidenza, le prestazioni previdenziali pesano sul totale della protezione sociale pubblica per il 66% nel 2007 contro il 71% nel 1997. L'incidenza della previdenza sul Pil non ha invece subito modificazioni restando invariata al 15,8%. Un quadro diverso caratterizza invece sanità e assistenza. La prima, come classificata dall'Istat, è passata nella composizione della spesa pubblica per la protezione sociale dal 22 al 26% con un'incidenza sul Pil dal 4,9 al 6,2%. La seconda dal 7 all' 8% in termini di protezione sociale e dal 1,5 al 1,9% in termini di Pil. Resta il fatto che la spesa per l'assistenza continua, come lo era 10 anni fa, ad essere fortemente squilibrata verso le prestazioni monetarie pensionistiche, in particolare quelle legate alle invalidità civili[9]. Queste ultime, come è noto, sono concentrate nel Sud del Paese e fungono spesso da vero e proprio ammortizzatore sociale. Tuttavia, questi dieci anni hanno assistito anche ad una crescita delle prestazioni sociali assistenziali monetarie (diverse dalle pensioni) erogate principalmente a livello centrale[10] e in misura minore a livello locale, e delle prestazioni in natura prevalentemente erogate a livello locale, che complessivamente secondo i conti Sespros sono più che raddoppiate da 4,6 mld nel 1997 a 10 mld nel 2007, evidenziando una crescita di otto decimi di punti percentuali in termini di incidenza sulla protezione sociale (da 2% a 2,8%) e di tre decimi di punti sul Pil (da 0,4% a 0,7%).

[9] L'accertamento della condizione di invalido civile è stata trasferita alle Regioni.

[10] Occorre, sottolineare che buona parte dell'incremento della prestazioni monetarie registrate nella poste *Altri assegni e sussidi* sono erogate a livello centrale, incorporando sia gli assegni di maternità e per i tre figli disposti con la finanziaria del 2000, sia gli assegni una tantum per i nuovi figli nati disposti dalle finanziarie successive.

Tab. 1 - Prestazioni di protezione sociale - Istituzioni delle Amministrazioni pubbliche *(mln di euro)* - Anni 1997 e2007

FUNZIONE E TIPO DI PRESTAZIONE	1997	1997 %PS	1997 %Pil	2007	2007%PS	2007%Pil	Var 97-07
SANITA'	**51.885**	**22,2**	**4,9**	**94.678**	**25,8**	**6,2**	**45,2**
Prestazioni sociali in natura	***51.885***	22,2	4,9	***94.678***	25,8	6,2	45,2
corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market:	*18.729*	8,0	1,8	*38.876*	10,6	2,5	51,8
- Farmaci	6.016	2,6	0,6	11.579	3,2	0,8	48,0
- Assistenza medico-generica	3.436	1,5	0,3	6.052	1,6	0,4	43,2
- Assistenza medico-specialistica	1.596	0,7	0,2	3.666	1,0	0,2	56,5
- Assistenza osped. in case di cura private	4.418	1,9	0,4	9.187	2,5	0,6	51,9
- Assistenza protesica e balneotermale	2.855	1,2	0,3	4.107	1,1	0,3	30,5
- Altra assistenza	408	0,2	0,0	4.285	1,2	0,3	90,5
corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market:	*33.156*	14,2	3,2	*55.802*	15,2	3,6	40,6
- Assistenza ospedaliera	26.121	11,2	2,5	43.704	11,9	2,8	40,2
- Altri servizi sanitari	7.035	3,0	0,7	12.098	3,3	0,8	41,8
PREVIDENZA	**165.684**	**70,9**	**15,8**	**243.139**	**66,3**	**15,8**	**31,9**
Prestazioni sociali in denaro	***165.684***	70,9	15,8	***243.139***	66,3	15,8	31,9
- Pensioni e rendite	148.869	63,7	14,2	216.380	59,0	14,1	31,2
- Liquidazioni per fine rapporto di lavoro	4.539	1,9	0,4	8.297	2,3	0,5	45,3
- Indennità di malattia, per infortuni e maternità	2.857	1,2	0,3	5.823	1,6	0,4	50,9
- Indennità di disoccupazione	3.477	1,5	0,3	4.831	1,3	0,3	28,0
- Assegno di integrazione salariale	843	0,4	0,1	833	0,2	0,1	-1,2
- Assegni familiari	4.244	1,8	0,4	6.427	1,8	0,4	34,0
- Altri sussidi e assegni	855	0,4	0,1	548	0,1	0,0	-56,0
ASSISTENZA	**16.072**	**6,9**	**1,5**	**29.061**	**7,9**	**1,9**	**44,7**
Prestazioni sociali in denaro	***12.119***	5,2	1,2	***22.145***	6,0	1,4	45,3
- Pensione sociale	1.862	0,8	0,2	3.733	1,0	0,2	50,1
- Pensione di guerra	1.356	0,6	0,1	1.095	0,3	0,1	-23,8
- Pensione agli invalidi civili	7.375	3,2	0,7	12.933	3,5	0,8	43,0
- Pensione ai non vedenti	768	0,3	0,1	1.008	0,3	0,1	23,8
- Pensione ai non udenti	123	0,1	0,0	161	0,0	0,0	23,6
- Altri assegni e sussidi	635	0,3	0,1	3.215	0,9	0,2	80,2
Prestazioni sociali in natura	***3.953***	1,7	0,4	***6.916***	1,9	0,5	42,8
corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market	*1.733*	0,7	0,2	*2.846*	0,8	0,2	39,1
corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market	*2.220*	1,0	0,2	*4.070*	1,1	0,3	45,5
TOTALE PROTEZIONE SOCIALE	**233.641**	**100,0**	**22,3**	**366.878**	**100,0**	**23,9**	**36,3**
PIL nominale	**1.048.766**			**1.535.540**			**31,7**

Fonte: ISTAT

All'interno dei conti della protezione sociale, ai fini delle comparazioni internazionali è diventato necessario individuare le risorse dedicate alla spesa per la non autosufficienza. Secondo la definizione data dall'Ocse [2006], la spesa *Long term care* (LTC) include tutti quegli interventi rivolti a persone "dipendenti" (disabili o persone anziane) che non sono in grado di compiere, con continuità, le normali attività della vita quotidiana senza un aiuto esterno. Nelle classificazioni internazionali queste attività possono essere definite come *Activities of daily living* (ADLs), intese come autonomia nella tutela della cura della persona (mangiare, vestirsi, lavarsi e così via), oppure come *Instrumental activities of daily living* (IADLs), ovvero come autonomia nel provvedere alla cura della propria dimensione domestica, sociale o anche economica (dal prepararsi un pasto, alla capacità di andare a fare la spesa, fino alla capacità di amministrare risorse economiche).

Entro questa cornice, lo stesso manuale *System of health accounts* (SHA) traduce l'intervento pubblico, che assume contenuti di natura sia sanitaria che socio-assistenziale, come la sintesi di due forme di trasferimenti erogabili a qualsiasi livello di amministrazione: monetari e *in kind* (prestazioni socio-sanitarie o socio-assistenziali in natura)[11].

Con riguardo al sistema italiano, la spesa LTC stimata dalla Ragioneria generale dello Stato[12] [2008] ammonta per il 2007 complessivamente a 25,6 miliardi di euro pari all'1,7% del Pil (per i 2/3 attribuibile agli anziani con più di 65 anni), e somma tre componenti: la componente sanitaria a carico del SSN, come sopra definita, con un'incidenza pari al 49%; le indennità di accompagnamento erogate dall'Inps agli invalidi civili, ciechi e sordomuti che pesano per il 42% e i cui criteri di erogazione sono indipendenti non solo dai requisiti reddituali/patrimoniali ma anche da vincoli di utilizzazione; e, in forma residuale, gli interventi socio-assistenziali erogati a livello locale agli anziani e ai disabili che si traducono principalmente in prestazioni in natura (del tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare), e in minima parte in prestazioni monetarie, come per esempio i *voucher* e gli assegni di cura. Ne deriva che il 90% della spesa è rappresentato dalle prime due componenti che incidono rispettivamente per 0,8 e 0,7 punti percentuali di Pil.

In particolare, se il 12% dell'intera spesa sanitaria, ovvero circa 12,5 miliardi, è attribuibile secondo le stime della RGS alla componente sanitaria LTC, quest'ultima è costituita al 70% da prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari rivolte ad anziani e disabili con profili di consumo concentrati nella popolazione con più di 75 anni. Ciò vale anche per la quasi totalità dei trasferimenti monetari riferibili alle indennità di accompagnamento rivolti agli invalidi civili e ai ciechi. Le previsioni della RGS al 2060 stimano che queste due componenti insieme dovrebbero registrare un incremento di 1,5 punti percentuali di Pil, determinando un'incidenza che si porterebbe al 3% del Pil.

Maggiori difficoltà risente la delimitazione del perimetro della componente locale della spesa LTC, ovvero quell'insieme eterogeneo di prestazioni erogate prevalentemente dai Comuni, in forma diretta o anche attraverso servizi esternalizzati, quantificata in maniera imprecisa nelle poste contabili della funzione *assistenza* in corrispondenza degli eventi *invalidità* e *vecchiaia* nei conti Sespros della Contabilità nazionale. Più specificatamente, si tratta di 2,7 miliardi nel 2007 secondo

[11] Al riguardo si veda OCSE [2008] che nella classificazione funzionale SHA della spesa per LTC include principalmente 3 categorie: componente sanitaria relativa ai servizi di cura tutelare, componente sociale di servizi *in kind* come categoria più ampia di quella IADL (includendo per esempio anche i servizi speciali di educazione scolastica per i portatori di handicap), e infine componente monetaria collegabile alle condizioni di salute.

[12] Nell'ambito della RGS, l'ispettorato IGeSpeS svolge le funzioni di monitoraggio della spesa per le prestazioni sociali sia a livello nazionale che internazionale, valutando l'impatto del processo di invecchiamento sulla finanza pubblica.

gli ultimi dati pubblicati dall'Istat, che confluiscono nella voce *assistenza sociale*, dove si collocano le prestazioni in natura residenziali e non residenziali, e in quella *altri assegni e sussidi*, dove troviamo i trasferimenti monetari. Occorre precisare che la classificazione della spesa dei Comuni dedicata all'assistenza non permette di articolare l'ammontare complessivo delle spese per singole funzioni di intervento e a tal fine la Contabilità nazionale ricorre a stime in funzione degli occupati per branche di attività economiche legate all'assistenza sociale.

Per la previsione di questa terza componente invece la RGS procede come prima premesso, proiettando il profilo di spesa per età e per sesso dei trasferimenti locali legati alla non autosufficienza, dei contributi socio-assistenziali degli ospiti in strutture residenziali, e infine stimando dalla Multiscopo dell'Istat le prestazioni domiciliari di natura non esclusivamente sanitaria. Tali proiezioni indicano il raddoppio dell'incidenza di questa componente che si attesterebbe nel 2060 allo 0,3% del Pil e che insieme alle altre componenti precedentemente indicate estenderebbe la spesa pubblica per LTC complessivamente dall'attuale 1,7 al 3,3% del Pil[13].

Articolando il quadro per macro funzioni, è facile verificare come la spesa LTC sia fortemente squilibrata verso le prestazioni monetarie (circa il 50% della spesa LTC a favore degli anziani sopra i 65 anni). Nella composizione per servizi sull'intera popolazione non autosufficiente prevale la spesa per l'assistenza domiciliare, mentre considerando solo la popolazione anziana il peso della spesa dell'assistenza residenziale, più costosa, supera quello dell'assistenza domiciliare (cfr. Tabella2).

Tab. 2. Spesa LTC in % del Pil - Anno 2007

	Totale in % Pil	Totale Comp.%	65+ in % Pil	65+ Comp.%
Componenti				
Componente sanitaria	0,81	0,49	0,46	0,41
Indennità di accompagnamento	0,70	0,42	0,54	0,48
Altre prestazioni LTC	0,16	0,10	0,12	0,11
	1,66	1,00	1,13	1,00
Macrofunzioni				
LTC domiciliare	0,51	0,31	0,26	0,23
LTC residenziale	0,44	0,27	0,31	0,27
LTC prestazioni monetarie	0,71	0,43	0,55	0,49
	1,66	1,00	1,13	1,00

Fonte: RGS

[13] Le proiezioni si basano su profili constanti o meglio prescindono da ipotesi di miglioramento dell'aumento della speranza di vita in buona salute.

Mettere insieme le tessere del mosaico che compongono la spesa dei diversi livelli di governo, da cui sono tratte le informazioni per la stima della spesa LTC, così come fa la Ragioneria generale dello Stato potrebbe non bastare se dal piano macroeconomico ci si volesse spostare sul piano microeconomico dell'informazione per la misurazione del fabbisogno e per il monitoraggio dei LEP da garantire su tutto il territorio nazionale.

E allora diventa necessario entrare nel merito delle differenze territoriali, tra le Regioni ed entro le Regioni. Differenze che interessano sia la sfera della spesa e del finanziamento delle prestazioni che hanno implicazioni sulla misura del fabbisogno standard, sia quella della produzione dei servizi i cui costi standard, a rigore, dovrebbero essere regolati da criteri di efficienza, efficacia ed appropriatezza.

E' utile al riguardo guardare alla sanità. Il settore sanitario rappresenta la punta avanzata del decentramento fondato sul riconoscimento delle diversità. Il fabbisogno sanitario, a garanzia dei LEA di tutta la popolazione, viene determinato a livello macroeconomico nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica, per poi essere ripartito per macro livelli di assistenza (prevenzione, assistenza territoriale, assistenza ospedaliera) e sotto-livelli, utilizzando il sistema capitario ponderato, introdotto dalla l. 662/96, con pesi che tengono conto di indicatori di consumo per classi di età e di indicatori di bisogno. Il criterio del finanziamento degli Enti sub-centali sottostante al fabbisogno nazionale determinato al livello macroeconomico, corrisponde dunque a una sorta di metodo RES (senza regressione) con correttivi normativi oggetto spesso di contrattazione politica. D'altro canto la produzione dei servizi deve rispondere a criteri di efficienza e appropriatezza delle cure ed è remunerata con il sistema tariffario che tuttavia non è sempre di facile applicazione e soprattutto non è applicato ai presidi ospedalieri alle dirette dipendenze delle Asl.

L'ingente ammontare di risorse pubbliche mobilitato dalla sanità, che oramai superano i cento miliardi di euro, ha reso da tempo necessario dotare il settore di un sistema informativo avanzato e in continuo miglioramento. Il sistema di monitoraggio della spesa sanitaria evidenzia tuttavia ancora forti carenze informative per le prestazioni socio-sanitarie, perché carente è stata la programmazione nazionale in quest'area che si interseca fortemente con quella socio-assistenziale, nonostante il mutamento dei bisogni legati all'invecchiamento abbia indirizzato il drenaggio di risorse dall'ospedaliera verso la distrettuale.

Che dire invece del settore socio-assistenziale? In quest'area, la determinazione di un fabbisogno macroeconomico non esiste e la spesa è governata in modo scoordinato per l'indifferenza del *policy maker* che si è dimostrata su due fronti. Sul primo, quello dei trasferimenti monetari erogati dal livello centrale (le indennità di accompagnamento pagate dall'Inps), se è vero che le informazioni rilevate permettono di conoscere puntualmente la distribuzione territoriale dei beneficiari (per numerosità e dimensione finanziaria), ciò non è servito ad indirizzare il *policy maker* verso la riorganizzazione di questi trasferimenti per un'allocazione più rispondente al grado di bisogno dei soggetti da tutelare (al riguardo si rimanda a Lamura e Principi in questo rapporto).

Sull'altro fonte, quello dell'assistenza sociale erogata a livello locale, invece, probabilmente a causa delle limitate risorse ad essa dedicate, si è trascurata a lungo la necessità di dotarsi di un sistema informativo e con esso anche della prerogativa di guidare l'azione politica, lasciando le amministrazioni locali libere di scegliere la quota di bilancio da riservare alla materia e con essa

l'allocazione territoriale delle risorse. Carenza informativa per un settore sofferente, ben chiara al momento del varo della l. 328/00 che, nel disciplinare una politica nazionale socio-assistenziale per la rete dei servizi, non poteva che limitarsi ad individuare le aree di intervento per i livelli essenziali di assistenza sociale, programmando nello stesso tempo un sistema informativo (art. 21 della l. 328/00) strettamente collegato a quello sanitario. Tale sistema informativo avrebbe dovuto costituire la base comparativa tra le Regioni ed entro le Regioni per verificare che i trasferimenti provenienti dal nuovo Fondo nazionale per le politiche sociali a favore degli enti decentrati fossero a titolo di cofinanziamento e non sostitutivi delle risorse dedicate all'assistenza, ma soprattutto la sua costruzione avrebbe dovuto essere funzionale all'introduzione di forme di monitoraggio, di verifica e di valutazione dei costi e dei risultati delle politiche assistenziali, oltre che sostenere il processo decisionale di tutti i livelli di governo nella lettura del fabbisogno.

Passi in avanti in questa direzione sono stati fatti con l'*Indagine sugli interventi e sui servizi sociali dei Comuni singoli e associati*, nata appunto per rimediare alle carenze informative.

L'indagine, ormai a regime, ha confermato, anche per il settore sociale, la nota frattura che caratterizza il nostro Paese. La tabella 3 raffronta per l'anno 2005 la distribuzione territoriale della spesa sanitaria complessiva, della spesa sociale erogata dai Comuni (riportando anche la sua incidenza sulla spesa corrente di competenza) e della distribuzione territoriale dei beneficiari dell'indennità di accompagnamento. Si osserva per la spesa sanitaria che il rapporto in termini pro-capite tra Bolzano (che spende di più) e la Calabria (la regione che spende meno) è pari a 1,4. Tale rapporto scende a 1,2 se il numeratore è sostituito con l'Emilia Romagna e addirittura a 1,1 se il termine di raffronto è rappresentato dalla Lombardia. Non si vuole entrare in questa sede nel merito della composizione della spesa sanitaria e della qualità delle prestazioni erogate che caratterizzano i modelli regionali di sanità, ma semplicemente mettere in evidenza che le differenze tra il Nord, il Centro e il Mezzogiorno del Paese in termini di spesa sanitaria non sono così accentuate come invece si può riscontrare sul fronte della spesa socio-assistenziale, dove il rapporto tra la regione che spende di più (Valle d'Aosta) e quella che spende di meno (sempre la Calabria) è addirittura di quasi 12 volte. Escludendo le Regioni a statuto speciale del Nord, si osserva che l'Emilia Romagna presenta una spesa 5,5 volte superiore a quella della Calabria, il rapporto scende a 4,5 se si considerano Toscana e Veneto, a 4 se si considera la Sardegna come eccezione tra le Regioni meridionali. In sintesi, la frattura tra le aree del Paese è fortemente accentuata: il coefficiente di variazione passa infatti da 0,1 nella distribuzione della spesa sanitaria a 0,8 in quella della spesa socio-assistenziale.

Per contro, se si guarda alla distribuzione dei beneficiari dell'indennità di accompagnamento – 1,7 milioni di persone di cui circa 1,3 percettori di pensioni diverse dall'invalidità civile, e 442 mila percettori di invalidità civile – si osserva, in rapporto alla popolazione, che la Calabria è superata solo dall'Umbria e che, eccezion fatta per il Molise, i beneficiari dell'indennità di accompagnamento sono prevalentemente concentrati nel Mezzogiorno d'Italia. Il coefficiente di variazione è in questo caso più contenuto, ovvero pari a 0,25, rispetto alla variabilità evidenziata dalla spesa sociale erogata a livello locale.

Tab. 3 - Spesa sanitaria pro-capite, Spesa sociale dei Comuni pro-capite (euro) e Beneficiari dell'Indennità di accompagnamento x 1000 ab. - Anno 2005

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Spesa sanità pro-capite (1)	% Spesa Sociale su spesa corrente	Spesa sociale pro-capite (2)	Beneficiari Accomp x 1000 ab.	Spesa sanitaria Ratio Regione-iesima /Calabria	Spesa sociale Ratio Regione-iesima /Calabria	Beneficiari Accomp. Ratio Regione-iesima/ Calabria
Piemonte	1.659	15,6%	128	25	1,16	4,74	0,62
Valle d'Aosta	1.821	21,2%	320	24	1,28	11,87	0,59
Lombardia	1.566	13,0%	104	23	1,10	3,86	0,58
Trentino - Alto Adige	1.877	18,8%	227	19	1,32	8,43	0,46
Bolzano - Bozen	2.047	n.d	208	17	1,44	7,71	0,42
Trento	1.713	n.d	246	20	1,20	9,12	0,49
Veneto	1.602	17,1%	120	24	1,12	4,45	0,60
Friuli - Venezia Giulia	1.648	17,8%	173	31	1,16	6,42	0,76
Liguria	1.827	9,9%	105	34	1,28	3,91	0,84
Emilia - Romagna	1.692	17,1%	149	29	1,19	5,51	0,73
Toscana	1.642	13,4%	121	30	1,15	4,47	0,75
Umbria	1.620	9,6%	81	47	1,14	3,02	1,16
Marche	1.539	12,1%	94	34	1,08	3,49	0,84
Lazio	1.912	12,0%	114	28	1,34	4,23	0,70
Abruzzo	1.725	8,2%	56	36	1,21	2,07	0,90
Molise	2.036	5,8%	42	27	1,43	1,55	0,66
Campania	1.669	5,3%	39	34	1,17	1,46	0,83
Puglia	1.514	6,9%	42	29	1,06	1,57	0,71
Basilicata	1.508	5,9%	41	31	1,06	1,52	0,76
Calabria	1.424	4,0%	27	40	1,00	1,00	1,00
Sicilia	1.558	9,4%	75	31	1,09	2,79	0,77
Sardegna	1.629	12,6%	110	37	1,14	4,09	0,91
Nord-ovest	**1.621**	**13,4%**	**113**	**25**	**1,03**	**2,81**	**1,00**
Nord-est	**1.665**	**17,4%**	**146**	**26**	**1,06**	**3,64**	**1,05**
Centro	**1.753**	**12,3%**	**111**	**31**	**1,11**	**2,77**	**1,24**
Sud	**1.596**	**5,8%**	**40**	**33**	**1,01**	**1,00**	**1,33**
Isole	**1.576**	**10,2%**	**84**	**32**	**1,00**	**2,09**	**1,30**
ITALIA	**1.644**	**12,0%**	**98**	**29**	**1,04**	**2,44**	**1,17**
ITALIA Valori assolti (mln di euro; persone)	**96.327**	**-**	**5.741**	**171.248**	**-**	**-**	**-**

Fonte: elaborazione su dati CE-SIS, Istat; Indagine sui comuni;

(1) Spesa sanitaria delle funzioni assistenziali sommate con i saldi della gestione straordinaria e con quelli dell'intramoenia

(2) Spesa sociale al netto della compartecipazione degli utenti e del SSN

Le differenze territoriali nella spesa locale socio-assistenziale sono ancora più marcate se si entra nel merito delle aree di intervento dell'indagine, recepite in ottemperanza alla l. 328/00, e delle tipologie di prestazioni. A titolo di esempio, per l'area *anziani* la Valle d'Aosta spende 62 volte più della Calabria, per i *disabili* Bolzano spende addirittura 66 volte di più. Anche escludendo le particolarità della spesa delle Regioni a statuto speciale del Nord, il rapporto Veneto/Calabria è di 12 a 1 in entrambe le aree, quello con l'Emilia Romagna di circa 9 a 1 per gli anziani e oltre 10 a 1 per i disabili. Sappiamo poi che nell'area anziani prevale l'assistenza domiciliare seguita dall'assistenza in strutture residenziali e in terzo luogo dai trasferimenti monetari locali, ma livelli e composizione sono molto diversificati da regione a regione e da zona a zona. Sintetizzando, nel Sud si spende poco, i Comuni non si associano per catturare economie di scala, si privilegia l'assistenza domiciliare socio-assistenziale, mentre gli assegni di cura e i buoni servizio a sostegno del lavoro di cura (lasciato alla responsabilità delle famiglie e delle donne in particolare) sono praticamente assenti, le strutture residenziali sono insufficienti e spesso non tutto il territorio è coperto dai servizi. A Nord, invece, si spende di più, all'assistenza domiciliare si affianca una notevole offerta di servizi residenziali, le famiglie ricevono sostegno nel lavoro di cura considerando che il 77% dei beneficiari dei *voucher* sono concentrati in Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, e le prestazioni sono diffuse sul territorio.

La forte variabilità nella produzione e nel finanziamento dei servizi sociali tra le Regioni, non si attenua all'interno delle Regioni stesse e all'interno dell'area dei distretti, e ciò dipende in misura rilevante dalle risorse che i bilanci comunali destinano alla spesa sociale. Al riguardo l'indagine Istat manca di tale elemento fondamentale tanto che comparare la spesa sociale di Modena, che vi destina circa la metà della spesa corrente in bilancio, con quella di Reggio Calabria non ha nessun senso. Mettere insieme Modena e Reggio Calabria non agevola la costruzione di un fabbisogno corretto ed appropriato perché non si tiene conto della quantità e della qualità delle prestazioni offerte che dipende dalle risorse impegnate nei bilanci degli Enti locali. Come prima sottolineato sarebbe invece opportuno separare le componenti esogene che influenzano i costi e i fabbisogni standard dalle spese attribuibili alle preferenze locali, cercando di isolare correttamente le inefficienze di produzione: ma per far ciò però è necessario tener conto degli output, ovvero di informazioni al momento non disponibili.

Per di più l'indagine Istat offre un quadro informativo incompleto. Con l'eccezione delle strutture residenziali, tra l'altro non classificate ma genericamente considerate, per le quali si rileva la cosiddetta spesa lorda includendo le quote di compartecipazione degli utenti e del SSN, i soggetti finanziatori non figurano nel quadro della produzione locale. L'indagine, inoltre, non delimita il perimetro della non autosufficienza e le risorse spese a tal fine si rintracciano tra le poste delle aree *anziani* e *disabili* con difficoltà e approssimazione.

Resta infine il grave limite nel nostro Paese di non riuscire a monitorare l'intera produzione locale dei servizi sociali, e con essa il suo finanziamento. Sfugge dal controllo difatti tutta quella spesa che non passa per l'attività o l'intermediazione dei Comuni, quale è per esempio quella collegata al grosso patrimonio delle ex-Ipab, come accuratamente si dimostra in Bosi, Guerra e Silvestri in questo rapporto. Il quadro della spesa sociale *locale* che ci restituisce l'*Indagine sugli interventi e sui servizi sociali dei Comuni* è quindi parziale, e andrebbe integrato con altre fonti informative quali quelle rappresentate dai bilanci delle ex-Ipab e da alcune voci del bilancio delle

Asl. In mancanza di una corretta valutazione delle risorse e della produzione complessiva nelle diverse realtà territoriali, la nostra visione per la determinazione di un fabbisogno standard per la non autosufficienza è strabica, e certamente non ci agevolano i 25,6 miliardi di spesa complessiva stimati dalla RGS.

4. La programmazione socio-sanitaria e la necessità di definire flussi informativi coerenti

Ancora più falsato è il quadro delle informazioni se si entra nel merito della definizione dei bisogni e della classificazione delle prestazioni in tutta quell'area che è a cavallo tra il sociale e il sanitario, i cui riferimenti normativi si trovano nell'art. 3-*septies* del d.lgs. 502/92[14] e s.m.i., nel dpcm 14.2.2001 sull'integrazione socio-sanitaria[15], e nel dpcm 29.11.2001 che ha provveduto a definire i LEA della sanità.

Vige in quest'area una forte eterogeneità regionale nelle modalità di autorizzazione, organizzazione e erogazione dei servizi. Nei diversi ambiti territoriali non esiste ancora un flusso informativo su scala nazionale delle prestazioni erogate, né un modello omogeneo di classificazione delle strutture. Per esempio la denominazione di RSA tra le strutture residenziali assume significati diversi e mal definiti rispetto alle case di riposo, alle residenze protette, alle strutture di lungo degenza etc., ostacolando una definizione appropriata dei LEP. Tra l'altro, nell'ambito residenziale gli standard quantitativi di offerta sono di difficile definizione poiché la domanda varia territorialmente in ragione di diversi fattori socio-economici e culturali e, soprattutto, è spesso inespressa in presenza di inadeguatezza e carenza dei servizi, restando condizionata all'offerta esistente delle strutture e alla disponibilità dell'assistenza domiciliare informale prestata in particolare dalle donne, soprattutto nel Sud del Paese.

Secondo la rilevazione Istat sui presidi socio-assistenziali (che non distingue tra quelli socio-sanitari o meramente sociali), i posti letto occupati da anziani ospiti in strutture residenziali ammontano a circa 230 mila a fine 2005, ovvero in media circa 20 pl x 1000 anziani di età superiore a 64 anni[16]. La variabilità territoriale anche in questo caso è molto elevata: dai 49 pl

[14] L'art. 3-septies introdotto con il d.lgs. 229/99 distingue le prestazioni socio-sanitarie di particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria a carico delle Asl, le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria assicurate dalle Asl e ricomprese nei Lea, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di competenza dei Comuni.

[15] Il decreto i criteri di finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie. Le quote che rientrano nei LEA sono a carico del SSN; per la parte restante, di competenza dei Comuni, è lasciata alla regione la definizione della partecipazione alla spesa da parte degli utenti nel rispetto della normativa sull'Isee. In particolare, per la non autosufficienza legata agli anziani il SSN si fa carico del 100% dell'assistenza in fase intensiva e delle prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva. Nelle forme di lungoassistenza residenziali e semiresidenziali il SSN copre il 50% del costo complessivo riconducibile alla retta dei servizi rispondenti agli standard regionale (o in alternativa il costo del personale sanitario e il 30% dei costi dell'assistenza tutelare), il restante 50% e a carico dei Comuni fatta salva la compartecipazione degli utenti prevista dalla normativa regionale e comunale. Per l'assistenza domiciliare il SSN si fa carico del 100% delle prestazioni medico-specialitiche-infermieristiche-riabilitative legate all'Adi e del 50% dell'assistenza domiciliare tutelare. L'assistenza domiciliare domestica è invece di competenza dei Comuni.

[16] Secondo le indicazioni dell'UE lo standard di riferimento dell'offerta dovrebbe essere tra i 50-60 pl x 1000 anziani.

occupati a Trento, ai 4,5 della Campania, con un numero di pl del Nord che prevale sul Centro, che a sua volta prevale sul Mezzogiorno.

In ragione della forte integrazione tra le competenze sociali e quelle sanitarie, nel corso 2007 nell'ambito del Ministero della salute, la Commissione per la definizione e l'aggiornamento dei LEA[17], ha prestato particolare attenzione al riordino delle prestazioni residenziali e semiresidenziali rivolte ai soggetti non autosufficienti.

Queste prestazioni sono state trattate con riferimento a quattro tipologie di utenti – anziani non autosufficienti; persone disabili giovani e adulte; persone con patologie psichiatriche; persone con patologie terminali – per ciascuna delle quali si è provveduto a fornire un'appropriata definizione delle prestazioni nonché una loro specifica classificazione.

Con riguardo all'area delle prestazioni residenziali e semiresidenziali rivolte agli anziani non autosufficienti, su cui la programmazione nazionale in passato è stata più carente, la Commissione ha proceduto a definire l'assistenza non in termini di singoli atti, bensì come "*il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio all'interno di idonee unità d'offerta accreditate*"[18]. Queste ultime sono intese come unità organizzative di risposta assistenziale che operano in strutture residenziali volte a fornire determinati livelli di assistenza e accreditate per specifiche funzioni[19].

L'accesso alle prestazioni residenziali da parte degli utenti (dall'ospedale per gli acuti, da una struttura di post-acuzie o dal domicilio) dovrebbe essere regolato dai principi generali di universalità, equità ed appropriatezza. L'intensità della cura dei pazienti dovrebbe fondarsi su criteri oggettivi di valutazione multidimensionale (VMD), omogenei almeno su scala regionale (cosa che allo stato attuale non è), capaci di misurare il case-mix assistenziale in relazione ai bisogni dell'utente (sanitari, assistenziali, tutelari, psicologici e socio-economici) e alle sue variazioni nel tempo. La misura delle prestazioni dovrebbe essere valutata in termini di *giornata di assistenza* e la durata delle stesse non dovrebbe essere interpretata come indefinita ma prevedere la possibilità di reinserimento a domicilio in caso di recupero.

La valutazione multidimensionale a livello di Asl dovrebbe rappresentare la base del flusso informativo dei dati regionali e nazionali dell'assistenza residenziale e semiresidenziale. Le prestazioni ad esse riferite sono state quindi riclassificate in sei codici di attività che ne compongono i profili di offerta, in corrispondenza dei quali sono stati definiti gli standard qualificanti i servizi che costituiscono un requisito fondamentale per la qualità dei diritti esigibili, ovvero utili per la costruzione di indicatori di verifica finalizzati al monitoraggio dei Lea. La tabella 4 riporta lo schema implementato dalla Commissione LEA per alimentare il nuovo flusso

---

17 Nell'intesa del 23 marzo 2005, al fine di migliorare le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del SS, è stato stabilito che la definizione e il continuo adeguamento nel tempo dei contenuti informativi del NSIS, compresi i flussi informativi finalizzati alla verifica degli standard dei Lea, sono affidati alla Cabina di regia. La Cabina di regia è l'organo preposto alla *governance* del progetto Mattoni per la realizzazione del NSIS. Il progetto, che coinvolge direttamente le Regioni, oltre che il Ministero della salute, si articola in 15 aree e ha l'obiettivo di riordinare i sistemi informativi sanitari (classificazioni, codifiche, etc.) delle Regioni per garantire con un linguaggio comune la confrontabilità delle informazioni. La Commissione LEA oggetto del presente paragrafo ha predisposto il riordino dell'assistenza residenziale semiresidenziale e domiciliare nell'ambito del Mattone 12.

18 In corsivo è riportata la definizione recepita nel DM 17.12.2008 (si veda dopo).

19 È auspicabile che ogni struttura residenziale ottenga l'accreditamento per più livelli assistenziali e sia quindi sia organizzata in più nuclei.

informativo nazionale a supporto del monitoraggio e della programmazione nazionale e regionale concepito con la logica dell'omogeneità delle prestazioni.

La Commissione LEA si è spinta anche nel tentare di simulare un fabbisogno strutturale di offerta residenziale individuando uno standard nazionale pari 42,7 pl x 1.000 anziani. Tale fabbisogno è stato "corretto" in funzioni di indicatori ritenuti significativi[20] e quindi definito per ciascuna Regione con un *range* che varia da un massimo di 53,3 pl per la Liguria ad un minimo di 36,8 pl per la Campania. Sotto l'ipotesi di una copertura dell'80% del fabbisogno strutturale in 5 anni, l'impatto economico è stato stimato in circa 12,6 miliardi di euro ripartibili tra utenti e SSN in funzione delle modalità di attribuzione degli oneri in uso presso le singole Regioni. Tuttavia, la Commissione non ne ha ritenuto opportuno l'immediata applicabilità, in ragion del fatto che le Regioni non sono propense ad accettare standard di offerta definiti a livello nazionale senza che sia prima entrato a regime un sistema informativo sulla residenzialità e, soprattutto, senza che siano state definite le risorse disponibili per garantire LEA omogenei su tutto il territorio nazionale.

Tab. 4. Classificazione, standard qualificanti ed indicatori delle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti

Codice	Descrizione non autosufficienza	Standard	Indicatori (*)
R1	Prestazioni in Unità di Cure Residenziali Intensive per tipologie di pazienti in stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegerative progressive, etc.	Guardia medica: h 24 Assistenza medica: 300 minuti / die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min	Numero p.l. per 1.000 anziani Numero di assistiti Tasso occupazione annuo medio N. pz in lista di attesa Durata media attesa
R2	Prestazioni in Unità di Cure Residenziali Estensive per tipologie di pazienti con elevata necessità di tutela sanitaria (cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc).	Assistenza medica: 160 minuti / die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 45 min	Numero p.l. per 1.000 anziani Numero di assistiti Tasso occupazione annuo medio N. pz in lista di attesa Durata media attesa
R2D	Prestazioni erogate in Nuclei Alzheimer a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui è richiesto un trattamento estensivo di carattere riabilitativo, riorientamento e	Assistenza: 120 minuti / die per nucleo Infermiere h 12 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 36	Numero p.l. per 1.000 anziani N. pz in lista di attesa Durata media attesa

[20] Tali indicatori riguardano la % di anziani che vivono soli su popolazione di riferimento compresa tra i 65 e 74 anni o dai 75 anni in su; la % di anziani con più di 75 su popolazione totale; la % di anziani poveri sul totale di anziani.

	tutela personale in ambiente "protesico".	min	
R3	Prestazioni in Unità di Cure Residenziali di Mantenimento per pazienti che necessitano di lungoassistenza, anche di tipo riabilitativo, che richiedono trattamenti con bassa necessità di tutela sanitaria.	Assistenza medica: 80 minuti / die per nucleo Infermiere h 8 Assistenza globale > 100 min. Assistenza infermieristica > 20 min	Numero p.l. per 1.000 anziani N. pz in lista di attesa Durata media attesa
SR	Prestazioni Semiresidenziali – Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni	Staff: Infermiere, OSS, Animazione Assistenza globale > 50 min.	Numero p.l. per 1.000 anziani N. pz in lista di attesa Durata media attesa
SRD	Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile.	Staff: Infermiere, OSS, Psicologo Terapia cognitiva e orientamento Assistenza globale > 80 min.	Numero p.l. per 1.000 anziani N. pz in lista di attesa Durata media attesa

Fonte: Ministero della Salute (2007)

(*) Ulteriori indicatori sono:

- tasso di occupazione medio dei posti letto accreditati;
- n. di nuove ammissioni annue su popolazione,
- n. Giornate di degenza su popolazione;
- durata media della degenza;
- % di ospiti provenienti da degenza per acuti;
- % di ospiti provenienti da unità di lungodegenza/riabilitazione;
- % di ospiti provenienti dal domicilio;
- % di ospiti dimessi e reinseriti a domicilio.

Nel merito delle ex-Ipab che in molte Regioni interessano più del 70% dell'offerta di servizi rivolti agli anziani, prevalentemente non autosufficienti, la Commissione LEA ha sottolineato per esse la necessità di adeguarsi agli standard strutturali ed operativi delle residenze sanitarie, pena la rinuncia a questa funzione di assistenza.

Un analogo percorso è stato seguito per il riordino dei LEA domiciliari che sono strettamente integrati con i servizi sociali dei Comuni. Per l'assistenza domiciliare di competenza sanitaria si è infatti cercato di caratterizzare i profili di cura domiciliare in funzione del bisogno, individuando criteri uniformi di eleggibilità, principali prestazioni, indicatori di verifica per il monitoraggio dei LEA e relativi costi.

Al riguardo, la Commissione ha provveduto a riallocare le cure domiciliari esclusivamente nei LEA dell'assistenza distrettuale, articolandole in tre tipologie: prestazionali, integrate e palliative.

Ne ha ribadito i requisiti fondamentali di accesso dettati non solo dalla non autosufficienza o fragilità ma anche da un adeguato supporto familiare o informale. Ha inoltre rimarcato che, come disposto dal decreto sull'integrazione socio-sanitaria, la presa in carico nei suoi aspetti essenziali deve caratterizzarsi per la valutazione multidisciplinare del paziente, attraverso sistemi standardizzati in grado di sintetizzare il quadro clinico-funzionale-sociale, finalizzata all'elaborazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), da monitorare periodicamente in funzione dei risultati.

La sintesi dei requisiti delle cure domiciliari è riportata nella tabella 5.

