



pubblicato su:
SSANIA

Le politiche per gli anziani non autosufficienti nelle regioni italiane

Coordinamento di: Raffaele Atti

A cura dell'Ires Morosini

Francesco Montemurro e Andrea Petrella

Torino, settembre 2016

Indice

1. INTRODUZIONE.....	4
2. L'ASSISTENZA CONTINUATIVA AGLI ANZIANI: SERVIZI RESIDENZIALI E RUOLO DEI CAREGIVER.....	5
2.1 I MODELLI DI RESIDENZIALITÀ ALTERNATIVI ALLE STRUTTURE DI RICOVERO TRADIZIONALI IN VIA DI SVILUPPO IN EUROPA	8
2.2 L'ESPERIENZA ITALIANA.....	9
2.3 I CAREGIVER FAMILIARI IN ITALIA E IN EUROPA E LA NON AUTOSUFFICIENZA.....	13
2.4 L'INDEBOLIMENTO DEL TESSUTO FAMILIARE E UNA NUOVA DIVISIONE DEL LAVORO DI CURA	15
2.5 LE PROSPETTIVE	16
3. LA POPOLAZIONE ANZIANA: SCENARI DEMOGRAFICI.....	20
4. I SERVIZI SOCIO-SANITARI E ASSISTENZIALI PER GLI ANZIANI IN ITALIA.....	24
4.1 LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	24
4.2 I PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI	25
4.3 I SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE E I TRASFERIMENTI MONETARI.....	29
4.4 LA GESTIONE DEI PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-SANITARI E LA RIPARTIZIONE DELLA SPESA	29
5. LA DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DEI PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI NELLE REGIONI ITALIANE	35
5.1 PER UNA QUANTIFICAZIONE DEI PRESIDI SOCIO-SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI IN ITALIA	35
5.2 I PRESIDI SOCIO-SANITARI PER ANZIANI NELLE REGIONI ITALIANE	38
5.3 GLI OSPITI DEI PRESIDI SOCIO-SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI NELLE REGIONI ITALIANE	42
5.4 TITOLARITÀ E GESTIONE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI	46
5.5 LE ALTRE MISURE PER IL SUPPORTO ALLA NON AUTOSUFFICIENZA	50
5.6 LA FRAMMENTAZIONE REGIONALE	55
6. LE RSA IN PIEMONTE.....	60
6.1 LE STRUTTURE E GLI OSPITI	60
6.2 LA NORMATIVA	61
6.3 LE TARIFFE.....	62
7. LE RSA IN LOMBARDIA.....	64
7.1 LE STRUTTURE E GLI OSPITI	64
7.2 LA NORMATIVA	65
7.3 LE TARIFFE.....	69
8. LE RSA IN VENETO.....	72

8.1	LE STRUTTURE E GLI OSPITI	72
8.2	LA NORMATIVA	72
8.3	LE TARIFFE.....	73
9.	LE RSA IN EMILIA-ROMAGNA	74
9.1	LE STRUTTURE E GLI OSPITI	74
9.2	LA NORMATIVA	75
9.3	LE TARIFFE.....	76
10.	LE RSA IN TOSCANA	78
10.1	LE STRUTTURE E GLI OSPITI.....	78
10.2	LA NORMATIVA.....	78
10.3	LE TARIFFE	79
11.	LE RSA NEL LAZIO.....	81
11.1	LE STRUTTURE E GLI OSPITI.....	81
11.2	LA NORMATIVA.....	81
11.3	LE TARIFFE	82
12.	LE RSA IN CAMPANIA.....	84
12.1	LE STRUTTURE E GLI OSPITI.....	84
12.2	LA NORMATIVA.....	84
12.3	LE TARIFFE	85
13.	LE RSA IN PUGLIA	86
13.1	LE STRUTTURE E GLI OSPITI.....	86
13.2	LA NORMATIVA.....	87
13.3	LE TARIFFE	87
	RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	88
	RIFERIMENTI NORMATIVI	92

1. Introduzione

L'assistenza agli anziani non autosufficienti è una delle emergenze sociali non adeguatamente affrontate nel nostro Paese, peraltro a fronte di una spiccata longevità della popolazione e di una crescente incidenza delle persone anziane che vivono sole. Le risposte assistenziali sono spesso inadeguate, sia per le risorse complessive disponibili, sia per le modalità di organizzazione e utilizzo delle stesse.

Una delle conseguenze più rilevanti dell'invecchiamento demografico è il bisogno di assistenza più o meno continuativa per l'inabilità temporanea o definitiva a svolgere le attività di vita quotidiana. La progressiva riduzione dell'autonomia funzionale nella popolazione anziana assume ormai una dimensione sociale non trascurabile. La rete familiare è sempre più fragile e inadeguata a prendersi cura dei bisogni dell'anziano, e l'opzione politica che richiede ai caregiver informali sempre più compiti di cura e di alta responsabilità appare improponibile, ponendosi peraltro in discontinuità con le strategie di cura adottate nei sistemi di protezione sociale più efficaci in Europa.

Il presente rapporto parte da questi assunti e, con un'analisi secondaria di dati e normative nazionali e regionali, tenta di fornire un quadro aggiornato e dettagliato dei servizi che gli enti locali organizzano ed erogano a beneficio di questa tipologia di utenza. Il primo capitolo è dedicato ai temi dell'assistenza continuativa e al ruolo del caregiver. Dopo un'introduzione demografica il testo prosegue con un capitolo sulle politiche nazionali in tema di assistenza ai non autosufficienti, soffermandosi sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) stabiliti a livello nazionale, sull'organizzazione dei presidi socio-sanitari e socio-assistenziali per i non autosufficienti e sulle altre forme di sostegno (economico e assistenza domiciliare). Il capitolo seguente è il più corposo e affronta da un punto di vista principalmente quantitativo la rete dei servizi socio-sanitari nelle regioni italiane, analizzando la loro distribuzione territoriale, la quantità di ospiti e di posti letto, la natura della titolarità e della gestione e la frammentazione regionale per quanto riguarda la ripartizione della spesa tra quota sanitaria e quota sociale. Sono inoltre contenute delle informazioni sugli altri principali strumenti di sostegno per i non autosufficienti, tra cui gli assegni di cura, gli assegni per gli assistenti familiari, l'assistenza domiciliare. Il resto del report è costituito dall'approfondimento sull'organizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) in otto regioni italiane (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia), dalle differenti normative vigenti e dai modelli tariffari. Chiudono il testo alcuni riferimenti normativi e bibliografici.

2. L'assistenza continuativa agli anziani: servizi residenziali e ruolo dei caregiver

In Italia nei prossimi anni la domanda di servizi socio-sanitari e la relativa spesa pubblica e privata sono destinate ad aumentare in modo considerevole, specie per quanto riguarda l'assistenza continuativa o Long- Term Care (LTC)¹. Secondo un recente studio la spesa pubblica complessiva per LTC, che ammonta all'1,9% del PIL nel 2015 (di cui circa due terzi erogata a soggetti con più di 65 anni), crescerà fino al 3,2% nel 2060 (Mef – Dipartimento della Ragioneria dello Stato, 2016)².

L'affermarsi di questi bisogni va posto in relazione soprattutto con il progressivo invecchiamento generale della popolazione e la crescita dei casi di malattie neurodegenerative, nonché con il forte incremento del numero delle famiglie cosiddette mononucleari che mina le potenzialità dell'assistenza erogata all'interno dei nuclei familiari³. Sulla capacità di soddisfare la domanda incide inoltre anche la progressiva evoluzione del sistema ospedaliero verso l'assistenza per i soli acuti, da cui deriva la forte esigenza di promuovere un'assistenza extra-ospedaliera in grado di affrontare i bisogni della fase post-acuta dell'intervento sanitario.

Per quanto riguarda le risposte a questi problemi, a livello europeo le modalità di erogazione della LTC sono molto differenziate e in linea generale dipendono dall'interazione tra i principali attori: Stato e autonomie locali, mercato profit, non profit, famiglie e altri caregiver

¹ Long Term Care (LTC), "Ogni forma di cura fornita a persone non autosufficienti, lungo un periodo di tempo esteso, senza data di termine predefinita" – OCSE.

² I dati sull'incidenza della spesa per LTC sul Pil, pubblicati dal Mef, sono stati elaborati nell'ambito degli studi EPC WGA (Economic Policy Committee - European Commission). Il confronto europeo fa riferimento all'anno 2013 e vede il dato italiano posizionarsi poco al di sopra della media europea. A questo proposito occorre notare come il valore di tale indice risenta fortemente dell'andamento del Prodotto interno lordo, e questo vale in modo particolare per l'Italia, che negli ultimi anni ha subito una contrazione di questo aggregato economico superiore alla media europea. Inoltre, il valore medio della spesa pubblica per LTC calcolato sui 28 stati membri risulta fortemente condizionato dai bassi valori registrati presso un corposo gruppo di paesi (in particolare dell'est Europa) dotati di un sistema di protezione sociale debole e di una struttura della popolazione più giovane rispetto all'Europa nord-occidentale. Sulla metodologia usata dal Mef per formulare le previsioni di spesa per LTC si possono svolgere ulteriori considerazioni. Il XV Rapporto annuale dell'Inps, pur confermando che la spesa pubblica italiana per l'assistenza continuativa è di poco superiore alla media europea in rapporto al PIL, al fine di operare una comparazione più realistica ed efficace mette in relazione tale aggregato di spesa con la popolazione disabile, ottenendo, come vedremo nelle pagine seguenti, risultati assai diversi da quelli raggiunti dal Mef. Inoltre, secondo l'Inps le previsioni della spesa per LTC elaborate dalla Ragioneria di Stato (anni: 2013-2060) potrebbero anche sottostimare in modo considerevole il costo che dovrà essere sostenuto per la non-autosufficienza, tenuto conto che ancora non si è in grado di prevedere come cambierà la struttura delle patologie, e che il numero dei caregivers famigliari ("variabile" non adeguatamente considerata nel rapporto Mef) dovrebbe incrementarsi in misura irrealistica, cioè quadruplicarsi, per poter mantenere gli stessi carichi odierni di sostegno familiare alle persone non autosufficienti.

³ Ormai da qualche anno la letteratura internazionale e alcuni tra i più attenti osservatori italiani hanno messo in guardia dall'assumere come valide analisi troppo semplificate degli effetti della dinamica demografica sulla domanda di servizi socio sanitari e in generale sulla spesa ad essa correlata. La domanda, e quindi la spesa, dipendono non solo dagli aspetti legati alla epidemiologia ma anche da altri numerosi fattori, tecnologici, socio-culturali (la propensione ai consumi medici) ed economici (le caratteristiche del mercato sanitario, l'influenza del reddito sulla domanda, ecc.), socio- culturali. Le proiezioni sull'impatto dell'invecchiamento sono di per sé insufficienti per spiegare il fenomeno (Gabriele, Raitano, 2009).

informali. Negli ultimi venti anni sono state varate riforme nazionali (Austria, 1993; Francia, 2001 e 2016, Germania, 1995; Olanda, 2006, Portogallo, 2006, Spagna, 2006) che hanno condotto alla riorganizzazione del sistema dell'offerta assistenziale sulla base anche di un ripensamento dei sistemi di finanziamento di una domanda sempre crescente di servizi sanitari e sociosanitari. Spesso le strategie adottate hanno privilegiato il potenziamento dei servizi sul territorio e in particolare l'assistenza domiciliare integrata e nuove forme di residenzialità, tentando una integrazione tra cure formali e informali.

Relativamente alle modalità di cura le esperienze più innovative hanno individuato forme d'intervento in grado di orientare il sistema del Long- Term Care verso maggiori standard di efficacia, garantendo al contempo la sostenibilità finanziaria delle prestazioni. Tra le molteplici strade percorribili si è affermato il sistema integrato, nell'ambito del quale le strutture residenziali di assistenza, i centri diurni e gli altri servizi semiresidenziali svolgono una funzione di raccordo tra le cure ospedaliere e i servizi presenti sul territorio con l'obiettivo di ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e di assicurare supporto e sollievo alle famiglie impegnate nella cura a domicilio delle persone non autosufficienti.