Tab. 5. Profili di cure domiciliari

Profilo	Descrizione	Standard	Indicatori
1. Cure domiciliari prestazionali	Prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato, spesso di tipo riabilitativo, che non presuppongono la presa in carico del paziente, né una valutazione multidisciplinare, bensì sono erogate perché il paziente presenta limitazioni funzionali che impediscono l'accesso ai servizi ambulatoriali.	Natura del bisogno: clinico funzionale; Intensità CIA=GEA/GdC (*) - Durata media - Impegno assistenziale: Infermiere (15-30') Riabilitazione (30') Medico (30') Operatività del servizio: 5gg su 7 8 ore die	-
2. Cure domiciliari integrate	Prestazioni medico-infermieristiche-riabilitative già definite nell'ADI la cui cura domiciliare è caratterizzata da un Piano Assistenziale Individuale (PAI) che presuppone una valutazione multidimensionale e la presa in carico del paziente con carattere di continuità ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (1° livello) o 6 giorni (2° livello)	Natura del bisogno: clinico funzionale sociale; Intensità CIA=GEA/GdC (*) 1° livello=fino a 0,30 2° livello=fino a 0,5 Durata media - 180 gg Impegno assistenziale: Infermiere (30-45') Riabilitazione (45') Medico (30-45') Operatore socio-sanitario (60-90') Dietista (30') Operatività del servizio: 1° livello=5 gg su 7; 8 ore die 2° livello=6 gg su 7; 10 ore die	- N. assistiti >= 65 anni / pop >= 65 anni =3,5% - N. assistiti >= 75 anni / pop >= 75 anni =7%

		da lun a ven; 6 ore die sabato;	
3. Cure domiciliari palliative	Prestazioni caratterizzate da elevata complessità e intensità del bisogno di cura definita nel PAI, rivolte a malati terminali, portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata, pazienti con necessità di nutrizione artificiale o di supporto ventilatorio invasivo, pazienti in stato vegetativo.	Natura del bisogno: clinico funzionale sociale; Intensità CIA=GEA/GdC (*) 3° livello > 0,50 Malati terminali > 0,60 Durata media 3° livello=90 gg Malati terminali=60gg Impegno assistenziale: Infermiere (60') Riabilitazione (60') Medico (60') Psicologo (60') Operatore socio-sanitario (60-90') Dietista (60') Operatività del servizio: 3° livello=7 gg su 7; 10 ore die da lun a ven; 6 ore die sabato e festivi; pronta disponibilità medica dalle h 8 alle h. 20 Malati terminali =7 gg su 7; 10 ore die da lun a ven; 6 ore die sabato e festivi; pronta disponibilità medica dalle 24 ore	- N. malati assistiti a domicilio deceduti per tumore / N. malati deceduti per tumore per anno >=45%; - N. annuo di giornate di cure palliative per malati assistiti a domicilio deceduti per tumore - N. malati con tempo massimo di attesa tra segnalazione e presa in carico < 3 gg / N. malati curati a domicili con assistenza conclusa =80%

Fonte: Ministero della Salute (2006)

(*) GEA= giornata effettiva assistita

GdC = giornate di cura (durata PAI)

CIA= coefficiente di intensità assistenziale

Il lavoro della Commissione LEA ha poi introiettato l'esperienza di alcune Regioni, che hanno identificato profili di costo medio mensile[21] per gruppi omogenei di pazienti attraverso indicatori di complessità, di intensità assistenziale e durata del piano di cura, al fine di stimare le tariffe standard in funzione del case-mix dei differenti profili di cura utilizzabili per definire le risorse necessarie a garantire i LEA domiciliari. Un tipico approccio delle *best practices*.

[21] Il costo medio mensile è ottenuto moltiplicando i valori di intensità assistenziale (CIA) per l'indicatore di complessità (GEA)*30gg.

Le due relazioni della Commissione LEA sono estremamente importanti non solo perché hanno dato centralità alla problematica della necessità di definire, classificare e qualificare con standard le prestazioni di offerta dei servizi sanitari in forma omogenea, dalla cui soluzione dipende il monitoraggio dei diritti esigibili secondo criteri di appropriatezza, ma anche perché costituiscono due esempi di valutazione del fabbisogno strutturale dell'assistenza residenziale e dei costi standard dell'assistenza domiciliare, fondati sulle *variabili ad hoc*, prescindendo dalla spesa storica che le diverse amministrazioni destinano a questi due importanti comparti di spesa sociale.

Tralasciando l'approccio utilizzato, in realtà le due relazioni hanno aperto un varco che permetterà di fare un grande passo in avanti nell'informazione necessaria per monitorare l'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare, e il recente dm 17.12. 2008 ne costituisce l'espressione. Il decreto infatti, nel recepire i due documenti della Commissione LEA, ha disciplinato l'istituzione di un sistema informativo nazionale per la *governance* delle due aree, fatto rientrare tra gli adempimenti del patto di stabilità sanitario cui le Regioni sono obbligate ai fini delle quote di finanziamento integrativo ai sensi dell'intesa del 23 marzo 2005. I nuovi flussi si inseriscono infatti nel *Sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali* (SIISI) nell'ambito del NSIS, che rappresenta la base di supporto per il monitoraggio, a tutti i livelli del SSN, dell'attività dei servizi, con particolare riferimento al volume di prestazioni, alle valutazioni delle caratteristiche dei beneficiari e dei loro *pattern* di trattamento.

Ma i nuovi flussi possono costituire un supporto fondamentale per la definizione di costi e fabbisogni standard, per la definizione di una possibile funzione di costo che come precedentemente sottolineato necessita di relazionare la spesa E_{ij} con gli output S_{ij}, oltre che con le variabili che permettono di isolare i fattori ambientali e le caratteristiche demografiche e socio-economiche Z_{ij} e con le variabili associabili alle preferenze locali F_{ij}. Una funzione di costo, cioè, in grado di guidare l'attività gestionale dei servizi secondo criteri di efficienza nell'uso delle risorse.

Nello specifico dell'assistenza residenziale e semiresidenziale erogata ad anziani o persone non autosufficienti, il nuovo sistema dettaglia le informazioni su tre dimensioni: per assistito, per struttura e per prestazioni. Più in particolare, i contenuti informativi da trasmettere al sistema nazionale sono distinti in due tracciati: il primo alimentato dai dati anagrafici dell'assistito e della struttura erogatrice, dai dati delle prestazioni erogate secondo la classificazione per codici di attività riportata nella tabella 4 e da tutte le informazioni riferite all'ammissione dell'assistito (data, struttura di provenienza, soggetto da cui parte l'iniziativa di inserimento, sue motivazioni e ripartizione della tariffa per quota SSN e per quota utente) e alla sua dimissione (data, tipologia etc.); il secondo gruppo è invece oggetto della valutazione o rivalutazione multidimensionale dei bisogni dell'assistito ed entra nel merito delle sue caratteristiche clinico-funzionali, sociali ed economiche.

Con riguardo ai flussi informativi dell'assistenza domiciliare sanitaria e socio sanitaria i contenuti informativi, anche in questo caso, sono suddivisi in due tracciati: l'uno riferito a tutti gli eventi sia della presa in carico del paziente (dai dati anagrafici del paziente, all'Asl erogante, al soggetto richiedente la presa in carico etc.), sia della valutazione della sua autonomia e dei sui bisogni assistenziali finemente dettagliati; l'altro relativo ai diversi eventi di erogazione

dell'assistenza domiciliare (per tipologia di operatore e tipologia di prestazioni), di sospensione dell'assistenza o sua rivalutazione o conclusione.

Il due flussi informativi istituiti con il dm 17.12.2008 dovranno entrare a regime entro il 2011 e a partire dal 2012 saranno oggetto degli adempimenti nei tavoli di monitoraggio centrali della sanità. Si sottolinea, infine, che la programmazione nazionale concertata in Conferenza Stato Regioni il 25 marzo 2009 ha individuato la non autosufficienza come una delle aree di utilizzo delle risorse vincolate del Fondo Sociale Nazionale per la realizzazione di obiettivi di carattere prioritario. I progetti da presentare in quest'area devono essere finalizzati: ad incrementare i punti unici di accesso per la presa in carico dei soggetti non autosufficienti; a potenziare l'adozione dei PAI negli ambiti dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale; ad omogeneizzare negli ambiti territoriali i criteri di valutazione multidisciplinare; nonché ad istituire un sistema informativo nell'ambito del NSIS per l'assistenza domiciliare e per l'assistenza residenziale e semiresidenziale secondo quanto previsto dal dm 17.12.2008.

È dunque diventato chiaro che al centro dell'informazione e della misura deve essere posto il beneficiario delle prestazioni, in quanto titolare del diritto alla tutela che la Costituzione gli riserva.

Monitorare i volumi di offerta delle prestazioni riservate alle persone e come conseguenza l'attività delle strutture, a gestione diretta o convenzionata, appare un'utile opportunità per quantificare e qualificare la spesa contabilizzata negli bilanci dei soggetti erogatori dell'assistenza.

Tuttavia, dal sistema informativo dell'assistenza domiciliare sono però escluse le prestazioni avente carattere puramente sociale, come l'assistenza domiciliare domestica. Ciò rappresenta un grave limite che rappresenta l'ennesima prova della mancanza di integrazione fra sociale e sanitario (i provvedimenti di cui sopra sono della sanità), particolarmente censurabile quando si parla di interventi integrati.

5. Oltre il socio-sanitario, quali informazioni e quali risultati per quali LEA per i non autosufficienti?

È evidente che il percorso seguito per il monitoraggio delle prestazioni all'interno del SSN si dimostra in continuo miglioramento interessando anche quell'area socio-sanitaria a lungo trascurata. Programmazione e costruzione di nuovi flussi informativi nell'ambito del NSIS vanno di pari passo perché i secondi rappresentano lo strumento per valutare il grado di efficienza nell'utilizzo delle risorse e di rispondenza dei servizi a bisogni della popolazione. Informazioni che catturano i singoli eventi permettono infatti di articolare forme di aggregazione dei dati che consentono di costruire indicatori di struttura, di processo e di esito necessari per la *governance* istituzionale, tecnica e politica, complessiva del sistema. Il fatto che la sanità, e con essa il socio-sanitario, sia materia di competenza concorrente Stato-Regioni agevola questo percorso.

Che dire invece sul piano più propriamente socio-assistenziale, materia di competenza legislativa esclusiva delle Regioni? La legge delega n. 42/2009 in materia di federalismo fiscale esplicitamente indica che il fabbisogno dei LEA sia predeterminato sulla base di costi standard fissati dalla legge dello Stato da erogare in condizioni di efficienza e di appropriatezza su tutto il territorio nazionale, ma le informazioni oggi disponibili per le funzioni assistenziali sono ancora

esclusivamente quelle disciplinate dalla l. 328/2000, riferite cioè alle aree di intervento, limitate per definizione.

La non autosufficienza come noto è però un'area ibrida in cui i contenuti di natura socio-assistenziale si intersecano con quelli di natura sanitaria. Per poter provvedere alla definizione dei costi standard sono necessarie informazioni puntuali, fondate su criteri omogenei tali da permettere comparazioni corrette tra le diverse realtà locali. Seguire e tenere il passo con la sanità diventa allora di estrema importanza per qualificare e quantificare in maniera omogenea la domanda di assistenza e l'offerta di prestazioni traducibile in servizi socio-assistenziali, ovvero per verificare che la spesa degli enti sia allocata in modo appropriato.

È quindi auspicabile che si superino i limiti dell'indagine Istat, raccogliendo anche per le prestazioni socio-assistenziali informazioni sulle prestazioni per un corretto monitoraggio dei diritti esigibili dei soggetti assistiti. Questa esigenza è adesso ben chiara non solo nelle linee guida della legge delega che ha previsto l'istituzione di una banca dati comprendente indicatori di costo, di copertura e di qualità dei servizi da utilizzare per definire costi e fabbisogni standard e per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi di servizio (art. 5, c.1, lett. g), ma anche al *policy maker* che nell'ambito del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, attraverso una convenzione con alcune Regioni che vede come capofila la Liguria, sta sperimentando la creazione di un Sistema informativo nazionale sui servizi sociali per la non autosufficienza (SINA) attualmente, in mancanza dei decreti attuativi della legge delega, fatto rientrare nell'ambito del sistema informativo di cui all'art. 21 della l. 328/2000.

La particolarità e l'ambizione del progetto SINA sta nel voler integrare su base individuale – i beneficiari delle prestazioni – tre principali fonti informative: le prestazioni sanitarie rilevate nell'ambito del NSIS del SSN; le prestazioni sociali erogate dagli Enti locali, cercando di identificare anche il sostegno prestato a livello familiare o attraverso il ricorso al mercato (e.g. assistenti familiari); e, infine, i benefici economici erogati dall'Inps associati alle indennità di accompagnamento o ad altri emolumenti riferibili alle invalidità.

Una tale ambizione richiede di costruire o riorganizzare a livello locale i sistemi informativi seguendo regole standardizzate per pervenire alla definizione di un flusso essenziale e comune per tutte le Regioni finalizzato alla costruzione omogenea di indicatori sia a livello nazionale per la verifica dei LEA che per il supporto della programmazione regionale.

In sostanza, si tratta di fare una ricognizione dei sistemi informativi locali sulla presa in carico dei pazienti, già operanti e spesso molto evoluti in alcune realtà regionali, e di ricondurli ad unità, indipendentemente dalle amministrazioni che li gestiscono; riconciliarli quindi con i nuovi flussi informativi nazionali in materia di residenzialità e domiciliarità nell'ambito del NSIS (dm 17.12.2008); e, infine, raccordarli con le informazioni localizzate presso l'Inps sugli accertamenti delle disabilità, sui trasferimenti monetari (indennità di accompagnamento e emolumenti legati alle invalidità) ad essi associati, nonché sulle condizioni economiche dei beneficiari delle prestazioni custodite nel sistema informativo dell'Isee.

L'Inps sarà l'istituzione centrale dove risiederà la nuova banca dati, ma il futuro flusso informativo essendo stato pensato come un flusso bidirezionale permetterà di far interloquire il centro con la periferia attraverso la collettivizzazione dell'informazione tra i diversi livelli di governo (centrale, regionale, distrettuale, comunale). In realtà, l'avvio del progetto dopo la

ricognizione dei sistemi informativi locali, prevede proprio l'immediata disponibilità delle informazioni centrali verso il livello locale, come base di partenza per determinare il fabbisogno informativo minimo e omogeneo. Se però è vero che generalmente le Asl già dispongono di sistemi informatizzati che assumono come unità di rilevazione i beneficiari delle prestazioni e non dovrebbero sussistere problemi per le componenti sanitarie e socio-sanitarie, di cui abbiamo già dettagliato i contenuti, ciò non è scontato per l'assistenza di competenza locale dei Comuni, né per quella riferita ad altri enti erogatori di prestazioni a favore dei soggetti non autosufficienti, quali appunto le ex-Ipab. Diventa, quindi, necessario nel campo socio-assistenziale adottare un nomenclatore comune come presupposto per l'identificazione dei volumi delle prestazioni offerte, tale da permettere la comparazione e la valutazione dei servizi locali che operano nelle diverse realtà territoriali. Al riguardo il più ampio tentativo di classificazione delle prestazioni socio-assistenziale è costituito dal *Nomenclatore nazionale degli interventi e servizi sociali* del CISIS che per quanto elenco di prestazioni ancora molto aggregato e sostanzialmente coincidente con le voci dell'Indagine sulla spesa sociale dei Comuni, costituisce una buona base di partenza, tra l'altro condivisa dalle Regioni, da dettagliare ulteriormente per l'area della non autosufficienza.

All'interno del progetto SINA è stata inoltre inserita un'indagine pilota che assume come unità di rilevazione i Comuni, specificatamente intesa, attraverso l'invio presso gli Enti locali di rilevatori omogeneamente formati, a verificare la rispondenza dei sistemi informativi al fabbisogno minimo comune richiesto per la costruzione della nuova banca dati. Tale indagine è collegata all'indagine sulla spesa sociale dei Comuni. In sostanza, il questionario già inviato provvede ad identificare le disponibilità finanziarie per la non autosufficienza (nazionali, regionali e locali), la quantità e il profilo dei soggetti non autosufficienti, le prestazioni a tal fine erogate (sociali o socio-sanitarie) e la corrispondente spesa, le azioni promosse per favorire l'emersione del lavoro nero delle assistenti familiari, la compartecipazione alla spesa degli utenti, l'eventuale tariffazione delle prestazioni.

Se l'obiettivo è quello di identificare e valutare il sistema locale della non autosufficienza, limitarsi al solo coinvolgimento dei Comuni continua a dimostrarsi fuorviante. Il questionario in questione, opportunamente riformulato, dovrebbe interessare quanto meno anche le ex-Ipab, per dar conto delle risorse utilizzate e della produzione rivolta ai soggetti non autosufficienti.

Poiché il fine ultimo è quello di strutturare un sistema di raccolta delle informazioni per beneficiari delle prestazioni, le Regioni aderenti alla sperimentazione hanno il compito di presentare progetti per l'implementazione o l'adeguamento dei propri sistemi sulla non autosufficienza secondo un set minimo di fabbisogno informativo. Sul piano socio-sanitario si tratta di adeguarsi alle disposizioni del dm 17.12.2008. Sul piano più propriamente socio-assistenziale l'esigenza appare quella di considerare le *best practices* informative della presa in carico sociale sperimentate a livello locale senza tralasciare la verifica delle cure familiari o in loro sostituzione di quelle prestate dalle assistenti familiari, che costituiscono il sostegno principale per i bisogni della non autosufficienza.

In definitiva, auspicando che il progetto SINA non si areni, nel campo socio-assistenziale – troppo a lungo marginalizzato –diverrebbe possibile definire attraverso il nuovo flusso informativo gli standard quantitativi e qualitativi delle prestazioni da offrire indipendentemente dall'approccio che si vuole seguire. Se il riferimento vuole essere ad una funzione di costo diventa però necessario

riassestare l'indagine sulla spesa dei Comuni, o meglio non solo integrarla con le poste di cui è attualmente carente, ma anche con analoghe rilevazioni per gli altri attori coinvolti nel processo di produzione locale dei servizi sociali, in particolar modo quelli che si rivolgono ai soggetti non autosufficienti. Le nuove informazioni integrate sulla domanda e offerta delle prestazioni rappresenterebbero comunque un salto di qualità senza precedenti, fondamentale per il monitoraggio dei sistemi locali dei servizi sociali.

Queste rilevazioni microanalitiche sulle dimensioni di domanda, offerta costi e finanziamento dovrebbero rispondere alla valutazione di un modello completo [Bosi, Guerra e Silvestri, 2008; Servizi Nuovi, 2008] capace cioè sul piano tecnico-politico di azionare misure che evitino il sottodimensionamento dei LEP a livello territoriale. Logicamente misura e correzione non hanno nessun senso se non si dispone un notevole incremento di risorse da dedicare alla spesa sociale per i non autosufficienti, che non sono marginalmente ritagliabili dal settore sanitario, ma che necessitano di essere recuperate tra le funzioni sovradimensionate non solo a livello locale ma anche a livello centrale.

6. Oltre la natura tecnica, quella politica: quale modello per monitorare i diritti esigibili

La strada che si sta percorrendo sui sistemi informativi volge nella giusta direzione per improntare il sistema di monitoraggio dei LEP, a partire dal raccordo delle definizioni dei bisogni e delle classificazioni delle strutture, dei servizi e del dettaglio delle prestazioni.

Parlando un linguaggio comune nei sistemi informativi locali, regionali e nazionali diventa possibile censire il territorio e la sua rete di servizi, e valutarlo monitorandone, date le risorse spese e i servizi disponibili, la domanda espressa e gli interventi che la soddisfano. Attraverso opportuni indicatori di domanda, di offerta, di processo, di finanziamento a tutti i livelli di governo, si potrebbe giungere ad una più corretta comparazione tra le diverse realtà dei sistemi locali di *welfare*. Ma tutto ciò non basta per poter svolgere in forma appropriata le funzioni assegnate ai diversi livelli di governo: definire e monitorare i livelli essenziali delle prestazioni al livello centrale, programmare e coordinare le azioni sul territorio in risposta ai bisogni assistenziali al livello regionale, governare l'erogazione dei servizi secondo la corretta gestione delle risorse al livello locale.

Queste funzioni, infatti, sono fortemente interconnesse per la non autosufficienza, che si configura come un LEP molto particolare poiché la gestione della spesa attraversa tutti i livelli di governo. Pertanto, il fabbisogno non dovrebbe continuare ad essere trattato distintamente ma, come anticipato nel secondo paragrafo, necessita di un forte coordinamento "funzionale": la non autosufficienza appunto. Affrontare il problema per funzione eviterebbe di continuare a scaricare le responsabilità degli Enti locali sul governo della sanità – peraltro sotto pressione per le esigenze di finanza pubblica – e in particolare sulla spesa ospedaliera per RSA.

Se si vuole, peraltro, che i nuovi sistemi informativi che si stanno predisponendo, funzionali alla valutazione dell'intervento pubblico per la non autosufficienza, siano davvero pieni di contenuti sarebbe auspicabile che, al pari di quanto già avviene per il settore sanitario, si proceda all'avvio di

alcuni tavoli di monitoraggio, da far rientrare all'interno dei riferimenti del Patto di convergenza della legge delega.

Se da un lato è vero che la nuova veste dei trasferimenti deve affluire agli Enti locali senza vincolo di destinazione, in ragione della loro autonomia, dall'altro è anche vero che il vincolo si sposta sui livelli essenziali delle prestazioni, a garanzia dei diritti esigibili. È solo sulla base del contenuto forte dei livelli essenziali delle prestazioni che in forza della Costituzione, superando l'impasse delle vaghe aree di intervento identificate dalla l. 328/2000, può essere richiesto alle comunità locali, ovvero ai loro amministratori, di provvedere alla fornitura su tutto il territorio di servizi indispensabili seppur nel rispetto dei diversi bisogni locali.

E allora come strutturare il monitoraggio? La predisposizione di sistemi informativi per i beneficiari delle prestazioni monetarie e di servizio (l'output con parole un po' crude) rappresenta infatti solo la premessa del monitoraggio, che deve piuttosto entrare nel merito dei risultati (l'outcome) conseguiti dalle singole amministrazioni. Sicuramente il livello di governo centrale – lo Stato è il garante finale dei LEP – deve fare i suoi conti con i governi decentrati.

Nell'ambito dei decreti attuativi della legge delega sarebbe pertanto auspicabile entrare maggiormente nel merito del monitoraggio dei LEP, affrontando la questione nel *Patto di convergenza* dei costi e fabbisogni standard e degli obiettivi di servizio legati ai LEP e alle funzioni fondamentali con vincoli "forti" nelle norme di coordinamento dinamico da recepire nel disegno di legge finanziaria e in coerenza con gli obiettivi e gli interventi individuati nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Difatti, le *guidelines* della legge delega sottolineano che qualora in sede di monitoraggio[22], effettuato in sede di Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica, si accertino scostamenti dagli obiettivi programmati, lo Stato attiva un *Piano di convergenza*, volto ad accertarne le cause ed ad individuare le azioni correttive da intraprendere, fornendo la necessaria assistenza tecnica e utilizzando il metodo delle migliori pratiche fra enti di pari livello.

Per il Governo centrale però prevedere di monitorare le funzioni degli oltre ottomila Comuni italiani verificandone gli output e gli outcomes di produzione appare impensabile e oltretutto non è auspicabile. Tanto più che il rapporto tra lo Stato e gli enti decentrati come sottolineato in Bosi, Guerra e Silvestri in questo rapporto, si configura come un contratto incompleto. Lo Stato non è in grado di definire tutte le modalità tecniche (vettore dei beni e servizi) per il raggiungimento del livello essenziale che di fatto resta condizionato alle scelte dei governi locali, ovvero al mix dei servizi territorialmente predisposti. Il Governo centrale può quindi solo attenuare il problema di asimmetria informativa di cui soffre, ex-post nella fase di monitoraggio. Ma a tal proposito parrebbe più appropriato strutturare il processo di monitoraggio dei LEP e delle funzioni fondamentali seguendo quel modello a cascata Stato/Regioni/Enti locali che stenta a decollare, cui la legge delega accenna quando apre alla possibilità di regole e vincoli concertati all'interno delle Regioni.

Indicativamente, a nostro avviso, il processo di monitoraggio dovrebbe essere articolato su due livelli. Il primo, da effettuare in sede di in sede di Conferenza permanente per il coordinamento

[22] Si osservi che la parola monitoraggio entra nel testo della legge delega una sola volta con riguardo al Patto di Convergenza di cui all'art.18.

della finanza pubblica (Stato *versus* Regioni) per verificare che il percorso di convergenza sia rispettato, o meglio che vincoli e adempimenti per una produzione di output essenziali secondo standard uniformi, funzionali ad una corretta definizione di costi e fabbisogni standard, siano rispettati. Il secondo, Regioni *versus* Enti locali che dovrebbe entrare finemente "dentro" il dettaglio non solo della misurazione di costi e fabbisogni e della qualità e quantità delle prestazioni offerte, ma anche più propriamente svolgere un'attività ispettiva degli aspetti amministrativo-gestionali e organizzativi che impattano sui risultati.

A tal proposito, appare utile qui richiamare l'esperienza inglese del CPA (*Comprehensive performance assessment*) quale strumento di controllo dell'attività degli enti locali e di valutazione delle loro *performance* affidato all'attività ispettiva di un'autorità indipendente (*Audit Commission*), descritto da Silvestri e Zuffi [2008]. Il meccanismo di valutazione si articola in quattro aree.

La prima, quella del *Corporate assessment*, si addentra nel merito della capacità di programmazione degli enti locali, le priorità, della capacità di sviluppare gli obiettivi, ovvero l'efficienza manageriale, e del loro grado di raggiungimento.

La seconda area giudica la gestione finanziaria delle risorse, *Use of resources assessment*, ma non si limita alla verifica al rispetto delle norme di contabilità e dell'equilibrio economico-finanziario annuale, piuttosto si concentra sulle manovre programmatiche strutturali che impattano sull'equilibrio di lungo periodo.

La terza area, quella del *Service assessment*, valuta invece il livello qualitativo e quantitativo dei servizi differenziando le politiche sociali (per l'infanzia e l'adolescenza e per la non autosufficienza), per le quali sono previste ispezioni specifiche di commissioni esperte in materia, dalle altre funzioni attribuite agli enti locali ispezionate dall'*Audit Commission*.

Le tre aree descritte sono valutate mediante punteggi che messi insieme alla fine sintetizzano il CPA. Infine, una quarta e ultima area, quella della *Direction of travel assessment*, racchiude i progressi conseguiti nelle tre aree precedenti e valuta la pianificazione strategica e la capacità dell'ente di concentrarsi sulle priorità.

Seppure il meccanismo non è esente da rischi – la possibilità di innescare comportamenti strategici in funzione dei punteggi di valutazione o la manipolazione degli indicatori – è istruttivo offrendo utili suggerimenti per l'implementazione degli obiettivi target dei LEP da assumere come *benchmarking* nel Patto di convergenza, e a maggior ragione per l'accertamento in sede di monitoraggio ex-post delle cause alla base delle discrepanze tra risultati e obiettivi del Governo centrale e delle necessarie azioni correttive da mettere a punto all'interno del Piano di convergenza.

La *necessaria assistenza tecnica* richiamata dalla legge delega, a nostro avviso, richiede però prioritariamente la formazione di valutatori esperti in grado di ispezionare l'attività degli enti locali. Si osservi che nel nostro Paese ancora oggi sia a livello locale che centrale, la valutazione è rimessa ai servizi di controllo interno: un'autovalutazione per intenderci. Tuttavia, obiettivi di servizio come *benchmarking* per i LEP e valutazione delle *performance* non sono sufficienti. Occorre innescare comportamenti virtuosi nell'attività degli enti decentrati di governo. Il Patto di convergenza nella sua *road map* deve poter prevedere la possibilità di vincolare il finanziamento agli obiettivi incentivando il rispetto dei target previsti per i LEP. Articolare, cioè, vincoli e adempimenti – come attualmente avviene nel rapporto Stato-Regioni per il patto di stabilità sanitario – secondo criteri premianti fondati sulla convergenza verso gli standard dei fabbisogni, delle quantità e della qualità

dei servizi in modo da indurre gli Enti locali ad una appropriata, efficiente ed efficace riallocazione delle risorse all'interno dei propri bilanci, e allo stesso tempo criteri sanzionatori rendendo costoso il mancato rispetto delle regole attraverso l'attivazione massima dell'autonomia impositiva locale in mancanza di adeguate manovre correttive, o addirittura provvedere al commissariamento obbligando a ristrutturare la spesa, come peraltro oggi avviene con Piani di rientro dei disavanzi della sanità. Tuttavia, in questo caso non si tratterebbe di contenere la spesa, quanto piuttosto aumentarla ed indirizzarla verso una maggiore quantità di servizi e una migliore qualità delle prestazioni secondo gli standard e gli obiettivi specifici fissati nel Patto e nei Piani di convergenza. Tutto ciò, si badi bene senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica. Detto in altri termini, i diversi livelli di governo che gestiscono la materia della non autosufficienza dovrebbero internalizzare i costi all'interno dei propri bilanci.

Un esercizio di ristrutturazione di non poco conto che necessita di essere affrontato con la dovuta assistenza tecnica, soprattutto perché la prassi della programmazione degli obiettivi e della valutazione dei risultati non è uniformemente diffusa tra le Regioni e men che meno tra gli Enti locali. Una vera e propria *spending review*, si direbbe nell'esperienza internazionale, ma senza andare troppo lontano i patti della sanità costituiscono oramai un'ottima prassi con l'attribuzione al processo di monitoraggio di un ruolo di centralità, con valenza politica oltre che tecnica. Prassi che necessita di essere maggiormente incisiva per i servizi socio-sanitari verso cui riallocare la spesa e che urge di un forte coordinamento con il piano socio-assistenziale delegato agli Enti locali. In questo quadro non dimentichiamo però che il livello di governo centrale dovrebbe fare i conti anche con se stesso, recuperando tra i suoi Stati di previsione le risorse necessarie per la riforma dell'indennità di accompagnamento.

7. Conclusioni

Nel contesto del decentramento delle funzioni e delle risorse ad esse assegnate, la legge delega n.43/2009, vincolando la perequazione dei LEP ai costi e ai fabbisogni standard e la loro misura al principio di comparazione e valutazione dell'azione pubblica secondo criteri di efficienza e efficacia, ha riportato al centro dell'attenzione la debolezza dei sistemi informativi nazionali. La definizione dei bisogni e la classificazione delle prestazioni e dei servizi risentono di una forte eterogeneità regionale. Mancano standard quantitativi e qualitativi di offerta. L'aspetto più problematico della riforma continua infatti ad essere costituito proprio dalla necessità di organizzare un sistema coordinato e condiviso di rilevazione dei dati secondo definizioni e classificazioni omogenee, che non può limitarsi ai soli dati contabili o ambientali o ancora alle caratteristiche demografiche e socio-economiche, ma deve entrare nel merito della produzione dei servizi ovvero degli input, degli output e degli outcomes delle singole funzioni delegate agli organi decentrati di governo.

Come definire costi e fabbisogni standard è una questione controversa nel dibattito della letteratura specialistica, ma nello stesso tempo una sfida impegnativa che la legge delega si propone. Qualsiasi metodologia si intenda adottare richiede che le rilevazioni sulla spesa siano

congegnate in modo da permettere di isolare i fattori esogeni che impattano sugli standard dalle inefficienze di produzione e dalla spesa collegabile alle preferenze dei governi locali. Diversamente il rischio di commettere errori nella misura di costi e fabbisogni standard appare molto elevato.

Nel gioco dei LEP definiti o da definire, tra le misure rientra il sostegno alla non autosufficienza. La spesa stimata dalla RGS per questa funzione ammonta complessivamente a 25,6 miliardi di euro e somma tre componenti: le indennità di accompagnamento di competenza centrale, la componente socio-sanitaria a carico del SSN e quindi delle Asl, e una componente socio-assistenziale di competenza prevalentemente dei Comuni difficilmente delimitabile. Questa spesa è governata in modo scoordinato non solo tra i livelli di governo, ma anche al loro interno.

Se infatti dal piano macroeconomico ci si sposta sul piano microeconomico dell'informazione per la misurazione di costi e fabbisogni e per il monitoraggio dei LEP da garantire su tutto il territorio nazionale, diventa necessario entrare nel merito delle differenze territoriali, che sono particolarmente accentuate sul terreno della spesa per l'assistenza sociale. In quest'area, la determinazione di un fabbisogno macroeconomico non esiste perché non è mai esistita una programmazione nazionale e la spesa in essa allocata è sempre stata lasciata alla libertà dei governi locali.

Inoltre, probabilmente a causa delle limitate risorse dedicate alla spesa per l'assistenza, si è trascurata a lungo la necessità di dotarsi di un sistema informativo nazionale e con esso anche della prerogativa di guidare l'azione politica. Passi in avanti in questa direzione sono stati fatti con l'*Indagine sugli interventi e sui servizi sociali dei Comuni singoli e associati*, che tuttavia presenta numerosi limiti e soprattutto fornisce un quadro parziale del finanziamento e della produzione locale. In ogni modo, se per la spesa sanitaria la divergenza in termini pro-capite tra la regione che spende di più e quella che spende meno è pari a 1,4 volte, essa sale a 12 volte per l'intera spesa socio-assistenziale, e addirittura a 62 volte per la quota sociale dedicata agli *anziani*. Si tratta di una forte variabilità nella produzione dei servizi che non si attenua all'interno delle regioni e dei distretti e che dipende in misura rilevante dalle quote dei bilanci comunali destinate alla spesa sociale e da quanto questa spesa viene fatta ricadere da un'impropria allocazione nel settore sanitario. Tutto ciò non agevola la definizione dei costi e fabbisogni standard soprattutto in ragione del fatto che la loro misurazione richiede la considerazione della quantità e della qualità delle prestazioni offerte: un'informazione incognita allo stato attuale.

In questa relazione si è voluto dare ampio spazio alla progettualità dei nuovi flussi informativi nazionali dell'area socio-sanitaria e socio-assistenziale. Con riguardo alla prima il grosso lavoro in seno alla Commissione per la definizione e l'aggiornamento dei LEA ha permesso di riordinare delle prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari di competenza sanitaria, in larga parte erogate ai soggetti non autosufficienti. Le relazioni della Commissione LEA sono estremamente importanti non solo perché hanno dato centralità alla problematica della necessità di definire, classificare e qualificare con standard e in forma omogenea le prestazioni dei servizi sanitari, dalla cui soluzione dipende il monitoraggio dei diritti esigibili secondo criteri di appropriatezza, ma soprattutto perché hanno aperto un varco che permetterà di fare un grande passo in avanti nell'informazione necessaria per monitorare i LEP associati alla non autosufficienza. Il recente dm 17.12. 2008 che ne costituisce l'espressione permetterà di rilevare a livello nazionale i volumi di offerta delle prestazioni riservate alle persone non autosufficienti, i loro *pattern* di trattamento e

come conseguenza l'attività dei servizi. Si tratta di un'utile opportunità per quantificare e qualificare la spesa contabilizzata negli bilanci. Tali flussi a regime possono costituire un supporto fondamentale per la definizione di costi e fabbisogni standard e per la definizione di una possibile funzione di costo in grado di guidare l'attività gestionale dei servizi secondo criteri di efficienza nell'uso delle risorse.

Porre al centro dell'informazione e della misura il beneficiario delle prestazioni, titolare del diritto alla tutela che la Costituzione gli riserva, e seguire i passo con la sanità è estremamente importante anche sull'altro fronte, quello più propriamente socio-assistenziale. In questa direzione volge l'ambizione del progetto SINA che sta tentando di strutturare un sistema informativo nazionale per le prestazioni socio-assistenziali da integrare sia con i nuovi flussi informativi socio-sanitari, sia con le informazioni riferite ai benefici legati alle invalidità che risiedono presso l'Inps.

Per completare il quadro informativo, a fini della definizione dei costi e dei fabbisogni standard è estremamente importante riassestare l'indagine sulla spesa dei Comuni. Integrarla cioè con le poste di cui è attualmente sprovvista, delimitare al suo interno la spesa per la non autosufficienza riordinando il nomenclatore delle prestazioni, ma soprattutto estenderla agli altri attori coinvolti nel processo di produzione locale dei servizi sociali, agevolando il processo di monitoraggio dei sistemi locali di produzione dei servizi sociali.

La cassetta degli attrezzi per la misura del sostegno alla non autosufficienza si sta riempiendo. Proprio per questo è fondamentale cominciare a mettere insieme tutte le risorse dedicate alla non autosufficienza – la spesa storica, da cui inizialmente non si può prescindere – indipendentemente dal livello di governo cui è affidata la gestione della spesa. Il vantaggio di questa riunificazione permetterebbe di cominciare a circoscrivere un fabbisogno macroeconomico e quella quota *uniforme per abitante corretta tenendo conto di fattori oggettivi di diversità* di cui la legge delega parla e verso cui i governi decentrati dovrebbero convergere.

Per essere più chiari, perché i nuovi sistemi informativi che si stanno predisponendo, funzionali alla valutazione dell'intervento pubblico per la non autosufficienza, siano pieni di contenuti è necessario procedere subito all'avvio di un accurato processo di monitoraggio dei LEP che deve assumere centralità all'interno di quel Patto di convergenza dei costi e fabbisogni standard e degli obiettivi di servizio legati ai LEP e alle funzioni fondamentali di cui parla la legge delega.

Un processo di monitoraggio che a nostro avviso non può essere limitato alla sede della Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica (Stato *versus* Regioni) per verificare blandamente che il percorso di convergenza sia rispettato, ma che necessita di entrare nel merito di una maggiore apertura alla possibilità di definire regole e vincoli all'interno delle Regioni, strutturando una vera e propria attività ispettiva sull'operato amministrativo, organizzativo e gestionale della finanza locale al fine di supportare con la *necessaria assistenza tecnica* l'avvicinamento verso i *benchmark* di spesa, di output e di qualità dei servizi per i LEP, valutandone le *performance*.

È evidente che il percorso di convergenza deve avvenire senza oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica e per questo necessita di essere accompagnato da vincoli "forti", internalizzando i costi ed evitando di innescare comportamenti di *common pool* e *soft budget constraint*. Si tratta dunque di favorire comportamenti virtuosi nella ristrutturazione della spesa verso gli obiettivi target dei LEP, esattamente come è stato fatto con il patto di stabilità sanitario, vincolando cioè il

finanziamento in sostituzione dei trasferimenti a criteri premianti e sanzionatori, aumentando o riducendo l'autonomia dei governi locali in funzione dei risultati conseguiti.

In conclusione, grazie ai nuovi flussi informativi e auspicando le necessarie correzioni di quelli esistenti, la rappresentazione distorta del presente della "funzione" al sostegno della non autosufficienza presenta buone probabilità di miglioramento. Sicuramente quando il dm 17.12.2008 entrerà a regime e il progetto SINA sarà veramente realizzato, la realtà che facciamo fatica ad osservare sarà meno falsata.

Tuttavia, pensare alla contemporaneità dei bisogni significa però anche chiedersi quanta parte della progettualità è adatta al presente. Se si vuole davvero evitare uno strabismo interpretativo è necessario andare oltre la fissità del presente e ragionare in termini di potenziale prospettiva di cambiamento, pensare cioè ad una più corretta redistribuzione e allocazione delle risorse pubbliche in funzione dei bisogni sociali effettivi e futuri, e il tal senso il sostegno alla non autosufficienza rappresenta una priorità. Non ci si può limitare ad osservare per esempio quanta parte del finanziamento dei servizi è a carico del sanitario, o del sociale o ancora del privato. Né limitarsi a constatare che i trasferimenti monetari spesso non assolvono la funzione loro affidata. È necessario andare oltre. Oltre la riproposta di soluzioni passate, superare le distorsioni e ancorare la produzione e il finanziamento degli interventi e servizi socio-sanitari e socio-assistenziali ai bisogni reali da soddisfare, di cui spesso i politici e gli stessi beneficiari sono cattivi interpreti.

Riferimenti bibliografici

Aprile R. (2008), *The impact of ageing on health and long term care: the case of Italy*, in Fiscal Sustainability: analytical Developments and emerging policy issues, Roma, Banca d'Italia.

Aprile R. e A. Vestri (2006), *La spesa pubblica per long term care in ambito EPG-WGA: definizione dell'aggregato, profili di spesa e dinamiche demografiche*, in "Sviluppo e sostenibilità dei sistemi sanitari: dinamiche demografiche e ambientali", Conferenza AIES, Venezia, 16-17 novembre.

Arachi G. e Zanardi A. (2009), *La perequazione delle Regioni e degli Enti locali*, in di M.C. Guerra e A. Zanardi (a cura di), *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2009*, Bologna, Il Mulino.

Bird R. e F. Vaillancourt, (2005), *Expenditure –based equalization transfers*, in J. Martinez-Vazquez e B. Searle (a cura di), *Fiscal equalisation: callenges in the design of intergovernmental transfers*, New York, Springer.

Blochlinger H. e C. Charbit (2008), *Fiscal equalisation*, in OECD "Journal Studies", V. 2008, OECD.

Boadway R. e A. Shah (2007), *Intergovernmental fiscal transfers – Principles and Practice*, The World Bank, Washington D.C.

Bosi, P., M.C. Guerra, P. Silvestri (2008), *Le politiche per la non autosufficienza*, in M.C. Guerra e A. Zanardi, (a cura di), *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2008*, Bologna, Il Mulino.

Capp, Cer, Servizi Nuovi (2003), *Diritti di cittadinanza delle persone anziane non autosufficienti*, Roma, Libertà.

Caruso E. e N. Dirindin (2008), *La sanità nel 2007: tra piani e ripiani un'immagine positiva*, in M.C. Guerra e A. Zanardi (a cura di), *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2008*, Bologna, Il Mulino.

2009 *La sanità nel 2008: relazioni pericolose*, in M.C. Guerra e A. Zanardi (a cura di), *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2009*, Bologna, Il Mulino.

Dafflon B. (2007), *Fiscal capacity equalisation in horizontal fiscal equalisation programs*, in Intergovernmental fiscal transfers – Principles and Practice, a cura di R. Boadway e A. Shah, The World Bank, Washington D.C.

Dafflon B. e P. Mischler (2007), *Expenditure needs equalisation at local level*, in "Copenhagen Workshop", 13-14 September.

Guerra M.C. e S. Giannini (2009), *Articolazione e coordinamento territoriale delle imposte sui redditi e sulle imprese*, in M.C. Guerra e A. Zanardi (a cura di), *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2009*, Bologna, Il Mulino

Gori, C. (a cura di) (2008), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporto con lo Stato*, Roma, Carocci.

ISTAT (2008), *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni*, Anno 2005, Statistiche in Roma, 26 giugno.

ISAE (2009), *Finanza pubblica e Istituzioni*, Rapporto, giugno.

Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali (2008a), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Parte seconda sezione I, Aggiornamento 2008, Roma.

(2008b), *Progetto sperimentale per la creazione e implementazione di un sistema informativo nazionale sui servizi sociali per la non autosufficienza*, Convenzione tra Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e la Regione Liguria DGR 1873, Genova.

Ministero della salute (2007) , *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriali domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, Roma.

2006, *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, Roma.

OECD (2006), *Cost of care for elderly populations – Guidelines for estimating long term care expenditure*, Directorate for employment, labour and social affairs, DELSA-HEA-DIS.

2008, *Conceptual frame work and definition of long term care expenditure*, Health Division, SHA-REV.

Muraro G. (2008), *Alla ricerca del costo standard*, lavoce.info, 14 ottobre.

Petretto A. (2009), *La matematica (ipotetica) della legge delega sul federalismo fiscale*, mimeo.

Pisauro G. (2009), *Federalimo fiscale, questione settentrionale e questione meridionale*, Italianieuropei, n.1.

Ragioneria Generale dello Stato – Ministero dell'economia e delle finanze (2008), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – Aggiornamento 2008*, collana Studi e Pubblicazioni, Rapporto n. 10, Roma.

Reschovsky A. (2007), *Compensating local government for differences in expenditure needs*, in Boadway e A. Shah (acura di), *Intergovernmental fiscal transfers – Principles and Practice*, Washington D.C., The World Bank.

Servizi Nuovi (a cura di) (2008), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali*, AUSER, novembre.

Shah A.

1996, *A fiscal need approach to equalisation,* Canadian Public Policy vol. 22, n.2.

2007, *Fiscal needs equalisation: is it worth doing? Lessons from international practies at local level*, "Working Paper", World Bank.

Silvestri P. e F. Zuffi (2008), *La valutazione degli enti locali: il caso inglese del Comprehensive Performance Assessment*, in M.C. Guerra e A. Zanardi (a cura di), *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2008*, Bologna, Il Mulino.

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 18

Il ruolo di Regioni e Comuni: relazioni istituzionali verso il federalismo

di
Anna Banchero e Carlo Casari

Luglio 2010

1. Introduzione

Il presente capitolo conclude la terza parte del progetto. Obiettivo di questa parte – come detto nell'introduzione – è individuare le principali ipotesi applicative del federalismo, con particolare riferimento ai livelli essenziali, e valutarne le conseguenze per l'assistenza continuativa.

Nei precedenti capitoli si è perseguito l'obiettivo confrontando le diverse opzioni per i livelli essenziali e, successivamente, ragionando sul sistema di monitoraggio. La disamina degli scenari applicativi del federalismo, però, sarebbe incompleta senza uno specifico approfondimento del ruolo che potranno svolgere le Regioni e i Comuni, e i soggetti che li rappresentano. Bisogna capire come si potranno collocare Regioni e Comuni nel nuovo assetto istituzionali e quali sono le principali sfide e opportunità legate al loro rapporto con lo Stato. Infatti, la relazione delle politiche statali - oggetto del presente progetto - con i Comuni e con le Regioni costituirà una delle determinanti del successo o fallimento del federalismo.

Questo capitolo propone le riflessioni di due autorevoli rappresentanti delle realtà delle Regioni e dei Comuni sul tema. Entrambi discutono criticamente l'esperienza del passato e forniscono indicazioni per il futuro.

2. Una prospettiva delle Regioni[1]

2.1. I processi del decentramento amministrativo, i decreti di riordino del sistema sanitario, la legge 328/2000: i preliminari di una riforma costituzionale.

La situazione italiana che si presentava alla fine degli anni '90 era assai sbilanciata sul piano dei servizi offerti al cittadino: da una parte il sistema sanitario, che usciva da travagliati eventi, legati alle formule organizzativo-istituzionali (comitati di gestione delle USL) ed ad una elevata espansione della spesa , mentre sul versante previdenziale si doveva provvedere ad una prima necessaria riforma del sistema pensionistico. Sul piano dell'assetto istituzionale, i provvedimenti "Bassanini", dal 1995 al 1998 (in particolare il DLgs 112/98), completavano i processi del decentramento amministrativo; *mancava* solo la definizione dei diritti sociali, particolarmente per le fasce deboli, a cui si è giunti nell'ottobre 2000 con la *"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*.

Sul piano delle politiche sociali, nel periodo intercorrente tra il DPR 616/77 e il DLGS 112/98, la maggioranza delle Regioni ha approvato leggi e piani per la disciplina dei servizi sociali. Tutto ciò non ha favorito l'omogeneità dell'offerta e dalle analisi condotte sugli interventi socio-assistenziali del nostro Paese, alla fine degli anni '90, si registravano pesanti squilibri tra Nord, Centro e Sud, evidenziando:

- disomogeneità delle prestazioni per tipologia, contenuti e modalità di accesso;
- servizi prevalentemente rivolti a categorie, non considerando le differenze di età, sesso, reddito e collocazione geografica fra persone, rendendo aleatorio il concetto di giustizia

[1] Questa parte è di Anna Banchero.

sociale e di diritto soggettivo costituzionale;

- interventi "predeterminati", e spesso autoreferenziali, non rispondenti alla rapida trasformazione della condizione individuale, familiare e di cittadinanza e ai rilevanti mutamenti demografici (si cita in particolare il processo di invecchiamento della popolazione e le nuove povertà);
- offerta di servizi che non arrivava a coprire nemmeno il 10 % della spesa, mentre oltre il 90 % era (ed è) riferito a trasferimenti economici, tendenti più a ratificare che a superare l'esclusione sociale;
- rilevanti differenziazioni tra i trattamenti economici riservati alle diverse invalidità, cecità e sordomutismo, tali da produrre disuguaglianza invece che equità;
- limitate risposte per le strategie di supporto alla famiglia, con la difficile conciliazione fra impegni di cura e impegni di lavoro e pesanti condizionamenti anche nelle decisioni procreative.

Nonostante i costi pubblici elevati cresceva anche la spesa a carico dei cittadini per acquistare assistenza privata (stimata nel 1998 in oltre 8 miliardi di euro/anno). Non si rilevava l'esistenza di interventi organici per la lungo-assistenza e le azioni condotte a favore dei non autosufficienti si ricomponevano in un "fai da te" affidato alle famiglie, perché anche le assicurazioni private dedicavano scarsa attenzione al problema della non autosufficienza.

Nonostante i pesanti interventi di contenimento della spesa pubblica voluti dai Governi Amato nella seconda metà degli anni novanta, non si è accettata la scelta di un mero contenimento della spesa assistenziale, ché avrebbe ulteriormente limitato le risposte ai crescenti bisogni e quindi, l'impegno del legislatore è stato verso il "disegno di legge quadro sull'assistenza", per offrire almeno alcune garanzie di "livelli essenziali" che accompagnassero le trasformazioni del settore verso ipotesi organizzative derivate dal nuovo ordinamento delle autonomie locali, capaci di dar vita ad un circolo virtuoso tra pubblico, terzo settore e privato, a favore della crescente domanda sociale.

L'approccio con cui il Governo e il Parlamento italiano hanno affrontato il riordino delle politiche assistenziali con la legge 328/2000 è stato di carattere *storico-economico* individuando nel welfare strutture tipiche di organizzazione sociale, di redistribuzione del reddito e di mediazione dei conflitti sociali, ipotizzando di assicurare diritti soggettivi essenziali, particolarmente alle fasce deboli, facendo leva sulle realtà territoriali (sussidiarietà orizzontale) e sul rispetto dei diversi livelli di Governo, rispettando quello più vicino al cittadino (Comune) in una sussidiarietà verticale, che, anche in termini di spesa, valorizzava la connessione tra prestazioni monetarie e servizi locali, che purtroppo, nei fatti, si è poi dimostrata, difficilmente raggiungibile.

Si accompagnò ai processi riorganizzativi dell'assetto sanitario sociale anche una riforma del pubblico impiego con il Decreto Legislativo 3 febbraio 1993, n. 29" *Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche revisione della disciplina in materia di pubblico impiego"*.

Le parole chiave dell'epoca: sostenibilità del welfare, efficienza, efficacia, responsabilità, costi-benefici, lavoro per progetti, valutazione dei risultati, etc.

Il decreto legislativo 502/92 ed il successivo 517/93, hanno inteso riformare il sistema sanitario proprio nel senso sopra indicato: sostenibilità economica, produttività, risparmio, *esclusione dell'ingerenza politica* sul sistema salute. Le riforme, almeno sul piano della norma non

riguardano i principi ed i valori fondamentali dell'universalismo, della gratuità, della solidarietà, sanciti dalla l. n. 833/78, ma piuttosto l'assetto istituzionale ed organizzativo, gli strumenti per renderli effettivamente sostenibili.

Di fatto non sarà però così. L'esclusione da questi processi di riforma delle Amministrazioni locali, per obbedire all'imperativo di escludere *la politica* dal sistema, ha creato lacune sul ruolo delle amministrazioni locali difficile dal colmare, anche con l'avvento del decreto correttivo 229/99.

Cosa si deve registrare sul versante dei servizi, che la trasformazione dell'Unità sanitaria locale in Azienda, ha concretamene interrotto o fortemente limitato, quei processi di integrazione tra comparti, che sono inevitabili sul versante delle fragilità (dalla disabilità, alla non autosufficienza).

L'aziendalizzazione delle USL, fronteggiata con coraggio particolarmente dal Veneto che ha continuato ad adottare il sistema integrato con la Aziende Sociosanitarie, ha finito per "isolare" il servizio sanitario dalle Autonomie Locali, che occupano un ruolo forte nella fase preventiva e della riabilitazione: dagli stili di vita al recupero delle disabilità.

In quel periodo si è aperta una frattura nella comunicazione tra Sistema Sanitario e Comuni i cui risultati si riscontrano anche in oggi (si veda l'estrema eterogeneità di applicazione dell'integrazione sociosanitaria tra servizi sanitari a rilievo sociale e sociali a rilievo sanitario), l'oggetto principale della discussione politico amministrativa era quello dei livelli essenziali di assistenza, vediamo infatti, che un DPCM del 29 novembre 2001, emanato a seguito di un'intesa tra Stato/Regioni, disciplina i *"livelli essenziali di assistenza, sanitaria e sociosanitaria"* (LEA), non registra in sede di stesura alcuna partecipazione dei Comuni, anche se parte della materia (quella dei livelli integrati) li chiama in causa sul piano del concorso alla spesa; il risultato, è stato anche in questo caso, quello di un'applicazione altamente disomogenea nei territori italiani di tali livelli.

Eppure, gli strumenti di comunicazione tra istanze istituzionali non mancavano: Conferenza Stato/Regioni, Conferenza delle Autonomie e Conferenza Unificata. Organismi creati appositamente per trovare comunicazione, discussione e mediazione ma che, sostanzialmente, hanno funzionato in maniera molto limitata. Vediamoli nel dettaglio, anche per comprenderne la natura e rilevarne i limiti.

2.2. Le Conferenze Stato-Regioni , Stato-Città e Unificata

Ad accompagnare, guidare il complesso rapporto istituzionale centro/periferia, con il DPCM 12 ottobre 1983, viene istituita, quando sono trascorsi oltre dieci anni dalla nascita delle regioni la Conferenza Stato-Regioni, come raccordo istituzionale unitario per entrambi i livelli di Governo.

Si apre così un "tavolo paritetico" che consente alle regioni di confrontarsi con il Governo anche su politiche generali; nello stesso tempo il tavolo dimostra la sua utilità per il Governo che attraverso esso acquisisce pareri (e proposte) utili nell'esercizio dell' azione amministrativa nelle materie e politiche che coinvolgono le regioni. Un altro aspetto positivo è rappresentato da un'interlocuzione regionale che tende a presentarsi con posizioni unitarie che portano ad indubbi vantaggi sia per le relazioni che per il confronto tra Enti.

In realtà nei primi 5 anni (1983-88) la Conferenza si è riunita poco e su argomenti autonomamente decisi dal Presidente del Consiglio, anche perché continuava la prassi di riunioni settoriali fra singoli ministeri e assessori, con conseguente indebolimento della capacità di entrambi gli interlocutori istituzionali di confrontarsi su politiche e tematiche di carattere generale.

In seguito il legislatore modifica la situazione e con l'articolo 12 della legge n. 400 del 23 agosto 1988, vengono completamente riorganizzate le competenze della Conferenza. Va detto che l'impianto del 1988, pur con gli arricchimenti del tempo, è sostanzialmente valido ancor oggi e ha dato vita ad una fase dinamica che si è protratta fino agli anni 2000 e con una veste un po' differente, fino ai giorni nostri, dove le modifiche del Titolo V della Costituzione hanno avuto un peso anche sulla revisione dei rapporti interistituzionali.

Oggi, la Conferenza Stato-Regioni è un organo collegiale presieduto dal Presidente del Consiglio, salvo delega al Ministro per gli affari regionali, e di cui fanno parte i Presidenti delle regioni e delle province autonome. Hanno facoltà di intervenire i Ministri interessati agli argomenti all'ordine del giorno, ma non ne fanno formalmente parte. Nella prassi è frequente una tacita delega rispettivamente a sottosegretari e assessori. Il parere favorevole delle regioni (anche e soprattutto quando è frutto di modifiche concordate e assentite dal Governo o dal Ministro proponente) ha una positiva influenza sul provvedimento discusso che influisce anche sull'eventuale successivo iter parlamentare.

I principali strumenti usati dalla Conferenza per esprimersi sono tre: i pareri, le intese e gli accordi, il loro contenuto è differenziato e collegato alla importanza degli atti in esame.

I pareri sono lo strumento più usato e attengono ad una tipica *funzione consultiva* che le regioni svolgono in Conferenza in ordine ad atti di competenza statale. Di solito i pareri si usano da parte delle regioni per qualsiasi manifestazione di volontà in seno alla Conferenza. Le intese, sono invece un tipo di atto che si inserisce in un procedimento, autonomo e perfetto, salvo eccezioni previste dalla legge. Richiedono normalmente un "lungo lavoro" tra funzionari statali e regionali che preparano, in base al mandato ricevuto, la bozza dell' intesa, da ratificare in sede di Conferenza.

Un esempio di intesa sono i LEA, il riparto del Fondo Sanitario e la proposta del Governo di Piano Sanitario Nazionale; anche nelle politiche sociali esiste l'intesa per il riparto del Fondo nazionale delle politiche sociali, ma in questo caso si tratta di un'intesa in Conferenza Unificata cioè anche con i Comuni e in maniera analoga, era prevista l'intesa sui LIVEAS (livelli essenziali delle prestazioni sociali) dalla finanziaria 2003 all'articolo 46.

Non va sottovalutata per l'intesa la collaborazione ed il raccordo che avviene tra le parti della Conferenza: lo Stato con i suoi Ministeri e le Regioni, spesso si giunge ad una vera "contrattazione" che porta, nella maggior parte dei casi, ad un testo l'atto preso in esame è quindi spesso modificato dall'amministrazione centrale proponente in modo da rendere evidente la mediazione che avviene tra i due livelli istituzionali: lo Stato e le Regioni. Qualche volta, però, l'intesa non si trova ed allora o lo Stato modifica il provvedimento, o lo ritira, o in qualche altro caso (es: leggi finanziarie), i provvedimenti nazionali vanno avanti anche con il parere contrario delle regioni.

Il terzo strumento, quello dell'accordo, è stato sperimentato per lungo tempo, nell'attività di indirizzo e coordinamento agli inizi degli anni novanta, quando ha subito un'interruzione da parte della Corte costituzionale. La suprema Corte, infatti accogliendo ricorsi di molte regioni, lo ha reso sostanzialmente inapplicabile, chiedendo alle parti di trovare nuovi strumenti di raccordo. Le nuove

modalità trovate mutano l'accordo da coordinamento statale con una sorta di auto-coordinamento regionale condiviso con lo Stato, in maniera da costituire un documento che può essere portato a conoscenza dei terzi. Tipico esempio di "accordo" è il ripiano dei deficit sanitari. Gli accordi costituiscono la base per decretazione e provvedimenti legislativi.

Si aggiungono poi le proposte come atti più collegati alla sfera dell'iniziativa politica per stimolare processi istituzionali che coinvolgono Stato e Regioni ed infine le deliberazioni come atti di amministrazione attiva per assumere e sancire decisioni.

In sintesi si può concludere che la Conferenza non è solo un luogo dove le regioni portano pareri, dove vengono sancite intese o accordi tra Stato e regioni, ecc.), ma un vero e proprio "organo" non appartenente all'apparato statale o regionale ma con un'autorevolezza riconosciuta anche dalla stessa Corte costituzionale.

Per dialogare in sede di Conferenza le Regioni hanno costituito nel gennaio del 1981 il coordinamento politico dei Presidenti definito Conferenza dei Presidenti. Il coordinamento risponde a diverse esigenze:

- organizzare un permanente confronto interregionale;
- rapportarsi con lo Stato (Governo, Parlamento ecc.) tramite posizioni unitarie o almeno concordate;
- volontà di dare voce e far pesare quello che viene definito "sistema delle regioni", anche nel processo di costruzione dell'Unione europea.

Nel 1983 la Conferenza dei Presidenti ha istituito il Cinsedo (Centro interregionale di studi e documentazione), con sede a Roma, quale organismo con funzioni di supporto organizzativo, di studio, informazione e documentazione per la Conferenza. Il Cinsedo svolge tutt'oggi questo compito.

La Conferenza dei Presidenti, tramite il Cinsedo organizza le proprie attività e quelle di raccordo con la Conferenza Stato-Regioni attraverso Gruppi di lavoro, coordinati da un Assessore. Dal 2005, i gruppi sono stati trasformati in Commissioni, anch'esse coordinate da un Assessore (per le materie servizi sociali e sanità abbiamo la Commissione Politiche Sociali e la Commissione Salute).

2.2.1 Le Conferenze Stato –città e Unificata

Come si può evidenziare, la Conferenza Stato –regioni *non contempla* il ruolo delle Autonomie Locali che è stato riconosciuto con DPCM 2 luglio 1996 tramite l'istituzione della Conferenza Stato-città ed autonomie locali. Anche questa Conferenza è un organo collegiale con funzioni consultive e decisionali e una sede di confronto permanente e di raccordo tra lo Stato e gli enti locali, che ignora comunque l'organizzazione regionale, questo è un grande vuoto, che si registrerà soprattutto nell'ambito dei servizi alla persona (sanità e servizi sociali).

La Conferenza Stato-città ed autonomie locali è presieduta dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, per sua delega, dal Ministro dell'Interno o dal Ministro per gli affari regionali nelle materie di rispettiva competenza. Ne fanno parte, altresì, i Ministri dell'economia e delle finanze,

dello sviluppo economico, delle infrastrutture, dei trasporti, della salute, i presidenti di ANCI, UPI, UNCEM nonché, su designazione delle rispettive associazioni, sei presidenti di provincia e quattordici sindaci, di cui cinque sindaci di città che siano aree metropolitane.

I compiti della Conferenza Stato - citta' ed autonomie locali, consistono prevalentemente nelle seguenti attività:

- favorire il coordinamento nei rapporti tra lo Stato e le Autonomie locali;
- promuover e stimolare attivita' relative alla organizzazione di manifestazioni che coinvolgono più comuni o province da celebrare in ambito nazionale;
- esprimere pareri e sancisce intese sugli atti amministrativi previsti dalle disposizioni legislative;
- favorire l'approvazione di accordi o contratti di programma ai sensi dell'art. 12, comma 6-bis della legge 23 dicembre 1992, n. 498;
- promuovere l'informazione e le iniziative per il miglioramento dell'efficienza dei servizi pubblici locali;
- acquisire le designazioni dei rappresentanti degli enti locali, nei casi previsti dalla legge.

Inoltre, la Conferenza è sede di esame in materia di ordinamento, finanza, personale e servizi pubblici degli enti locali e di ogni altra questione che venga sottoposta, anche su richiesta dei Presidenti dell'ANCI, dell'UPI o dell'UNCEM, al parere della Conferenza, dal Presidente del Consiglio o dal Presidente delegato.

Come si può osservare questa Conferenza era ed è un “organismo” a sé stante, rispetto la Conferenza Stato–regioni, molto scarsi sono i collegamenti tra le due Conferenze, quindi, forse, anche per l’evidenza di questo vuoto, il decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, ha istituito la Conferenza Unificata che raggruppa i soggetti della Stato-regioni e quelli della Stato-città ed autonomie locali. Anch’essa è presieduta dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, per sua delega, dal Ministro dell'interno o dal Ministro per gli affari regionali; ne fanno parte altresì il Ministro dell’Economia e della Programmazione economica, il Ministro delle Finanze, il Ministro dei Lavori Pubblici, il Ministro della Sanità, il presidente dell'Associazione nazionale dei comuni d'Italia - ANCI, il presidente dell'Unione province d'Italia - UPI ed il presidente dell'Unione nazionale comuni, Comunità ed Enti montani - UNCEM.

Sono inclusi nella Conferenza Unificata anche quattordici sindaci designati dall'ANCI e sei presidenti di provincia designati dall'UPI. Dei quattordici sindaci designati dall'ANCI cinque rappresentano le città individuate dall'articolo 17 della legge 8 giugno 1990, n. 142. Alle riunioni possono essere invitati altri membri del Governo, nonché rappresentanti di amministrazioni statali, locali o di enti pubblici.

La Conferenza Stato - città ed autonomie locali e' convocata almeno ogni tre mesi, e comunque in tutti i casi il presidente ne ravvisi la necessità o qualora ne faccia richiesta il presidente dell'ANCI, dell'UPI o dell'UNCEM. La Conferenza unificata è convocata dal Presidente del Consiglio dei Ministri che presiede anche le sedute, può anche delegare il Ministro per gli Affari Regionali o quelli dell'Interno.

La Conferenza Unificata assume deliberazioni, promuove o sancisce intese ed accordi, esprime pareri, designa rappresentanti nei gruppi di lavoro in relazione alle materie ed ai compiti di interesse comune alle regioni, alle province, ai comuni e alle comunità montane.

In particolare la **Conferenza unificata**:

- esprime pareri sul disegno di legge finanziaria, sui disegni di legge collegati e sul documento di programmazione economica e finanziaria, sugli schemi di decreto legislativo adottati in base all'articolo 1 della legge 15 marzo 1997, n. 59;
- promuove e sancisce intese tra Governo, regioni, province, comuni e comunità montane ;
- promuove e sancisce accordi tra Governo, regioni, province, comuni e comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;
- acquisisce le designazioni dei rappresentanti delle autonomie locali indicati, rispettivamente, dai presidenti delle regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, dall'ANCI, dall'UPI e dall'UNCEM nei casi previsti dalla legge;
- assicura lo scambio di dati e informazioni tra Governo, regioni, province, comuni e comunità montane nei casi di sua competenza, anche attraverso l'approvazione di protocolli di intesa tra le amministrazioni centrali e locali;
- è consultata sulle linee generali delle politiche del personale pubblico e sui processi di riorganizzazione e mobilità del personale connessi al conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed agli enti locali;
- esprime gli indirizzi per l'attività dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Il Presidente del Consiglio dei Ministri può sottoporre alla Conferenza unificata, anche su richiesta delle autonomie regionali e locali, ogni altro oggetto di preminente interesse comune delle regioni, delle province, dei comuni e delle comunita' montane.

Alle funzioni attribuite alle Conferenze dal D.lgs 281 del 1997, si aggiungono anche quelle, previste dalla legge 131 del 2003 e dalla legge 11 del 2005**.**

2.2.2 Osservazioni sulla "governance" tra istituzioni

Le precedenti considerazioni illustrano come gli strumenti di partecipazione delle Autonomie locali e delle regioni siano stati individuati in maniera ricca e dettagliata…. I problemi di fondo, registrati per tali strumenti sono rappresentati da:

- una comunicazione prevalentemente "duale" tra Stato/Regioni da una parte e Stato/Città/ autonomie dall'altra;
- la mancanza di una "*vera governance"*tra gli Enti del sistema istituzionale, introdotta solo il terzo modello: la Conferenza Unificata, ha messo insieme i diversi livelli di

Governo e ciò significa che spesso le *grandi scelte* non sono state frutto di un lavoro congiunto, come peraltro è avvenuto per il LEA sociosanitari.

2.3. Le Modifiche costituzionali: La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 " Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione"

Un altro evento fondamentale che ha sancito il primo vero cambiamento dell'assetto statuale voluto dalla Carta Costituzione del 1947 è stata la legge costituzionale 18 ottobre 2001 , n. 3 che modifica il regime di riparto delle competenze e delle funzioni tra lo Stato e le Regioni, ridisciplinando in modo integralmente innovativo l'articolo 117 della Costituzione.

I nuovi principi costituzionali che regolano il quadro delle competenze sono così sintetizzabili:

a) allo Stato sono riservate in via esclusiva *(competenza esclusiva dello Stato)* alcune competenze puntualmente declinate all'articolo 117, secondo comma, della Costituzione, da svolgere nel rispetto dei limiti generali posti alla funzione legislativa statale, dal primo comma dello stesso articolo 117;
b) alle Regioni, ribaltando il precedente principio di distribuzione delle competenze legislative, sono attribuiti due tipi di competenze:

- quelle, indicate all'art. 117, terzo comma della Costituzione, da svolgere nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti in leggi dello Stato, *(competenza regionale concorrente);*
- quelle, stabilite all'articolo 117, quarto comma, da svolgere in via " esclusiva a cui si aggiungono *competenze di carattere residuale* da svilupparsi nel rispetto dei limiti generali posti alla funzione legislativa dallo stesso articolo 117.

Per le Autonomie locali dopo le riforme Bassanini, l'allocazione delle funzioni amministrative è stata riscritta dal nuovo articolo 118 della Costituzione: al principio di "parallelismo" si è sostituito quello di "sussidiarietà" verticale.

In pratica, ad un regime che prevedeva che le Regioni potessero avvalersi degli Enti locali con discrezionalità rimessa al legislatore statale e regionale, con l'introduzione del principio di sussidiarietà, il criterio di attribuzione delle competenze, postulava che la generalità delle funzioni amministrative spettasse al Comune, salvo quelle che non potevano essere "adeguatamente" esercitate e che avrebbero dovuto, quindi, essere progressivamente riallocate alle Province e alle Regioni.

Non è però così lineare la riforma del Titolo V, perché l'articolo 117, secondo comma, lettera p), demanda al legislatore statale la definizione delle funzioni "fondamentali" di Comuni, Province e Città metropolitane mentre l'articolo 118, sottolinea al primo comma l'attribuzione delle funzioni amministrative ai Comuni, salvo quelle che debbano essere conferite, al fine di assicurarne l'esercizio unitario, a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato.

Infine, l'articolo 121, è rimasto in vigore anche dopo la riforma n. 3/2001, assegna al Presidente della Giunta regionale la direzione delle funzioni amministrative delegate dallo Stato alla Regione, lasciando intendere che possano ancora esistere funzioni amministrative proprie dello Stato, ma che questo ritenga di delegarle alle Regioni

Come si può osservare non vi è piena chiarezza terminologica e concettuale nei confronti delle competenze a carico delle Autonomie locali (competenze "attribuite" o di seguito "conferite"). Ciò che ne è derivato è che l'incertezza del testo costituzionale ha lasciato spazio al legislatore statale e alla Corte Costituzionale di ulteriori interpretazioni della norma senza incoraggiare il ricorso a procedure concertative tra i diversi livelli istituzionali.

Il problema evidenziato ha fatto si che Comuni, e altri enti locali, in materia di esercizio di funzioni amministrative, nonostante quanto affermato dal primo comma dell'articolo 118, siano stati e siano in balia della "discrezionalità", o dell'arbitrio, del legislatore statale e regionale, riportando gli stessi Comuni alla situazione *ante* riforma, nella quale la garanzia costituzionale della propria sfera di autonomia era assicurata (o diminuita, o negata) dalla legge statale.

Gli Enti locali non dispongono purtroppo di strumenti per contestare la legittimità di trasferimenti inadeguati di funzioni, anche laddove si sono trovati di fronte a trasferimenti che non hanno coinciso con l'effettiva attribuzione di mezzi e risorse (si veda, ad esempio, la materia relativa l'invalidità civile).

Le *disarmonie* giuridiche indicate non sono state risolte nemmeno dalla legge "La Loggia" del 5 giugno 2003, n. 131" *"Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 "* che attribuisce all'articolo 4 primo comma, al Presidente del Consiglio il coordinamento dell'azione di Governo con il sistema delle autonomie e con le Regioni promuovendo la loro collaborazione . Mentre l'articolo 7 riprende i compiti dello Stato e delle regioni nel conferimento di competenze a Province, Città metropolitane, regioni e Stato, orientandoli ai "principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza. Nello stesso tempo si "raccomanda" a Stato, Regioni, Città metropolitane, Province, Comuni e Comunità montane di favorire l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli o associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà.

Nell'articolo c'è anche un invito ai Comuni di esercitare le funzioni amministrative associata, anche mediante le Comunità montane e le Unioni dei Comuni, per dare impulso all'associazionismo intercomunale.

Va sottolineato che, la legge sottolinea più volte la necessità di procedere in seno alla Conferenza Unificata per gli "affari " riguardanti l'intero sistema istituzionale.

Al di là delle disarmonie citate, il maggior "vuoto" derivato dalla *scarsa governance tra Enti non statali*, si è registrato, ed ancor oggi è tale, nei livelli essenziali di assistenza, introdotti dalla lettera m) dell'articolo 117 , ovviamente non per quelli sanitari, dove anche di fronte ad un mancato coinvolgimento dei Comuni, l'individuazione dei livelli esiste, mentre nei livelli essenziali delle prestazioni sociali (da più parti, anche se informalmente, denominati LIVEAS), dove più tavoli di lavoro creati in Unificata, non hanno trovato alcuna soluzione, forse perché lo Stato, non ha fatto sentire *sufficientemente* la sua presenza, presumibilmente a causa delle mancate disponibilità economiche per la materia.

In sintesi, quella pur limitata governance introdotta dalla legge 131/2003, dove il punto più qualificante per una politica a favore della non autosufficienza poteva essere rappresentato dai livelli

essenziali, non è mai stata agita, anche fronte al già citato articolo 46 della finanziaria 2003, che dava spazio per i LIVEAS ad un'intesa plurima tra Enti, in Conferenza Unificata.

L'unico riferimento ai livelli essenziali per le persone non autosufficienti lo troviamo nei decreti di riparto del Fondo nazionale per le non autosufficienze 2008 e 2009, approvati in Conferenza Unificata, laddove si individuano come impieghi prioritari dello stesso:

a) i Punti unici di accesso;
b) la presa in carico personalizzata con il Piano di assistenza individuale;
c) l'incremento dell'assistenza domiciliare.

Per concludere, su questa parte che riguarda il "come eravamo" va sottolineato che le diverse Conferenze sono state più vicine a "camere di compensazione" dei divari con lo Stato che veri organismi di dialogo e di governance tra i diversi livelli di governo. Si sono si costruite opportunità per il confronto, ma lo stesso non ha travalicato i problemi del momento, non si è riusciti ad individuare momenti di crescita comune adottando ad esempio *sperimentazioni istituzionali* che potessero davvero sostanziare quella "leale collaborazione" o sussidiarietà verticale, tanto attesa dalle modifiche del Titolo V e dalla stessa legge 328/2000.

E' da sottolineare come, spesso le Conferenze abbiano assunto "ruoli notarili", di ratifica dei provvedimenti o di opposizione e si siano talvolta riunite, più come procedura formale che come sede di confronto e concertazione, senza costruire processi di cambiamento e portando i dissensi e le dissonanze tra Stato, regioni e autonomie più alla Corte Costituzionale che a processi di mediazione tra le diverse posizioni (Si veda la recente esperienza del Piano casa, dei Fondi FAS e quella della decretazione di urgenza).

Le obiezioni sollevate, non vogliono però limitarsi ad una critica di eventi trascorsi, ma devono essere utili per affrontare la fase attuale rappresentata dal Federalismo, dove, ancora una volta, Regioni e Autonomie possono intraprendere strade "convergenti", ma separate.

2.4. Il Federalismo fiscale: la legge 5 maggio 2009 , n. 42 " Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione"

Il Federalismo fiscale è legge. I sui principi fondamentali sono - da una parte - il coordinamento dei centri di spesa con i centri di prelievo, che comporterà automaticamente maggiore responsabilità da parte degli Enti nel gestire le risorse, dall'altra parte, la sostituzione della spesa storica, basata sulla continuità dei livelli di spesa, con i "costi standard". La riforma federalista dovrà essere compatibile con il patto di stabilità e crescita, nessun adempimento dovrà comportare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Per diventare operativo, il federalismo fiscale, necessita di una serie di provvedimenti che dovranno essere approvati nell'arco di un settennio: 2 anni per l'attuazione e 5 di regime transitorio. La legge 42/2009, per accompagnare il processo federale prevede l'istituzione di una commissione paritetica propedeutica alla definizione dei contenuti dei decreti attuativi che dovranno essere predisposti entro 2 anni dall'entrata in vigore della stessa.

E' prevista anche una commissione per il coordinamento della finanza pubblica da istituire con uno dei citati decreti. La commissione avrà carattere permanente e opererà in seno alla Conferenza Unificata.

La legge federale prevede la possibilità di istituire Città metropolitane nelle aree dei comuni di Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Bari, Napoli e Reggio Calabria. La proposta spetta, in via principale, al comune capoluogo assieme alla Provincia e dovrà ricevere il via libera della Regione, entro 90 giorni. E', poi, indetto un referendum tra tutti i cittadini della provincia. Una volta costituite, le Città metropolitane, la Provincia di riferimento cesserà di esistere.

A verificare, l'attuazione del federalismo fiscale, sarà una commissione Bicamerale, composta da 15 senatori e 15 deputati. Il presidente viene nominato dai presidenti di Camera e Senato. I pareri espressi non saranno vincolanti, ma sulla base dell'attività svolta, la Commissione avrà, la possibilità di formulare osservazioni e di fornire al Governo elementi utili alla predisposizione dei decreti legislativi attuativi della riforma. Per assicurare il raccordo della Commissione con le autonomie territoriali, verrà affiancata da un comitato di rappresentanti locali, formato da 12 membri, dei quali 6 in rappresentanza delle Regioni, 2 delle Province e 4 dei Comuni.

Presso il Ministero dell'Economia è invece costituita la Commissione paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale, che ha il compito di affiancare il Governo nella redazione dei decreti attuativi della riforma. E' un organo tecnico, composto da 30 componenti, per metà, esperti dello Stato e per l'altra metà, da specialisti provenienti dalle amministrazioni locali. Trasmette, a richiesta, informazioni e dati alle Camere, ai Consigli regionali e delle province autonome.

La legge 42/2009 prevede anche un altro Organismo: la Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica che sarà istituita in seno alla Conferenza Unificata, con rappresentanti locali e statali, e avrà il compito di monitorare i flussi perequativi, di verificare l'utilizzo dei fondi per gli interventi speciali e di definire gli obiettivi di finanza pubblica per comparto, nel rispetto del patto di stabilità interno. Le determinazioni assunte dalla Conferenza sono trasmesse alle Camere.

Le spese delle amministrazioni locali, in particolare, per quelle relative a sanità, assistenza e per le prestazioni e i servizi riguardanti il diritto allo studio e le funzioni amministrative in materia di istruzione svolte dalle Regioni. Dovranno fare riferimento ai costi standard , per eliminare il meccanismo della *spesa storica*. Per ciascun servizio erogato dagli enti territoriali, si individuerà un costo standard, cui tutti dovranno uniformarsi durante un periodo transitorio di 5 anni.

La legge statale, ha il compito di disciplinare la determinazione dei livelli essenziali di assistenza e dei livelli essenziali delle prestazioni. Fino all'effettiva individuazione delle funzioni fondamentali, il fabbisogno di Comuni e Province sarà finanziato assumendo che l'80% delle spese si riferisca alle funzioni fondamentali, mentre il residuo 20% alle altre funzioni. attraverso accordi da concludere in sede di Conferenza Unificata.

Il costo standard è costruito " nel rispetto delle condizioni di efficienza e di appropriatezza del servizio. Il costo standard sarà finanziati da tributi regionali e dalla compartecipazione ad Irpef e Iva, oltre a quote del fondo perequativo e all'Irap, fino alla sua definitiva sostituzione con altri tributi. Salta, quindi, la riserva di aliquota Irpef per le Regioni, sostituita per il finanziamento delle funzioni essenziali, dalle compartecipazioni ai tributi erariali e al gettito Iva. Sono soppressi, i trasferimenti statali ad eccezione dei contributi erariali in essere sulle rate di ammortamento dei mutui contratti dalle regioni. Tali fonti dovranno garantire il finanziamento integrale in una sola

Regione (cosiddetta benchmark). Per le altre interverrà il fondo perequativo. Scopo del Fondo è sostenere le Regioni con minor capacità fiscale per abitanti, garantendo l'integrale copertura delle spese corrispondenti ai fabbisogni standard per i livelli essenziali delle prestazioni.

Le Regioni (e i Comuni) dovranno uniformarsi ai costi standard durante un periodo transitorio individuato in 5 anni. L'obiettivo è quello di ridurre, gradualmente, la "pressione fiscale"; i decreti attuativi, dovranno infatti individuare i limiti massimi della pressione fiscale nonché il suo riparto tra i diversi livelli di governo. Ogni anno, in sede di Finanziaria, il Governo dovrà indicare lo stato dell'arte del passaggio ai costi e ai fabbisogni standard e stabilire, eventualmente, azioni correttive per le amministrazioni in difficoltà. Una particolare attenzione è riservata ai piccoli comuni, ai territori montani e alle isole minori.

Esistono anche Fondi perequativi locali: uno a favore dei Comuni, e l'altro delle Province e delle Città metropolitane, che, anche se finanziati dallo Stato, saranno inseriti nei bilanci regionali. Tali risorse interverranno per "soccorrere" gli enti locali per le attività svolte. La ripartizione delle somme, per le funzioni fondamentali, avverrà in base a due tipi di indicatori di fabbisogno: uno finanziario (spesa corrente) e altri relativi alle infrastrutture (spesa in conto capitale). Alla Regione, comunque, il compito di trasferire agli enti locali, entro 20 giorni dall'accredito, i fondi stanziati in bilancio. Nel caso ciò non si realizzi, provvederà direttamente lo Stato.

Per le Amministrazioni virtuose, anche dal punto di vista ambientale e che incentivano l'occupazione e l'imprenditorialità femminile, sono previsti "premi" viceversa per quelle inadempienti sanzioni, con *stretta* sui trasferimenti finanziari e divieto di assunzione di nuovo personale, fino ad arrivare alla più forte "sanzione politica" dell'ineleggibilità automatica per coloro che avranno condotto l'ente amministrato in stato di dissesto finanziario.

In materia di tasse di scopo e tributi locali, i Comuni potranno introdurre una (o più) tasse di scopo per finanziare la realizzazione di opere pubbliche e di investimenti pluriennali nei servizi sociali o oneri derivanti dalla mobilità urbana o da particolari eventi turistici. Lo stesso potranno fare, per provvedere a specifiche finalità istituzionali, Province e Città metropolitane.

A conclusione delle considerazioni illustrate, si può osservare che anche la riforma federale individua binari paralleli tra Regioni e autonomie locali. In particolare, al di là dei grandi quesiti da chiarire con lo Stato rispetto all'uso "promiscuo" dei termini *costo standard* e *fabbisogno standard* , che sono ben differenti e non possono essere utilizzati in maniera alternativa, l'occasione della governance locale non si può perdere, né per trattare la materia dei livelli essenziali, né per quelli che saranno i criteri per individuare i costi standard e nemmeno per i trasferimenti perequativi che sono nei bilanci regionali, ma sono riservati alle amministrazioni locali. E' una prova impegnativa per la leale collaborazione e la sussidiarietà verticale tra gli Enti.