Negli ultimi anni, in particolare in Austria, Francia, Danimarca, Germania e Svezia le tendenze nello sviluppo dei servizi alle persone con limitata autonomia hanno portato alla promozione di strategie di "deinstitutionalisation", definite come lo sviluppo di servizi di comunità (community based services)⁴ alternativi ai ricoveri residenziali tradizionali⁵ e alle prestazioni erogate in ambienti solo istituzionali (European Centre for social welfare policy and research, 2015). Due sono le linee guida che sostengono tali politiche: dare priorità alle scelte degli utenti per migliorarne effettivamente la qualità della vita e aumentare la sostenibilità dei sistemi di cura. La prima argomentazione è radicata nella convinzione che la tutela dei diritti umani fondamentali debba essere posta alla base di tutti i sistemi di cura e che spesso invece i servizi residenziali e le altre prestazioni tradizionali istituzionali si caratterizzano per una rigida separatezza del malato dalla comunità, con la conseguenza di negare alle persone in cura molti dei loro diritti di base e in particolare la possibilità di esprimere i loro desideri in merito alle terapie di cura da ricevere. La seconda argomentazione si basa sul fatto che i servizi di comunità sarebbero in grado di conseguire risultati migliori per gli utenti e le loro famiglie anche in relazione ai costi, più bassi se confrontati con l'istituzionalizzazione e le cure formali

⁴ Si fa riferimento alla varietà di servizi di cura e interventi di supporto forniti al malato e alla sua famiglia, attivati dall'incontro collaborativo fra soggetti del "settore informale" (vicinato, gruppi amicali, famiglie, associazioni locali) e del "settore formale" (organizzazioni sanitarie pubbliche, private e non profit).

⁵ Intesi come centri ad elevata capienza (100 e più posti letto) che si basano su prestazioni in genere uniformate e poco personalizzate.

(Commissione europea, 2009). L'obiettivo perseguito da queste strategie è mantenere o raggiungere bassi tassi di istituzionalizzazione attraverso la creazione di un mix equilibrato di sistemi mirati di cure formali e informali, le cui speranze di successo si basano sul coordinamento e l'integrazione delle differenti forme di assistenza.

In alcuni paesi a favorire il processo di cambiamento e l'abbandono dei vecchi modelli di istituzionalizzazione è stata ovviamente la presenza di livelli culturali più elevati. Le residenze tradizionali vengono sempre più spesso sostituite da strutture (alloggi assistiti e con servizi, nuclei di convivenza, centri multiservizi integrati) costituite da piccole unità di convivenza anche per persone con malattie cognitive. In queste strutture l'assistenza e le diverse forme di cura non impediscono alla persona non autosufficiente di mantenere forme di gestione della propria vita privata commisurate alle condizioni cliniche. Spesso l'anziano ha la possibilità di poter scegliere il luogo in cui vivere nelle diverse fasi del suo invecchiamento. Inoltre, negli ultimi anni l'offerta di servizi si è adattata sempre di più alle nuove domande emergenti promuovendo i servizi in rete e la diversificazione stessa delle prestazioni: offerta residenziale, diurna, domiciliare, etc. Si stanno affermando anche i *centri multiservizi*, che erogano un'ampia gamma di prestazioni: teleassistenza, promozione dell'autonomia personale, aiuto a domicilio, catering, lavanderia, centro diurno, assistenza personale e, quando necessaria, assistenza residenziale. In genere la famiglia partecipa al programma delle attività, nonostante l'anziano sia in residenza, anche trascorrendo buona parte della propria giornata nel centro (European Centre for social welfare policy and research, 2015).

Diversi paesi europei si sono ispirati alla filosofia della *deinstitutionalisation* per la definizione di politiche dedicate agli anziani. Esemplificativo è il caso della recente legge francese sull'"Adaptation de la société au vieillissement" (il provvedimento per la regolazione della società anziana entrato in vigore il 1° gennaio 2016), che dedica un intero Titolo al sostegno e della valorizzazione dei familiari che si prendono cura degli anziani ("proches aidants"), e che ha destinato 700 milioni di euro l'anno per sostenere l'indipendenza delle persone anziane.

Diversi sono i modelli di residenzialità in via di sviluppo a livello europeo, e la loro classificazione non appare semplice. Di seguito, proveremo a delinearne i principali approcci.

2.1 I modelli di residenzialità alternativi alle strutture di ricovero tradizionali in via di sviluppo in Europa⁶

Riqualificazione delle abitazioni al fine di renderle idonee alla vita degli anziani:

Questo approccio prevede che l'anziano sia guidato e agevolato in un percorso consapevole di "trasformazione" della propria abitazione in funzione dei bisogni attuali e soprattutto futuri connessi all'invecchiamento.

Esempi di tali politiche si trovano nei Paesi Bassi (certificazione d'idoneità, rete informatica per accedere a servizi esterni), in Svezia e in Francia (consulenza agli utenti anziani in tutte le fasi dell'adattamento logistico degli alloggi esistenti). Anche in Italia (specie in Emilia Romagna, Lombardia e Veneto) sono stati approntati appartamenti protetti, alloggi autonomi di dimensioni ridotte, senza barriere architettoniche, per i quali è stata sperimentata l'applicazione di soluzioni di domotica e teleassistenza.

Soluzioni o strutture per la vita indipendente (Independent Living Facilities):

Questo approccio si ispira alla filosofia dei servizi di comunità e al cohousing. Prevede che normali abitazioni private vengano dotate di adeguati accorgimenti architettonici, arricchite con servizi sociali e comunitari di quartiere anche solo a richiesta (governo della casa, spesa, trasporti, socializzazione, bagno assistito) e inserite in un contesto contraddistinto da una ricca rete di supporti sociali e di vicinato. Le persone possono condividere spazi e servizi comuni, ma sono autonome nella gestione delle proprie esigenze quotidiane. L'età di accesso è più spesso vicina ai 70 anni, in presenza di limitazioni funzionali minime. Gli interventi vanno dalla ristrutturazione mirata di residenze o di interi quartieri (Spagna, Svizzera, Belgio), alla riconversione di una grande struttura di ricovero in un centro multi-residenziale (Olanda). Altrettanto ampia è la gamma delle soluzioni abitative: appartamenti in condivisione, alloggi di anziani che ospitano studenti universitari con forme contrattualizzate di aiuto alla pari, case albergo, le cd. abitazioni-canguro (Francia, Belgio, Danimarca), bi-appartamenti con alloggi comunicanti per un anziano residente e una famiglia caregiver contrattualizzata o minialloggi per gli anziani annessi all'abitazione della famiglia. Anche in Italia sono state sperimentate soluzioni di questo tipo (ad esempio nelle città dotate di strutture universitarie radicate nei centri storici come Trento, Padova, ecc.). Il concetto alla base di questo tipo di intervento è quello di welfare generativo, che utilizza, cioè, risorse già disponibili per aumentare il rendimento degli interventi delle politiche sociali.