L'utilizzo della Conferenza Unificata potrà facilitare la concertazione delle autonomie (regioni, comuni, province, comunità montane e aree metropolitane) Si dovrà fare sistema, affinché finanziamenti e tecnologie siano utilizzate nella maniera più favorevole, efficace ed efficiente nei confronti dei cittadini e, non va dimenticato che anche il ruolo della cittadinanza attiva potrà essere di stimolo agli Amministratori locali più dei premi e delle sanzioni previste dalla legge sul federalismo.

3. Una prospettiva dei Comuni[2]

3.1. Premessa

Nell'affrontare il tema dei meccanismi di raccordo tra i diversi livelli di governo, Stato, Regioni, Autonomie Locali, sulle politiche per i servizi per la non autosufficienza, la capacità di gestire un corretto ed efficace lavoro istituzionale di squadra nell'ambito esteso dell'integrazione socio-sanitaria rappresenta il banco di prova cruciale, in particolare nel cantiere in fase di costruzione che richiede un sistema di relazioni innovative indotte e collegate al federalismo.

Dati infatti i livelli delle competenze istituzionali, ripartite tra Stato, Regioni e Comuni in ambito socio-sanitario in generale e nello specifico per i servizi dedicati alla non autosufficienza, la capacità di intesa e di coordinamento tra i livelli istituzionali di governo delle rispettive competenze appare essenziale per la adeguata ed efficace implementazione dei servizi.

La programmazione, produzione e monitoraggio, ad esempio, di servizi quali i servizi residenziali o domiciliari per anziani non autosufficienti , in particolare dopo l'approvazione della riforma costituzionale del Titolo V, deve necessariamente confrontarsi sia con le competenze proprie dei Comuni in materia sociale che con le competenze regionali in materia di organizzazione e gestione sanitaria che infine con le competenze proprie dello Stato nella materia della definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali.

Analogamente, le riforme avviate per l'attuazione del federalismo, con particolare riferimento alla legge 42/2009 sul federalismo fiscale, propongono un nuovo ruolo centrale nel sistema di finanziamento regionale e comunale rispettivamente ai livelli essenziali delle prestazioni e alle funzioni fondamentali, tra cui le funzioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie assumono una indubbia importanza e rilevanza, la cui definizione certamente richiede con forza urgenti ambiti di specificazione e di confronto, sia per quanto riguarda i contenuti da attribuirvi che relativamente ai costi di produzione e ai fabbisogni necessari per farvi fronte in un contesto nuovo di sistema paese.
Non giovano certamente in questa fase, in assenza di un quadro di attribuzione di proprie risorse regionali e locali adeguate o almeno compensative, le prospettive di riduzione delle risorse statali dedicate allo sviluppo della rete dei servizi sociali e socio-sanitari, con particolare riferimento al Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza e al Fondo Nazionale Politiche Sociali, che hanno rappresentato fino ad ora un prezioso e insostituibile supporto, ancorchè parziale e certamente non sufficiente, alla implementazione di una rete di servizi di base in tute le regioni italiane.

Questa sezione si dedica quindi a descrivere alcuni dei percorsi che nel nostro paese sono stati sperimentati in questa direzione, evidenziando i limiti strutturali delle realizzazioni conseguite e conseguentemente la necessità di una ripresa convinta dei lavori al fine di realizzare le condizioni istituzionali di base per una efficace realizzazione della rete dei servizi per la non autosufficienza.

In questo contesto si affrontano quindi esclusivamente le relazioni di ambito nazionale tra Stato, Regioni e Enti Locali, non evidenziando le relazioni di ambito regionale tra le singole Regioni e gli Enti Locali delle specifiche Regioni medesime, relazioni certamente di rilevanza crescente dopo la riforma del titolo V della Costituzione anche ai fini degli interventi relativi

[2] Questa parte è di Carlo Casari

all'integrazione e ai servizi per la non autosufficienza, ma naturalmente da collocarsi nel quadro relativo delle competenze a questi attribuite .

3.2. L'integrazione socio-sanitaria

Si specifica innanzitutto che l'integrazione socio-sanitaria rappresenta, nel quadro normativo definito prima della riforma del Titolo V della Costituzione e tuttora in vigore, la modalità ordinaria di svolgimento relazionale dell'attività sociale, così come è stato correttamente e precisamente definito nell'art. 3/septies del d.lg. 502/1992, modificato dal d.lg. 229/1999 e analogamente delle attività sanitarie con ambiti e aspetti di rilevanza sociale

Si presentano quindi prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria.

E' in questo contesto di lavoro di sistema che il DPCM 14.2.2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" definisce le prestazioni per tipologia e il relativo onere di finanziamento.

Le prestazioni sanitaria a rilevanza sociale, erogate contestualmente ad un intervento sociale, per la promozione della salute, la prevenzione, individuazione e rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie, definite all'art. 3 1° c. del DPCM 14.2.2001, sono di competenza delle ASL.

Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o emarginazione condizionanti lo stato di salute e sono a carico dei Comuni, avvalendosi della partecipazione alla spesa dei cittadini utenti.

Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono prestazioni di particolare valenza terapeutica e intensità sanitaria nelle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza, HIV, patologie terminali, ecc. e sono a carico delle ASL.

E' elemento importante da sottolineare che l'atto di indirizzo in esame, acquisita l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano è stato sottoposto al parere della conferenza Stato-Città ed Autonomie Locali unificata con la Conferenza permanente, realizzando quindi un percorso partecipativo che ha coinvolto tutti gli ambiti istituzionali necessariamente interessati alle funzioni di programmazione, erogazione e monitoraggio dei servizi integrati.

Peraltro, questo percorso di ampia collaborazione interistituzionale non è purtroppo sempre stato perseguito negli atti successivi di integrazione socio-sanitaria realizzati, che ora descriviamo.

3.3. I livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria

La legge 405/2001 recante interventi urgenti in materia sanitaria, all'art. 6 prevede che con apposito DPCM, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, Province autonome di Trento e Bolzano, il governo provveda a definire i livelli essenziali di assistenza.

In applicazione della legge richiamata, il DPCM 29.11.2001 definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria ed anche i livelli essenziali socio-sanitari relativamente all'area dell'integrazione socio-sanitaria, di cui all'allegato 1C, sulla base di una classificazione prettamente

sanitaria delle prestazioni, in un contesto tipicamente sanitario, perdendo i collegamenti tra sociale e sanitario che erano previsti nella normativa precedentemente richiamata

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria, che infatti viene classificata in macrolivelli quali l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera., l'assistenza socio-sanitaria viene collocata entro l'assistenza distrettuale, a sua volta distinta in assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale

Ciò ha comportato che una parte importante dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, quelle aventi una più spiccata rilevanza sanitaria, pur avendo una altrettanto evidente rilevanza sociale, siano stati normati dal DPCM 29.11.2001, scindendoli quindi dal restante corpo delle prestazioni sociali a rilievo sanitario, per la cui definizione si è poi rinviato ad un successivo intervento normativo e attuativo, peraltro finora non realizzato, che affrontiamo tra poco.

Senza entrare in questa sede nello specifico dei singoli livelli essenziali e nelle modifiche introdotte rispetto all'atto di indirizzo, preme qui sottolineare che a fianco della svolta sotto il profilo culturale, istituzionale e organizzativo di accorpamento del socio-sanitario al sanitario e conseguente separazione dal corpo dei restanti servizi sociali, vi è stato anche un contesto assai meno partecipativo rispetto alla precedente esperienza di integrazione dell'atto di indirizzo prima descritto, limitata in questo caso esclusivamente allo Stato e alle Regioni, con esclusione dei Comuni e conseguentemente con il coinvolgimento per la sottoposizione dell'atto all'intesa della Conferenza Stato-Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano e non quindi della Conferenza Unificata.

Il rafforzamento poi con atto normativo del DPCM del 29.11.2001 rispetto al DPCM del 14.2.2001 intervenuto con l'art. 54 comma 2 della finanziaria 2003 (L. n. 289/2002), nonché la previsione che detti livelli siano assicurati dal servizio sanitario nazionale, non modifica il fatto che le prestazioni socio-sanitarie coinvolgono direttamente i Comuni per le competenze istituzionalmente loro proprie in materia sociale e conseguentemente ha comportato un rafforzamento di una modalità di realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria che nei fatti ha escluso un livello istituzionale fondamentale per la sua realizzazione da un tavolo di programmazione, gestione e monitoraggio fondamentale ai fini dell'implementazione e della verifica del sistema.

3.4. I livelli essenziali delle prestazioni sociali

In ambito sociale, il concetto di livelli essenziali delle prestazioni sociali compare per la prima volta nella legge 328/2000, in particolare attribuendo allo Stato la competenza nel definirli (art. 9 comma 1), nonché definendone l'ambito con riferimento alle tipologie delle attività rispetto ai bisogni (art. 22, comma 2), ovvero rispetto alla rete di offerta (art. 22, comma 4)

Il piano sociale e sanitario 2001-2003 ha affrontato poi in termini molto generali l'aspetto dei livelli essenziali, senza definirne contenuti qualitativi e ambiti quantitativi di realizzazione e sostenibilità..

L'art. 46 della finanziaria 2003 (L. n. 289/2002), tenendo naturalmente conto della riforma del Titolo V della Costituzione, ha previsto che con apposito DPCM fosse normato l'ambito dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, previa intesa della Conferenza unificata Stato-Regioni-

Autonomie locali, comunque in una logica ancora di continuità sulla forte separatezza tra ambiti sociale e sanitario.

Questa previsione peraltro non è stata fruttuosa non essendosi prodotto alcun documento unitario e condiviso sulla definizione e sul finanziamento dei livelli essenziali medesimi.

Fu costituita infatti nel periodo 2002-2005 una specifica Commissione tecnica in seno alla Conferenza Unificata, composta da rappresentanti dello Stato, nei diversi ministeri coinvolti dell'Economia e Finanze e del Lavoro e delle Politiche Sociali, delle Regioni, dei Comuni, delle Province e delle Comunità Montane.

Sulla base degli approfondimenti emersi comunque nell'ambito del lavoro tecnico svolto, l'Associazione Nazionale Comuni Italiani nell'aprile 2003, il tavolo delle Regioni nel luglio 2003 e infine il Ministero delle politiche Sociali nella primavera 2005 produssero tre distinti documenti caratterizzati progressivamente da forti elementi di convergenza sulla definizione, sulle funzioni e sulle modalità di implementazione dei Liveas come inizialmente erano definiti in acronimo, o Lep come dall' ultima proposta dello stato, sulla necessità di prevedere percorsi regionali specifici, a fronte della forte disomogeneità territoriale del sistema di welfare italiano, sulla gradualità in relazione alle risorse, sulla opportunità di lavorare in maniera integrata con il sanitario nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria anche prefigurando una nuova prospettiva definitoria dei lea socio-sanitari

Il punto su cui peraltro la commissione si incagliò definitivamente fu la questione del finanziamento dei livelli essenziali , dovendosi necessariamente prevedere, a fianco di una funzione e di un ruolo per la realizzazione di un servizio sociale nazionale, anche uno specifico finanziamento aggiuntivo da parte dello Stato oltre alle risorse definite nel Fondo Nazionale Politiche Sociali dalla legge 328/2000, nonché atto ad implementare servizi che per una parte importante del paese, in particolare nel mezzogiorno, non erano presenti in modo adeguato o non erano presenti affatto.

Ciò quindi determinò formalmente una sospensione a tempo indeterminato, ma che di fatto fu una conclusione definitiva, dei lavori della commissione e conseguentemente la mancata definizione, la mancata discussione in sede politica e quindi la mancata approvazione con atto normativo di un programma di introduzione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali.

3.5. I livelli essenziali della non autosufficienza

Non vi sono stati apporti o contributi aggiuntivi o nuove proposte normative in materia di integrazione socio-sanitaria e di livelli essenziali delle prestazioni fino alla finanziaria 2007 (L. n. 296/2006) la quale all'art 1 commi 1264-5 ha previsto l'istituzione di un Fondo per le non autosufficienze al fine di poter garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazione per le persone non autosufficienti su tutto il territorio nazionale, con atti o provvedimenti attuativi da emanare previa intesa con la Conferenza Unificata Stato-Regioni-Autonomie Locali, come poi effettivamente si è realizzato per il riparto del Fondo.

In questa esperienza di lavoro è emersa da parte del Ministero della Solidarietà Sociale la necessità di elaborare una articolata normativa nella materia della non autosufficienza, nella forma del disegno di legge di delega al governo per la successiva emanazione di decreti delegati, che mettesse a fuoco contemporaneamente la valutazione della condizione di non autosufficienza, i

livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria per le persone non autosufficienti, l'implementazione graduale dei servizi in relazione alle risorse investite dallo Stato nel Fondo per le non autosufficienze.

L'approccio all'integrazione socio-sanitaria adottato nel disegno di legge prevedeva una delega al governo per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale congiuntamente ai livelli essenziali delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, lettera m), alle persone non autosufficienti, con l'obiettivo di favorire la loro permanenza all'interno del proprio domicilio o del nucleo familiare, previa intesa con la Conferenza unificata Stato-Regioni-Autonomie Locali.

Si riprendeva in questo disegno di legge la logica dell'integrazione socio-sanitaria partecipata da tutti i livelli di governo coinvolti nei servizi per la non autosufficienza, che contestualmente avrebbero agito cooperando nella definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e dei livelli sociali a rilevanza sanitaria relativi alle persone non autosufficienti.

Il ddl peraltro è decaduto con il termine anticipato della legislatura e quindi non ha prodotto alcun impatto sul quadro normativo vigente sia per l'ambito della non autosufficienza, che dell'integrazione socio-sanitaria e dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie, tuttora regolamentate e periodicamente aggiornate nel quadro del DPCM 29.11.2001.

3.6. Verso quali meccanismi di integrazione socio-sanitaria.

Sottolineare i punti critici emergenti dall'esperienza realizzata in questi ultimi dieci anni nel raccordo istituzionale con attenzione ai servizi per la non autosufficienza può quindi favorire, al termine di questo percorso espositivo, una possibile individuazione di percorsi attivi per una ripresa della discussione nel merito sul da farsi, resi inoltre necessari dal nuovo contesto delle relazioni istituzionali in corso di avvio anche a seguito del ruolo attribuito ai livelli essenziali e alle funzioni fondamentali nel sistema del federalismo fiscale.

Certamente i meccanismi di raccordo tra livelli istituzionali, anche e in particolare nel contesto del federalismo e con riferimento specifico alle Autonomie Locali, sono strettamente correlati alle politiche e agli obbiettivi perseguiti nell'ambito delle politiche di welfare in ambito nazionale.

Le politiche di sviluppo e valorizzazione della rete dei servizi pubblici nel nostro paese, in considerazione delle competenze istituzionali proprie dei vari di livelli di governo, non possono realizzarsi in assenza di un patto condiviso tra Stato, Regioni e Comuni, mentre al contrario politiche di welfare che operino mediante altri strumenti, quali ad esempio trasferimenti monetari con attivazione di relazioni dirette tra cittadini-utenti e livello di governo nazionale, non necessitano di una estesa piattaforma di lavoro interistituzionale.

Modalità di lavoro queste ultime che si sono comunque anche recentemente riscontrate, quali per esempio la carta acquisti ricaricabile per gli anziani e le famiglie indigenti (L. 133/2008) o la riorganizzazione delle funzioni amministrative in materia di invalidità civile (L. 102/2009).

In ogni caso le politiche rivolte al sostegno delle persone non autosufficienti, che pure possono oscillare con varia misura e intensità tra questi modelli-tipo di relazioni, date le caratteristiche della domanda di servizi e della condizione socio-sanitaria dell'utenza, non possono

non ricomprendere effettive politiche di sostegno e diffusione di servizi pubblici realizzati localmente con spiccati contenuti di forte integrazione socio-sanitaria

In questo contesto risulta quindi confermata l'esigenza, al fine almeno di rendere operativa quest'area di intervento, di un approfondimento su un nuovo approccio partecipato tra tutti i livelli istituzionali coinvolti nella programmazione, gestione e monitoraggio dei servizi sociali e socio-sanitari rivolti alle persone non autosufficienti, individuando una sede istituzionale di confronto sistematico, quale può certamente essere la Conferenza Unificata Stato-Regioni-Autonomie Locali mediante lo strumento dell'intesa o dell'accordo, con la susseguente definizione di analoghi percorsi partecipativi di tutte le esperienze coinvolte nelle sedi tecniche istituite o da istituire appositamente.

Per favorire questo percorso risultano infatti insoddisfacenti gli approcci realizzati all'integrazione socio-sanitaria, avendo fino ad ora prefigurato interventi classificatori dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie in un contesto esclusivamente sanitario che solo parzialmente può ricomprendere i servizi nel loro complesso.

E' evidenziabile infatti che interventi sociali di prevenzione alla salute o di sostegno sociale alle fasce fragili o di assistenza domiciliare sociale od economica alle persone anziane, attività attualmente non ricomprese nei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie, hanno indubbia relazione con gli interventi socio-sanitari oggi classificati, definiti e monitorati in ambito esclusivamente sanitario.

Inoltre un contiguo e conseguente ambito di lavoro può essere focalizzato nella individuazione delle modalità di definizione congiunta e condivisa dei livelli essenziali sociali e socio-sanitari dei servizi rivolti alla non autosufficienza, nonché delle modalità del loro finanziamento.

Solo in questo contesto di vera cooperazione istituzionale credo siano infine conseguibili obiettivi di efficace miglioramento della appropriatezza dell'assistenza, della sinergia degli strumenti valutativi e organizzativi, di presa in carico integrata di persone particolarmente fragili quali sono le persone non autosufficienti, siano esse minori, adulte o anziane

Non può infine non evidenziarsi in questa considerazione conclusiva il nuovo quadro introdotto con l'approvazione della legge sul federalismo (L. n. 42/2009), la quale prevede l'introduzione, con particolare riferimento rispetto ai servizi ora in esame, di tributi propri per sostenere finanziariamente le Regioni e i Comuni rispettivamente nella realizzazione dei livelli essenziali di assistenza e delle funzioni fondamentali.

La legge richiamata precisa peraltro, all'art. 20, che la legge statale disciplini la determinazione dei livelli essenziali di assistenza e dei livelli essenziali delle prestazioni, fermo restando che fino a nuova determinazione si considerano i livelli di assistenza e delle prestazioni vigenti, i quali in ambito sanitario e socio-sanitario sono i livelli definiti con il DPCM 29.11.2001 e che in ambito sociale sono assenti, con ciò prefigurando la possibilità del protrarsi circa la loro determinazione, per un tempo non definito, di una situazione transitoria che corrisponde a quella esistente.

Si propone, al contrario, con la approvazione della legge sul federalismo, di dare nuovo impulso ad una organica definizione anche normativa dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e socio-sanitarie, per la cui realizzazione possa avvalersi di innovativi sistemi di relazione interistituzionale, ampi, diffusi e partecipati, essenziali per conseguire lo sviluppo dei servizi dedicati alle persone non autosufficienti.

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 19

Il futuro dell’assistenza continuativa in Italia: scenari a confronto

di
Cristiano Gori

Luglio 2010

1. Introduzione

La quarta parte comprende questo capitolo e il successivo, e conclude il percorso del Rapporto. Si collegano le analisi e i dati prodotti nei capitoli precedenti al fine di delineare i principali scenari alternativi per le complessive politiche nazionali rivolte alle persone non autosufficienti che il nostro paese ha davanti a se. L'obiettivo consiste, dunque, nel valutare le più importanti ipotesi sul futuro delle politiche nazionali di assistenza continuativa in Italia e confrontarle.

Il presente capitolo discute gli scenari d'insieme seguendo il medesimo schema impiegato nella seconda parte del Rapporto. Di ogni ipotesi individuata si simulano – per il breve e medio periodo (3 e 6 anni) - le modificazioni nel profilo degli interventi, il percorso attuativo e l'impatto sul bilancio pubblico; la si esamina poi con la griglia valutativa già utilizzata nella seconda parte. Come in tutto il progetto, le ipotesi considerate non sono necessariamente le preferite da me o dagli altri Autori coinvolti ma quelle – di varie origini e orientamenti – oggi più accreditate nel dibattito italiano[1]. Per una maggiore comprensibilità la denominazione delle ipotesi richiama contesti dove sono state realizzate o proposte. Il capitolo successivo ripercorre le medesime opzioni approfondendone le conseguenze economiche - sul bilancio pubblico e sulle famiglie - e le loro implicazioni[2].

La fonte delle prossime pagine sono i dati e le analisi contenuti nei precedenti capitoli. Per non sovraccaricare il testo mancano, perlopiù, i riferimenti agli specifici contributi ma è da intendere che quando ci si riferisce a un argomento – se non altrimenti segnalato – si sta riprendendo il lavoro svolto nello specifico capitolo[3]. Il mio sforzo è stato provare a collocare le diverse parti in un quadro d'insieme, se ho male utilizzato le riflessioni elaborate dai colleghi nei singoli capitoli la responsabilità è esclusivamente mia.

Il contributo è costruito come segue. Il prossimo paragrafo puntualizza l'interrogativo che attraversa i diversi scenari, riguardante la possibilità di costruire un sistema nazionale di assistenza continuativa (par. 2). Comincia poi la discussione delle singole ipotesi, iniziando con il mantenimento dello status quo ("Grecia", par. 3) per passare successivamente a interventi che consoliderebbero le caratteristiche del nostro modello tradizionale ("Italia anni '80", par. 4). La disamina delle ipotesi tese a costruire scenari differenti parte dalla strategia legata allo sviluppo delle assicurazioni private ("Stati Uniti", par. 5). Ci si dedica dopo alle strategie riguardanti il rafforzamento delle politiche pubbliche, una concentrata solo sui servizi (Italia "1997-2008", par. 6) e l'altra raffigurante un progetto complessivo di sviluppo ("direzione Spagna", par. 7). Terminata la discussione dei singoli scenari, li si mette a confronto (par. 8), così da proporre una visione d'insieme. Seguono alcune brevi conclusioni (par. 9).

In sede introduttiva è opportuno delimitare i confini del capitolo. Nelle prossime pagine provo a rappresentare le principali alternative strategiche presenti nel dibattito politico e scientifico del nostro paese. Grazie alle numerose elaborazioni proposte nel Rapporto ogni alternativa potrebbe

[1] In linea con le risultanze del dibattito e con quanto svolto nei capitoli precedenti, non vengono considerate ipotesi di riduzione della spesa pubblica dedicata e tutti gli scenari ne prevedono - nel breve/medio periodo - l'invarianza o la crescita.

[2] Alcuni dati frutto delle elaborazioni presentate dettagliatamente nel prossimo capitolo sono anticipati in questo.

trovare varie traduzioni operative, di cui il relativo paragrafo ne presenta solo una. Ciò che conta – giunti alla fine del Rapporto - è mettere a fuoco le grandi direzioni che l'assistenza alle persone non autosufficienti potrebbe seguire in Italia. Le opzioni strategiche di fondo per il futuro tra cui il nostro paese dovrà scegliere mi pare si riducano a quelle illustrate a partire dal paragrafo 3, mentre le possibili traduzioni pratiche di ognuna sono varie; con riferimento a ogni opzione il lettore ne può costruire altre – diverse da quella utilizzata a titolo di esempio - utilizzando le elaborazioni dei capitoli precedenti.

Nel capitolo mi dedico esclusivamente alle persone anziane non autosufficienti (convenzionalmente indicate come quelle di almeno 65 anni di età). La scelta può apparire incoerente con l'attenzione unitaria verso le persone non autosufficienti di ogni età dichiarata nell'introduzione e realizzata in numerosi capitoli precedenti. Le peculiarità degli interventi rivolti alle persone con disabilità rispetto a quelli per gli anziani hanno però suggerito, per chiarezza, di concentrare questo capitolo sui secondi e di dedicare il capitolo 13 – scritto da Barbieri - agli scenari futuri riguardanti i primi. Come il lettore potrà notare, comunque, gli scenari esaminati qui e quelli considerati nel capitolo 13 ricalcano le medesime logiche di fondo.

2. Un sistema nazionale di assistenza continuativa?

Prima di affrontare i singoli scenari è necessario evidenziare la posta in gioco nelle scelte dei prossimi anni. Bisogna decidere se costruire un sistema nazionale di assistenza continuativa, fondato su un insieme di diritti e doveri di ogni cittadino italiano di fronte alla non autosufficienza validi in tutto il Paese. Dare vita a questo sistema significherebbe realizzare ciò che in sanità è avvenuto nel 1978 con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Verrebbe così riconosciuto che - nella società di oggi - il rischio di non autosufficienza non ha rilievo inferiore a quello di vecchiaia (previdenza) e di malattia (sanità) e che, pertanto, bisogna dedicarvi un nuovo settore dello stato sociale con pari dignità.

Si tratterebbe di creare un pacchetto di regole valide in tutto il paese e riguardanti le diverse componenti dell'assistenza continuativa (servizi sociali, sociosanitari e sostegni economici). Le regole dovrebbero fornire alcune indicazioni in merito a quali interventi si ha diritto quando si diventa anziani non autosufficienti e in che modo il costo economico dell'assistenza deve essere suddiviso tra la persona coinvolta, i suoi familiari e il settore pubblico. Peraltro, pare impossibile costruire un sistema adeguato ai bisogni della popolazione non autosufficiente senza accompagnare la definizione delle regole con un incremento degli stanziamenti dedicati. Le risorse aggiuntive dovrebbero provenire principalmente dallo Stato poiché i suoi stanziamenti risultano tradizionalmente esigui e Comuni e Regioni da soli possono rispondere solo in parte alle ampie e crescenti domande d'intervento che ricevono. Data la natura fortemente decentrata del welfare italiano e l'eterogeneità dell'assistenza nei contesti locali, non potrebbe che trattarsi di poche regole – chiare e misurabili – nell'ambito di una forte valorizzazione delle autonomie locali.

[3] Ad esempio, quando si parla di servizi domiciliari è implicito che sto richiamando i dati e gli argomenti presentati nel capitolo di Guerrini, quando si parla di assicurazione privata il capitolo di Rebba, quando si richiamano le criticità della situazione italiana il capitolo di Chiatti e Lamura e così via.

Da oltre 15 anni la gran parte dei paesi europei si con3fronta con la costruzione di un sistema nazionale di assistenza continuativa. A partire dagli anni '90 molte realtà dell'Europa centrale - Germania, Francia, Austria, Belgio, Lussemburgo – hanno introdotto riforme con questo fine. Nell'Europa meridionale l'assistenza pubblica nel *long-term care* è meno sviluppata ma la sua legittimità tradizionalmente debole ha ritardato l'inizio del percorso riformatore, che vi ha però preso recentemente piede. La Spagna, infatti, è il primo paese del Sud ad approvare una riforma nazionale delle politiche per i non autosufficienti (2007). La spinta riformatrice si è per un certo periodo tenuta lontana dal Nord Europa a causa di un motivo speculare, il maggior sviluppo del welfare pubblico in quell'area, ma oggi è qui in pieno svolgimento il dibattito sulla necessità di un rafforzamento degli interventi collocato all'interno della definizione di alcune regole nazionali. In termini inglesi, è il dibattito sull'introduzione del *national care system* (Wanless, a cura di, 2006), per tutti è la costruzione di un nuovo settore dello stato sociale.

Con situazioni, percorsi e risultati differenti, dunque, tutti i paesi europei affrontano il tema del sistema nazionale di assistenza continuativa. Si tratta, peraltro, di un "cantiere aperto" ovunque, qui per introdurre una riforma, la per migliorarne un'altra attivata dieci anni prima, in altre realtà ancora per discutere la migliore strada operativa da scegliere (Fernandez et alii, 2009; Glendinning e Moran, 2009). L'obiettivo, però, è sempre lo stesso: la definizione di alcune regole valide in tutto il territorio nazionale accompagnata da un incremento delle risorse economiche dedicate, basato prevalentemente su finanziamenti statali. Tra le esperienze più significative in tal senso figurano quelle di paesi – come la Spagna e la Germania – con una struttura istituzionale federale o molto decentrata, simile all'Italia.

In questo quadro, non stupiscono le attese sollevate dalla definizione dei livelli essenziali prevista – almeno sulla carta – con l'attuazione del federalismo fiscale (legge 42/2009). Infatti, mentre in sanità individuare i livelli significa fornire strumenti per migliorare il sistema nazionale esistente, diverso è il caso dell'assistenza continuativa. In questo settore si tratta, come detto, di decidere "se" si vuole costruire il sistema nazionale e la definizione dei livelli rappresenta la sola occasione per farlo poiché questi costituiscono l'unico strumento deputato a tal fine. In alternativa, accompagnare l'introduzione del federalismo con la loro mancata individuazione[4] o con una loro definizione "al ribasso" significherà ratificare l'assenza del sistema nazionale di *long-term care* nel nostro paese. In ogni modo, l'introduzione del federalismo fiscale costringerà il legislatore nazionale a prendere posizione in proposito (Gori e Zanardi, 2008).

L'eventuale costruzione del sistema nazionale di assistenza continuativa dovrebbe superare un insieme di peculiari difficoltà. Primo, il sostegno politico di cui godono le persone non autosufficienti a livello nazionale è tradizionalmente basso, come dimostra il mancato stanziamento - negli ultimi 15 anni – delle risorse necessarie a un adeguato programma loro finalizzato, in un contesto di spesa pubblica crescente e mentre sono stati finanziati numerosi nuovi programmi d'intervento. Secondo, l'eterogeneità del profilo sociale ed economico tra le diverse aree geografiche (senza eguali nell'Europa a 15) e le notevoli differenze – per quantità e caratteristiche – nell'offerta di servizi di titolarità di Comuni ed Asl vincolano fortemente lo spazio d'azione dell'intervento statale. Terzo, a differenza degli altri paesi dove è stato realizzata una riforma – come Spagna e Germania – in Italia una misura nazionale esiste già ed è l'indennità di

[4] Secondo la possibilità aperta dal comma 2 articolo 20 della legge 42/2009 (in proposito si veda Gabriele, 2009).

accompagnamento, che ha come noto numerose debolezze. La costruzione di una politica nazionale non potrebbe pertanto prescindere dalla sua riforma (Ranci, a cura di, 2008), che incontra però opposizioni di varia natura. Quarto, l'amministrazione statale è tradizionalmente debole in Italia e la sua capacità di far sì che gli obiettivi da essa individuati siano effettivamente realizzati nel territorio ridotta, come dimostra la disamina delle precedenti riforme nazionali compiuta nel secondo capitolo. Quinto, il dibattito sulle possibili riforme da introdurre ha dedicato sinora scarsa attenzione alla definizione di proposte concrete e ai loro meccanismi attuativi (una rassegna del dibattito è in Gori, 2008). Il primo punto dipende dalle scelte politiche, che non sono da noi discusse. Per quanto concerne gli altri, pur senza sottovalutare le difficoltà citate, esiste - a mio parere - la possibilità di costruire il sistema nazionale: si tratta di calibrare gli interventi progettati così da tenere conto delle peculiarità menzionate.

Nell'esaminare gli scenari che seguono, dunque, "vogliamo costruire un sistema nazionale di assistenza continuativa?" è la domanda sottostante da tenere a mente, su cui tornerò alla fine del capitolo. Qualora non si andasse in questa direzione si possono imboccare diverse strade alternative, la riduzione degli interventi, il mantenimento della situazione attuale o l'attivazione di misure avulse da un disegno di quadro. Il nocciolo, in ogni modo, si trova nella risposta al quesito richiamato sopra.

3. Scenario "Grecia" (status quo)

Iniziamo ora la discussione dei singoli scenari, partendo - come in tutti i capitoli esaminati - dal mantenimento dello status quo[5]. Questa ipotesi si concretizzerà se in futuro si perpetuerà l'incapacità dell'assistenza continuativa di diventare un tema di rilievo nell'agenda dei decisori nazionali. In mancanza di un mutato indirizzo da parte della politica lo Stato continuerebbe con un ridotto investimento nel settore, in termini di risorse così come di progettualità.

Scenario "Grecia" significa, quindi, nessun intervento rilevante dell'amministrazione statale teso a rafforzare il profilo dell'assistenza a titolarità pubblica, senza alcun robusto incremento di risorse dedicate. Vorrebbe parimenti dire non rafforzare l'oggi esile funzione di governo dello stato centrale, non potenziando le funzioni di monitoraggio. In uno scenario di mancato investimento sull'assistenza continuativa è ragionevole attendersi che il federalismo venga introdotto senza la definizione dei livelli essenziali o con livelli di natura solo formale e privi di impatto sulla realtà[6] (Box 1). In sintesi, le opportunità poste dal federalismo non sarebbero colte e le politiche nazionali confermerebbero la loro tradizionale debolezza.

[5] Ricordiamo che il presente progetto non considera ipotesi di riduzione dell'assistenza pubblica fornita.

[6] Livelli, ad esempio, che ripetano le indicazioni sull'offerta di servizi sociosanitari generiche e non riferite ad indicatori misurabili contenute nel Dpcm 29/11/2001.

Box 1 – Scenario "Grecia" (status quo)

- No intervento statale per rafforzare il profilo dell'assistenza
- No robusto incremento di stanziamenti da parte dello Stato
- No potenziamento delle funzioni di monitoraggio
- No definizione di sostanziali livelli essenziali

Lo scenario è denominato "Grecia" non perché il welfare italiano sia uguale a quello del paese ellenico, dato che - secondo tutti gli indicatori disponibili (di fonte OCSE, EU e altri) – la nostra offerta di assistenza pubblica risulta maggiore[7] e di qualità superiore; nel caso di diverse Regioni del centro-nord, inoltre, la distanza è notevole. La scelta del nome dipende dal tema del progetto, le politiche nazionali. Nell'Europa a 15 - con cui abitualmente ci confrontiamo – i paesi dove l'assistenza continuativa pubblica è meno sviluppata sono le realtà del Sud, Portogallo, Grecia, Spagna e Italia; in questo gruppo gli ultimi due hanno un'offerta più ampia pur rimanendo staccati dal resto del continente. Nelle nazioni meridionali tradizionalmente mancano politiche nazionali adeguate e, come detto, la sola Spagna ha da poco introdotto una riforma tesa a modificare il quadro in modo strutturale. scenario "Grecia" - ma avrebbe potuto chiamarsi scenario "Portogallo" - significa che l'Italia si collocherebbe tra i paesi europei i quali, pur avendo un sistema debole e politiche nazionali inadeguate, non potenziano queste ultime.

Come valutare questa ipotesi? Bisogna partire dalle ultime due dimensioni della griglia, che evidenziano l'intreccio tra l'elevata fattibilità e le profonde conseguenze nel tempo (Tab. 1). Si tratta dell'ipotesi più facilmente realizzabile, sul piano politico e tecnico. Non richiede né la battaglia politica per trovare nuove risorse economiche né l'impegno tecnico per introdurre nuove regole dal centro e monitorarne l'attuazione, impegno che sarebbe complicato in ogni paese e che in Italia verrebbe reso più gravoso dalla ridotta esperienza in proposito e dalla complessiva debolezza dell'amministrazione statale.

Nondimeno, le sue implicazioni per il welfare futuro sono profonde, più di quanto possa apparire. Continuare a non riformare il sistema, infatti, renderà sempre più difficile il compito a chi eventualmente volesse provarci in futuro, per diverse ragioni. Primo, è ragionevole supporre che le differenziazioni territoriali nei servizi cresceranno ancora di più (in quantità dell'offerta, sue caratteristiche e qualità[8]) e che le attuali modalità di utilizzo dell'indennità di accompagnamento si radicheranno ulteriormente. Secondo, la disabitudine dell'amministrazione centrale a svolgere una funzione di monitoraggio si consoliderà. Terzo, attivare il federalismo senza accompagnarlo con la definizione di sostanziali livelli essenziali significa realizzare un assetto istituzionale il cui funzionamento ostacolerebbe successivi tentativi di costruire un sistema nazionale di assistenza

[7] Secondo il database statistico dell'Ocse mentre in Italia la percentuale di anziani 65+ che ricevono assistenza domiciliare a titolarità pubblica è il 4% in Grecia è il 2%, e nelle strutture residenziali i valori – qui in termini di posti - diventano rispettivamente il 2% e l'1% (anno 2007)(www.statics.oecd.org).

[8] Non si tratterà altro che del proseguimento di dinamiche già in atto. Basti notare nello scorso decennio – sul piano qualitativo – l'ulteriore distanza maturata tra le diverse regioni del centro-nord impegnate nella realizzazione di proprie riforme di sviluppo ("I fondi regionali per i non autosufficienti") e quelle del meridione sottoposte a commissariamento e/o a piani di rientro per l'incapacità di governare la spesa sanitaria; sul piano quantitativo si ricordi che nel decennio il divario tra settentrione e meridione è cresciuto ulteriormente, tra gli altri, nella spesa per anziano dei servizi sociali comunali (dati Istat) e nella percentuale di spesa sanitaria destinata all'Adi (dati Ministero dello Sviluppo Economico)

continuativa. Inoltre, i livelli essenziali costituiscono – almeno in teoria – l'architrave del federalismo: li si richiede da anni senza esito e non introdurli neppure quando viene attivato quest'ultimo avrebbe un forte significato simbolico. Ci si può attendere che tale esito scoraggerebbe per lungo tempo chiunque avesse velleità riformatrici.

Per quanto riguarda le altre dimensioni valutative, la spesa nel breve periodo si manterrebbe sostanzialmente immutata[9] e si confermerebbero le criticità esistenti riguardanti efficacia, equità e differenziazioni territoriali, approfondite nel capitolo 1 e nella sezione iniziale di ogni capitolo della seconda parte. Si vuole qui aggiungere solo una sottolineatura concernente l'impatto di una mancato maggior intervento statale sulle diverse Regioni. Pare necessario poiché mentre abitualmente si sottolinea che ne soffrirebbero quelle più deboli si tende a sottovalutare che l'assenza di adeguate politiche nazionali creerebbe notevoli difficoltà anche alle Regioni più sviluppate, per le quali pare difficile un ulteriore rafforzamento di un qualche significato delle propria offerta di servizi senza il sostegno di adeguati stanziamenti statali[10].

Tab. 1. Griglia Valutativa: Scenario "Grecia" (Status quo)

Dimensione	***Contenuti***
Finanza pubblica	- Invariata
Efficacia	- Invariata
Equità	- Invariata
Differenziazioni territoriali	- Invariate
Fattibilità	- Elevata, poiché le politiche nazionali non cambiano.
Welfare futuro	In diminuzione gli spazi per eventuali riforme successive a causa di: - ulteriore radicamento del sistema esistente e delle differenze territoriali; - ulteriore disabitudine alla funzione di governo a livello centrale; - l'introduzione del federalismo non accompagnata da livelli essenziali di sostanza scoraggia successivi tentativi di cambiamento sul piano sia operativo sia simbolico.

[9] Bisogna anche notare che mentre il mantenimento dello status quo a 3-6 anni – il nostro orizzonte temporale di riferimento - non comporterebbe una spesa pubblica ulteriore significativa, diverso è il caso del lungo periodo. Sugli sviluppi della spesa nel tempo si veda Ragioneria Generale dello Stato, 2009.

[10] Basti pensare che il pure limitato "Fondo per le Non Autosufficienze 2007-2009" nazionale (al momento in cui si scrive prorogato sino al 2010) ha rappresentato una significativa fonte di finanziamento di alcune tra le riforme recentemente avviate in diverse Regioni forti, ad esempio la Toscana, che in sua assenza avrebbero incontrato difficoltà ad avviare il cambiamento.

4. Scenario "Italia anni '80"

Tutte le ipotesi successive prevedono modificazioni delle attuali politiche pubbliche. Prima di esaminarle, però, bisogna considerare la possibilità di un intervento che coniughi una maggiore attenzione verso la non autosufficienza con il consolidamento degli interventi esistenti. Lo scenario prevede più finanziamenti statali - dovuti a una crescita dell'interesse da parte della politica - e il loro utilizzo per consolidare il modello vigente di assistenza continuativa, esacerbandone così le criticità. Sarebbe il frutto di un clima culturale ben preciso, segnato tanto dalla salita della non autosufficienza nell'ordine delle priorità politiche quanto dalla rinuncia dell'amministrazione statale a migliorare la qualità della propria azione.

Tra le diverse configurazioni possibili dell'ipotesi, la più verosimile consiste nell'incremento dell'indennità di accompagnamento di 100 Euro mensili (da 472 a 572), senza cambiarne alcuna caratteristica e in assenza di altre azioni. L'indennità è l'unica misura di diretto controllo statale ed è unanimemente criticata dai tecnici poiché è mal congegnata e priva di alcuna forma di controllo sull'utilizzo delle risorse trasferite (si veda il cap 10, di Lamura e Principi, e la bibliografia lì segnalata). Un intervento come quello indicato risulterebbe, dunque, coerente con il clima culturale delineato, in cui lo Stato rinuncerebbe a potenziare la propria funzione di monitoraggio e non introdurrebbe livelli essenziali di sostanza (Box 2).