⁶ Fonte: Assoprevidenza e Itinerari Previdenziali (2016), *La residenzialità per gli anziani: possibile coniugare sociale e business?* Primo quaderno di approfondimento 2016, e Osservatorio della Fondazione Cariplo (2014), Quaderno n. 17 "Abitare leggero - Verso una nuova generazione di servizi per gli anziani. Rielaborazione e integrazione.

Strutture o servizi di vita assistita:

(Assisted Living Facilities): sono considerate le alternative più valide alle strutture residenziali dedicate ai non autosufficienti più gravi. In numerosi casi tali strutture sono organizzate in forma comunitaria, con appartamenti e/o camere, spesso singole, con bagno privato). I servizi accessori sono rivolti specificamente a sostenere riduzioni delle autonomie più consistenti e l'assistenza – svolta da operatori professionali – è normalmente estesa alle 24 ore. Gli anziani accolti hanno un'età più avanzata (oltre gli 80-85 anni), con limitazioni funzionali più importanti.

Riorganizzazione dei servizi pubblici per promuovere la domiciliarità: il ruolo del case manager:

In diversi paesi europei il case manager coordina le reti professionali decentrate sul territorio e multi-disciplinari che si occupano di numerosi servizi: sanitari (medico di famiglia e ospedale), pulizia della casa, sostegno alle attività quotidiane, trasporto sociale, adattamento della casa alle esigenze dell'anziano, ecc. Il servizio viene finanziato con fondi pubblici. La figura del case manager per coordinare le attività di cura rivolte agli anziani è stata introdotta anche in alcune Asl nel nostro paese.

2.2 L'esperienza italiana

Rispetto agli altri paesi europei l'Italia non ha dovuto far fronte alle sfide della de-istituzionalizzazione poiché nel nostro Paese il settore dei servizi residenziali risulta storicamente sottodimensionato rispetto alle esigenze. L'attuale tasso di istituzionalizzazione degli anziani misura circa la metà rispetto alla media europea (European Centre for social welfare policy and research, 2015). Peraltro, i più recenti dati disponibili a livello nazionale (ISTAT 2015) ci informano che il numero degli anziani ospiti delle strutture residenziali è diminuito nel 2009/2013 del 7,4%. All'origine del fenomeno hanno agito una serie di concause, tra le quali gli effetti della crisi economica, la riduzione dell'offerta di posti letto e la scelta di numerose famiglie di curare a domicilio o comunque secondo modalità alternative alle strutture residenziali i congiunti non autosufficienti.

Diversa è invece la situazione dei "grandi vecchi", gli ultra 85enni, per i quali si conferma una domanda di residenzialità più rigida, tenuto conto che nel periodo considerato (2009/2013) il tasso di istituzionalizzazione diminuisce solo di 0,9 punti percentuali (da poco più di 145mila ospiti di strutture residenziali nel 2009 a quasi 144mila nel 2013) (ISTAT, 2015).

Sul calo del tasso di istituzionalizzazione ha inciso anche l'evoluzione delle preferenze delle famiglie nei confronti dei modelli di cura rivolti alle persone non autosufficienti. I modelli di

strutture residenziali prevalenti nel nostro paese si basano ancora, con diverse e significative eccezioni presenti nelle regioni più attente alla programmazione e all'innovazione nel settore socio-sanitario, sulla presenza di centri di elevata capienza (100 e più posti letto), dove gli spazi di vita – locali di soggiorno e per le relazioni sociali - sono spesso periferici rispetto al baricentro dei servizi sanitari e le forme di assistenza sono in genere uniformi e poco personalizzate, con insufficiente privacy per gli ospiti.

Anche in Lombardia, la regione dove è più alta la densità delle strutture residenziali, sembra che la rete dei servizi disponga attualmente di ridotte alternative rispetto alle Rsa, in controtendenza rispetto al passato quando questa regione vantava una discreta diffusione di forme residenziali alternative (ad esempio comunità alloggio, case albergo e strutture protette) (a cura di Gori, 2015). Secondo alcuni studi tali aspetti spiegherebbero perché in Italia le persone anziane e i loro familiari fanno ricorso alle residenze quando non rimane altro rimedio possibile (Abitaresociale, 2013).

Occorre tuttavia ricordare che nel nostro paese, dove circa 3,5 milioni di anziani vivono da soli, spesso le strutture residenziali e in modo particolare le tradizionali case di riposo assolvono funzioni socio-abitative a fronte del progressivo indebolimento del tessuto sociale; tanto che nelle aree centrali e meridionali del nostro paese rispettivamente il 35,9% e il 46,9% degli ospiti dei presidi sono anziani autosufficienti (ISTAT 2015)⁷.

Strategie di sostegno abitativo alternative alla Rsa. L'esperienza italiana⁸:

- mantenimento al domicilio d'origine integrato da servizi accessori
- trasferimento in un nuovo domicilio meglio attrezzato
- ricorso a modelli alternativi come il domicilio sociale o i nuclei di convivenza
- soluzioni temporanee di sollievo in momenti di crisi e di bisogni più acuti, a maggiore o minore protezione sociale e sanitaria
- riconversione e apertura al territorio delle Rsa, con servizi semiresidenziali e residenziali proiettati verso la comunità e con funzioni di sostegno alla domiciliarità.
- centri multiservizi che erogano un'ampia gamma di prestazioni: assistenza residenziale, *teleassistenza, promozione dell'autonomia personale, aiuto a domicilio, catering, lavanderia, centro diurno, assistenza personale*

⁷ Al contrario nelle aree del Nord Ovest e del Nord Est la percentuale degli anziani non autosufficienti ospiti presso le strutture residenziali cresce rispettivamente fino all'82% e all'84,9%, indicando che questi presidi rispondono soprattutto a una domanda di servizi di tipo sanitario.

⁸ Fonte: Costa, 2005 e (a cura di) Gori, 2011. Rielaborazione e integrazione.

Gli altri servizi

In linea generale il quadro dei servizi LTC offerti in Italia agli anziani non autosufficienti risulta abbastanza atipico rispetto ai principali paesi europei. Il nostro paese detiene il primato della popolazione più anziana in Europa con il 22% di ultra65enni nel 2015, una quota che secondo l'Oms dovrebbe crescere fino al 33% entro la metà del secolo.

Le responsabilità per il finanziamento e l'erogazione dei servizi di cura sono divisi tra i comuni, le regioni, il servizio sanitario nazionale e l'Inps. Si tratta di un sistema di servizi scarsamente integrati tra loro, che presenta un alto grado di frammentazione ed ampie disparità geografiche relativamente agli interventi erogati. I comuni, che sono responsabili della programmazione operativa dei servizi socio-assistenziali, gestiscono la quota minoritaria delle risorse destinate all'assistenza⁹ (Cergas, 2012, Ires Morosini, 2016, Irs, 2013).

Anche a seguito dell'inasprimento dei vincoli alle risorse degli enti territoriali introdotti dal Patto di Stabilità (fino al 2015) la spesa socio-sanitaria pubblica è in progressiva diminuzione, al contrario la spesa privata appare in crescita o si attesta comunque su livelli molto elevati. Ci si riferisce in particolare alla spesa delle famiglie per "l'assistenza disabili e anziani non autosufficienti" rilevata dall'Istat attraverso l'indagine sui consumi e pari nel 2013 a circa 1,8 miliardi di euro (+ 20% circa rispetto al 2011) (ISTAT, 2014, OCPS, 2015), ai 9,4 miliardi l'anno che le famiglie spendono per assistenti familiari di persone non autosufficienti (non solo anziane)¹⁰. A queste risorse occorre aggiungere la spesa privata per la sanità, che secondo un recente studio (OCPS, 2015) vale 26,9 miliardi nel 2013. In questa categoria risultano per lo più incidenti i medicinali, le visite specialistiche (tra le quali le odontoiatriche) e gli esami clinici; sono tuttavia in crescita le risorse familiari destinate alle degenze per riabilitazioni e per interventi chirurgici, e ai ricoveri in strutture residenziali (SPI Lombardia - Ires Morosini, 2016). Ulteriori stime quantificano in circa 4 miliardi di euro la spesa sanitaria privata sostenuta nel 2013 per i soli ricoveri in strutture residenziali, di cui la maggior parte è stata

⁹ In base ai dati ISTAT (*I bilanci comunali delle amministrazioni comunali e provinciali*, 2016), nel 2014 la spesa corrente per i servizi sociali impegnata dai comuni è pari a circa 8,790 miliardi, con una variazione negativa del 2,3% rispetto all'anno precedente. Tale cifra costituisce una parte minoritaria dell'aggregato di risorse destinate all'assistenza o welfare sociale, che ammonta a circa 60-62 miliardi secondo le più recenti stime rilasciate da Cergas e Irs-NNA. In base a questi studi l'aggregato di spesa per l'assistenza è costituito dai seguenti capitoli di spesa: Sostegno alle responsabilità familiari, Contrasto alla povertà, Non autosufficienza e handicap (indennità di accompagnamento, pensioni ai ciechi e agli invalidi, Altre pensioni agli invalidi civili, ecc.), Offerta di servizi locali, Altre spese.

¹⁰ Dati NNA, 2015. Altre stime parlano di quasi 830mila badanti che operano in Italia, di cui circa il 43,5% con un lavoro non in regola (Soloterre, 2013). Secondo il XV Rapporto Inps, a causa delle oscillazioni del ciclo economico e dell'andamento irregolare dei flussi migratori negli ultimi anni si è verificato un calo del numero delle colf e delle badanti, in parte compensato dall'aumento delle lavoratrici domestiche con cittadinanza italiana.

destinata all'integrazione delle rette degli anziani non autosufficienti ospiti dei presidi socio-assistenziali e socio-sanitari (OCPS, 2015, ISTAT – Contabilità Nazionale, 2015)¹¹,

In sostanza una consistente quota di anziani non autosufficienti non è in carico ai servizi pubblici e si sostiene prevalentemente con caregiver personali informali, anche a pagamento.

Nel 2012 la copertura dei servizi a domicilio per gli anziani in Italia era pari a circa il 4,3% (la media europea è oltre il 7%)¹², con grandi differenze a livello geografico in termini di qualità e quantità dei servizi erogati, in modo particolare lungo lo spartiacque Nord-Sud. Nello stesso anno l'assistenza domiciliare ha assorbito solo il 18% del budget delle cure a lungo termine, dato che attesta il suo ruolo secondario nel sistema delle prestazioni alle persone non autosufficienti (European Centre for social welfare policy and research, 2015). Secondo stime più recenti solo 700 mila individui ricevono in Italia interventi domiciliari (Inps, 2016).

Complessivamente la spesa pubblica per LCT erogata nel nostro paese è, come detto, pari nel 2015 all'1,9% del Pil (Ragioneria dello Stato – Mef, 2016). In rapporto al numero della popolazione con disabilità la spesa italiana (633 euro pro-capite per interventi LTC) si attesta su livelli più bassi dei principali paesi europei (Francia, 654 euro, Germania, 687 euro, Gb., 672 euro, Spagna, 754 euro), anche se quel che distingue l'esperienza di cura nel nostro paese è la forte concentrazione degli interventi tra quelli di tipo monetario¹³.

L'ammontare delle risorse destinate alla LCT in Italia comprende la spesa sanitaria per l'assistenza continuativa, le indennità di accompagnamento e gli interventi socio-assistenziali, erogati a livello locale, rivolti ai disabili e agli anziani non autosufficienti.