Box 2 – Scenario "Italia anni '80"

- Indennità di accompagnamento da 472 a 572 Euro mensili, a parità di caratteristiche
- No potenziamento delle funzioni di monitoraggio
- No definizione di sostanziali livelli essenziali

Una scelta simile eviterebbe le naturali difficoltà tecniche insite in tutte le azioni finalizzate a migliorare le politiche pubbliche. Per avere effetti concreti non richiederebbe, inoltre, i tempi necessariamente pluriennali di qualsiasi intervento che intendesse riformare l'indennità e/o sviluppare i servizi. Consentirebbe pure di evitare le tensioni tra i vari gruppi coinvolti - tra chi ha livelli differenti di bisogno così come tra chi riceve importi differenti - che una rimodulazione dell'indennità comporterebbe[11]. Esercita altresì il fascino degli interventi produttori di consenso immediato perché visibili, tangibili e rapidi[12] (Baldini, Gori et alii, 2008).

La scelta del nome sta a significare che questo scenario sposterebbe indietro le lancette del tempo. L'ulteriore potenziamento dei trasferimenti monetari metterebbe fine a 15 anni di aspettative verso una riforma nazionale capace di sviluppare i servizi per gli anziani non autosufficienti. Una situazione simile agli anni '80, quando le speranze di una riforma nazionale dei servizi sociali che accompagnasse quella dei servizi sanitari (833/78) erano svanite e l'attuazione della 833 stava assegnando poco spazio all'assistenza continuativa; contemporaneamente, l'indennità

[11] In linea con l'ipotesi di mantenere le caratteristiche dell'accompagnamento invariate, per i sordomuti rimarrebbe l'indennità di comunicazione cumulabile con l'accompagnamento (accresciuta di 100 euro anche in questo caso) e l'indennità di accompagnamento per i ciechi assoluti passerebbe da 733 a 833 euro mensili.

[12] Si può immaginare lo slogan che la sosterebbe, di sicura presa: "100 euro in più al mese".

d'accompagnamento[13] stava compiendo la corsa che l'avrebbe portata già alla fine del decennio ad essere il perno del sistema italiano di *long-term care*[14].

Oggi l'assenza di una riforma nazionale per i servizi ne lascerebbe la crescita sulle spalle delle Regioni, che già stanno facendo fronte all'assenza di significative politiche dal centro con propri sforzi (nelle realtà più forti con i "Fondi regionali per la non autosufficienza"). Di nuovo una similitudine con gli anni '80, quando numerose Regioni introdussero loro riforme di riordino dell'assistenza sociale per sopperire all'assenza di una riforma nazionale (Fargion, 1997). Allora il welfare italiano confermò la sua tradizione a netta prevalenza di trasferimenti monetari: oggi, oltre 20 anni dopo, lo scenario "Italia anni '80" la riaffermerebbe in modo ancora più forte.

Venendo alla griglia valutativa, questa ipotesi costerebbe 1.470 milioni di Euro addizionali ogni anno[15]. Pur trattandosi di uno stanziamento significativo è nettamente il più basso tra le ipotesi considerate nel capitolo che prevedono un potenziamento dell'intervento pubblico e risulta ben distante dalle soglie da toccare, secondo la letteratura, per produrre un impatto di rilievo sul sistema italiano di *long-term care* (si veda oltre). Al fine di contestualizzare l'entità dell'eventuale sforzo, inoltre, bisogna notare che si tratterebbe di un incremento di spesa pubblica dedicata pari a circa lo 0,1% del Pil, mentre la spesa pubblica per il welfare è intorno al 26% e quella complessiva intorno al 50% del Pil[16].

Venendo all'efficacia, 100 euro mensili in più risulterebbero utili a molti, dati gli elevati costi economici della non autosufficienza. D'altra parte, si confermerebbero i tratti negativi dell'indennità: strumenti valutativi inadeguati, nessun legame con la rete dei servizi, no graduazione secondo i bisogni, assenza di alcuna verifica sull'utilizzo. Si manterrebbero inalterate, inoltre, tutte le criticità riguardanti i servizi e la loro scarsità. Si può affermare, dunque, che l'efficacia complessiva del sistema rimarrebbe invariata.

Anche l'equità del sistema non muterebbe. Non sarebbero toccate le criticità dei servizi in proposito e lo stesso accadrebbe con l'indennità di accompagnamento. Si confermerebbero i suoi limiti di equità verticale (ammontare identico per persone con bisogni diversi) e orizzontale (modalità valutative spesso inadeguate a fornire risposte uguali a chi uguali bisogni ma si trova in parti diverse del Paese).

Poiché l'indennità è maggiormente diffusa al sud (Lamura e Principi, 2009), un suo incremento ridurrebbe le distanze tra le macro-aree del paese in termini di investimento pubblico totale. Si differenzierebbero, invece, ancora di più i modelli di welfare poiché se già oggi la

---

13 Introdotta nel 1980.

14 All'inizio degli anni '90, il 2% degli anziani riceveva servizi domiciliari, il 2.9% assistenza residenziale e il 5% l'indennità di accompagnamento (Gori e Lamura, 2009).

15 Questa somma è ottenuta moltiplicando l'attuale numero di utenti anziani (circa 1.222.000 al 1/1/2008 secondo l'Inps) per 1200 euro (100 euro per le dodici mensilità dell'accompagnamento). Anche se oggi sono disponibili i dati INPS sull'utenza al 1/1/2009 si utilizzano qui quelli al 1/1/2008 per coerenza con il capitolo di Lamura e Principi sulle prestazioni monetarie (erano i dati Inps più recenti quando il loro contributo è stato scritto).
In alcune ipotesi seguenti, si vedrà, si considera la possibilità di frazionare in più anni l'incremento delle risorse economiche necessarie (ad esempio, in questo caso, l'idea potrebbe essere per un triennio spendere ogni anno 500 milioni in più rispetto al precedente). Questa possibilità non viene qui considerata perché: a) pianificare un percorso di graduale accesso all'indennità "maggiorata" - ogni anno un gruppo di utenti - implica un'attenzione al governo del sistema estranea a questo scenario, b) la ricerca di visibilità e consenso immediato, tratto fondante dello scenario, prevede l'innalzamento dell'indennità contemporaneamente per tutti gli utenti.

16 La spesa pubblica per l'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti, come detto, ammonta all'1,13% del Pil (dato 2008; Ragioneria Generale dello Stato, 2009).

proporzione tra indennità e servizi è superiore al sud rispetto al nord, ora lo diventerebbe ancora di più.

Si tratta di un'ipotesi estremamente fattibile sul piano tecnico, riguardando trasferimenti monetari invece di servizi e non prevedendo alcuna modificazione del sistema. Sul piano politico la fattibilità è media poiché anche se comporterebbe uno sforzo economico inferiore alle altre ipotesi di potenziamento del pubblico necessiterebbe comunque una crescita dell'attenzione politica nei confronti della non autosufficienza.

Infine, questo scenario porrebbe rilevanti ipoteche sul futuro. Come nella precedente ipotesi si rafforzerebbe la disabitudine dell'amministrazione statale alla funzione di monitoraggio e l'introduzione del federalismo non accompagnata da livelli sostanziali costituirebbe un ostacolo elevato davanti a ogni possibile sforzo riformatore dei prossimi anni, per i medesimi motivi richiamati sopra. L'ulteriore radicamento del modello attuale, inoltre, sarebbe qui particolarmente accentuato poiché si dedicherebbero risorse addizionali a consolidare i suoi tratti più vetusti (tab. 2).

Tab. 2. Griglia Valutativa: Scenario "Italia anni '80"

Dimensione	***Contenuti***
Finanza pubblica	+ 1.470 milioni annui
Efficacia	-Invariata, perché non si modificano le caratteristiche di i. accompagnamento e non si considerano i servizi
Equità	- Invariata, perché non si modificano le caratteristiche di i. accompagnamento e non si considerano i servizi.
Differenziazioni territoriali	- In riduzione come stanziamenti pubblici; - in aumento come modelli di welfare.
Fattibilità	- Elevata, perché riguarda trasferimenti monetari e perché le politiche nazionali non vengono modificate
Welfare futuro	In diminuzione gli spazi per eventuali riforme successive a causa di: -ulteriore forte radicamento del sistema esistente e delle differenze territoriali; -ulteriore disabitudine alla funzione di governo a livello centrale; -l'introduzione del federalismo non accompagnata da livelli essenziali di sostanza scoraggia successivi tentativi di cambiamento sul piano sia operativo sia simbolico.

5. Scenario "Stati Uniti"

E' la prima tra le ipotesi che prevedono di modificare l'attuale modello di assistenza continuativa. A differenza degli scenari successivi, però, il cambiamento qui individuato non prevede il rafforzamento delle politiche pubbliche bensì esclusivamente lo sviluppo delle assicurazioni private con funzione integrativa. A imporre questa strada sarebbe il mix tra una scarsa fiducia nella possibilità di riformare le politiche pubbliche, e di incrementare i finanziamenti dedicati, e le notevoli aspettative verso le opportunità offerte dalle assicurazioni integrative.

Un'impronta culturale precisa, che non ritiene potenziabile il welfare a titolarità pubblica e vede nelle assicurazioni integrative l'ancora di salvezza.

Lo scenario prevede politiche pubbliche immutate e risorse a esse dedicate invariate. In una situazione priva di fiducia nel miglioramento dell'intervento pubblico statale non si avrebbe la definizione di livelli essenziali di sostanza e non si svilupperebbe la funzione di monitoraggio. Il contesto delle politiche nazionali per gli interventi a titolarità pubblica, quindi, sarebbe identico alla scenario "Grecia".

Verrebbero innalzati gli incentivi fiscali per le assicurazioni integrative, riferiti alle coperture collettive così come a quelle individuali[17]. Sarebbe definito un quadro normativo preciso e organico, stabilendo quei criteri ragionevolmente chiari e uniformi sulle condizioni di operatività delle coperture offerte oggi mancanti. Si realizzerebbe una campagna informativa presso la popolazione sulle coperture disponibili, tesa a chiarirne caratteristiche, vantaggi e costi di sottoscrizione[18] (Box 3).

Box 3 – Scenario "Stati Uniti"

- Assicurazioni integrative: maggiori incentivi fiscali, definizione di un quadro normativo preciso e organico, campagna informativa presso la popolazione
- No intervento statale per rafforzare il profilo dell'assistenza a titolarità pubblica
- No robusto investimento di risorse economiche addizionali da parte dello Stato
- No potenziamento delle funzioni di monitoraggio
- No definizione di sostanziali livelli essenziali

La scelta del nome indica l'originalità dell'ipotesi nel panorama europeo. In nessun paese del continente, infatti, si persegue lo sviluppo delle assicurazioni integrative come unica, e neppure come principale, risposta dello Stato ai crescenti bisogni insoddisfatti degli anziani non autosufficienti. Dove si è maggiormente puntato sulle assicurazioni integrative – in particolare in Francia – lo si è fatto nell'ambito di una più ampia strategia con al primo posto una riforma tesa a potenziare l'intervento pubblico (l'introduzione dell'Apa, si veda oltre). Differente è la realtà degli Stati Uniti, in cui il sistema di welfare è storicamente caratterizzato da un radicato orientamento culturale in senso privatistico. Qui è tradizionalmente predominante l'idea di poter sopperire ai

[17] Nel caso delle coperture collettive a beneficio di lavoratori dipendenti e pensionati si prevede una deduzione Irpef integrale del premio elevata alla soglia di 4000 Euro, mentre rimangono inalterati la deducibilità del premio dall'Irap e il contributo di solidarietà agevolato del 10% per la parte di premio pagata direttamente dal datore di lavoro a favore dei dipendenti. Nel caso di coperture individuali si prevede un premio detraibile da Irpef al 19% con il limite massimo portato a 3000 Euro.

[18] Lo scenario "Stati Uniti" non è altro che lo scenario 1 del capitolo 14 di Rebba. Provando a delineare le scelte strategiche di fondo per le politiche nazionali faccio riferimento a questo e non allo scenario 2 di Rebba (il medesimo pacchetto per le assicurazioni private + una definizione dei livelli essenziali a parità di spesa con fini di riordino e razionalizzazione) per due motivi: a) l'imporsi di un modello pro-assicurazioni sarebbe figlio – come detto – di una cultura lontana da qualunque ipotesi di miglioramento del welfare pubblico, b) nessun Governo definirebbe livelli essenziali per la non autosufficienza di sostanza senza avere risorse ulteriori da mettere in campo perché attirerebbe l'attenzione sulla materia per poi trasmettere il messaggio di voler confermare le carenze esistenti, attirandosi critiche. E' ragionevole attendersi, pertanto che qualunque Esecutivo privo di una buona dote di finanziamenti non affronti il nodo dei livelli (o lo faccia in termini molto generali). Dunque lo scenario 2 di Rebba è utile al fine di ragionare sulle ipotesi possibili per le assicurazioni private mentre tra i due scenari del Capitolo 14 che non prevedono maggiori stanziamenti pubblici (1 e 2) è il primo a rientrare tra le opzioni strategiche che le politiche nazionali potrebbero percorrere.

limiti di un'offerta pubblica di *long-term care* debole e inefficiente con lo sviluppo delle assicurazioni integrative[19].

La spesa pubblica addizionale annua sarebbe di 53,5 milioni annui di Euro, dovuti ai maggiori incentivi fiscali[20]. Il valore contenuto della cifra dipende dal basso *take-up* atteso: si può prevedere un incremento delle posizioni assicurative dalle attuali 335.000 a 1.300.000[21] nell'arco temporale considerato (6 anni). Il ridotto numero di aderenti previsto è l'aspetto cruciale, che condiziona tutte le dimensioni valutative.

Il dibattito internazionale sul *long-term care* ha raggiunto una delle poche posizioni condivise nel ritenere ridotte le possibilità di diffusione delle assicurazioni integrative - sia individuali sia collettive - non accompagnate da un rafforzamento delle politiche pubbliche. Una varietà di argomenti teorici, riferiti ad efficienza ed equità, spiega perché la strada privata da sola è condannata a un basso *take-up* (Ocse, 2005; Rebba, 2006). La conferma arriva dal paese dove vi si è più puntato nel tempo, gli Stati Uniti appunto, con agevolazioni fiscali in un contesto culturale favorevole: oggi esistono solo 8 milioni di polizze in un paese di 307 milioni di persone[22]. Non possono esservi dubbi, pertanto, che lo scenario qui tratteggiato vedrebbe una diffusione contenuta delle polizze nel nostro paese.

Maggiori sono le probabilità di diffusione delle assicurazioni integrative quando accompagnano una riforma dell'assistenza pubblica con un incremento di risorse e una chiara definizione delle sue responsabilità. Così si sensibilizza la popolazione sull'importanza di affrontare il tema – dunque di acquistare una polizza - e si indicano più chiaramente i confini dell'intervento pubblico e l'entità dei bisogni non coperti, definendo lo spazio di azione del privato. E' quando accaduto in Francia, dove il periodo 2000-2006 - intorno all'introduzione dell'APA cioè uno schema pubblico più forte di prima (2002) - ha visto crescere la diffusione delle assicurazioni integrative, sino a farne il paese a maggiore presenza in Europa. Comunque, si tratta anche qui di una diffusione contenuta rispetto alla platea potenziale, 3 milioni di posizioni in un paese leggermente più popoloso del nostro (65 milioni rispetto a 60). 3 milioni di persone è la soglia massima raggiungibile – nello scenario più favorevole - anche in Italia nel medio periodo[23]: in ogni caso, dunque, l'eventuale diffusione delle assicurazioni private è destinata a toccare una quota contenuta di popolazione.

Nell'analisi delle dimensioni valutative di efficacia, equità e differenziazioni territoriali bisogna distinguere tra la realtà globale dell'assistenza continuativa italiana e l'esiguo universo delle persone raggiunte dalle assicurazioni in questa ipotesi (1,3 milioni). Lo scenario non

---

[19] Al momento di terminare questo capitolo (marzo 2010) l'amministrazione Obama sta cercando – con crescenti difficoltà – di introdurre una riforma sia della sanità sia del *long-term care* (illustrata in AAVV, 2010). Il tentativo di riforma e l'enfasi che vi ha inizialmente posto il Presidente rivelano la consapevolezza della necessità di agire su questo fronte presente in una parte dell'elite politica statunitense. Le grandi difficoltà incontrate sia nell'arena politica sia tra l'opinione pubblica testimoniano, altresì, il persistente radicamento della suddetta cultura privatistica così come la forza degli interessi raccolti intorno al sistema esistente.

[20] E' l'approssimazione della sottrazione tra la spesa di 71,16 prevista da Rebba in questo scenario e il 17,69 di spesa per le agevolazioni fiscale stimato per l'oggi, in situazione di status quo.

[21] Si prosegue qui nel riprendere lo Scenario 1 di Rebba. L'Autore prevede, in particolare, una crescita del numero di aderenti a fondi Ltc con copertura collettiva dagli attuali 320.000 a 1.200.000 e un aumento delle polizze individuali da 15.000 a 100.000. Si tratterebbe di 1,3 milioni di posizioni in un paese di circa 60 milioni di abitanti. Anche gli altri dati citati in questo scenario provengono dal capitolo di Rebba.

[22] Il dato sul mercato americano – riportato nel capitolo di Rebba – è tratto da Stevenson et alii, 2010.

[23] Ci si riferisce allo scenario Spagna, discusso oltre. Ricordiamo che l'arco temporale di riferimento del progetto è 6 anni.

modificherebbe in maniera rilevante il quadro d'insieme poiché la fetta estremamente limitata di popolazione toccata inibirebbe qualsiasi impatto a livello di sistema; si ricordi che gli stimati 1,3 milioni di sottoscrittori apparterrebbero a diversi gruppi di età e quindi fruirebbero dei benefici in un arco temporale esteso. La tabella 3 – come tutto il capitolo - assume il punto di vista del sistema e quindi indica invariata ognuna di questa tre dimensioni.

Per quanto concerne i soli utenti delle assicurazioni vale la pena di sottolineare alcuni aspetti. Sul piano dell'efficacia, ai pochi beneficiari sarebbe evidentemente assicurato un migliore utilizzo delle proprie risorse economiche rispetto alla spesa *out of pocket*. Su quello dell'equità, è da notare che: a) i benefici fiscali sono regressivi, a favore dei più ricchi, pure con un impatto limitato; b) è probabile si perpetuino significative iniquità intercategoriali[24]; c) è probabile che le coperture collettive si diffondano maggiormente al nord[25] (accentuazione differenze territoriali).

La fattibilità di questo scenario è elevata poiché non intende modificare le politiche pubbliche - la sfida più impegnativa - ma si concentra esclusivamente sulle assicurazioni private. Insieme al rafforzamento degli incentivi, come detto, le azioni da svolgere sarebbero la definizione di un quadro normativo preciso e organico, e una campagna informativa.

L'ipotesi delineata ridurrebbe le possibilità future di una riforma che potenzi l'assistenza pubblica, per le medesime ragioni illustrate nello scenario "Grecia": nel tempo crescerebbero le differenziazioni territoriali e si consoliderebbero gli interventi attuali, aumenterebbe la disabitudine dell'amministrazione centrale a svolgere una funzione di monitoraggio; inoltre, la costruzione del federalismo non accompagnato dalla definizione di livelli essenziali di sostanza costituirebbe un macigno da spostare per qualsiasi ipotetico riformatore futuro.

Peraltro, nello scenario "Stati Uniti" immaginare un'espansione delle assicurazioni private tale da sopperire le carenze del welfare pubblico pare piuttosto complicato anche nel lungo periodo. Le esperienze internazionali e le ricerche suggeriscono che nella fase successiva ai sei anni qui considerati si potrebbe passare progressivamente da 1,3 milioni di iscritti ai 3 che sarebbero stati subito raggiunti con una parallela riforma pubblica. Immaginare un futuro con numero d'iscritti molto superiore a questa cifra pare complicato.

[24] Già oggi esistenti poiché predominano i fondi collettivi e la possibilità di farvi parte dipende crucialmente dalla categoria professionale cui si appartiene.

[25] Già oggi è così.

Tab. 3. Griglia Valutativa: Scenario "Stati Uniti"

Dimensione	*Contenuti*
Finanza pubblica	+ 53,5 Milioni annui
Efficacia	- Invariata
Equità	- Invariata
Differenziazioni territoriali	- Invariate
Fattibilità	- Elevata, poiché le politiche nazionali non cambiano.
Welfare futuro	In diminuzione gli spazi per eventuali riforme successive a causa di: -ulteriore radicamento del sistema esistente e delle differenze territoriali; -ulteriore disabitudine alla funzione di governo a livello centrale; -l'introduzione del federalismo non accompagnata da livelli essenziali di sostanza scoraggia successivi tentativi di cambiamento sul piano sia operativo sia simbolico; -non pare realistico immaginare grandi passi in avanti nella diffusione delle assicurazioni private.

6. Scenario "Italia 1997-2007"

L'ipotesi prevede di modificare alla radice la realtà attuale attraverso un robusto potenziamento delle politiche pubbliche. La non autosufficienza diventerebbe una priorità dell'amministrazione statale, che incrementerebbe notevolmente i propri stanziamenti e promuoverebbe un'estesa riforma. I contenuti di questa ipotesi sintetizzano le proposte (perlopiù denominate "Fondo nazionale per la non autosufficienza") avanzate nel periodo in cui il tema della riforma nazionale ha ricevuto maggiore interesse nel nostro paese, cioè il decennio iniziato alla metà degli anni '90. La denominazione, conseguentemente, richiama gli anni nei quali sono state presentate la prima e l'ultima proposta in senso temporale: quella della Commissione Onofri nel 1997 e il Disegno di legge delega del Ministro Ferrero nel 2007[26]. Esiste – a mio parere – una significativa coerenza tra le varie proposte avanzate nel periodo, che riflette un'ampia consonanza di vedute tra chi si occupava di politiche nazionali per le persone non autosufficienti, e più in generale, di politiche nazionali di welfare sociale[27].

[26] Si tratta – rispettivamente - della "Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche dello stato sociale", divenuta nota con il nome del suo Presidente (Paolo Onofri) e nominata dal primo Governo Prodi e della "Delega al Governo in materia di protezione e cura sociale delle persone non autosufficienti", presentata dall' allora Ministro per la Solidarietà Sociale, Paolo Ferrero, pochi mesi prima della caduta del secondo Governo Prodi. Oltre a queste, le più note proposte di fonte politico-istituzionale sono giunte da: Commissione Maroni-Sirchia (2003), Commissione Affari Sociali – Relatrice On. Zanotti (2003), Sindacati Pensionati CGIL-CISL-UIL (2005), On. Castellani et ali (2006), Commissione Lea domiciliarità (2006), Commissione Lea Residenzialità (2007). Bisogna poi aggiungere altri disegni di Legge presentati da deputati e senatori. Le più note proposte giunte da soggetti impegnati in analisi e ricerca sono quelle di: Carlo Hanau (Hanau, 2002), Prospettive Assistenziali, (Prospettive Assistenziali, anni vari), Capp, Cer e Servizi Nuovi (Capp, Cer e Servizi Nuovi, 2004) e Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa (Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa, 2006). Per una rassegna e discussione delle proposte si veda Gori, 2008.

[27] I principali tratti delle proposte per la non autosufficienza si ritrovano, ad esempio, nella legge quadro di riforma dei servizi e interventi sociali (328/2000) e nelle più note proposte riguardanti la riforma nazionale dei servizi socio-educativi per la prima infanzia (ad esempio www.consultarodari.org e http://www.grupponidiinfanzia.it).

Le proposte riconducibili a questo scenario condividono cinque tratti fondamentali. Primo, come detto, prevedono un robusto incremento dei finanziamenti statali. Secondo, dedicano attenzione solo ai servizi. Da una parte le risorse addizionali sono destinate esclusivamente ad aumentare l'offerta di servizi alla persona, con priorità alla domiciliarità. Dall'altra s'ignorano le misure economiche[28]: non si considera in alcun modo l'indennità di accompagnamento, neppure al fine di disegnare cambiamenti che la trasformino in uno strumento per lo sviluppo dei servizi; parimenti non si prevedono interventi riguardanti la spesa per remunerare le assistenti familiari[29]. Terzo, per quanto concerne la distribuzione territoriale si evidenzia particolarmente la necessità di ampliare l'offerta nel meridione. Ciò significa che - pur dando rilievo anche allo sviluppo delle Regioni più avanzate - la priorità delle politiche nazionali è individuata nel portare quelle più deboli (principalmente Regioni meridionali) ad assicurare una base di offerta adeguata, cioè lo "zoccolo di base" comune a tutto il paese. Lo strumento per il raggiungimento di questo traguardo è la definizione dei livelli essenziali. Quarto, si definiscono obiettivi riguardanti le diverse tipologie di servizi da assicurare in termini piuttosto vaghi – richiamando genericamente la necessità di standard quantitativi, standard qualitativi, elenchi di prestazioni e altro ancora - senza indicazioni operative e dati di riferimento[30]. Quinto, ci si concentra sulle caratteristiche che assumerà lo scenario a regime, una volta realizzati tutti i cambiamenti necessari, e si dedica scarsa attenzione al percorso di transizione da compiere per giungervi[31].

Lo scenario illustrato non offre le condizioni per un incisivo monitoraggio da parte dello Stato poiché mancano obiettivi verificabili e si palesa ridotto interesse verso la transizione, cioè la fase di graduale trasformazione che determina il destino di ogni riforma e nella quale il monitoraggio è particolarmente importante. Bisogna altresì notare che questa funzione ha ricevuto crescente riconoscimento nel corso del periodo considerato (Box 4)[32].

Box 4 – Scenario "Italia 1997-2007"

- Robusto investimento economico da parte dello Stato
- Incremento dell'offerta di servizi, in particolare la domiciliarità
- Priorità allo sviluppo del meridione rispetto alla crescita dell'intero paese

[28] Ci si riferisce alle misure definite nel primo capitolo, in modo più preciso, "di sostegno alla domanda", cioè quelle che condividono l'obiettivo di contribuire alle spese dovute alla non autosufficienza che l'anziano e i suoi familiari devono affrontare. Si tratta a livello nazionale principalmente di indennità di accompagnamento e sostegno al costo della badanti, a livello locale anche degli assegni di cura di erogati da Asl e Comuni. Si ricordi che la consapevolezza sul ruolo delle assistenti familiari si è diffusa nel dibattito pubblico solo nella seconda parte del periodo considerato.

[29] Sia qui sia nell'esempio concreto che segue ci si concentra esclusivamente sui tratti di massima dello scenario Per quanto concerne i servizi vi sarebbe poi da approfondire il ruolo del Punto unico d'accesso, e in merito al sostegno alla domanda il tema della suddivisione della spesa tra sanità, sociale, utenti e familiari; in proposito si veda Gori, 2008.

[30] Tutte le proposte di fonte politico-istituzionale contengono lunghi elenchi di obiettivi in termini generici, rimandando per la loro declinazione operativa a successivi decreti attuativi. I contributi provenienti dal mondo della ricerca in merito a queste declinazioni operative sono stati sinora sporadici.

[31] Un altro tratto caratterizzante di queste proposte consiste nel concentrare l'interesse esclusivamente verso gli interventi a titolarità pubblica, senza considerare il possibile ruolo delle assicurazioni private.

[32] Anche se i punti elencati sono condivisi in maniera maggioritaria dalle proposte menzionate, vi sono alcune rilevanti eccezioni, in particolare tre. Primo, la Commissione Onofri e poi Capp, Cer e Servizi Nuovi prevedono di tramutare progressivamente l'indennità di accompagnamento in servizi alla persona. Secondo, il Disegno di Legge Ferrero assegna un ruolo di rilievo al percorso di graduale transizione e al monitoraggio. Terzo, il Gruppo per la riforma

- Obiettivi vaghi (Livelli essenziali generici)
- Attenzione centrata sul nuovo scenario a regime, non sulla transizione
- Contenuto potenziamento delle funzioni di monitoraggio

Tra le varie applicazioni concrete che potrebbero tradurre lo scenario "Italia 1997-2007" in pratica di seguito - e in Tabella 4 - se ne propone la più rappresentativa, quella che prevede l'espansione massima dei servizi. Lo Stato incrementerebbe, a regime, il proprio stanziamento di 4.772 milioni di Euro[33]; poiché ragioniamo su arco temporale di 6 anni, se si decidesse di intraprendere un percorso graduale si tratterebbe di aggiungere ogni anno 795 milioni in più rispetto al precedente (come detto, però, il gradualismo non è peculiarità dello scenario).

Le risorse addizionali sarebbero dedicate ad aumentare l'offerta di servizi con priorità alla domiciliarità, che conoscerebbe un ampliamento dell'utenza di particolare rilievo. Seguiamo qui l'ipotesi di Guerrini di estendere i beneficiari della domiciliarità dall'attuale 4.9% degli anziani al 9%, con una parallela crescita dell'intensità dell'assistenza erogata del 50%[34]. Vi leghiamo l'ipotesi di Pesaresi e Brizioli che prevede – nell'arco di sei anni, come Guerrini - uno sviluppo dei servizi residenziali così articolato: crescita dei posti letto dal 2,29% al 2,83% degli anziani, aumento dal 50% al 60% della percentuale di spesa coperta nelle RSA come quota sanitaria, rimodulazione dell'offerta disponibile in modo da incrementarne la componente sanitaria (tra i cambiamenti vi sono più posti per Alzheimer e meno posti nei presidi assistenziali). Aggiungiamo, infine, l'ipotesi di Pesaresi e Brizioli di massima crescita dei centri diurni, dall'1,15% di anziani di posti attuali all'1,87%, con una rimodulazione del loro profilo[35].

L'orientamento di destinare le risorse statali prioritariamente allo sviluppo del meridione ha indebolito le proposte di riforma nazionale nel dibattito politico. Sul piano tecnico bisogna evidenziare – come già detto – che anche le Regioni settentrionali hanno forte necessità di un più robusto intervento statale. Nella pratica, peraltro, l'idea di assegnare priorità al meridione pare irrealizzabile non solo per il generale contesto politico ma anche perché non passerebbe nell'interazione con le Regioni in sede di definizione dei criteri di riparto. L'unica strada percorribile consiste nel distribuire le risorse statali addizionali tra le Regioni in maniera abbastanza aderente alle caratteristiche della popolazione, con al massimo una quota contenuta dedicata

dell'assistenza continuativa formulò un pacchetto di proposte diverse sotto vari punti di vista. Lo scenario indicato, dunque, non si applica interamente a tutte le singole proposte anche se riflette la tendenza dominante dell'epoca.

[33] La spesa aggiuntiva di 4.772 milioni è – come illustrato oltre – la somma tra i maggiori stanziamenti di 2.299 milioni per la domiciliarità e di 2.473 per la residenzialità e la semiresidenzialità.

[34] Si tratta della quarta ipotesi presentata da Guerrini nel capitolo 7. Il 4,9% di utenza è la somma tra il 3,2% di Adi e l'1,7% di Sad. Si immagina che l'utenza dei due servizi conosca la medesima crescita percentuale. Un incremento dell'intensità media del 50% significa che – in media, appunto – ogni utente vedrà raddoppiare il numero di visite settimanali ricevute. Spesa pubblica aggiuntiva a regime: 2.299 milioni di Euro

[35] Per la residenzialità si tratta della quarta ipotesi presentata da Pesaresi e Brizioli nel capitolo 8. La complessiva crescita di posti letto da 2,29% a 2,83% degli anziani vedrebbe la seguente articolazione interna: posti Rsa invariati, Rsa Alzheimer da 0,16% a 0,3% degli anziani, residenze/case protette da 0,98% a 1,5%, e residenze assistenziali da 0,32% a 0,2%. Anche per la semiresidenzialità si considera l'ipotesi di massima crescita di posti, cui si aggiunge la previsione di due prestazioni in sostituzione dell'unica tipologia attuale: assistenza semiresidenziale per anziani non autosufficienti, che dovrebbe prevedere il 60% dei costi a carico della sanità e il 40% a carico del sociale, e assistenza semiresidenziale per anziani parzialmente autosufficienti a rischio d'istituzionalizzazione, che dovrebbe prevedere il 40% dei costi a carico della sanità e il 60% a carico del sociale. Spesa pubblica aggiuntiva a regime: 2.473 milioni di Euro.

all'obiettivo di perequare l'offerta[36]. I finanziamenti statali si possono legare alla definizione di livelli essenziali dei servizi solo attraverso l'approccio "dinamico", che prevede lo sviluppo di tutte le Regioni lungo un medesimo percorso. Per ognuna si definisce – in proporzione al proprio punto di partenza - un obiettivo di crescita dell'offerta da raggiungere in un determinato arco di tempo, mentre sul piano nazionale due sono gli obiettivi: elevare il livello minimo di offerta assicurata in tutto il paese ed elevare il livello medio[37].

Il pacchetto "obiettivi numerosi e vaghi + poca attenzione a transizione + contenuto interesse per il monitoraggio" presenta le differenti sfaccettature di un medesimo fenomeno, la scarsa sensibilità verso le tematiche attuative. Tale fenomeno avrebbe varie ricadute sullo scenario "Italia 1997-2007", a partire dalla scelta di indicatori inappropriati con cui suddividere le risorse tra le Regioni e con cui definire gli obiettivi (Regionali e nazionali) di crescita. Ci si possono poi aspettare criticità per lo Stato nel comprendere in che misura le Regioni si stiano effettivamente avvicinando agli obiettivi definiti, nell'individuare quali realtà si trovano in difficoltà e nell'intervenire di conseguenza. Il passare degli anni vedrebbe ampliarsi lo scollamento tra l'amministrazione statale e l'effettiva attuazione della riforma nelle Regioni.

Tab. 4. Scenario "Italia 1997-2007": un esempio concreto

Caratteristica generale	***Esempio concreto***
Robusto stanziamento statale	4.772 milioni di Euro (cioè 795 addizionali ognuno dei sei anni)
Crescita offerta servizi	*Domiciliarità :* - Utenza da 4.9% a 9% degli anziani; - intensità + 50%. *Residenzialità:* - posti letto da 2.29% a 2.83% degli anziani; - quota sanitaria dal 50% al 60% della spesa; - rimodulazione offerta, incrementando la componente sanitaria. *Semiresidenzialità:* - posti da 1,15% a 1,87% degli anziani.
Priorità sviluppo meridione	- Irrealizzabile nella pratica; - unica strada possibile approccio "dinamico" ai livelli essenziali, con distribuzione risorse statali in gran parte secondo il profilo della popolazione.
Scarsa attenzione verso attuazione (Obiettivi numerosi e vaghi, fuoco su scenario a regime, poco monitoraggio)	- Scelta indicatori inappropriati; - difficoltà statale a capire cosa accade nelle Regioni e a intervenire nei casi critici; -crescente scollamento tra amministrazione statale e realtà della riforma nelle Regioni.

[36] Le risorse del "Fondo Non autosufficienze 2007-2009", prorogato al 2010 al momento di concludere il progetto (marzo 2010) sono distribuite tra le Regioni al 60% in base alla popolazione 75+ e al 40% in base ai criteri già impiegati nel Fondo Nazionale Politiche Sociali. Mentre non paiono esistere grandi spazi per un maggiore orientamento pro-sud vi sono certamente per impiegare indicatori di bisogno più fini.

[37] L'approccio "dinamico" è stato impiegato nell'unica azione concreta realizzata per introdurre i primi livelli essenziali di servizi nel sociale (qui più precisamente nel socio-educativo), il "Piano Nidi 2007-2009" (Mattesini, 2008).

Le conseguenze in termini di spesa – 4.772 milioni annui di Euro addizionali una volta realizzato l'intero cambiamento – possono essere giudicate da differenti punti di vista. La cifra si colloca appena sopra la soglia individuata dagli studi esistenti come quella minima necessaria al fine di produrre un impatto rilevante sulla realtà italiana (Gori e Vanara, 2006)[38]. In termini relativi si tratta di circa lo 0,35% del prodotto interno lordo, mentre la spesa pubblica per il welfare si colloca intorno al 26% e quella complessiva quasi al 50%. Inoltre se si seguisse una strategia di crescita graduale (però lontana dalla cultura di questo scenario) si tratterebbe di aggiungere ogni anno 795 milioni, una cifra certamente non irreperibile nelle manovre annuali di finanza pubblica. Rappresenta, ad esempio, meno di un decimo delle spese autorizzate per la Finanziaria 2010[39], pure non tra le più dispendiose degli ultimi anni. Nell'insieme, dunque, si tratta di uno sforzo economico agibile senza tensioni eccessive per il bilancio pubblico.

L'efficacia dell'assistenza continuativa italiana migliorerebbe grazie agli interventi sulla quantità – crescita dell'offerta – e su leve cruciali per la qualità (più intensità nella domiciliarità, più componente sanitaria nelle strutture). L'esito risulterebbe, tuttavia, differenziato tra residenze e territorio. I cambiamenti ipotizzati porterebbero le prime a un buon livello complessivo, rispondendo alle loro principali criticità su cui può intervenire una politica nazionale. Un simile risultato non si otterrebbe nel territorio, laddove l'importante sviluppo dei servizi domiciliari e semi-residenziali risolverebbe solo una parte dei problemi. Non si modificherebbero, infatti, le misure che trasferiscono direttamente risorse economiche alle famiglie, cioè indennità di accompagnamento e agevolazioni fiscali per le assistenti familiari. Rimarrebbero così irrisolti cruciali problemi per l'efficacia: a) l'assenza di qualsiasi verifica sull'effettivo utilizzo di queste risorse, né tantomeno di promozione della qualità del *care*, b) la mancata risposta alle richieste d'informazioni, suggerimenti e consigli su come impiegare al meglio queste risorse da parte di molte famiglie beneficiarie, c) gli altri problemi legati all'attuale configurazione dell'indennità di accompagnamento, più volte richiamati.

L'equità del sistema aumenterebbe perché l'allargamento dell'utenza dei servizi permetterebbe di raggiungere gli appartenenti al gruppo dei "né né" (Baldini, Gori et alii, 2008), cioè coloro i quali non sono in condizioni sociali/sanitarie/economiche abbastanza deteriorate da poter accedere alla scarsa offerta disponibile ma neppure si può affermare che non ne avrebbero necessità. Nella residenzialità, inoltre, s'introducono alcune novità tese a sostenere persone particolarmente vulnerabili sul piano dei bisogni (la crescita dei posti Alzheimer) o economico (l'incremento della quota sanitaria in RSA). La mancata riforma dei sostegni economici, però, lascerebbe intatta la loro attuale incapacità di sostenere adeguatamente nel territorio le situazioni di bisogno particolarmente grave.

Poiché l'offerta di servizi crescerebbe in maniera significativa tanto nelle Regioni deboli quanto in quelle più avanzate le differenziazioni territoriali si manterrebbero o, più probabilmente, si ridurrebbero leggermente. E' da notare non si amplierebbero le distanze tra le Regioni, come accaduto invece negli ultimi anni (vedi sopra), in un contesto nel quale il livello minimo di offerta assicurato in tutto il paese diventerebbe superiore a quello attuale. Per quanto riguarda l'indennità

[38] Gori e Vanara individuano in 6 miliardi annui addizionali la soglia minima, con riferimento alle persone non autosufficienti di ogni età. Considerando che gli anziani sono circa i 4/5 della popolazione non autosufficiente e attribuendo loro – in maniera evidentemente arbitraria – una percentuale equivalente della spesa necessaria, si tratta di 4,8 miliardi.

[39] La Finanziaria 2010 ha autorizzato spese per circa 9 miliardi di Euro.

di accompagnamento, invece, permarrebbero le notevoli differenze nella probabilità di riceverla a parità di bisogno, così come nei tassi di utilizzo.

Per quanto riguarda la fattibilità, lo scenario "Italia 1997-2007" è caratterizzato dalla ridotta capacità dello Stato di monitorare l'attuazione, comprendere cosa accade nel territorio e intervenire per affrontare le situazioni di difficoltà. Sarebbe così impossibile far funzionare in modo adeguato il meccanismo definizione dei livelli essenziali / loro monitoraggio, che sta alla base del federalismo. Risulterebbe, inoltre, difficile intervenire a favore delle Regioni che incontrano più difficoltà a crescere, ragionevolmente quelle oggi meno sviluppate. Nell'insieme, dunque, vi sarebbero significative probabilità di raggiungere i miglioramenti di efficacia ed equità attesi solo in misura parziale.

Guardando al welfare futuro, risulterebbe difficile immaginare una successiva riforma nazionale a causa di diverse ragioni. Innanzitutto, dopo questo robusto stanziamento per lungo tempo non vi sarebbero finanziamenti pubblici addizionali di ampia portata. Inoltre, per affrontare i problemi rimasti sul tappeto una successiva riforma dovrebbe concentrarsi sull'indennità di accompagnamento, le cui inappropriate modalità di utilizzo si sarebbero – nel frattempo - radicate ancora di più (Tab. 5).