La componente principale delle prestazioni pubbliche rivolte agli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie sono i trasferimenti monetari erogati nella forma di indennità di

¹¹ Una conferma indiretta della crescita della spesa familiare per i ricoveri in strutture residenziali proviene dall'indagine ISTAT *"Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati"* (pubblicata nel 2015), che mette in luce la progressiva riduzione della spesa comunale per tali interventi. Nel periodo 2008/2012 le risorse comunali per servizi residenziali rivolti agli anziani hanno subito un calo complessivo del 4,8% (da 445,5 a poco più di 424 milioni di euro); analizzando nel dettaglio l'andamento di questo aggregato di spesa, si nota che le risorse impegnate per il pagamento per intero o per l'integrazione delle rette sono diminuite del 2,3%, una riduzione più marcata ha riguardato invece le spese per le strutture gestite (direttamente o indirettamente) dai Comuni (-7,5%). Complessivamente, il numero degli utenti delle sole strutture residenziali gestite dai comuni è diminuito da circa 118mila anziani nel 2008 a poco più di 106mila nel 2012. Le analisi consentono di verificare come la riduzione delle risorse comunali abbia riguardato in modo particolare alcune aree territoriali, il Nord-Ovest (-17,4%) e il Sud (-4,7%); mentre al Centro la spesa dei comuni è cresciuta dell'8,3% e al Nord-Est è rimasta sostanzialmente invariata (-0,6%). Tali divari territoriali risultano così marcati da far ipotizzare la presenza di disparità nell'accesso della popolazione ai servizi.

¹² Si vedano le analisi riportate nei capitoli successivi.

¹³ Dati pubblicati dall'Inps e riferiti al 2013. Il numero delle persone disabili è stato elaborato in base ai risultati dell'Indagine campionaria sulle condizioni di vita European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), misurando il numero di intervistati che hanno riportato la presenza di "limitazioni gravi" alla domanda "A causa di problemi di salute, in che misura [Lei] ha delle limitazioni che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono?" (in migliaia). La fonte dell'indagine è: Economic Policy Committee (EPC) - European Commission (2015).

accompagnamento (Inps, 2016, Ragioneria dello Stato – Mef, 2016). Come è noto, tali indennità, amministrate dall’Inps e finanziate attraverso la fiscalità generale, sono disponibili per le persone di tutte le età con esigenze di cura indipendentemente dalla loro situazione finanziaria e senza restrizioni di utilizzo. In numerose occasioni la letteratura scientifica europea ha interpretato il nostro sistema di trasferimenti monetari come un riconoscimento indiretto al contributo significativo delle famiglie che curano prevalentemente a domicilio un gran numero di anziani non autosufficienti.

2.3 I caregiver familiari in Italia e in Europa e la non autosufficienza

Il tema dei servizi residenziali e del loro uso da parte degli anziani è strettamente legato al ruolo che i caregiver familiari e informali svolgono in Italia nell’ambito dell’assistenza continuativa.

Le indagini empiriche provano che alla base delle scelte operate dalla famiglia quando si presenta un caso di non autosufficienza, agiscono non solo fattori economici e culturali ma anche affettivi.

Tra le prime testimonianze scientifiche una ricerca condotta attraverso interviste in profondità dall’Agenzia sanitaria regionale dell’Emilia Romagna mette in evidenza con chiarezza come davanti alla condizione problematica di un soggetto anziano, la prima opzione sia sempre quella di una attivazione delle risorse interne alla famiglia (Regione Emilia Romagna, 2005). Alle attività di cura che i familiari svolgono in favore dell’anziano non autosufficiente viene attribuita una forte valenza affettiva: il lavoro di cura non viene cioè percepito come una semplice esecuzione di mansioni ma se ne evidenziano gli aspetti connessi al contatto quotidiano, all’intimità, alla convivenza, allo scambio comunicativo. Certo, le stesse testimonianze raccolte nella medesima indagine e provenienti da altri studi (Larkin 2011, Barnes 2010, Costa 2007) evidenziano la gravosità dei compiti che i caregiver familiari si trovano a dovere sostenere, e la grande difficoltà a conciliare tra loro le esigenze dell’anziano, della famiglia propria e, quando c’è, del lavoro retribuito.

La condizione di non autosufficienza determina una reciproca dipendenza tra l’anziano e il suo responsabile di cura, e ciò va ad incidere anche sugli equilibri familiari e lavorativi di quest’ultimo.

La letteratura internazionale su famiglia e invecchiamento osserva come sia maturata in ambito scientifico l’idea che la transizione all’ultima fase della vita non riguardi solo una categoria di persone, slegate dalle relazioni che vivono, ma necessita di una capacità di lettura

relazionale e familiare dei fenomeni per poterne spiegare la portata e le possibili implicazioni in un'ottica di complessità (Meda, 2011).

Va sottolineato come anche in molti Paesi europei le famiglie svolgano volentieri il proprio compito di cura nei confronti dei membri della generazione più anziana. Recentemente alcune indagini hanno consentito di studiare il modello di solidarietà intergenerazionale nel contesto europeo indagando gli scambi tra le generazioni (tra generazioni adulta e anziana) e diverse forme di aiuto, tra cui il sostegno a un membro disabile della famiglia o la cura dei nipoti. Si è osservato come la solidarietà familiare, intesa come rete di doni e controdoni, non sia esclusivamente un modello "mediterraneo", tenuto conto che elevati scambi intrafamiliari caratterizzano anche il nord Europa (Attias -Donfut 2005; Gianrusso Silverstein 1996, Meda 2011).

In particolare, alcune ricerche effettuate in Svezia (Johannson e Sundstrom, 2006) sul modo in cui sono cambiati gli obblighi filiali in Svezia con il passare del tempo, mostrano che, nonostante l'estensiva offerta di welfare, la solidarietà intergenerazionale rimane forte nel Paese.

Ciò che rende molto diversa l'esperienza dei caregiver informali italiani da quella vissuta dai familiari prestatori di cura nei principali paesi dell'Europa occidentale è soprattutto l'azione di due fattori, uno inerente il livello dell'intervento pubblico e l'altro di tipo storico-culturale: il ruolo delle politiche di welfare nell'azione di contrasto alla non autosufficienza e la distribuzione asimmetrica tra generi delle attività di cura (e del lavoro domestico).

In sostanza, se l'attivazione di una cospicua quota di aiuti informali agisce come costante nei comportamenti di gran parte delle famiglie europee che sono costrette ad affrontare la non autosufficienza, le principali variabili che spiegano le differenze territoriali nei modelli di cura chiamano in causa il livello dell'offerta dei servizi pubblici per la non autosufficienza e il modo in cui il lavoro di cura viene ripartito a livello di genere all'interno della famiglia.