Tab 5. Griglia Valutativa: Scenario "Italia 1997-2007"

Dimensione	*Contenuti*
Finanza pubblica	+ 4.772 milioni di Euro (795 ogni anno per sei anni).
Efficacia	- Complessivamente cresciuta, grazie a più servizi e al cambiamento di alcune loro caratteristiche. - residenzialità ok; -ancora debole il territorio, per l'assenza di interventi su i. accompagnamento e su sostegni spesa per assistenti familiari.
Equità	-Complessivamente cresciuta, perché si raggiungono i "né né" e c'è più attenzione a casi di elevato bisogno in struttura; - rimane debole la capacità di tutelare nel territorio le situazioni più gravi, a causa della mancata riforma di i. accompagnamento e di sostegni spesa per assistenti familiari.
Differenziazioni territoriali	- Per i servizi s'interrompe la crescita delle distanze tra le Regioni; - il livello minimo di servizi assicurato in tutto il paese è superiore rispetto a oggi; - rimangono inalterate le notevoli differenze nella fruizione di i. accompagnamento.
Fattibilità	-Debole capacità dell'amministrazione centrale di sostenere l'attuazione; -perlopiù non funzionante il meccanismo definizione dei livelli essenziali / loro monitoraggio; - difficoltà ad aiutare le Regioni in difficoltà.
Welfare futuro	Ridotti spazi per riforme future a causa di: -improbabile un nuovo cospicuo stanziamento. pubblico -ulteriore radicamento della realtà attuale di i.

	accompagnamento

7. Lo scenario "direzione Spagna"

Lo scenario prevede un notevole investimento pubblico, accompagnato da un ripensamento delle politiche nazionali esistenti. È contraddistinto da un approccio di sistema, che significa agire allo stesso tempo sui diversi interventi dell'assistenza continuativa. L'altro suo tratto caratterizzante consiste nella forte attenzione all'operatività.

Si rafforzano tanto l'offerta di servizi quanto i sostegni economici, mettendoli in collegamento. Viene ampliata la disponibilità di servizi residenziali e domiciliari, con priorità a questi ultimi. Si riformano i sostegni economici – indennità di accompagnamento e agevolazioni fiscali per le assistenti familiari – così da incrementarli per i casi di maggiore bisogno e da legare l'utilizzo di una parte alla fruizione di servizi con un livello minimo di qualità[40]. La separazione tra sostegni economici e servizi viene superata anche prevedendo un'unica sede per decidere l'accesso a entrambi, strumenti di valutazione il più possibile omogenei e la costruzione di piani personalizzati che li considerino congiuntamente.

Rispetto alla distribuzione territoriale, si assegna ugual peso alla necessità di portare le Regioni deboli a raggiungere un livello nazionale minimo di assistenza superiore rispetto a oggi e a quella di far progredire ulteriormente le Regioni più avanti. La priorità è la crescita dell'intero paese e lo strumento da impiegare a tal fine sono i livelli essenziali. La forte attenzione all'operatività si traduce, innanzitutto, in un particolare investimento sulla funzione di monitoraggio. Gli obiettivi di cambiamento da perseguire, inoltre, sono definiti in modo circostanziato, specificando in maniera precisa i relativi indicatori. L'illustrazione della meta finale da raggiungere è poi accompagnata da grande cura nella costruzione del percorso di transizione.

Insieme al rafforzamento delle politiche pubbliche, infine, sono promosse le assicurazioni integrative, attraverso i miglioramenti normativi necessari e maggiori incentivi fiscali (Box 5).

Nel gruppo dei paesi della EU 15 con le politiche di *long-term care* meno sviluppate - cui l'Italia appartiene (cfr. par 3) – la Spagna è stato il primo a introdurre, nel 2007, una riforma nazionale. Quest'ultima potenzia congiuntamente le prestazioni monetarie e i servizi, e dedica grande attenzione alla gestione degli aspetti attuativi. È stato definito un percorso di graduale introduzione che terminerà nel 2015, quanto il cambiamento sarà completato (Gori e Casanova, 2009). Si tratta quindi di un paese simile al nostro – anche per la configurazione istituzionale, molto decentrata – in cui è stata introdotta una riforma che intende procedere nella direzione appena illustrata[41]. La riforma sta altresì incontrando varie difficoltà dovute ad alcuni errori iniziali, non

[40] Il legame tra l'erogazione dei contributi economici e quella dei servizi può essere concretizzato con varie modalità, riconducibili a due linee d'intervento principali. Una consiste nell'impiegare parte dell'indennità di accompagnamento in servizi alla persona, rendicontandolo; potrebbero essere assistenti familiari con un livello minimo di formazione certificata, soggetti privati accreditati o soggetti pubblici accreditati. L'altra consiste nel legare la possibilità di ricevere agevolazioni fiscali all'impiego di assistenti familiari con un livello minimo di formazione certificata. Evidentemente in entrambi i casi si tratta di assistenti familiari impiegate in forma regolare.

[41] Le principali differenze sono che la riforma spagnola si concentra principalmente sui servizi e interventi sociali – mentre il nostro progetto considera anche il sociosanitario – e che non prevede l'assicurazione privata integrativa. Al di là delle differenze, il nocciolo è che un paese simile al nostro sotto numerosi profili sta realizzando una riforma

legati al percorso qui tratteggiato (Leon, 2009). La denominazione "direzione Spagna" indica, quindi, che la strada da seguire è quella tracciata dal paese iberico, mentre la sua effettiva realizzazione può essere migliore[42].

Box 5 – Scenario "direzione Spagna"

- Robusto investimento economico da parte dello Stato
- Incremento congiunto dell'offerta di servizi e dei sostegni economici
- Priorità alla crescita dell'intero paese, non allo sviluppo del meridione
- Obiettivi precisi (Livelli essenziali circostanziati)
- Attenzione centrata innanzitutto sulla transizione, non sullo scenario a regime
- Forte potenziamento delle funzioni di monitoraggio
- Promozione delle assicurazioni integrative

L'approccio di sistema utilizzato in questo scenario si presta a numerose applicazioni. Di seguito si propone quella che mi pare la traduzione operativa di maggior consenso tra i tecnici in merito alle concrete sembianze che potrebbe assumere la "direzione Spagna". Lo stanziamento pubblico aumenterebbe di 8.250 milioni di Euro a regime, cioè dopo sei anni. Si tratterebbe, detto altrimenti, di aggiungere ogni anno 1.375 milioni addizionali[43] rispetto al precedente.

Per i servizi si prevede l'opzione di massimo sviluppo, cioè la stessa dello scenario "Italia 1997-2007". Si segue l'ipotesi di Guerrini di estendere i beneficiari della domiciliarità dall'attuale 4.9% degli anziani al 9%, con una parallela crescita dell'intensità dell'assistenza erogata del 50%. Vi si lega l'ipotesi di Pesaresi e Brizioli di uno sviluppo dei servizi residenziali così articolato: crescita dei posti letto dal 2,29% al 2,83% degli anziani, aumento dal 50% al 60% della percentuale di spesa coperta nelle RSA come quota sanitaria, rimodulazione dell'offerta disponibile in modo da incrementarne la componente sanitaria (+ posti per Alzheimer, meno posti nei presidi assistenziali). Si aggiunge, infine, l'ipotesi degli stessi Autori di massima crescita dei centri diurni, dall'1,15% di anziani di posti attuali all'1,87%, con una rimodulazione del loro profilo[44].

La riforma dei sostegni monetari si basa sulla trasformazione dell'indennità di accompagnamento nella Pab (Prestazione assistenziale di base) - come delineata nel capitolo di Lamura e Principi[45] - e punta su cinque cambiamenti. Primo, ampliamento dell'utenza e sua articolazione interna. I beneficiari passano dal 9,5% degli anziani – come è oggi nell'indennità - all'11,5%, così da raggiungere una fascia di necessità lievi sinora scoperta. L'utenza viene altresì

---

fondata su sguardo complessivo alle diverse tipologie di interventi (sostegni monetari e servizi), gradualismo e attenzione agli aspetti attuativi.

[42] Qualora nel nostro paese si decidesse di imboccare questa via, l'approfondimento dell'esperienza spagnola potrebbe risultare particolarmente utile per comprenderne tanto gli aspetti da replicare quanto quelli da non ripetere.

[43] Motivi tecnici renderebbero impossibile suddividere l'incremento di risorse in parti perfettamente uguali nei sei anni, come qui indicato a titolo esemplificativo; in merito alla scansione temporale della "direzione Spagna" si veda il prossimo capitolo. Ciò che conta è la scelta per un aumento progressivo degli stanziamenti dentro un progetto di graduale cambiamento.

[44] Il precedente paragrafo illustra in maggiore dettaglio lo sviluppo dei servizi previsto. Ricordiamo che la spesa pubblica aggiuntiva, a regime, ammonterebbe a 4.772 milioni.

[45] E' la loro ipotesi 3. L'ipotesi riguarda solo l'indennità di accompagnamento, e non considera le prestazioni di invalidità. La spesa pubblica aggiuntiva a regime ammonterebbe a 3.395 milioni.

suddivisa in tre gruppi secondo il bisogno: alto (dipendenti in 6 o più Adl), medio (dipendenti in 4-5 Adl), basso (dipendenti in 1-3 Adl)[46]. L'accesso rimane determinato per tutti esclusivamente secondo il bisogno assistenziale. Secondo, incremento dell'importo per chi sta peggio. La cifra mensile si conferma quella attuale (472 euro mensili) nella fascia media ed è pari a 255 euro mensili per chi rientra nella fascia bassa. La grandissima parte di questi ultimi non fruisce oggi dell'indennità, ai pochi che la ricevono si mantiene il diritto acquisito all'importo attuale[47]. Chi si colloca nella fascia alta di bisogno – quasi la metà degli utenti Pab - può ricevere un valore tra 472 e 900 euro, determinato in base all'Isee[48]: la media è 807 Euro. Terzo, impiegare la Pab per ricevere servizi alla persona di qualità. La logica consiste nell'utilizzare almeno una parte della misura per fruire di servizi alla persona con un livello minimo di qualità: servizi pubblici, servizi privati accreditati/convenzionati, assistenti familiari con una base di formazione certificata. Numerose sono le possibili applicazioni, un punto fermo è che le risorse che permettono di ricevere un importo superiore all'attuale accompagnamento debbono essere utilizzate a questo fine; un altro punto fermo è che chi sceglie forme di assistenza rendicontata riceva un ammontare maggiore di risorse[49]. In questo come in tutte gli altri cambiamenti è necessario un raccordo con le agevolazioni fiscali esistenti (vedi oltre). Quarto, ridisegno del percorso assistenziale. Innanzitutto, gli strumenti per l'accertamento vengono riformati – sulla scorta di un ampio dibattito già esistente – così da leggere in modo più adeguato i bisogni assistenziali. Inoltre, il legame creato tra Pab e servizi alla persona, indicato prima sarebbe parte di una più ampia trasformazione. Si tratta del superamento della separazione prestazioni monetarie e rete dei servizi perché la valutazione iniziale si realizzerebbe in una stessa sede, con gli strumenti valutativi più omogenei possibile, costruendo un unico piano assistenziale che consideri tutte le misure[50].

Quinto, uniformità nell'utilizzo dei sostegni monetari. Le agevolazioni fiscali vigenti[51] confluirebbero nella Pab o sarebbe impiegate in modo il più possibile coerente e con la stessa logica. Quindi, per fruire di agevolazioni fiscali bisognerebbe impiegare assistenti familiari formate così da assicurare un livello minimo di qualità.

Rispetto alla distribuzione geografica, assegnare priorità alla crescita dell'intero paese significa seguire l'unica strada possibile per lo sviluppo dei servizi, la stessa che – alla prova dei fatti – dovrebbe far propria anche l'ipotesi "Italia 1997-2007". Le risorse statali addizionali per i servizi vengono distribuite tra le Regioni in modo abbastanza aderente alle caratteristiche della popolazione, con al massimo una quota limitata finalizzata a perequare l'offerta. I finanziamenti statali sono utilizzati per promuovere la definizione dei livelli essenziali dei servizi attraverso l'approccio "dinamico"[52].

---

[46] L'utenza della Pab si suddivide come segue: bisogno alto 44% degli utenti, bisogno medio 33%, bisogno basso 23%.

[47] Si è detto prima che riceverà 255 Euro mensili il 23% degli utenti della Pab: di questi 18 sono nuovi utenti e 5 ricevevano già l'indennità (per loro vale la clausola di tutela dei diritti acquisiti).

[48] A queste persone viene assegnato un importo mensile pari a 900 euro se l'Isee è inferiore a 10.000 euro, che si riduce linearmente fino agli attuali 472 euro per redditi superiori a 20.000 euro.

[49] E' l'ipotesi 5 di Beltrametti. L'ampiezza della parte da destinare a servizi alla persona con rendicontazione può variare in base al preciso profilo con cui si vuole caratterizzare lo scenario. Di nuovo qui si vedano Beltrametti e Lamura.

[50] Questa parte è approfondita maggiormente in Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa, 2006.

[51] Crescendo la Pab non si immagina un incremento della attuali agevolazioni fiscali (la cui spesa attuale è intorno ai 350-400 milioni, vedi Baldini, Gori e altri).

[52] Approccio "dinamico" significa che per ogni Regione si decide – in proporzione al suo punto di partenza – un obiettivo di crescita dell'offerta da raggiungere in un determinato arco di tempo, mentre sul piano nazionale due

La priorità alla crescita dell'intero paese tocca pure le prestazioni monetarie: significa distribuire a ogni Regione le risorse statali per finanziarle in misura rispondente agli effettivi bisogni del suo territorio. Si vuole superare l'attuale modalità statale di finanziare tutte le indennità di accompagnamento assegnate nelle Regioni senza verificare l'effettiva coerenza con i bisogni esistenti. Con la Pab, lo Stato utilizza i dati disponibili sulla disabilità per calcolare il fabbisogno di ogni Regione e le trasferisce annualmente gli stanziamenti necessari. La logica è coniugare – nel passaggio dall'accompagnamento alla Pab – un maggiore sostegno e una sua distribuzione nel territorio più aderente alle reali necessità. Se una Regione eroga un numero maggiore / livelli più elevati di Pab, li finanzia con risorse proprie[53].

La grande attenzione dedicata al momento attuativo si traduce nella scelta, per ogni obiettivo, di pochi e precisi indicatori con cui suddividere le risorse tra le Regioni e con cui definire gli obiettivi (regionali e nazionali) di crescita. Si vuole, quindi, coniugare l'approccio di sistema – che porta a modificare tutti gli interventi – con la parsimonia nella scelta degli indicatori di riferimento. In fase di progettazione e di monitoraggio ci si concentra sui singoli passi del percorso di transizione. Alla base vi è un grande investimento sulla funzione di monitoraggio, dotando l'amministrazione centrale di tutto il personale e gli strumenti adatti. Nell'insieme è così possibile comprendere come procede la riforma nel territorio, individuare le aree di difficoltà e intervenire per rimediare.

Si prevede pure una strategia per il potenziamento delle assicurazioni integrative. Si rendono coerenti i criteri di valutazione della non autosufficienza adottati per l'accesso alle prestazioni pubbliche con quelli delle assicurazioni private. Viene altresì definito quel quadro normativo chiaro e organico oggi mancante nelle assicurazioni integrative. Si realizza una campagna informativa sulle coperture Ltc di tipo collettivo e individuale, che chiarisca le loro caratteristiche, i vantaggi e i costi della sottoscrizione[54]. Lo scenario in cui si prevede il parallelo sviluppo delle politiche pubbliche e delle assicurazioni private è quello che porterebbe la diffusione massima di queste ultime, dalle attuali 335.000 polizze a 3 milioni entro i sei anni (tab. 6).

---

sono le finalità: elevare il valore minimo di offerta assicurata in tutto il paese ed alzare il valore medio. Maggiori informazioni si trovano nel precedente scenario.

[53] Maggiori indicazioni in merito a questa modalità di distribuzione delle risorse dallo Stato alle Regioni si trovano nell'ipotesi 5 di Beltramentti (cap 9).

[54] E' lo scenario 3 presentato da Rebba nel capitolo 14. La copertura integrativa Ltc viene realizzata costruendo due pilastri ulteriori al primo pilastro pubblico. Il secondo pilastro è composto da coperture collettive di puro rischio a premio uniforme operanti tramite fondi sanitari integrativi con deduzione IRPEF integrale del premio entro il limite di 4.000 euro e contributo di solidarietà del 10%, e da polizze collettive Ltc ad accumulo accessorie a Fondi pensione per le quali viene previsto un forte incentivo fiscale alla sottoscrizione da parte dei lavoratori giovani (credito di imposta Irpef del 30% del premio Ltc per iscritti a Fondo pensione tra 18 e 35 anni). Il terzo pilastro è composto da coperture individuali date da polizze Ltc standard con beneficio fiscale attuale (premio annuo detraibile da Irpef al 19% entro il limite massimo di 1291,14€. Spesa pubblica annuale aggiuntiva a regime: 83 milioni di Euro.

Tab. 6. Scenario "direzione Spagna": un esempio concreto

Caratteristica generale	Esempio concreto
Robusto stanziamento statale	+ 8.250 milioni di Euro (cioè 1.375 milioni addizionali ognuno dei sei anni)
Crescita offerta servizi	*Domiciliarità :* - utenza da 4.9% a 9% degli anziani; - intensità + 50%. *Residenzialità:* - posti letto da 2.29% a 2.83% degli anziani; - quota sanitaria dal 50% al 60% della spesa; - rimodulazione offerta con più componente sanitaria. *Semiresidenzialità:* - posti da 1,15% a 1,87% degli anziani.
Riforma sostegni economici	*Da indennità di accompagnamento a PAB:* - utenza ampliata e suddivisa in tre gruppi secondo il bisogno; - accesso in base al bisogno, ammontare in base anche all'isee, il 44% degli utenti riceve 807 euro mensili; - agevolazioni fiscali assumono la medesima logica; - riforma modalità di accertamento disabilità; - si collegano sostegni economici e rete dei servizi, con un'unica valutazione iniziale.
Priorità sviluppo intero paese	-Approccio "dinamico" ai livelli essenziali dei servizi, con distribuzione delle risorse statali in gran parte secondo il profilo della popolazione; -lo Stato distribuisce alle Regioni le risorse per la Pab in base ai bisogni esistenti, se le Regioni spendono di più si auto-finanziano.
Elevata attenzione verso attuazione (Pochi obiettivi e precisi, fuoco su transizione, ruolo forte del monitoraggio)	- Adeguato pacchetto di strumenti per sostenere l'attuazione; - capacità di comprendere cosa accade nelle Regioni, individuare le difficoltà e intervenire per contrastarle.
Sviluppo assicurazioni private integrative	- Quadro normativo definito e organico; - maggiori incentivi fiscali; - campagna informativa; - assicurati da 335.000 persone a 3 milioni.

Veniamo ora alla griglia valutativa. La "direzione Spagna" prevede un incremento di spesa pubblica superiore agli altri scenari e che ammonta - alla fine dei sei anni – a 8.250 Milioni di Euro. E' un valore pari a circa lo 0,65% del Pil, che porterebbe le risorse pubbliche dedicate dall'attuale 1,13 all'1,8% del Prodotto interno lordo. Il giudizio dipende, come sempre, dai termini di paragone. Rispetto ai bisogni degli anziani autosufficienti ci si colloca nella fascia di sforzi giudicati necessari dalla letteratura per un cambiamento strutturale (Gori e Vanara, 2006). Rispetto alla spesa pubblica del welfare - intorno al 26% del Pil – la fetta dedicata all'assistenza continuativa rimane contenuta, e ciò è ancor più vero nei confronti della spesa pubblica complessiva (intorno al 50% del Pil). Considerando che la gradualità costituisce un aspetto fondante dello scenario si tratta di 1375 milioni l'anno in più rispetto al precedente, una cifra comunque ridotta rispetto ai flussi di spesa annuali della finanza pubblica[55].

[55] Considerando anche le persone non anziane con disabilità cambiano alcune cifre ma non si sposta sostanzialmente il ragionamento. Per semplicità utilizziamo anche qui il metodo, pure grossolano, impiegato sopra:

Per quanto riguarda l'efficacia, il sistema migliora sotto ogni profilo poiché vengono aggrediti tutti i relativi nodi su cui può agire una politica nazionale. Nelle strutture è incrementata l'utenza e rimodulata l'offerta (con maggiore componente sanitaria). Nel territorio si realizza l'auspicata crescita di servizi domiciliari e semi-residenziali, per utenza e intensità. A livello di sistema, infine, si supera l'attuale dicotomia tra sostegni monetari e servizi alla persona, finalizzando una parte dei primi alla fruizione dei secondi (con un livello minimo di qualità) e unificando il percorso di valutazione-presa in carico-monitoraggio nel tempo.

L'equità migliora sotto diversi profili. Primo, l'incremento dell'utenza porta a raggiungere il gruppo dei "né né", presentato sopra; ciò avviene con l'aumento di coloro i quali fruiscono del domiciliare, degli utenti del residenziale e di chi riceve la Pab. Secondo, si rafforza l'attenzione verso chi sta peggio attraverso l'incremento della Pab per i casi più gravi, la crescita dei posti dedicati all'Alzheimer e l'incremento delle quote sanitarie nelle Rsa. Terzo, si migliora la capacità di rispondere in maniera uguale ai bisogni uguali grazie alla riforma delle modalità di accertamento per l'indennità di accompagnamento/Pab, congegnata per superare le forti eterogeneità attuali.

Per le differenze territoriali nell'offerta di servizi si ripete il precedente scenario. Le differenze si mantengono o, più probabilmente, si riducono leggermente, mentre il minimo nazionale aumenta. Nelle prestazioni monetarie, il combinato delle nuove modalità di accertamento per la Pab e dell'allocazione degli stanziamenti statali commisurata al fabbisogno permette una distribuzione della misura nel territorio più aderente alle necessità della popolazione rispetto all'attuale indennità di accompagnamento.

Venendo alla fattibilità, l'opzione qui illustrata è impegnativa innanzitutto sul piano politico. Al fine di trovare le risorse economiche è evidentemente necessario far salire l'assistenza continuativa nell'ordine delle priorità dei decisori. Nondimeno, ci sono da superare i timori e le opposizioni che la riforma dell'indennità di accompagnamento solleva. Molti sostenitori dei non autosufficienti temono che introdurre il tema della riforma porti a produrre un esito opposto a quello sperato, cioè la riduzione degli stanziamenti dedicati[56]. Inoltre esistono opposizioni all'interno delle rappresentanze dei disabili adulti, tradizionalmente più attente alle prestazioni monetarie rispetto a quelle degli anziani[57].

Sul piano realizzativo "direzione Spagna" è lo scenario che mette in campo il più robusto pacchetto di strumenti per sostenere il percorso applicativo (a partire da un forte monitoraggio), ma anche quello che pone gli obiettivi più complessi da raggiungere. E' ragionevole attendersi, quindi, che incontrerà notevoli difficoltà attuative, ma dispone di tutte le possibilità per affrontarle con successo. La chiave è la costruzione di un contesto che permetta di impiegare al meglio questi strumenti. Significa un contesto che preveda: a) un patto di collaborazione Stato-Regioni-Enti Locali per lavorare insieme all'applicazione; b) la capacità di proteggere l'attuazione dalle

---

assumiamo che gli anziani siano circa i 4/5 della popolazione non autosufficiente e attribuiamo loro – in maniera evidentemente arbitraria – una percentuale equivalente della spesa necessaria. L'impegno addizionale diventa così 10.400 milioni nei sei anni, cioè 1.733 aggiuntivi ogni anno. La percentuale aggiuntiva di pil è pari allo 0,8%, che porterebbe la spesa pubblica complessiva (anziani + disabili) dall'attuale 1,4% del Pil al 2% del Pil.

[56] Iniziare il dibattito sulla riforma dell'indennità, detto altrimenti, viene considerato pericoloso perché aprirebbe un varco a chi ritiene che questa sia sì da riformare, ma con lo scopo di ridurre le risorse dedicate.

[57] Le associazioni dei ciechi e dei sordomuti si sono impegnate contro la riforma dell'indennità con una certa efficacia, in particolare se paragonata alla percentuale di utenti che rappresentano. Ciechi e sordomuti ricevono un'indennità di valore più elevato rispetto alle altre categorie di non autosufficienti e temono che la riforma la ridurrebbe. I sordomuti ricevono anche l'indennità di comunicazione, pari a 236 Euro mensili, che si può cumulare con l'indennità di accompagnamento. L'indennità di accompagnamento per i ciechi assoluti è pari a 783 Euro mensili.

turbolenze politiche: gli abituali contrasti, elezioni (più o meno anticipate) e così via; c) la gestione attenta delle naturali difficoltà, soprattutto nella fase iniziale, evitando un eccessivo scoraggiamento[58] e imparando dall'esperienza.

Dopo i cambiamenti ipotizzati, nel futuro non si prevederebbero riforme strutturali. Infatti i nodi di fondo sarebbero già stati aggrediti e, comunque, successivamente a questo robusto finanziamento per lungo tempo sarebbe difficile immaginare nuovi stanziamenti di rilievo. Le sfide da affrontare diventerebbero la manutenzione del sistema – particolarmente impegnativa alla luce delle profonde innovazioni introdotte dalla riforma - e la capacità di rispondere all'evoluzione dei bisogni (tab. 7).

Tab. 7. Griglia Valutativa: scenario "direzione Spagna"

Dimensione	***Contenuti***
Finanza pubblica	+ 8.268 (+ 1.378 milioni annui)
Efficacia	Aggredite le principali criticità, grazie a: - residenziale: crescita di posti letto e di componente sanitaria; - domiciliare e semi-residenziale: incremento di utenza e d'intensità; - percorso assistenziale unitario per sostegni economici e servizi alla persona; - parte dei sostegni economici utilizzati per servizi (con livello minimo di qualità).
Equità	Aggredite le principali criticità, grazie a: - a favore dei "né né": ampliamento utenza di domiciliare, residenziale e Pab; - a favore di chi sta peggio: incremento Pab, + nuclei Alzheimer e maggiore quota sanitaria; - per equità orizzontale: riforma modalità di accertamento Pab.
Differenziazioni territoriali	- Per i servizi: s'interrompe la crescita delle distanze tra le Regioni, il livello minimo assicurato in tutto il paese è superiore rispetto a oggi; - per i sostegni monetari: Pab è distribuita nel territorio in modo più coerente ai bisogni di Indennità di accompagnamento.
Fattibilità	Scenario impegnativo ma con gli strumenti per riuscire. Dipende da: - patto Stato/Regioni/Enti Locali; - protezione da turbolenze politiche; -evitare scoraggiamenti iniziali e imparare da esperienza.
Welfare futuro	Nessuna riforma strutturale futura perché: - i nodi di fondo sono stati aggrediti; - improbabile un nuovo cospicuo stanziamento. Le sfide sono la manutenzione della riforma e la capacità di rispondere all'evoluzione dei bisogni

[58] L'eccessivo scoraggiamento nella fase iniziale è un pericolo da non sottovalutare, dovuto a: a) la mancanza di esperienza causata dall'assenza di una tradizione di politiche nazionali per la non autosufficienza rende naturali elevate difficoltà quando le si attiva; b) questa assenza ha creato negli anni aspettative molto elevate verso l'intervento nazionale, la cui ampiezza le rende particolarmente vulnerabili nei confronti di tali difficoltà.

8. Uno sguardo complessivo

Ho esaminato sin qui le principali alternative che le politiche nazionali di assistenza continuativa hanno davanti a loro. Coerentemente con il disegno complessivo del progetto, ho considerato le più accreditate ipotesi oggi sul tappeto e mi sono concentrato sugli interventi attivabili dal livello statale. Il capitolo ha privilegiato la visione d'insieme, dunque di ogni ipotesi affrontata vari aspetti – per semplicità - non li ho esaminati. Giunti al termine, voglio proporre uno sguardo comparativo sulle opzioni, partendo dalla logica politico-culturale che le sorregge per arrivare alle conseguenze attese.

Iniziamo dalla logica politico-culturale, cioè l' "idea di welfare" alla base di ogni possibile percorso. Esistono diversi modi di guardare al confronto proposto in tabella 8, se il discrimine è la necessità di intervenire sulle politiche nazionali solo lo scenario "Grecia" non lo prevede. Se lo spartiacque consiste in un maggiore stanziamento pubblico, a non contemplarlo sono gli scenari "Grecia" e "Usa". Se, invece, il confine risiede nella ricerca di un nuovo modello di welfare, non la perseguono "Grecia" e "Italia anni '80". Quest'ultima punta su maggiori risorse pubbliche per consolidare le politiche esistenti (crescita dell'importo dell'indennità di accompagnamento senza alcuna modificazione al suo profilo), rinunciando a migliorare la qualità degli interventi e puntando su un consenso facile e immediato da raccogliere.

Tra chi vuole cercare un nuovo modello di welfare, si confrontano diverse strategie. "Usa" significa non avere fiducia nella possibilità di recuperare maggiori risorse per il welfare pubblico e – comunque – anche se vi si riuscisse, nella reale possibilità di migliorare gli interventi, mentre si ritiene che le assicurazioni private offrano notevoli opportunità. "Italia 97-2007" vuol dire vedere esclusivamente i servizi, puntando sulla loro crescita e non considerando i sostegni monetari; significa anche non nutrire particolare interesse per gli aspetti attuativi. "Direzione Spagna" significa prendere in considerazione l'insieme degli interventi - sia i servizi sia i sostegni monetari – e immaginare una loro riforma complessiva, dedicando grande attenzione alla dimensione attuativa.

Un altro modo per guardare alle diverse alternative è collocarle lungo un continuum con il nocciolo di ognuna: "non agiamo sulle politiche pubbliche" (Grecia), "agiamo per confermare le caratteristiche delle politiche esistenti" (Italia '80), "cambiamo puntando solo sulle assicurazioni private" (Usa), "cambiamo puntando solo sui servizi" (Italia 97-07) e "cambiamo puntando alla riforma di sistema" (Direzione Spagna).

Torniamo così all'interrogativo posto all'inizio del capitolo, cioè se si voglia costruire un sistema nazionale di assistenza continuativa. Solo lo scenario "direzione Spagna" risponde affermativamente: prevede, infatti, una riforma nazionale che definisce un pacchetto di regole valide nell'intero paese e riguardanti tutte le diverse componenti dell'assistenza continuativa (servizi sociali, sociosanitari e sostegni economici). Regole che forniscono alcune indicazioni in merito a quali interventi si ha diritto quando si diventa anziani non autosufficienti e in che modo il costo economico dell'assistenza deve essere suddiviso tra la persona coinvolta, i suoi familiari e il settore pubblico. Si tratta di poche regole, definite in modo chiaro e misurabile, che lasciano tutto lo spazio necessario all'autonomia di Regioni e Comuni.

L'approccio di sistema, peraltro, è stato perseguito nelle riforme regionali (spesso denominate "Fondi regionali per i non autosufficienti") realizzate nell'ultimo decennio nelle Regioni più avanzate. Tali riforme, infatti, prevedono una visione d'insieme, laddove tutte contemplano un mix

di sviluppo di domiciliare, residenziale e prestazioni monetarie (assegni di cura), obiettivi misurabili e un percorso graduale per la realizzazione. La definizione di siffatte riforme regionali è una novità degli anni 2000 poiché in precedenza la progettualità regionale considerava separatamente i singoli interventi. Costruire un sistema nazionale di assistenza continuativa significherebbe agire nella stessa direzione, anche se con obiettivi in numero inferiore e meno circostanziati, trattandosi dello Stato, un livello di governo più lontano dal territorio, e alla luce del rilevante grado di eterogeneità territoriale che contraddistingue il welfare italiano. L'utilizzo del termine "sistema" non vuole qui dare adito a interpretazioni errate: non stiamo affatto parlando di puntare ad un irrealistico sistema iper-regolato, bensì di coniugare visione di quadro e definizione di pochi obiettivi chiari.

I sostenitori di questo approccio ritengono che il vero discrimine oggi non risieda tra puntare solo sulle politiche pubbliche e guardare esclusivamente alle assicurazioni private ("Italia 1997-2007" vs "Stati Uniti") o tra rimanere nel solco nel modello attuale e modificarne una parte ("Grecia" e "Italia anni '80" vs "Italia 1997-2008" e "Stati Uniti"). L'alternativa decisiva, invece, viene individuata tra un progetto complessivo di riforma dell'assistenza continuativa e una visione parziale (quindi Spagna vs altre ipotesi) (tab. 8).

Tab. 8 . Gli scenari a confronto: la logica politico-culturale

"Grecia"	"Italia anni '80"	"Usa"	"Italia 97-2007"	"Direzione Spagna"
- Conferma della marginalità della non autosufficienza .	- Rinuncia a migliorare la qualità degli interventi; - ricerca di consenso immediato e 'facile'.	-Scarsa fiducia nel welfare pubblico; -grande fiducia nelle assicurazioni private.	- Investimento su welfare pubblico, con attenzione esclusivamente ai servizi ; -poco interesse agli aspetti attuativi.	-Investimento su welfare pubblico, con attenzione all'insieme degli interventi; -molto interesse agli aspetti attuativi

Passiamo adesso dal confronto delle logiche delle diverse opzioni a quello delle conseguenze attese, cioè la comparazione condotta in tabella 9 rispetto alle dimensioni valutative impiegate nella disamina degli scenari. Al fine di rendere sinteticamente comparabili le analisi proposte nei precedenti paragrafi si utilizza qui una scala comune, che prevede da tre meno (la peggiore performance rispetto alla dimensione in oggetto) a tre più (la migliore performance)[59]. Il giudizio dei criteri è da intendere – come in precedenza - riferito a ciò che accadrebbe tra sei anni se s'intraprendesse la strada indicata.

La prima riga contiene i maggiori stanziamenti pubblici a regime in milioni di Euro e come crescita percentuale del Prodotto interno lordo, insieme all'incremento annuale necessario per

[59] I + indicano la migliore probabilità di ottenere risultati positivi in direzione di efficacia e di equità, e la migliore fattibilità. Nel caso delle differenziazioni territoriali i + indicano le maggiori probabilità di ridurle e per il welfare future segnalano le prospettive più rosee.

arrivarci[60]. L'aumento di spesa è proporzionale all'ambizione degli scenari. Bisogna però ricordare che le riforme più ampie potrebbero suddividere la propria crescita in piccoli incrementi annuali, così da rendere l'impatto graduale. In ogni modo, lo scenario di maggiore espansione porterebbe la spesa dedicata dall'1,1% all'1,65% del Prodotto interno Lordo, rispetto a una spesa per il welfare intorno al 26% e ad una spesa complessiva intorno al 50%. Con tutta la gradualità necessaria – un robusto aumento della spesa costituisce un obiettivo realizzabile. Raggiungerlo o meno dipende dalle scelte politiche, cioè si vuole assegnare una priorità o meno all'assistenza continuativa. Lo mostra la vicenda degli ultimi 15 anni, dove mentre si affermava "non ci sono risorse per una riforma nazionale a favore degli anziani non autosufficienti" intanto la spesa pubblica continuava a crescere e venivano dedicate risorse a numerosi altri obiettivi.

Veniamo ai risultati attesi in termini di efficacia ed equità. Gli scenari "Grecia" e "Usa" mantengono i tratti negativi della situazione attuale per entrambe le dimensioni. Tanto l'immobilità del primo quanto l'investimento del secondo esclusivamente sulle assicurazioni private, infatti, non alterano le politiche pubbliche. Lo sviluppo delle assicurazioni, peraltro, è così ridotto da non avere alcun impatto a livello di sistema. Il quadro migliora con lo scenario "Italia 97-2007". Questo produce evidenti passi in avanti, anche se sconta i limiti dovuti all'assenza d'interventi su i. accompagnamento e aiuti alla spesa per assistenti familiari. Coniugando la riforma dei servizi con quella dei sostegni monetari, lo scenario "direzione Spagna" colma queste lacune.

Le attuali differenziazioni territoriali si confermano in "Grecia" e "Usa" mentre aumentano ulteriormente in "Italia anni '80". Qui, infatti, l'incremento dell'importo dell'indennità di accompagnamento si concentra dove questa è già più diffusa, cioè nel meridione. Cresce così ancora di più la distanza – in termini di modello di welfare - tra il sud, sempre più fondato sulle prestazioni monetarie, e il nord, maggiormente imperniato su un mix tra denaro e servizi. "Italia 97-2007" permette di raggiungere un livello minimo di servizi assicurato in tutto il paese superiore rispetto a oggi e di interrompere la crescita del gap tra le Regioni che ha contraddistinto gli ultimi anni. Rimangono, invece, inalterate le notevoli differenze nella fruizione di i. accompagnamento. Queste ultime sono ridotte nello scenario "direzione Spagna". In generale, anche se gli ultimi due scenari menzionati producono una diminuzione delle differenze territoriali, questa non risulterà particolarmente accentuata poiché le ipotesi di sviluppo non possono che – alla prova dei fatti – perlopiù favorire in misura omogenea l'intero paese.

La fattibilità[61] è massima per i primi tre scenari, ognuno dei quali non modifica in alcun modo il profilo delle politiche nazionali. Anche laddove si prevede un maggiore stanziamento – "Italia anni '80" – questo riguarda esclusivamente l'incremento di importi di una prestazione monetaria (i. accompagnamento). Diventa minima nell'ipotesi "Italia 1997-2007", poiché questa rivela una ridotta capacità dell'amministrazione centrale di sostenere l'attuazione, con poco funzionante il meccanismo basato su definizione dei livelli essenziali e loro monitoraggio, e più in generale deboli gli strumenti di sostegno alla concreta realizzazione. Il concreto pacchetto di questi strumenti è

[60] Come detto, la logica dello scenario "Italia anni '80" non prevede la possibilità di suddividere l'aumento su più anni.

[61] Ci si riferisce qui alla dimensione della fattibilità come definita nell'introduzione, cioè "le possibilità di realizzare nel territorio l'ipotesi considerata in modo coerente con le indicazioni statali". Nel testo sono state proposte alcune considerazioni in merito alla fattibilità di natura politica, che è tendenzialmente minore quanto maggiori sono le risorse da recuperare e, inoltre, è minore quando bisogna confrontarsi con la riforma dell'indennità di accompagnamento.

molto più solido per "Direzione Spagna", dove peraltro gli obiettivi di cambiamento sono particolarmente ambiziosi. Si ritiene, comunque, che si possano raggiungere gli obiettivi

Il welfare futuro porta difficoltà per possibili riforme nei primi tre scenari perché ognuno di questi prevede un ulteriore radicamento del sistema esistente e delle differenze territoriali e l'

ulteriore disabitudine alla funzione di governo a livello centrale. Inoltre l'introduzione del federalismo non accompagnata da livelli essenziali di sostanza scoraggia successivi tentativi di cambiamento sul piano sia operativo sia simbolico. Questo è il punto chiave dei prossimi anni, non abbastanza discusso: introdurre il federalismo senza i livelli essenziali costituirebbe un colpo molto forte non solo per l'oggi ma anche per chi volesse immaginare riforme nazionali domani. Positivo, invece, lo scenario "Italia 1997-2007", che lascerebbe però radicarsi ulteriormente l'indennità di accompagnamento nella sua versione attuale, mentre decisamente positiva la "Direzione Spagna", perché non rimanderebbe a domani nessuno dei nodi affrontabili oggi (Tab 9).

Tab. 9. Gli scenari a confronto: le conseguenze attese

	Grecia	**Italia anni '80**	**USA**	**Italia 97-07**	**Direzione Spagna**
Spesa pubblica addizionale complessiva (Incremento annuo) (crescita complessiva Pil dedicato)	0	1.470 (1.470) (da 1,1% di Pil a 1,2%)	53,5 (53,5) (da 1,1% di Pil a 1,1%)	4.772 (795) (da 1,1% di Pil a 1,4%)	8.250 (1.375) (da 1,1% di Pil a 1,65%)
Efficacia	- -	--	--	++	+++
Equità	- -	--	--	++	+++
Differenziazioni territoriali	--	---	--	+	++
Fattibilità	+++	+++	+++	--	+
Welfare futuro	---	---	---	+	+++

9. Conclusioni

Nell'introduzione ho notato che questa costituisce - a mia conoscenza - la prima valutazione ex ante di politiche di assistenza continuativa e, più in generale, di politiche sociali[62] promossa in Italia dal governo centrale. È uno studio, dunque, con un'intrinseca natura sperimentale e notevoli margini di miglioramento. Si colloca peraltro all'interno di un filone – quello del monitoraggio e della valutazione e, più in generale, dell'analisi delle politiche di welfare basata sui dati – con ampi spazi di crescita nel nostro paese. Giunti in conclusione voglio evidenziare varie piste di lavoro che il presente progetto mette in luce.

Alcune riguardano lo sviluppo della valutazione ex-ante da noi realizzata. Per ogni ipotesi illustrata nei capitoli precedenti si potrebbe: a) esaminarla in maggior dettaglio, specificando

[62] Per "politiche sociali" s'intendono qui – come nell'introduzione - le politiche legate a interventi e servizi sociali, sociosanitari e socioeducativi.

ulteriormente le conseguenze attese[63], b) nelle opzioni che prevedono la crescita di servizi e prestazioni compiere altri approfondimenti concernenti le possibili suddivisioni di tale incremento tra le Regioni e le loro implicazioni, c) dettagliare maggiormente i percorsi attuativi, gli ostacoli che è lecito attendersi li s'incontrerebbero e le strategie per superarli. Venendo alle ipotesi di scenari complessivi presentate in questo capitolo si potrebbe, oltre a seguire i punti già menzionati, investigare in maggior profondità come interagirebbero i diversi interventi previsti[64].

Ampliando lo sguardo, si potrebbero utilizzare le valutazioni ex ante abitualmente nel processo decisionale delle politiche sociali a livello nazionale (si pensi ad esempio, ai servizi alla prima infanzia e agli interventi contro la povertà), come accade in un numero crescente di paesi europei. Considerando il ruolo delle Regioni nelle politiche sociali sarebbe parimenti consigliabile la diffusione di questa prassi anche nelle loro realtà. La disponibilità di dati, conoscenze e analisi è oggi tale da rendere possibile questa diffusione a livello sia nazionale sia regionale. Non è necessario realizzare progetti ampi come il nostro, si possono compiere sforzi di minor ampiezza ma di grande rilievo. Ciò che conta è accompagnare il dibattito sulle scelte con: la mappa delle strade che si potrebbero seguire e - per ognuna - i risultati attesi, i costi attesi e le ipotesi su come potrebbe concretizzarsi il percorso attuativo, il tutto valorizzando al meglio i dati disponibili.

Vi è poi il più generale filone del monitoraggio e della valutazione dell'assistenza continuativa, così come delle politiche sociali. La necessità di farlo crescere è nota e sono disponibili autorevoli contributi sulle strategie da impiegare a tal fine (tra cui De Felici et alii, 2009, Trivellato, 2009). L'esperienza svolta nel presente progetto ci ha mostrato la crescente disponibilità di dati utilizzabili. Sono oggi in corso importanti sforzi tesi ad ampliare questa disponibilità, sforzi necessari se si vuole rispondere in modo adeguato ai fabbisogni informativi richiesti dal nuovo sistema federale[65]. In materia di analisi delle politiche attuate e di proposte su quelle da compiere, nondimeno, già con i dati oggi esistenti si potrebbero realizzare molti più lavori di quanto accada.

9.1 Come valutare questo progetto

Il testo ha indicato alcuni criteri per valutare le diverse strade che le politiche nazionali di assistenza continuativa potrebbero intraprendere nel breve/medio periodo (3 e 6 anni). Giunti alla fine voglio indicare quali saranno – a mio parere – i tre criteri per giudicare l'impatto di questo progetto nel tempo. Primo, se verrà utilizzato dai decisori per compiere le proprie scelte nelle politiche nazionali di assistenza continuativa (qualunque siano le scelte). Secondo, se servirà ad alimentare un dibattito il più possibile basato sui dati e sul confronto aperto in merito alle concrete implicazioni delle diverse opzioni. Terzo, se stimolerà altri colleghi a svolgere lavori di questa natura, che migliorino quanto da noi realizzato. Le cose da fare non mancano, sul piano degli interventi così come della ricerca applicata.

---

[63] Eventualmente con altre simulazioni riguardanti gli effetti a livello individuale e di spesa aggregata.

[64] L'idea vale per gli scenari "Italia 1997-2007" e "Metodo Spagna", che prevedono di sviluppare vari interventi simultaneamente. Si potrebbe approfondire l'analisi, ad esempio, di come interagirebbero la crescita di servizi residenziali con quella dei servizi domiciliari, oppure quest'ultima con la riforma dell'indennità di accompagnamento e così via.

[65] Ci si riferisce in particolare alla costruzione del Sina (Sistema informativo nazionale sui servizi e interventi per la non autosufficienza), in merito cfr. cap 17 di Caruso.

Riferimenti bibliografici

AARP Euroepan Leadership Study, 2006, *European Experiences with Long-term care. France, the Netherlands, Norway and the United Kingdom*, AARP, Washington.

AAVV, 2010, *Advancing long-term care services and supports*, numero monografico di "Health Affairs", 1.

Baldini, M, Gori, C, Mazzaferro, C e Morciano M. (2008), *Costi e argomenti*, in Gori, C (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci, pp. 283-327.

Capp, Cer, Servizi Nuovi (2004), *Diritti di cittadinanza delle persone anziane non autosufficienti. Un contributo per la definizione dei livelli essenziali dei servizi per la non autosufficienza (Lesna),* Roma, Edizioni Libereta'.

De Felici P., Giorgi G., Ranci C., Sansonetti S., Stame N. (2009), *Definire i livelli essenziali delle prestazioni di assistenza*, I Quid, "Prospettive Sociali e Sanitarie", Milano.

Fargion V (1997), *La geografia della cittadinanza sociale in Italia*, Bologna, Il Mulino.

Fernandez JL and others, (2009), *How can European states design efficient, equitable and suistanable funding systems for long-term care for older people?*, Who regional office for Europe and European Observatory on Healht Sytems and policies, Policy brief 11.

Gabriele S. (2009) *Livelli essenziali delle prestazioni e federalismo fiscale: la solidarietà poggia su due gambe*, 15 maggio, disponibile sul sito www.nelmerito.com.

Glendinning C and Moran N, 2009, *Reforming Long-Term Care: Recent Lessons from Other Countries*, York, SPRU.

Gori C e Vanara F, (2006), *Di quante risorse abbiamo bisogno? Una rassegna delle stime*, in Gori, C (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino, pp. 83-107.

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 e Casanova G, (2009), *La riforma per i non autosufficienti in Spagna*, in "Tendenze Nuove", 1.

Gori, C e Zanardi, A (2008), *Le politiche sociali in un contesto di federalismo fiscale*, in Guerra M.C. - Zanardi, A. (a cura di), *La finanza pubblica italiana – 2008*, Bologna, Il Mulino, pp.159-189.

Gruppo per la Riforma dell'Assistenza Continuativa (2006), *Riforma l'assistenza ai non autosufficienti in Italia*, in Gori C, (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino, pp. 423-472.

Hanau C. (2002), *Sul "fondo per la non autosufficienza"*, "Appunti sulle politiche sociali", 6, pp 16-19.

Lamura G., Principi A. *I trasferimenti monetari*, in Network Non Autosufficienza (a cura di): *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli (www.maggioli.it/rna), pp. 69-82.

Leon M, (2009), *Recent developments in long-tem care in the Spanish welfare state: restructuring "familistic" practices*, paper distributed at the ESPANET Conference, Urbino 17-19 September,

Mattesini M. (2008), *I servizi dell'infanzia*, Rimini, Maggioli.

OECD, (2005), *Long-term care policies for older people*, Paris: OECD.

Prospettive Assistenziali, Anni Vari, *Editoriali*, scaricabili dal sito: http://www.fondazionepromozionesociale.it/PA

Ranci, C. (a cura di), (2008), *Tutelare la non autosufficienza. Una proposta di riforma dell'indennità di accompagnamento*, Carocci, Roma.

Ragioneria Generale dello Stato (2009) *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Aggiornamento 2009*, Roma, Ragioneria Generale dello Stato.

Rebba V. (2006), *Il ruolo dell'assicurazione volontaria*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Collana Fondazione Smith-Kline, Il Mulino, Bologna, pp. 395-419.

Stevenson D. G., Cohen M.A., Tell E.J., Burwell B. (2010), *The Complementarity of Public and Private Long-Term Care Coverage,* in "Health Affairs, 29, 1, pp. 96-101.

Trivellato U, (2009), *La valutazione degli effetti di politiche pubbliche: paradigmi e pratiche*, IRVAPP Discussion Paper 1, IRVAPP Trento, disponibile in http://irvapp.fbk.eu/pubblicazioni/discussion%20papers

“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare

Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori

Capitolo 20

Stime di spesa a confronto

di

Massimo Baldini, Emanuele Ciani

Luglio 2010

Introduzione

L'obiettivo principale di questo capitolo è quello di riprendere gli scenari complessivi proposti nel capitolo 19 e analizzarne più approfonditamente alcuni aspetti quantitativi ed economici[1]. In particolare, le variazioni di spesa vengono descritte nel dettaglio e arricchite da alcune elaborazioni sugli effetti redistributivi.

Le elaborazioni proposte fanno un largo uso di modelli di microsimulazione[2]. In sintesi, questi modelli utilizzano un campione rappresentativo della popolazione italiana, contenente informazioni sulla condizione socio-economica delle famiglie e dei loro componenti. Sulla base di questi dati vengono ricostruite le principali caratteristiche del sistema fiscale italiano (in particolare vengono stimate alcune variabili come l'Irpef pagata, il reddito complessivo e l'Isee) e del sistema di previdenza e assistenza sociale. Nel caso in cui alcune informazioni siano assenti, ma disponibili in altri campioni rappresentativi della popolazione italiana, si procede generalmente a ricostruire queste informazioni all'interno del modello, utilizzando dati presenti in entrambi i campioni. L'uso della microsimulazione ha il vantaggio di permetterci di lavorare a un livello di maggior dettaglio (individui o famiglie), consentendoci così di fare analisi di tipo quantitativo anche sull'equità del sistema. È stato possibile utilizzare questa tecnica per l'analisi delle prestazioni monetarie, delle assicurazioni integrative e del ricorso all'assistenza privata a domicilio. Per le elaborazioni sui servizi sociali e socio-sanitari si è reso invece necessario lavorare su dati aggregati di spesa, poiché non erano disponibili indagini campionarie sufficientemente approfondite.

Coerentemente con il capitolo 19, si è scelto di limitare gli scenari alla sola platea di utenti anziani, salvo per quanto riguarda le assicurazioni integrative. Alcune delle analisi contenute nello scenario “Grecia” sono però riferite anche ai disabili adulti, perché abbiamo ritenuto utile espandere alcune riflessioni sulle prestazioni monetarie a tutta la popolazione.

1. Status Quo (Scenario Grecia)

Nello studio dell'impatto economico delle possibili riforme, lo status quo può e deve essere analizzato non solo come punto di partenza, ma anche come uno scenario nel quale le politiche pubbliche rimangono immutate. Risulta così interessante mettere in luce, all'interno di questo paragrafo, almeno due aspetti critici del sistema attuale dal punto di vista dell'impatto sulla condizione economica delle famiglie con componenti non autosufficienti. Il primo è l'equità delle prestazioni monetarie, in particolare l'indennità di accompagnamento, che non prevede attualmente una differenziazione a seconda del livello di gravità della disabilità. Il secondo è la forte diversificazione territoriale della rete dei servizi, unita alla mancata integrazione fra le prestazioni monetarie e le reti di assistenza pubbliche e private.

---

[1] Il lavoro svolto riprende le elaborazioni svolte da Baldini, Gori *et al.* (2008). I risultati riguardanti punti comuni ai due saggi possono presentare delle differenze, a causa di alcune modifiche nelle proposte discusse, oppure per la scelta di dataset differenti.

[2] Ci limitiamo qui a una descrizione generale dei metodi di stima. Non riteniamo necessario ripetere tutti i dettagli relativi alle diverse simulazioni. Rinviamo alle spiegazioni contenute nei singoli capitoli.

1.1. L'equità del sistema di prestazioni monetarie

Prima di discutere l'impatto delle attuali prestazioni monetarie, è bene cercare di comprendere come l'assistenza a un familiare non autosufficiente possa avere un impatto sul reddito disponibile delle famiglie italiane[3]. Il peso del costo dell'assistenza privata a domicilio sui redditi disponibili[4] può essere elevato, richiedendo in alcuni casi anche il ricorso al capitale risparmiato o all'aiuto di altri familiari (Tab. 1). Si noti infatti che la proporzione fra il costo per l'assistenza e il reddito disponibile risulta particolarmente significativo per le famiglie del primo decile. L'incidenza può apparire sovrastimata, ma si consideri che il reddito disponibile non tiene conto né dell'uso dei risparmi, né dei trasferimenti da parte di familiari non residenti. Il sostegno pubblico per questa componente di spesa familiare è costituito dagli sgravi fiscali, che in media rappresentano circa il 7,1% della spesa, e l'indennità di accompagnamento, che può arrivare a coprire la metà circa dei costi[5]. L'indennità non è però collegata direttamente a questo servizio, potendo essere impiegata dal beneficiario a sua discrezione, senza alcun vincolo.

Tab. 1. Incidenza del costo dell'assistenza privata a domicilio sui bilanci delle famiglie. Italia, 2009 (simulazione)

Quintile di reddito disponibile equivalente	Quota di famiglie che ricorrono all'assistenza privata a domicilio	Solo famiglie che ricorrono all'assistenza privata a domicilio		
		Costo medio dell'assistenza	Reddito disponibile medio	Incidenza sul reddito disponibile
1	2,2%	11.126	13.877	80%
2	3,0%	11.126	22.726	49%
3	3,5%	11.126	31.235	36%
4	3,3%	11.126	43.824	25%
5	2,6%	11.126	71.932	15%
Totale	2,9%	11.126	37.091	30%

Fonti: nostre elaborazioni su dati campionari dall'Indagine "Reddito e Condizioni di vita, anno 2005" (Istat, 2007b) e dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana, anno 2006" (Istat, 2007a).
Nota: L'elaborazione assume un costo standard per l'assistenza, con un numero di ore di servizio uguale per tutti coloro che vi ricorrono.

L'indennità di accompagnamento ha infatti un peso notevole all'interno del sistema di *Long Term Care* italiano (Tab. 2), sia dal punto di vista del bilancio dello stato, sia da quello della

[3] In questo capitolo ci si limita a considerare l'impatto monetario dell'assistenza continuativa sulle famiglie. Anche la prospettiva più specificatamente economica dovrebbe in realtà inserire nel calcolo costi/benefici anche le ore di lavoro spese dai familiari per l'assistenza informale.

[4] L'unità di riferimento di questa e delle seguenti analisi redistributive è la famiglia, intesa come unità di coabitazione. Per reddito disponibile si intende la somma di tutti i redditi percepiti dai membri del nucleo familiare, al netto delle imposte dirette e al lordo degli affitti imputati. Il reddito disponibile è reso equivalente utilizzando la scala Ocse modificata, che assegna peso uguale a 1 al primo componente adulto, a 0,5 per gli agli altri componenti con più di 14 anni e a 0,3 per i minori fino a 13 anni. Dove non altrimenti specificato, per reddito disponibile si intende il reddito non equivalente.

[5] Nostre elaborazioni sui dati presentati nei capitoli sull'assistenza privata a domicilio e sull'indennità di accompagnamento (si vedano anche le tabb. 1 e 2 presenti in questo capitolo).

condizione economica delle famiglie[6]. Essendo una prestazione universale, la quota di famiglie beneficiarie non è decrescente al crescere del reddito disponibile (considerato al lordo dell'indennità). L'impatto dell'assegno è elevato, soprattutto per le famiglie appartenenti ai decili più bassi[7].

Tab. 2. Incidenza dell'indennità di accompagnamento per invalidi civili totali sui bilanci delle famiglie. Italia, 2009 (simulazione)

Quintile di reddito disponibile equivalente	Quota di famiglie con componenti percettori di indennità di accompagnamento	Solo famiglie beneficiarie		
		Importo medio delle indennità	Reddito disponibile medio	Incidenza sul reddito disponibile
1	3,4%	5.874	16.695	35%
2	5,8%	5.854	24.653	24%
3	6,9%	6.067	30.071	20%
4	6,7%	5.924	39.627	15%
5	4,3%	5.948	63.744	9%
Totale	5,4%	5.943	34.857	17%

Fonte: nostre elaborazioni su campionari dati dell'Indagine "Reddito e Condizioni di vita, anno 2005" (Istat, 2007b). Non si tiene conto delle persone ospiti in residenze. L'importo medio delle indennità è superiore al valore annuo (472,04 euro per 12 mensilità), perché in alcune famiglie sono presenti due percettori.

L'effetto perequativo complessivo è in realtà piuttosto limitato, perché ricevono l'assegno anche famiglie con redditi elevati. Se si considerassero però anche i costi derivanti dalla presenza di un componente non autosufficiente, è probabile che questo effetto sarebbe maggiore[8]. In altri termini, l'equità di questa prestazione andrebbe valutata in relazione alle spese necessarie per l'assistenza dei familiari disabili.

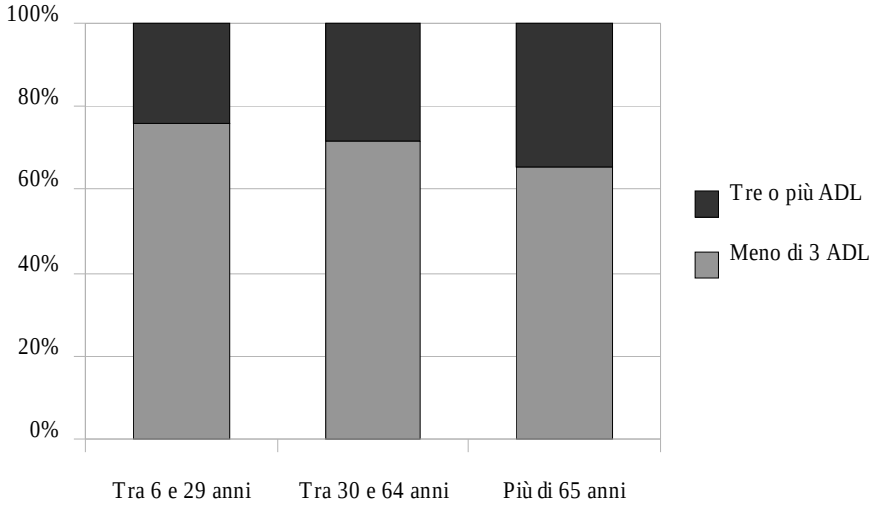
Il costo dell'assistenza va anche messo in relazione con la gravità della disabilità. Utilizzando l'"Indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari" (Istat, 2008c), si stima che il 4,8% della popolazione italiana residente in famiglia con età pari a 6 o più anni presenti almeno una grave limitazione in una delle seguenti aree: confinamento a letto, su una sedia o in casa; difficoltà di movimento; difficoltà nelle funzioni quotidiane; difficoltà nella comunicazione (Fig. 1). Di questi, il 33,3% riporta almeno tre gravi limitazioni nelle funzioni quotidiane (ADL). L'indennità di accompagnamento non prevede però nessuna differenziazione a seconda del livello di disabilità. Se assumiamo che ad una situazione di maggior non autosufficienza siano collegati maggiori costi, diventa necessario, dal punto di vista dell'equità, prevedere un aumento dell'importo per le persone con bisogni più elevati.

[6] Per una discussione approfondita dei punti qui discussi, con riferimento ad altre esperienze internazionali, si veda Ranci (2008).

[7] Va precisato che non si tiene conto del fatto che, senza indennità, i redditi da lavoro potrebbero essere maggiori perché alcuni familiari potrebbero scegliere di lavorare invece di prestare cura, o esservi costretti per ragioni economiche.

[8] In appendice abbiamo riportato un semplice esercizio numerico per mettere in evidenza questo aspetto.

Fig. 1 Disabilità nella popolazione italiana residente in famiglia, per classe d'età. Italia, 2005.



Fonte: Elaborazione su dati dell'Indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari 2004-2005 (Istat, 2008c).

Le caratteristiche del sistema attuale di prestazioni monetarie pone però alcuni ostacoli ad ogni progetto di riforma. Da una parte, l'impatto sul bilancio pubblico è già piuttosto elevato e destinato probabilmente a crescere nei prossimi anni. Dall'altra parte, la forte incidenza sui redditi delle famiglie fa sì che diventi difficile raggiungere il consenso necessario ad una sua riforma in senso selettivo, che permetta di aumentare gli importi per i livelli di gravità più elevata riducendo l'assegno per le persone in condizioni economiche più agiate.

1.2. La diversificazione dell'offerta di servizi

Il terzo punto critico del sistema attuale è la forte diversificazione territoriale nell'offerta dei servizi. L'eterogeneità va esaminata sia dal punto di vista dell'offerta di servizi, sia dal punto di vista della ripartizione della spesa fra quota sanitaria (Servizio Sanitario Nazionale) e quota sociale (utente e Comuni).

Nella tavola 3 si può osservare la significativa differenziazione nell'offerta complessiva di servizi per anziani e disabili. Anche la spesa media per utente[9] presenta ampi margini di variazione tra le diverse aree. Nel 2006, la spesa media per il Sad rivolto ad anziani andava da un minimo di 605 euro in Calabria ad un massimo di 4.487 euro in Valle d'Aosta[10]. La spesa media per utente Sad

[9] Occorre fare attenzione nell'interpretare questi dati. Le variazioni qui riportate sono indicative dell'eterogeneità nell'offerta di servizi, ma non offrono un chiaro quadro del loro sviluppo complessivo se considerate separatamente dagli indici di copertura del servizio. Ad esempio, è possibile che il Sad in una regione con un'alta spesa media per utente raggiunga soltanto una quota molto ristretta della possibile utenza.

[10] Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni (anno 2006). Media italiana: 1646 euro (3407 euro per disabili)

nell'area disabili variava invece tra 1.446 euro in Piemonte e 7.765 euro in provincia di Trento. Per quanto riguarda l'ADI, nel 2006 la spesa sanitaria pro-capite[11] variava tra 1,59 euro, in Provincia di Trento[12], e 55,98 euro in Friuli-Venezia Giulia; la spesa comunale pro-capite[13] assumeva invece valore minimo in Basilicata (0,03 euro) e valore massimo in Veneto (4,58 euro).

Tab. 3. Servizi residenziali e domiciliari per anziani e disabili, per area geografica

	Posti letto nei presidi residenziali ogni 1000 abitanti (2005[1])	% di anziani presi in carico Adi (2008[2])	% di anziani presi in carico Sad (2006[3])	% di disabili presi in carico Sad (2006[3])
Nord-ovest	8,4	3,3%	1,6%	5,6%
Nord-est	9,0	5,8%	2,3%	4,7%
Centro	4,7	3,1%	1,4%	8,4%
Sud	2,4	2,4%	1,4%	4,2%
Isole	3,3	1,2%	3,2%	10,4%
TOTALE	5,8	3,4%	1,8%	6,2%

Fonti: [1] Indagine sull'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia, anno 2005 (Istat, anno 2008a); [2] Ministero dello sviluppo (2009); [3] Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati, anno 2006 (Istat, 2009b).

Nella tavola 4 si può invece osservare come la suddivisione della spesa per l'assistenza residenziale vari significativamente a seconda dell'area geografica. Si osservi come, in media, il peso a carico dell'utente sia piuttosto elevato: in valore assoluto la retta media annua pagata dalle famiglie di disabili adulti o anziani autosufficienti risulta pari a 14.136 euro (a valori 2009)[14].

La variabilità geografica della quota sanitaria è però piuttosto elevata e la stessa eterogeneità è presente anche nell'intervento comunale. Utilizzando sempre i dati dell' Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni (anno 2006), osserviamo come la spesa comunale per residenza assistenziale nell'area anziani vari tra 1.919 euro ogni mille abitanti in Sud Italia e 12.010 euro nel Nord-Ovest (media italiana 7.998 euro per mille abitanti). La spesa pro-capite per assistenza residenziale nell'area disabili è invece minima nel Sud (184 euro per mille abitanti) e massima nel Nord-Est (8.654 euro), con una media italiana di 3.636 euro per mille abitanti.

[11] Fonte: elaborazione su dati resi disponibili dal Ministero dello Sviluppo nel quadro degli Obiettivi di Servizio e sui dati sulla popolazione residente, disponibili online su demo.istat.it. Media italiana: 18,9 euro.

[12] Nella fonte utilizzata (vedi nota 15), il dato per la Provincia di Trento come "stimato" nella fonte. Il secondo valore più basso è quello della Calabria, 5,83 euro pro-capite.

[13] Fonte: elaborazione su dati Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni (anno 2006) e sui dati sulla popolazione residente, disponibili online su demo.istat.it. Media italiana: 1,31 euro.

[14] Il dato originale, relativo al 2004, è tratto da Pesaresi (2008) ed è stato riportato a valori monetari 2009.

Tab. 4. Suddivisione della spesa per assistenza residenziale a disabili adulti e anziani non autosufficienti, Italia, 2004.

	SSN	UTENTE	COMUNE	TOTALE
Nord-ovest	42%	49%	10%	100%
Nord-est	39%	49%	12%	100%
Centro	57%	32%	11%	100%
Sud	50%	39%	11%	100%
Isole	43%	32%	26%	100%
ITALIA	43%	47%	9%	100%

Fonte: rielaborazioni su dati Pesaresi (2008); si veda il capitolo sulla suddivisione della spesa per una spiegazione completa delle stime.

La diversità geografica è quindi notevole sia dal punto di vista dell'offerta complessiva di servizi che da quello delle regole di compartecipazione al costo. Un sistema così eterogeneo, se lasciato immutato, rischia di riflettersi anche nel breve periodo in una profonda disuguaglianza geografica tra le condizioni di vita delle persone non autosufficienti.

2. Scenario "Italia anni '80"

Tra le varie opzioni disponibili, è possibile pensare una riforma minimale basandosi sul principale strumento monetario di assistenza alle persone non autosufficienti: l'indennità di accompagnamento. La proposta, applicata solo per le persone con 65 anni o più[15] è molto sintetica e consiste nell'aumentare l'importo mensile da 472 a 572 euro, mentre l'indennità per ciechi civili passerebbe da 733 a 833 euro mensili. L'obiettivo sarebbe quello di alleviare l'onere a carico degli individui e delle famiglie intensificando il trasferimento statale. In questo senso, questo scenario si inserisce in un'ottica puramente risarcitoria e sarebbe di facile applicazione, poiché non richiede alcun cambiamento nelle regole di accesso.

Nella tabella 5 si riportano i livelli attuali dell'indennità di accompagnamento[16] per invalidi civili totali e per ciechi civili. L'aumento sarebbe pari a 1200 euro annui per beneficiario, per un totale di maggior spesa annuale a regime pari a circa 1,47 miliardi. I dati contabili qui riportati mettono in luce l'incapacità di questa riforma di ridurre le criticità della situazione attuale. La sostenibilità nel futuro rimarrebbe immutata, in quanto l'importo aggiuntivo è agganciato a uno strumento già esistente, l'indennità di accompagnamento. Inoltre, occorre considerare che i 1200 euro annuali, soprattutto nei casi di maggior gravità, non sembrano essere sufficienti a coprire le

[15] Questa scelta è legata alla decisione di concentrare l'analisi della situazione dei disabili adulti nel capitolo curato da Barbieri, in modo da non confondere la loro situazione con quella degli anziani non autosufficienti.

[16] I dati utilizzati sono relativi alle indennità vigenti all'1/1/2008 e sono tratti dall'Osservatorio Pensioni INPS (disponibile su www.inps.it, ultimo accesso: 23/09/09). Non comprendono le province autonome di Aosta, Bolzano e Trento, in quanto l'erogazione in queste aree non è compito dell'Inps (l'impatto è però limitato). Al momento della stesura finale sono stati resi disponibili dati più recenti (1/1/2009), che non è stato possibile utilizzare per il capitolo di Giovanni Lamura. Per coerenza, si è scelto di considerare anche qui i valori all'1/1/2008.

spese necessarie. Si osservi che, secondo il contratto collettivo nazionale per colf e badanti del 16/2/07, la retribuzione minima mensile per un assistente a persone non autosufficienti ("C super") è pari a 880,17 euro[17]. Infine, l'aumento dell'indennità beneficerebbe maggiormente l'Italia meridionale, dove è più elevata la quota di beneficiari. Ciò non è però sufficiente a contrastare la significativa frammentazione territoriale dell'offerta di servizi, che richiederebbe un investimento notevolmente superiore.

Tab. 5. Numero di indennità di accompagnamento vigenti all'1/1/2008

Classe d'età	Invalidi totali	% beneficiari	Ciechi civili	% beneficiari	Totale	% beneficiari
da 65 a 70	69.939	2,1%	9.425	0,3%	79.364	2,4%
da 70 a 80	285.479	5,3%	28.707	0,5%	314.186	5,8%
80 e oltre	776.292	23,8%	52.646	1,6%	828.938	25,4%
Totale	1.131.710	9,5%	90.778	0,8%	1.222.488	10,2%

Fonte: rielaborazione su dati dell'Osservatorio Pensioni INPS, vedi nota 19.

Utilizzando il modello di microsimulazione possiamo approfondire alcuni aspetti legati alle caratteristiche familiari dei percettori di indennità di accompagnamento. Nella tabella 6 si mette in luce come questa riforma non avrebbe un carattere particolarmente progressivo, anche se valgono le stesse considerazioni sull'impatto dei costi per l'assistenza sul reddito disponibile familiare (si veda l'appendice).

Tab. 6. Impatto dell'aumento sui percettori anziani di indennità di accompagnamento. Italia, 2009 (simulazione status quo)

Quintile di reddito disponibile equivalente	Quota di famiglie con componenti anziani percettori di indennità di accompagnamento	Solo famiglie beneficiarie dell'aumento		
		Importo medio degli aumenti	Reddito disponibile medio	Incidenza sul reddito disponibile
1	2,4%	1.206	14.443	8%
2	4,6%	1.231	22.600	5%
3	5,5%	1.250	28.324	4%
4	5,2%	1.256	36.391	3%
5	3,0%	1.214	59.456	2%
Totale	4,1%	1.237	31.980	4%

Fonti: nostre elaborazioni su dati campionari dell'Indagine "Reddito e Condizioni di vita, anno 2005" (Istat, 2007b) e dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana, anno 2006" (Istat, 2007a). In questa tabella (ma non nei totali di spesa) non si tiene conto delle persone ospiti in residenze. L'importo medio dell'aumento è superiore al valore annuo perché in alcune famiglie sono presenti due percettori.

[17] http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/News/20090127_Lavorodomestico_minimi_retributivi.htm (ultimo accesso 25/09/09).

3. Scenario USA: sviluppo delle sole assicurazione integrative private

In questo scenario si ipotizza che lo Stato si limiti a ridefinire in senso estensivo gli incentivi fiscali per le assicurazioni private, seguendo lo scenario 1 descritto all'interno del rispettivo capitolo. La simulazione svolta, qui ripresa, si basa sui dati campionari dell'Indagine sui Bilanci delle Famiglie Italiane della Banca d'Italia (anno 2006[18]), e su alcuni dati forniti da Simone Pellegrino[19] (Università di Torino). Abbiamo previsto due tipi di polizze. Le prime sono collettive e organizzate da fondi sanitari. Il premio corrisponde a un importo pari allo 0,5% del reddito da lavoro, mentre la prestazione in caso di non autosufficienza corrisponde a una rendita annua di 12.000 euro reali. Le altre polizze previste sono di tipo individuale, ad accumulazione per le persone con meno di 65 anni e del tipo malattia per gli anziani. La rendita annua in caso di non autosufficienza è sempre pari a 12.000 euro reali.

Gli incentivi fiscali vengono potenziati per favorire lo sviluppo di questo mercato (tab. 7). Per le polizze collettive viene prevista una deduzione Irpef integrale del premio versato (fino a 4000 euro) e un contributo di solidarietà ridotto al 10%. Per le polizze individuali, invece, l'importo massimo soggetto a detrazione viene innalzato da 1291,14 euro a 3000 euro. Tutte le altre componenti (servizi, prestazioni monetarie, incentivi fiscali per l'assistenza domiciliare privata) rimangono invece immutate. L'aumento complessivo della spesa annua sarebbe pari a 53,5 milioni di euro[20].

Tab. 7. Assicurati, raccolta premi e spesa fiscale nello scenario "Stati Uniti"

	Assicurati per 1000 residenti	**Raccolta premi totale (migliaia di euro)**
Polizze collettive	20,3	201.700
Polizze individuali	1,7	73.000
Totale	*21,4*	*274.700*
		Spesa fiscale (migliaia di euro)
Minor gettito IRAP		4.635
Minor i contributi sociali		16.028
Minor gettito Irpef		50.500
Totale spesa fiscale		71.163

Fonte: elaborazioni discusse nel capitolo sulle assicurazioni integrative, sulla base di dati campionari Banca d'Italia (Indagine sui bilanci delle famiglie italiane, anno 2006) e dati forniti da S. Pellegrino, Università di Torino.

Il problema principale di questo scenario è legato alla capacità del mercato assicurativo *Long Term Care* di espandersi fino a coprire una quota consistente della popolazione. La situazione

[18] Si veda il capitolo sulle assicurazioni integrative per maggiori dettagli.

[19] Simone Pellegrino ci ha gentilmente messo a disposizione alcuni risultati ottenuti attraverso un modello di microsimulazione sul campione dell'Indagine Banca d'Italia (anno 2006). Per la descrizione di un suo precedente modello, e di un'applicazione, si veda Pellegrino (2007a, 2007b). Chiaramente, Simone Pellegrino non ha alcuna responsabilità nella nostra elaborazione dei dati.

[20] Tenendo conto dei circa 17,69 milioni spesi attualmente, da noi stimati nel capitolo sulle Assicurazioni integrative.

attuale, come abbiamo visto, presenta un'elevata variabilità sia nell'offerta dei servizi, sia nella compartecipazione al costo da parte dell'utente. Le tensioni future che si verranno a creare sulla spesa pubblica per l'assistenza continuativa rendono ancora più incerto l'ammontare dei servizi offerti in futuro dal servizio pubblico e le regole di compartecipazione al costo da parte dell'utente. Questa incertezza ostacola lo sviluppo delle assicurazioni integrative, rendendo difficile ipotizzare un'espansione ai livelli di un paese come la Francia, dove la riforma del sistema pubblico ha dato impulso al mercato assicurativo privato.

La copertura integrativa complessiva non sembra quindi destinata a colmare le lacune del sistema pubblico. Per procedere alla simulazione abbiamo posto uno sviluppo massimo pari a 1.300.000 polizze di cui 100.000 individuali. Il limite è evidentemente arbitrario[21], ma crediamo possa offrire un'indicazione sulla direzione in cui potrebbe svilupparsi questo scenario nel prossimo futuro.

L'assicurazione collettiva ha dei vantaggi in termini di equità, sia perché il rischio viene distribuito fra tutti gli assicurati indipendentemente dall'età e dal sesso, sia perché il premio pagato costituisce una percentuale del reddito da lavoro. Il costo di questo tipo di assicurazione è piuttosto limitato, in quanto verrebbe sottoscritto da persone in media più giovani. Inoltre, le sue caratteristiche lo rendono notevolmente più conveniente. Nella simulazione, il premio medio pagato risulta infatti di 168 euro annui per la polizza collettiva, contro i 734 euro della polizza individuale.

Nonostante l'assicurazione collettiva abbia dei vantaggi in termini di equità e rappresenti buona parte delle polizze ipotizzate nella nostra simulazione, le persone che risultano coperte sono in prevalenza in condizioni economiche più agiate. Osservando la tab. 8, si può notare come gli assicurati tendano ad appartenere ai decili di reddito più alti e a concentrarsi nella fasce d'età attorno ai 50 anni. Le categorie professionali con una maggior quota di assicurati sono infatti quelle degli impiegati, dei dirigenti/direttivi e degli imprenditori o liberi professionisti. Abbiamo infatti assunto che lo sviluppo delle polizze tenda a concentrarsi tra le categorie che attualmente hanno una maggior probabilità di avere delle polizze sanitarie private. L'ipotesi, che pare plausibile per simulare il breve periodo, mette in evidenza come un sistema puramente privato, anche se incentrato su polizze collettive, rischi di lasciare senza copertura proprio le fasce sociali più deboli. Infine, un ulteriore problema di equità riguarderebbe le persone che si trovano attualmente in condizione di disabilità, che risulterebbero non assicurabili.

[21] Se avessimo informazioni campionarie sulla disponibilità a pagare per assicurazioni *Long Term Care*, potremmo costruire un modello in cui l'incremento delle sottoscrizioni si genera endogeneamente al variare degli sgravi fiscali. Al momento non abbiamo dati che ci permettano di procedere in questo senso. In ogni caso, occorre considerare che, vista la recente introduzione di questi tipi di polizze in Italia, sarebbe comunque difficile sostenere che le aspettative delle persone, e di conseguenza la loro disponibilità a pagare, non si modifichino significativamente nei prossimi anni.

Tab. 8. Distribuzione delle persone assicurate per decile di reddito e classe d'età, solo popolazione con almeno 16 anni di età. Simulazione scenario "Stati Uniti"

	Quota persone assicurate	Ripartizione persone assicurate		Quota persone assicurate	Ripartizione persone assicurate
Quintile di reddito disponibile equivalente			**Classe di età**		
1	0,5%	3,9%	<=30	0,9%	6,8%
2	1,3%	10,1%	31-40	4,3%	31,4%
3	1,7%	13,8%	41-50	5,1%	37,8%
4	3,6%	28,4%	51-65	2,2%	18,5%
5	5,5%	43,7%	>65	0,6%	5,5%
Totale	2,5%	100,0%	Totale	2,5%	100,0%

Fonte: elaborazioni discusse nel capitolo sulle assicurazioni integrative, sulla base di dati campionari Banca d'Italia (Indagine sui bilanci delle famiglie italiane, anno 2006) e dati forniti da S. Pellegrino, Università di Torino.

Dal punto di vista della sostenibilità nel futuro, questo sistema presenta problemi significativi per quanto riguarda l'impatto dei premi sul reddito degli assicurati. Nella simulazione abbiamo infatti assunto che la proporzione di pensionati sul totale degli assicurati con polizze collettive sia circa il 7%, come si osserva nella situazione attuale, ma nel futuro questa quota è destinata a crescere. Non abbiamo elaborato modelli dinamici per fare una previsione quantitativa di questo incremento, ma è ragionevole affermare che se l'età media degli assicurati si alza, il premio medio raccolto dovrà crescere di conseguenza, poiché aumenta la proporzione di persone a maggior rischio di non autosufficienza. Chiaramente, in questo sistema ciò non costituisce un problema rilevante per il bilancio pubblico, visto il basso importo complessivo che viene speso per gli sgravi fiscali. L'impatto sui bilanci familiari rischia però di diventare elevato, aumentando, per le persone in condizioni più disagiate, l'incentivo a non sottoscrivere una polizza integrativa.

4. Scenario"Italia 1997-2007"

I precedenti tre scenari avevano, tra i loro limiti, l'assenza di una proposta di sviluppo dell'offerta di servizi pubblici per le persone non autosufficienti e il tentativo di ridurne le differenziazioni territoriali. Sembra invece necessario elaborare delle ipotesi che vadano in questa direzione, ponendosi almeno due obiettivi:

- ridurre il peso a carico delle famiglie nell'assistenza delle persone non autosufficienti, sia dal punto di vista della spesa, sia dal punto di vista delle ore di cura prestate;
- colmare i divari nell'offerta di servizi garantendo, inoltre, chiare regole di accesso[22].

[22] Vista la complessità della materia, per ragioni di spazio non verranno qui discusse le questioni relative alle regole di accesso, già approfondite nei diversi capitoli.

4.1. I possibili percorsi di sviluppo

Nelle tabelle che seguono vengono riassunte tutte le possibili opzioni di sviluppo dell'offerta di servizi. Nelle colonne si trovano le diverse riforme proposte da Guerrini a riguardo dell'assistenza domiciliare (Adi e Sad). Nelle righe si ritrovano invece alcune delle ipotesi di Pesaresi per l'assistenza residenziale. La tabella 9 riporta tutte le possibili combinazioni in termini di utenza complessiva dei servizi in rapporto alla popolazione anziana, distinte fra primo triennio e secondo triennio, dove quest'ultimo corrisponde alla situazione "a regime". La tabella 10 contiene invece la maggior spesa totale (sanitaria e comunale) relativa ad ogni ipotesi combinata.

Tab. 9. Utenza complessiva dei servizi, in rapporto alla popolazione residente con 65 o più anni

Riforme assistenza residenziale	**Riforme assistenza domiciliare**							
	Status quo		**Più utenza**		**Più intensità**		**Aumento globale**	
	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015
Status quo	8,0%	8,0%	8,8%	11,8%	8,0%	8,0%	8,8%	11,8%
Aumento quota RSA al 60% + riforma semiresidenziale	8,0%	8,0%	8,8%	11,8%	8,0%	8,0%	8,8%	11,8%
Sviluppo residenzialità con quote al 60%	8,1%	8,8%	8,9%	2,6%	8,1%	8,8%	8,9%	12,6%

Fonte: elaborazioni svolte sulla base delle ipotesi di Pesaresi e Guerrini. Si rimanda ai rispettivi capitoli. Il rapporto fra anziani ospitati e numero di posti letto è relativo al 2005 e ricavato da Brizioli e Pesaresi (2009) e da Istat (2008a).
Note: Per utenza dei servizi residenziali si intende il totale di anziani ospitati durante l'anno, ottenuto moltiplicando il rapporto fra anziani ospitati durante l'anno e numero di posti letto per il numero totale di posti letto, così come stimato nelle elaborazioni del capitolo sull'assistenza residenziale. Se un anziano viene ospitato solo per una periodo in una struttura residenziale, e riceve assistenza domiciliare nel resto dell'anno, viene conteggiato due volte. Non siamo a conoscenza di dati che ci permettano di distinguere questa situazione.