Per quanto riguarda il primo aspetto da tempo nel nostro Paese gli aiuti informali delle famiglie vengono riconosciuti come il perno del sistema di welfare, che alcuni autori hanno definito come "familistico" o "familistico non sostenuto" (Esping Anderson, 2000, Saraceno, 2012, ecc.). Le politiche messe in campo dallo Stato centrale e dalle Regioni risultano molto differenziate sul territorio, certamente oggi per molte regioni italiane non si può parlare di un diritto alla tutela dai rischi di non autosufficienza. Come si è visto il grado di copertura della non autosufficienza da parte dei servizi pubblici (con esclusione dei trasferimenti monetari in indennità) in Italia è molto più basso che nella maggior parte dei paesi dell'Europa occidentale.

Negli altri paesi spesso gli aiuti informali prestati dalle famiglie alle persone non autosufficienti vengono supportati dall'occupazione formale (pubblica e privata) e coordinati da Stato ed enti territoriali. Ci si riferisce soprattutto a Paesi con una consolidata tradizione di servizi pubblici territoriali (Danimarca, Finlandia, Svezia) e alle esperienze realizzate in Germania e nel Regno Unito, che pure evidenziano come la quota di occupazione formale sia principalmente privata e spesso caratterizzata da una forte incidenza di bassi salari (Autori vari, 2013).

Relativamente al secondo aspetto è ormai noto come in Italia e in generale nei paesi mediterranei all'interno della famiglia operi una ripartizione fortemente ineguale del lavoro domestico e di cura tra generi. Nel 2009, si calcola che in Italia siano state prestate 3 miliardi di ore di aiuto informale, 2,2 miliardi delle quali sono state erogate da donne (Rapporto ISTAT, 2011). Tale ripartizione ineguale si aggiunge a quella ormai tradizionalmente operante nelle attività domestiche. Gli studi sulla divisione del lavoro familiare mostrano come le donne, indipendentemente dal fatto che siano o meno inserite nel mercato del lavoro, si facciano carico della gran parte del lavoro domestico e di cura (Banca d'Italia 2015, ISTAT, 2015). L'Italia continua a distinguersi nel contesto internazionale per la presenza di un gap di genere non riscontrabile altrove nella gestione del lavoro familiare.

2.4 L'indebolimento del tessuto familiare e una nuova divisione del lavoro di cura

Dunque nel nostro paese gli scarsi investimenti nei servizi domiciliari hanno portato ad una situazione in cui la domanda supera di gran lunga l'offerta pubblica e molte famiglie devono sopportare l'onere finanziario delle crescenti esigenze di cura, anche se nel periodo pre-crisi, in base a uno studio europeo pubblicato nel 2007, meno di una famiglia italiana su tre (27%) poteva permettersi di pagare per l'assistenza professionale a domicilio (Commissione Ue, 2007).

Negli ultimi anni il progressivo declino della famiglia quale principale erogatrice di cure, legato in particolare alla crescente partecipazione al mercato del lavoro da parte della donna, alla progressiva riduzione del numero dei figli e dei componenti del nucleo familiare e all'introduzione di nuove regole nei regimi previdenziali, ha determinato l'instaurarsi di una nuova divisione del lavoro di cura verso gli anziani non autosufficienti.

In particolare cambiamenti importanti riguardano gli scambi familiari a livello intra-generazionale e inter-generazionale.

Per comprendere meglio questi aspetti faremo ricorso ai risultati di alcuni focus group gestiti dall'Ires Morosini con la partecipazione di caregiver familiari nell'ambito dell'indagine "Non autosufficienza e caregiver familiari in Piemonte" realizzata nel 2015.

A livello familiare, spiega Paola, "qualche decennio fa l'attenzione era focalizzata sulla maternità per il valore ma anche per la dimensione della cura dei bambini ora...il baricentro dell'attività di cura si è spostato sulla condizione degli anziani, dei genitori. La novità principale è che chi si prende cura di questi anziani, cioè i caregiver familiari, sono persone sempre più avanti nell'età, che assistono altri anziani affetti dalle più frequenti malattie collegate all'età ed alla maggiore aspettativa di vita. Lo spostamento in avanti dell'età dei caregiver minaccia quell'interscambio familiare ancora presente sino a pochi decenni fa. "Sempre di più che assiste ha un'età superiore ai 70 anni", spiega Amelia, "il fatto importante è che quando queste famiglie sono composte da soli anziani si presentano tante problematiche anche senza che si sia in presenza di un decadimento improvviso o particolarmente devastante". Fra queste famiglie ve ne sono molte "fragili", in cui anche il caregiver ha personali necessità di aiuto e difficoltà personali.

La maggioranza dei caregiver sono donne anche se la presenza di uomini è significativa. "E' importante avere un'attenzione di genere quando si progettano soluzioni a favore dei caregiver familiari", spiega Daniela, "perché cambiano le percezioni, le responsabilità dei processi decisionali, la gestione del lavoro di assistenza, il sovraccarico, lo stress sia fisico che emotivo, le motivazioni. Ma sarebbe importante anche ascoltare di più le famiglie che curano a casa gli anziani non autosufficienti, aiuterebbe nel promuovere risposte adeguate".

Si tratta di processi ancora non compresi a fondo dai decisori politici. Eppure negli ultimi anni le statistiche ISTAT multiscopo e altre indagini campionarie puntano il dito sull'indebolimento del ruolo dei caregiver familiari nelle attività di cura rivolte agli anziani, come conseguenza delle trasformazioni socio-demografiche avvenute in seno alle famiglie. In Italia sembra che il numero dei *care giver sia aumentato*, ma la quantità di tempo dedicato alle attività di cura è in diminuzione. Meno famiglie riescono a beneficiare di aiuto attraverso le reti informali e chi aiuta lo fa in modo più selettivo e mirato alle situazioni più critiche (ISTAT, 2015).