Tab. 10. Variazioni di spesa complessiva per la riforma dei servizi per anziani non autosufficienti, in milioni di euro

Riforme assistenza residenziale	**Riforme assistenza domiciliare**							
	Status quo		**Più utenza**		**Più intensità**		**Aumento globale**	
	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015
Status quo	0	0	+236	+1.058	+427	+712	+735	+2.299
Aumento quota RSA al 60% + riforma semiresidenziale	+358	+400	+595	+1.458	+785	+1.112	+1.093	+2.699
Sviluppo residenzialità con quote al 60%	+960	+2.473	+1.197	+3.531	+1.388	+3.186	+1.695	+4.772

Fonte: elaborazioni svolte sulla base delle ipotesi di Pesaresi e Guerrini. Si rimanda ai rispettivi capitoli.
Note: (1) Nell'analisi della domiciliarità, per scarsità di dati, non abbiamo potuto stimare la maggior spesa comunale per Adi (si veda il capitolo di G. Guerrini).

(2) Si è ipotizzato che la variazione della quota sanitaria nelle RSA non riduca la quota di intervento dei comuni ma vada tutta a beneficio degli utenti.
(3) Si è ipotizzato che la quota dei comuni di spesa dei comuni rimanga costante nello sviluppo della residenzialità rispetto ai livelli stimati da Brizioli e Pesaresi (2009) sui dati del 2004. Questa spesa comunale non viene considerata nel capitolo sulla residenzialità, perché si concentra sulla spesa sanitaria.
(4) Lo sviluppo della residenzialità comprende i 312 milioni dell'introduzione della quota Rsa al 60%.

Nel vertice in alto a sinistra troviamo l'ipotesi minimale, ovvero quella di status quo. La maggior spesa in questo caso sarebbe chiaramente zero, anche se occorre sottolineare ancora una volta come i costi complessivi siano destinati a crescere nei prossimi decenni. Nel vertice in basso a destra è invece riportata un'ipotesi massimale, nella quale si uniscono tutte le proposte sia relative all'assistenza domiciliare che a quella residenziale.

È interessante ragionare procedendo su una sola riga (o colonna) e mantenendo fisso l'altro servizio allo status quo. Iniziando dall'assistenza domiciliare e tenendo ferma l'assistenza residenziale alla situazione attuale, il primo passaggio sarebbe quello di aumentare l'utenza di Adi e Sad, arrivando ad un minimo di 5% di anziani nel secondo triennio (2% Sad e 3% Adi), per una media nazionale del 9%. Se a questa riforma si aggiunge un aumento dell'intensità dei servizi, prima del 30% e poi del 50% a regime, ci si sposta nello scenario di "sviluppo globale dei servizi". Il costo associato a questa ipotesi è pari, a regime, a circa 2,3 miliardi di euro in più per anno (di cui il 75% di spesa sanitaria e il 25% di spesa comunale).

Se invece procediamo lungo la prima colonna, tenendo ferma la situazione dell'assistenza domiciliare allo status quo, troviamo innanzitutto la definizione delle regole relative alla ripartizione fra sanitario e sociale dei costi per utente. Il primo passaggio è in sintesi l'aumento dal 50% al 60% della quota sanitaria nelle RSA per anziani (più alcune proposte relative alla semiresidenzialità presenti nel capitolo di Pesaresi). Il costo complessivo, pari a circa 400 milioni di euro, andrebbe a beneficio dei circa 140.000 anziani ospitati in RSA durante l'anno[23] (pari a circa l'1,14% della popolazione anziana). Il secondo passaggio è invece quello dello sviluppo dell'assistenza residenziale, che Pesaresi ha articolato in una prima fase (a tre anni) di rimodulazione dell'offerta di posti letto verso le RSA e i centri alzheimer, a parità di posti totali. Successivamente si procederebbe invece ad aumentare l'offerta fino a 28,3 posti ogni mille anziani[24], per una maggior spesa complessiva annua pari a 2,5 miliardi di euro, prevalentemente a carico del Fondo Sanitario Nazionale.

4.2. Le caratteristiche dello scenario

Lo scenario "Italia 1995-2007" è uno scenario di sviluppo completo dei servizi. Consideriamo quindi sia l'aumento globale dei servizi domiciliari, sia la rimodulazione e crescita del numero di posti letto per anziani proposta da Pesaresi.

---

[23] Vedi nota alla tab. 9.

[24] Se si mantenesse lo stesso rapporto fra anziani ospitati durante l'anno e numero di posti letto, circa il 3,6% degli anziani residenti beneficerebbero di servizi residenziali, contro il 2,9% attuale. Vedi nota alla tab. 12.

La riforma dei servizi domiciliari (tab. 11) permetterebbe di ridurre le differenziazioni introducendo dei minimi regionali. Dal punto di vista regionale, l'unica area che si differenzierebbe significativamente sarebbe quella del Nord-Est, ma in senso positivo e quindi senza problemi dal punto di vista delle nostre considerazioni.

Tab. 11. Un possibile percorso di sviluppo della riforma. Percentuale di anziani presi in carico dai servizi domiciliari nella riforma prevista

	% di anziani presi in carico Adi			% di anziani presi in carico Sad			% totale di anziani assistiti		
	Status quo	**A 3 anni**	**A 6 anni**	**Status quo**	**A 3 anni**	**A 6 anni**	**Status quo**	**A 3 anni**	**A 6 anni**
Nord-ovest	3%	4%	6%	2%	2%	3%	5%	5%	8%
Nord-est	6%	7%	10%	2%	2%	4%	8%	9%	14%
Centro	3%	4%	5%	1%	2%	2%	5%	5%	8%
Sud	2%	3%	4%	1%	2%	2%	4%	5%	7%
Isole	1%	2%	3%	3%	3%	5%	4%	5%	8%
TOTALE	3%	4%	6%	2%	2%	3%	5%	6%	9%

Fonte: elaborazioni svolte seguendo le ipotesi del capitolo sull'assistenza domiciliare.

Per quanto riguarda invece l'assistenza residenziale, lo sviluppo proposto da Pesaresi permetterebbe innanzitutto di aumentare l'offerta di posti letto in RSA nelle regioni con un basso numero di posti letto. Nella tabella 12 riportiamo un possibile percorso di sviluppo, coerente con l'ipotesi presentata nel capitolo sull'assistenza residenziale (proposte 3 e 4). Nella prima fase, a 3 anni, si ipotizza che le varie regioni, e di conseguenza le aree geografiche, mantengano lo stesso livello di offerta complessiva, aumentando però il numero di posti letto in RSA. Nella seconda fase viene invece aumentato il numero totale di posti letto nel Centro, nel Sud e nelle Isole, allo scopo di ridurre i differenziali nazionali.

Tab. 12. Un possibile percorso di sviluppo della riforma. Numero posti letto in strutture residenziali ogni 1000 anziani nella riforma prevista

	Numero posti letto ogni 1000 anziani			Numero posti letto in RSA ogni 1000 anziani		
	Status quo	**A 3 anni**	**A 6 anni**	**Status quo**	**A 3 anni**	**A 6 anni**
Nord-ovest	34,3	34,3	34,3	18,3	17,0	13,2
Nord-est	35,7	35,7	35,7	6,1	11,0	14,7
Centro	16,1	16,1	22,2	6,9	8,1	9,0
Sud	8,4	8,4	22,2	1,4	3,7	9,0
Isole	10,0	10,0	22,2	1,8	4,1	9,0
TOTALE	22,9	22,9	28,3	8,3	9,9	11,3

Fonti: elaborazioni svolte seguendo le ipotesi presentate nel capitolo sull'assistenza residenziale.

Nota: l'obiettivo di questa tabella è quello di mostrare un possibile percorso di sviluppo relativo alle ipotesi sviluppate nel capitolo sull'assistenza residenziale; i diversi sviluppi territoriali non coincidono con una specifica proposta di Pesaresi.

Questo scenario, la cui maggior spesa complessiva annuale a regime sarebbe di 4.772 milioni di euro, concentrandosi sulla riforma dei servizi pubblici per le persone non autosufficienti, ha il pregio di intervenire efficacemente sulla differenziazione territoriale. I principali limiti sono due. Il primo è legato all'effettiva capacità di mettere in campo le risorse disponibili e di monitorarne l'effettivo utilizzo. In un contesto di risorse pubbliche tendenzialmente in calo può essere complesso raggiungere un accordo sullo stanziamento e l'utilizzo di questi fondi. Il secondo limite è quello di non considerare altri aspetti di non minore importanza, in particolare il ruolo dell'indennità di accompagnamento, che continua a rappresentare la principale voce di spesa per il Ltc. Questo scenario costituisce, in sintesi, una buona base per procedere a una proposta più articolata.

5. Scenario "Spagna"

Nel ripercorrere i diversi scenari sono stati messi in evidenza i rischi di riforme parziali, circoscritte ad un solo ambito dell'assistenza. La proposta "Italia 1985", limitata ad un aumento dell'importo mensile dell'indennità di accompagnamento, è di facile applicazione ma lascia immutate tutte le criticità principali. Lo scenario "Stati Uniti", concentrandosi su una risposta prevalentemente privata al problema della non autosufficienza, rischierebbe di esacerbare le iniquità attuali, trascurando le fasce sociali con maggior disagio economico, che tenderebbero a non essere coperte dall'assicurazione. Infine, la proposta "Italia 1997-2007", se da un lato riduce le differenziazioni regionali, dall'altro non interviene sulle prestazioni monetarie.

Lo scenario Spagna cerca di mettere insieme gli aspetti legati allo sviluppo dei servizi con quelli di una riforma dell'indennità di accompagnamento. L'obiettivo è quello di trasformare l'attuale assegno mensile di 472 euro, universale e indipendente dal livello di bisogno, nella Prestazione Assistenziale di Base (da qui Pab, si veda Baldini, Gori, *et. al.*, 2008), prevedendo una gradazione dell'importo in funzione della gravità della situazione e della condizione economica dell'assistito e dei suoi familiari.

In un contesto nel quale l'offerta di assistenza e le regole di accesso vengono chiaramente definite appare ragionevole aspettarsi anche un maggior sviluppo delle assicurazioni integrative private. Da un lato, infatti, è più chiaro alle singole persone quale sia il rischio in caso di non autosufficienza, ovvero quali siano le prestazioni garantite dal pubblico e l'eventuale livello di compartecipazione. Dall'altro lato, queste regole consentono alle compagne assicurative di definire meglio i contratti. L'esperienza francese, come già discusso da Rebba nel capitolo sulle assicurazioni integrative, è proprio questa: il mercato delle polizze Ltc ha conosciuto un periodo di espansione successivamente alla riforma del sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti.

Nella discussione dello scenario "Spagna" ci soffermiamo prevalentemente su questi due aspetti, la trasformazione dell'indennità di accompagnamento in Prestazione Assistenziale di Base e lo sviluppo delle assicurazioni integrative. L'aspetto relativo ai servizi non viene discusso perché

riprende la proposta “Sviluppo globale” di Guerrini, già discussa a riguardo dello scenario “Italia 1995-2007”.

5.1. Il primo passo: la riforma a 3 anni

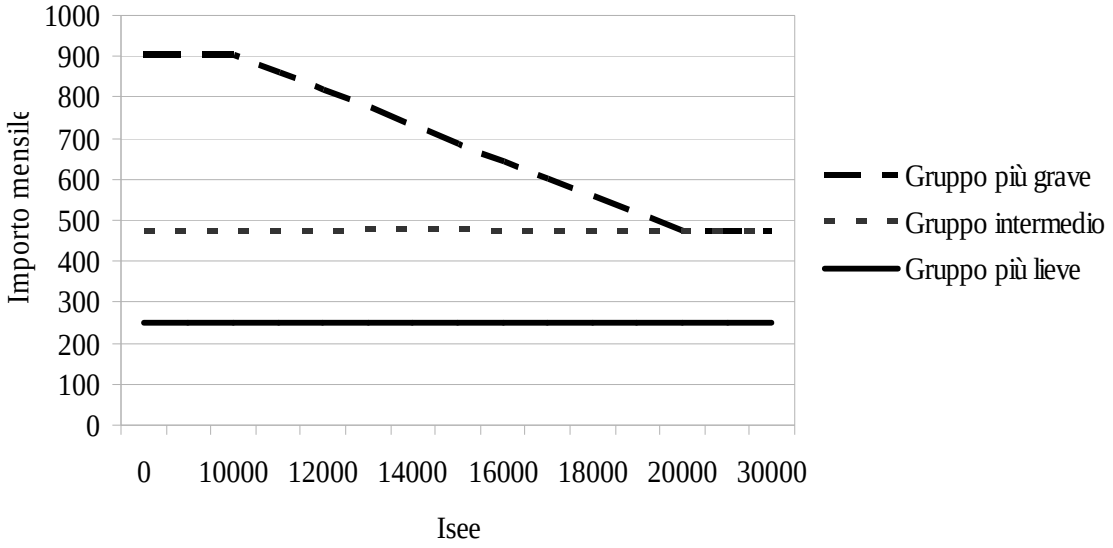
Il primo passo di riforma cerca di raggiungere un obiettivo intermedio, evitando di mettere in discussione i diritti acquisiti. In questa fase, si prevede la differenziazione, all'interno della platea dei beneficiari anziani di indennità di accompagnamento, del gruppo di coloro che presentano un maggior bisogno di assistenza continuativa[25]. A queste persone viene assegnato un importo mensile pari a 900 euro se il loro Isee[26] è inferiore a 10.000 euro, che si riduce linearmente fino agli attuali 472 euro per redditi superiori a 20.000 euro.

Nella figura 2, relativa alla Pab definitiva, si può osservare questo meccanismo per il gruppo dei più gravi. L'aumento della prestazione offre inoltre l'occasione per introdurre un collegamento fra la prestazione monetaria e l'offerta dei servizi. L'idea è quella proposta da Beltrametti all'interno del capitolo sulla qualificazione delle assistenti familiari: l'importo aggiuntivo non viene erogato sotto forma monetaria, ma come buono servizio, utilizzabile per pagare lavoro di cura regolare o acquistare determinati beni e servizi.

[25] I gruppi costruiti servono a dare un'idea della possibile direzione del cambiamento, senza pretesa, quindi, di stabilire in questa sede i criteri che si ritengono più opportuni per individuarli. In particolare, il gruppo con disabilità più grave è stato costruito sulla base dei dati dell'Indagine Istat “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” (Istat, 2008c). Corrisponde a tutti coloro che presentano una grave limitazione in almeno 7 delle attività rilevate nel questionario, più circa la metà di coloro che ne riportano 6. A questi vengono aggiunti gli anziani non autosufficienti che vivono in residenza, stimati sulla base dei dati dell'”Indagine sull'assistenza residenziale, anno 2004” (Istat, 2007c), opportunamente riportati alla popolazione nel 2009.

[26] L'Isee (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) viene definito sulla base dei redditi percepiti dai componenti del nucleo familiare della persona considerate e dei loro patrimoni. In sintesi, è composto da una componente reddituale (reddito complessivo da lavoro e redditi finanziari), a cui viene aggiunta una componente patrimoniale (patrimonio immobiliare e mobiliare), opportunamente “redditualizzata” utilizzando un coefficiente previsto dalla legge. Queste due componenti vengono sommate e divise per una scala di equivalenza che tiene conto della numerosità familiare, della presenza di figli e/o di componenti con invalidità.

Fig. 2 Schema di graduazione della Pab al variare dell'Isee



Gli effetti redistributivi di questa prima fase[27] della Pab sono quelli prevedibili. Osservando la tab. 13 si può notare come i percettori della prestazione aggiuntiva tendano a concentrarsi sulle fasce di reddito mediane, se il reddito viene considerato al lordo dell'indennità di accompagnamento attuale. Ciò non dipende dalla gradazione dell'importo sulla base dell'Isee, ma dalla ripartizione delle famiglie con disabili più gravi a seconda del reddito disponibile equivalente. Come già evidenziato a più riprese, il principale limite di questa tabella è quella di non tener conto, nel valutare la situazione economica di queste famiglie, dei maggiori costi legati alla presenza di una persona non autosufficiente. Se tenessimo conto di questi, le famiglie che percepiscono la Pab sarebbero in maggioranza posizionate nei primi tre quintili.

E' interessante comunque osservare, nella quarta colonna relativa alle sole famiglie beneficiarie, come il meccanismo di gradazione dell'importo funzioni, assegnando un importo aggiuntivo medio alle persone con redditi disponibili più bassi.

Tab. 13. Quota di famiglie che ricevono la prestazione aggiuntiva Pab e incidenza della prestazione aggiuntiva sul reddito. Simulazione scenario Spagna (a 3 anni).

Quintile di reddito disponibile equivalente	Quota di famiglie con componenti anziani percettori di indennità di accompagnamento	Quota di famiglie con componente anziano che riceve la prestazione aggiuntiva Pab	Solo famiglie con beneficiari anziani della prestazione aggiuntiva		
			Importo medio della prestazione aggiuntiva	Reddito disponibile medio	Incidenza della prestazione aggiuntiva sul reddito disponibile
1	2,4%	0,7%	4.997	15.785	32%
2	4,6%	2,3%	5.165	22.879	23%

[27] In questa prima fase viene lasciato intatto il sistema delle pensioni di invalidità civile e di pensioni sociali ex-invalidità civile.

3	5,5%	2,7%	4.835	26.726	18%
4	5,2%	2,4%	4.654	32.431	14%
5	3,0%	0,7%	3.649	41.390	9%
Totale	4,1%	1,8%	4.797	27.473	17%

Fonti: nostre elaborazioni su dati campionari dall'Indagine “Reddito e Condizioni di vita, anno 2005” (Istat, 2007b). Si veda il capitolo sulle prestazioni monetarie.
Nota: il reddito disponibile è considerato al lordo dell'attuale indennità di accompagnamento. In questa tabella vengono considerate solo le persone residenti in famiglia. L’importo medio del beneficio può essere superiore al massimo importo annuo, perché in alcune famiglie sono presenti due percettori. Le famiglie delle ultime tre colonne non comprendono coloro i quali avrebbero diritto alla prestazione aggiuntiva in quanto appartenenti alla fascia di bisogno alta, ma il cui Isee fa sì che ricevano l’ammontare attuale dell’indennità d’accompagnamento.

Per quanto riguarda, invece, le assicurazioni integrative, questa prima fase di riforma si collega allo scenario 3 del capitolo sulle assicurazioni integrative. Rebba ipotizza una razionalizzazione e potenziamento dell'intervento pubblico, con incremento della spesa pubblica e riordino dell'indennità di accompagnamento. In questo caso è ragionevole aspettarsi due effetti:

1. la definizione delle regole di accesso e dei servizi offerti favorisce uno sviluppo delle assicurazioni private, perché facilita l'offerta di polizze Ltc e al tempo stesso ne stimola la domanda;
2. il potenziamento dei servizi e delle prestazioni monetarie riduce il ruolo dell'assicurazione integrativa e, di conseguenza, si riducono gli importi previsti in caso di non autosufficienza e i relativi premi. Nella simulazione si è previsto che sia gli importi che i premi si dimezzino rispetto allo scenario 2 (si veda il capitolo di V. Rebba).

La diffusione delle assicurazioni viene favorita da incentivi fiscali più favorevoli rispetto allo status quo (tab. 14). In questa prima fase possiamo ipotizzare un livello incrementale intermedio di assicurati. Questo scenario si compone di una quota consistente di assicurazioni collettive (circa 1.200.000 polizze, con premio medio 84 euro e beneficio in caso di n.a. pari a 6.000 euro annui) e di un numero ridotto di assicurazioni individuali (circa 30.000 polizze, con premio medio 388 euro e beneficio in caso di n.a. pari a 6.000 euro annui in caso di assicurazione del ramo vita). A queste si aggiungono gli schemi ad accumulazione rivolti ai lavoratori più giovani, che sono state ipotizzate pari a 270.000 (per un premio di 327 euro annui, con beneficio in caso di n.a. in età anziana pari a 6.000 euro).

Tab. 14: previsione di assicurati, premi raccolti e spesa fiscale nello scenario "Spagna" a 3 anni

	Assicurati per 1000 residenti	Raccolta premi totale (migliaia di euro)
collettive	20,3	100.850
collettive ad accumulazione (giovani)	4,6	88.290
individuali	0,5	11.650
Totale	*24,5*	*200.790*
Totale spesa fiscale		58.418

Fonte: elaborazioni discusse nel capitolo sulle assicurazioni integrative, sulla base di dati campionari Banca d'Italia (Indagine sui bilanci delle famiglie italiane, anno 2006) e dati forniti da S. Pellegrino, Università di Torino.

Tab. 15. Variazioni di spesa pubblica annua nella riforma a 3 anni (rispetto allo status quo)

Domiciliarità	Spesa sanitaria: +568 mln Spesa comunale: +167 mln TOTALE: +735 mln
Ripartizione quota sanitaria	Quota sanitaria RSA per anziani al 60%: + 312 mln
Residenzialità	Spesa sanitaria: + 577 mln Spesa comunale: + 26 mln TOTALE: +603 mln
Semiresidenzialità	Spesa sanitaria: + 46 mln
Sostegno monetario	Invalidi civili: + 2.449 mln
Assicurazioni private:	Spesa per incentivi fiscali: + 41 mln
TOTALE	+ 4.186 mln

Nota: possono essere presenti piccole incoerenze con altre tabelle, per via dell'arrotondamento. Inoltre, avendo ristretto lo scenario ai soli anziani ed avendo aggregato spesa comunale e spesa sanitaria, possono essere presenti alcune differenze con i valori di spesa presenti nei capitoli relativi alle singole proposte.

5.2. Il secondo passo: la riforma a 6 anni

Nella seconda fase si prevede di completare la riforma dell'offerta dei servizi. Per quanto riguarda la Pab, invece, viene introdotto il gruppo dei disabili più lievi, i quali ricevono 255 euro mensili (si veda figura 2). Tra gli anziani, c'è un aumento del 22% nel numero di prestazioni, a cui corrisponde in larga parte il gruppo dei più lievi. Solamente il 6% degli attuali percettori di indennità finisce per rientrare in questa categoria.

Nella tab. 16 si può osservare come la Pab presenti due caratteristiche positive. La prima è quella di aumentare l'impatto sul reddito disponibile delle famiglie beneficiarie, in misura maggiore se appartengono alle fasce più basse. Nonostante l'introduzione di un gruppo che riceve un importo ridotto, infatti, l'incidenza sul reddito delle famiglie appartenenti ai primi due quintili aumenta del 10% circa rispetto all'indennità, mentre cresce solo dell'1% per le famiglie appartenenti all'ultimo

quintile. La seconda caratteristica è quella di prevedere una reale gradazione dell'assegno a seconda del bisogno: in media, l'importo annuo ricevuto dalle famiglie con disabili più gravi è del 41% superiore a quello ricevuto dal complesso delle famiglie beneficiarie.

Tab. 16. Quota di famiglie che ricevono la prestazione aggiuntiva Pab e incidenza della prestazione aggiuntiva sul reddito. Simulazione scenario Spagna (a 6 anni)

Quintile di reddito disponibile equivalente	Quota di famiglie con componenti anziani beneficiari della Pab	Solo famiglie con beneficiari anziani della Pab			Solo famiglie con beneficiari anziani delle prestazioni per disabili più gravi		
		Importo medio della Pab	Reddito disponibile medio	Incidenza della Pab sul reddito disponibile	Importo medio della Pab	Reddito disponibile medio	Incidenza della Pab sul reddito disponibile
1	3,2%	5.634	13.836	41%	10.661	15.785	68%
2	5,9%	7.031	21.287	33%	11.179	22.879	49%
3	6,3%	7.463	28.23	26%	10.854	26.726	41%
4	5,8%	7.309	36.627	20%	10.790	32.431	33%
5	2,9%	6.179	57.946	11%	9.505	41.390	23%
Totale	4,8%	6.922	30.285	23%	10.805	27.473	39%

Fonti: nostre elaborazioni su dati campionari dall'Indagine "Reddito e Condizioni di vita, anno 2005" (Istat, 2007b). Si veda il capitolo sulle prestazioni monetarie.
Nota: il reddito disponibile è considerato al lordo dell'attuale indennità di accompagnamento. In questa tabella vengono considerate solo le persone residenti in famiglia. L'importo medio del beneficio può essere superiore al massimo importo annuo, perché in alcune famiglie sono presenti due percettori. Le famiglie delle ultime tre colonne non comprendono coloro i quali avrebbero diritto alla prestazione aggiuntiva in quanto appartenenti alla fascia di bisogno alta, ma il cui Isee fa sì che ricevano l'ammontare attuale dell'indennità d'accompagnamento.

La sostenibilità futura della Pab dipende da come verranno definiti i criteri di accesso alla prestazione. Se il sistema di valutazione rimane quello attuale, il rischio è che anche la Pab mostri la stessa tendenza alla rapida crescita che si sta osservando nell'indennità di accompagnamento. L'articolazione di questo strumento offre però più possibilità al decisore politico per governare questa crescita, perché introduce l'opzione di distribuire maggiori risorse a chi si trova nelle condizioni peggiori.

Infine, per quanto riguarda le assicurazioni private, si può prevedere, a 6 anni, un avvicinamento del mercato di polizze Ltc italiano alla situazione francese. Il totale di polizze salirebbe a circa 3.000.000, di cui 2.550.000 collettive, 400.000 ad accumulazione rivolte ai più giovani e 50.000 individuali (tab. 17).

Tab. 17. Previsione di assicurati, premi raccolti e spesa fiscale nello scenario "Spagna" a 6 anni

	Assicurati per 1000 residenti	Raccolta premi totale (migliaia di euro)
Collettive	43,2	211.900
Collettive ad accumulazione (giovani)	6,8	130.800
Individuali	0,8	18.950
Totale	*49,4*	*361.650*
Totale spesa fiscale		101.078

Fonte: elaborazioni discusse nel capitolo sulle assicurazioni integrative, sulla base di dati campionari Banca d'Italia (Indagine sui bilanci delle famiglie italiane, anno 2006) e dati forniti da S. Pellegrino, Università di Torino.

Rispetto allo scenario "Stati Uniti", si osserva una maggior diffusione delle assicurazioni anche fra le persone con redditi più bassi (tab. 18). Il motivo principale è l'introduzione del forte incentivo fiscale per la sottoscrizione di polizze collettive ad accumulazione fra i lavoratori più giovani. In effetti, il numero di assicurati con età inferiore a 30 anni aumenta più che proporzionalmente. Di conseguenza, anche gli sgravi fiscali presentano un carattere meno regressivo. Inoltre, promuovendo questo tipo di assicurazione si procede nella direzione di una maggior sostenibilità futura del sistema, perché la polizza è ad accumulazione e garantirà al lavoratore, una volta superata l'età pensionabile, una prestazione aggiuntiva in caso di non autosufficienza.

Tab. 18. Distribuzione delle persone assicurate per decile di reddito e classe d'età, solo popolazione con almeno 16 anni di età

	Quota persone assicurate	Ripartizione persone assicurate		Quota persone assicurate	Ripartizione persone assicurate
Quintile di reddito disponibile equivalente			**Classe di età**		
1	2,4%	8,4%	<=30	4,4%	14,6%
2	4,1%	13,9%	31-40	9,2%	29,0%
3	5,5%	19,0%	41-50	10,3%	32,8%
4	7,7%	26,6%	51-65	5,4%	19,8%
5	9,3%	32,1%	>65	1,0%	3,7%
Totale	5,8%	100,0%	**Totale**	5,8%	100,0%

Fonte: elaborazioni discusse nel capitolo sulle assicurazioni integrative, sulla base di dati campionari Banca d'Italia (Indagine sui bilanci delle famiglie italiane, 2006) e dati forniti da S. Pellegrino, Università di Torino.

I pregi dello scenario "Spagna" sono chiari se si tiene conto che mette insieme alcune delle proposte già presenti nelle altre, limitandone gli aspetti più problematici. Così facendo, viene costruito un sistema più coeso, che permette di ridurre l'onere a carico degli assistiti e delle loro famiglie evitando un uso non appropriato delle risorse. L'introduzione di un collegamento fra la Pab e l'offerta di servizi è un significativo passo in questa direzione.

L'aumento di spesa complessivo è però elevato e pari a circa 8,3 miliardi di euro. Questo aspetto costituisce il principale limite ad una riforma di questo genere. L'introduzione di vincoli finanziari potrebbe rendere necessario ridurla sotto alcuni aspetti, anche se una tale modifica farebbe venir meno il carattere di completezza che caratterizza questo scenario.

Tab. 19. Variazioni di spesa pubblica annua nella riforma a 6 anni (rispetto allo status quo)

Domiciliarità	Spesa sanitaria: +1.732 mln Spesa comunale: +567 mln TOTALE: +2.299 mln
Ripartizione quota sanitaria	Quota sanitaria RSA per anziani al 60%: + 312 mln
Residenzialità	Spesa sanitaria: + 1.856 mln Spesa comunale: + 217 mln TOTALE: +2.073 mln
Semiresidenzialità	Spesa sanitaria: + 88 mln
Sostegno monetario	Invalidi civili: + 3.395 mln
Assicurazioni private:	Spesa per incentivi fiscali: + 83 mln
TOTALE	+ 8.250 mln

Nota: possono essere presenti piccole incoerenze con altre tabelle, per via dell'arrotondamento. Inoltre, avendo ristretto lo scenario ai soli anziani ed avendo aggregato spesa comunale e spesa sanitaria, possono essere presenti alcune differenze con i valori di spesa presenti nei capitoli relativi alle singole proposte.

6. Conclusioni

Ripercorrere le varie ipotesi ci ha permesso di mettere in evidenza come sia possibile progettare riforme mirate a ridurre alcune delle principali criticità evidenziate.

La sostenibilità del sistema dal punto di vista dei bilanci familiari può essere migliorata con un significativo investimento nel campo dei servizi e prevedendo una graduazione dell'importo a seconda del livello di non autosufficienza. In particolare, lo sviluppo dei servizi permetterebbe di colmare i consistenti divari regionali, mentre la Pab assegnerebbe più risorse alle persone in condizione di maggior bisogno, con riguardo non solo alla condizione economica ma anche alla gravità della non autosufficienza. I due aspetti possono essere collegati inserendo un legame fra una parte dell'assegno mensile (indennità di accompagnamento o Pab) e l'offerta di servizi qualificati.

Dal punto di vista del bilancio pubblico, sia le riforme, sia la situazione attuale presentano una tendenza all'aumento dell'incidenza della spesa sul prodotto interno lordo, come conseguenza del progressivo invecchiamento della popolazione. Gli scenari che prevedono un intervento più consistente (in particolare "Italia 1995-2007" e "Spagna") rischiano di peggiorare questa tendenza, perché prevedono uno sviluppo dell'offerta di servizi pubblici e una maggior generosità delle prestazioni monetarie. Diversamente dal sistema attuale, però, queste proposte prevedono una chiara definizione delle regole di accesso, permettendo all'amministrazione pubblica di definire meglio le previsioni di spesa. Inoltre, una riforma del sistema pubblico sembra essere una condizione di base importante per lo sviluppo delle assicurazioni integrative, un aspetto che

potrebbe portare, nel lungo periodo, a migliorare la sostenibilità finanziaria del sistema di assistenza.

I diversi scenari hanno messo in luce come i punti critici discussi richiedano di essere presi in considerazione in modo congiunto. Il rischio di riforme parziali, come lo scenario “Stati Uniti”, è quello di non riuscire a raggiungere l’obiettivo a causa dei problemi derivanti dagli aspetti che non sono stati affrontati.

In conclusione, è d'obbligo un commento sul metodo seguito per simulare la spesa pubblica e l'impatto sulle famiglie dei vari scenari. Le elaborazioni svolte, basate non solo su dati aggregati ma anche su modelli di microsimulazione, non hanno la pretesa di essere complete, ma hanno il pregio di introdurre un dato di realtà nelle ipotesi discusse e di favorire la comprensione dei loro effetti. Lo scopo è quello di dare un'indicazione sui potenziali percorsi di sviluppo, mettendo in luce il peso relativo, sulle finanze pubbliche ma anche su quelle familiari, dei singoli aspetti considerati. Esperienze di altri paesi (Wiener, Illston, Hanley, 1994) suggeriscono la possibilità di costruire in futuro, anche per l’Italia, un modello di microsimulazione che permetta di tenere conto non solo delle prestazioni monetarie, ma anche della domanda e dell’offerta di servizi.

Appendice

Nel valutare l'equità delle prestazioni monetarie per la non autosufficienza, può essere importante tenere conto dei maggiori costi che l'assistenza continuativa può comportare per una famiglia. Se teniamo conto del loro impatto sulla condizione economica familiare, è probabile che l'indennità di accompagnamento riveli un carattere maggiormente progressivo.

A titolo di semplice esercizio numerico, proviamo quindi a utilizzare come scala di equivalenza la scala Isee, prima escludendo la maggiorazione di 0.5 punti per i componenti con invalidità superiore al 66%, poi includendola per tener conto, in modo evidentemente forfettario, dei significativi costi legati alla loro assistenza. Nella tavola 20, l'unità di riferimento è la famiglia, mentre la condizione economica è valutata utilizzando il reddito disponibile al lordo dell'indennità.

È interessante osservare come la quota di famiglie che percepiscono l'indennità risulti non decrescente rispetto ai redditi se escludiamo la maggiorazione per l'invalidità, con percentuali più elevate attorno ai redditi mediani. Differente è la situazione se si considera la maggiorazione: la quota di famiglie con un componente che riceve l'assegno, così come l'importo medio su tutte le famiglie, si riduce significativamente al crescere del reddito. L'effetto era chiaramente facilmente prevedibile a priori, essendo legato essenzialmente alla maggiorazione. La tavola, che abbiamo appunto definito come un semplice esercizio numerico, mette però in evidenza come i costi per l'assistenza continuativa andrebbero considerati nel valutare gli effetti perequativi degli assegni per l'invalidità.

Tab. 20. Quota di famiglie percettrici dell'indennità di accompagnamento per invalidi civili totali e importo medio per decile di reddito disponibile reso equivalente con la scala Isee

Scala Isee senza maggiorazione per l'invalidità				Scala Isee con maggiorazione per l'invalidità			
Decile di reddito disponibile equivalente	**Quota di famiglie con un percettore di indennità**	**Importo medio equivalente dell'indennità (tutte le famiglie)**	**Reddito disponibile medio**	**Decile di reddito disponibile equivalente**	**Quota di famiglie con un percettore di indennità**	**Importo medio equivalente dell'indennità (tutte le famiglie)**	**Reddito disponibile medio**
1	3,2%	198	12.934	1	6,5%	387	12.689
2	3,0%	168	20.572	2	8,6%	528	20.427
3	4,1%	236	24.560	3	10,0%	601	23.988
4	6,3%	373	27.603	4	7,7%	455	28.025
5	8,0%	491	31.773	5	6,4%	374	31.209
6	6,5%	390	35.891	6	4,9%	288	36.440
7	6,5%	390	40.049	7	3,9%	229	40.427
8	7,1%	416	44.766	8	2,7%	152	44.969
9	5,4%	322	53.778	9	1,7%	99	53.792
10	3,9%	233	88.750	10	1,7%	104	88.712
Totale	5,4%	322	38.066	Totale	5,4%	322	38.066

Fonte: nostre elaborazioni su dati campionari dell'Indagine "Reddito e Condizioni di vita, anno 2005" (Istat, 2007b). Non si tiene conto delle persone ospiti in residenze. Il reddito disponibile include l'indennità.

Riferimenti bibliografici

Age.Na.S. (2009), *Rilevazione dell'attuale spesa pubblica per l'assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard*, disponibile in rete:

http://www.assr.it/agenas_pdf/convegno_modelli_costi_anziani_assist_primaria/Relazione_finale_Anziani_non_autosufficienti.pdf (ultimo accesso: 26/09/2009)

AWG, Ageing Working Group, (2007), *The impact of ageing on public expenditure projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long term care, education and unemployment transfers (2004-2005)*, in "European Economy", special report n. 1/2006

Baldini, M, Beltrametti, L, (2007), *Distributive Implications of Long Term Care Policies: An International Comparison*, Economia Internazionale / International Economics, Camera di Commercio di Genova, vol. 60(1), 1-31.

Baldini, M, (2007), *Gli effetti distributivi delle principali riforme del sistema di tax-benefit italiano nel primo anno della XVI legislatura*, in Commissione di indagine sull'esclusione sociale (2007), *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale,* disponibile online http://www.commissionepoverta-cies.it/Archivio/Archivio.htm (ultimo accesso: 09/07/2009)

Baldini, M, Gori, C, Mazzaferro, M, Morciano, M, (2008), *Costi e argomenti*, in Gori (2008)

Baldini, M, Mazzaferro, C, Morciano, M, (2008), *Assessing the implications of long-term care policies in Italy: a microsimulation approach*, in "Politica Economica", 1.

Battisti A., Hanau C. (2004), *Criteri per la definizione della gravità delle persone con disabilità: un'applicazione ai dati italiani*, in "Tendenze nuove", 3.

Brizioli, E, Pesaresi, F, (2009), *I servizi residenziali*, in "Network Non Autosufficienza (2009)".

Comas-Herrera A., (2007), *Modelling an entitlement to long-term care services for older people in Europe: projections for long-term care expenditure to 2050*, in "Journal of European Social Policy", 17 (1), pp. 33-48

Gori C. (2006), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Bologna, Il Mulino.

Gori C. (2008), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Biblioteca di testi e studi, Roma, Carocci.

Istat, (2007°), *La vita quotidiana nel 2006. Indagine multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana»*, Tavole disponibili in rete: http://www.istat.it/dati/catalogo/20071106_00/ (ultimo accesso: 10/12/2009).

Istat, (2007b), *Reddito e condizioni di vita, anno 2005*. Tavole disponibili in rete: http://www.istat.it/dati/dataset/20070719_01/ (ultimo accesso: 10/12/2009).

Istat, (2007c), *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia, anno 2004*. Disponibile in rete: http://www.istat.it/dati/dataset/20070504_00/ (ultimo accesso: 25/09/2009).

Istat, (2008a), *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia, anno 2005*. Disponibile in rete: http://www.istat.it/dati/dataset/20081028_00/ (ultimo accesso: 4/09/2009).

Istat, (2008b). *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni, anno 2005*. Disponibile in rete: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20080626_00/ (ultimo accesso: 4/09/2009).

Istat, (2008c), *Indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari 2004-2005*. Tavole disponibili in rete: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/ (ultimo accesso: 6/12/2009).

Istat, (2009°), *Statistiche sulla previdenza e l'assistenza sociale: II - I beneficiari delle prestazioni pensionistiche, anno 2006* http://www.istat.it/dati/catalogo/20090618_01/ Disponibile in rete: http://www.istat.it/dati/catalogo/20090618_01/ (ultimo accesso: 10/12/2009).

Istat, (2009b), *Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati, anno 2006*. Disponibile in rete: http://www.istat.it/dati/dataset/20090817_00/ (ultimo accesso: 3/12/2009).

Network Non Autosufficienza, a cura di, (2009) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.

OECD, 2006, *Projecting Oecd health and long-term care expenditures: what are the main drivers?*

Mesini D., Gambino A., (2006), *La spesa per l'assistenza continuativa in Italia*, in Gori (2006)

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 2008, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, aggiornamento ottobre 2008.

Ministero dello Sviluppo Economico, 2009, http://www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio/dati.asp (ultimo accesso: 6/12/2009)

Pellegrino S. (2007°), *Il modello di microsimulazione Irpef 2004*, SIEP "working paper", n. 583, gennaio 2007.

Pellegrino S. 2007b, *IRPEF 2007: una redistribuzione (quasi) irrilevante?*, SIEP, 2007, WP n. 584.

Pesaresi F., (2008), *La suddivisione della spesa tra utenti e servizi*, in Gori (2008).

Ranci, C, (a cura di), 2008, *Tutelare la non autosufficienza*, Roma, Carocci.

Ragioneria dello Stato, 2008, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario - aggiornamento 2008*, disponibile online http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit--d/2009/index.asp (ultimo accesso: 09/07/2009)

Savegnago M. (2008), *Rappresentatività campionaria delle indagini Banca d'Italia e Silc*, CAPPaper n. 46, giugno 2008, Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche dell'Università di Modena e Reggio Emilia

Wiener J.M, Illston, L H. Hanley R. J. (1994), *Sharing the burden: strategies for public and private long-term care insurance*, Washington, The Brookings Institution.