2.5 Le prospettive

In prospettiva la solidarietà familiare e femminile rischia di interrompersi. Ad esempio le quarantenni di oggi appartengono a generazioni che hanno tassi di occupazione molto più alti di quelle che le precedono e sarà sempre più difficile per loro conciliare il lavoro sul mercato con quello in famiglia. L'invecchiamento demografico in atto incide inoltre profondamente

sulla struttura delle parentele: se è vero che oggi diminuisce il numero medio dei figli, tuttavia il carico di individui bisognosi all'interno della famiglia in numerosi casi aumenta, visto che le quarantenni di oggi possono aspettarsi di condividere circa 22 anni della loro vita con almeno un genitore anziano, dieci anni in più rispetto alle quarantenni di qualche decennio fa. (Sabbadini, 2013).

Fino a qualche anno fa la forte solidarietà intra-generazionale ha garantito un'assistenza informale da parte delle generazioni più giovani nei confronti di quelle anziane più fragili. Ma quale scenario si delinea alla luce del processo di invecchiamento registrato in Italia?

Un recente tentativo di misurazione delle potenzialità del ruolo dei caregiver familiari proviene dal lavoro di Robin et al. (2007), che misura per un significativo campione di paesi il cosiddetto *Oldest Support Ratio* (OSR), definito come rapporto tra la popolazione appartenente alla classe 50-74 anni e la classe over-85.

In sostanza lo studio assume che gli anziani siano assistiti dai figli (meglio figlie) e fornisce informazioni sul numero di persone potenzialmente in grado di garantire cure informali per ciascuna persona over-85.

Applicando la metodologia di Robin alle regioni italiane si osserva immediatamente che la riduzione del rapporto tra popolazione 50-74enne (in grado di farsi carico di quelli più anziani) e ultra 85enne, cui si assiste nel corso degli ultimi 30 anni è considerevole, tale da esprimere forte preoccupazione per gli effetti sulle condizioni di vita delle persone non autosufficienti e sui costi per le famiglie, se non interverranno profondi cambiamenti in seno al nostro welfare.

A livello Italia l'indice OSR (cioè il rapporto tra la popolazione con età compresa tra 50 e 74 anni e quella con età superiore agli 85 anni) si è ridotto nel periodo 1982-2015 da 40,5 a meno di 10 unità, un valore che scende al di sotto delle 5 unità se il calcolo viene effettuato solo per la componente femminile della popolazione.

In conclusione, la preoccupazione crescente è che nei prossimi anni, se i sistemi di cura formali non punteranno decisamente sulle prestazioni domiciliari, sulle forme alternative alle rsa e sull'integrazione degli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti, il pesante onere posto sulle famiglie potrebbe rovesciarsi in un aumento dell'istituzionalizzazione, in controtendenza con la programmazione socio-sanitaria prevalente in Europa. Le conseguenze sociali sarebbero assai pesanti, tenuto conto anche della recente evoluzione dell'offerta privata di posti letto per anziani. In Italia, infatti, nonostante la riduzione dei ricoveri degli anziani nelle strutture residenziali, negli ultimi tempi è aumentato il numero delle strutture private non convenzionate (Cerved, 2016), alcune delle quali basano la propria strategia di business

operando in aree territoriali a bassa densità di offerta di posti letto (soprattutto nel centro e nel sud del paese dove queste aziende sono in competizione con uno scarso numero di player pubblici e privati) e con un livello di trasparenza comunicativa non adeguato, specie per quanto riguarda le rette e i servizi di base e opzionali forniti. I rischi sociali sono alti. Basti pensare che solo nel periodo gennaio-luglio 2016, in base ai dati rilasciati dal ministero della Salute su 1.647 controlli in strutture (pubbliche e private) per anziani sono state rilevate 472 (28%) non conformità: mancanza di autorizzazione, maltrattamenti, esercizio abusivo della professione sanitaria, abbandono d'incapace, inadeguatezze strutturali ed assistenziali le violazioni più frequenti.

E' il segno che la programmazione dei servizi residenziali e l'assistenza continuativa agli anziani necessitano di una profonda riorganizzazione e del potenziamento degli interventi. Un primo obiettivo chiave attiene al miglioramento della programmazione socio-sanitaria per la realizzazione di sistemi di interventi integrati in grado di fronteggiare una domanda sociale crescente e variegata. Si è visto che per poter perseguire con successo questi obiettivi è necessario affiancare le attività di riqualificazione delle strutture residenziali tradizionali con lo sviluppo di forme di residenzialità leggera, nonché intraprendere con determinazione la strada dell'umanizzazione dei servizi e del coinvolgimento delle persone malate nelle scelte di cura che le riguardano. Un secondo obiettivo chiave riguarda il miglioramento degli aspetti regolamentari, organizzativi e operativi alla base del funzionamento della strutture esistenti, quelle di dimensioni medio-grandi e quelle di piccolissime e piccole dimensioni, su cui è fondato il sistema. Spesso queste ultime presentano una gestione familiare, sono caratterizzate da difficoltà di scala (che si ripercuotono sui costi del personale, sul rispetto di requisiti di funzionamento e sulle politiche tariffarie) e da carenze manageriali, risultano inoltre refrattarie alla collaborazione in rete e alle sinergie gestionali tra imprese, che in alcune aree territoriale vengono promosse dagli enti locali allo scopo di innalzare i livelli di efficienza (riducendo i costi di gestione) e di calmierare le tariffe.

Per tutte le strutture gli enti territoriali dovrebbero in primo luogo esigere e controllare il rispetto di requisiti strutturali (cioè riferiti alle caratteristiche dell'immobile nel quale vengono erogate le prestazioni), organizzativi (quantità di personale impiegato e relative qualifiche e mansioni) e tecnologici. Il possesso e il mantenimento di tali requisiti minimi, disciplinati in modo differenziato dagli enti territoriali in base a quanto previsto dal Titolo V della Costituzione, è condizione necessaria ai fini dell'ottenimento (e del mantenimento) dell'autorizzazione all'esercizio delle attività all'interno della struttura e dell'accreditamento (ove previsto).

In questo senso diventa essenziale potenziare e rendere continuo il monitoraggio anche attraverso un più efficace coordinamento del sistema dei controlli che vedono protagonisti le ASL, i Comuni ed i Nuclei Antisofisticazioni e Sanità (NAS) dei Carabinieri territorialmente competenti.

3. La popolazione anziana: scenari demografici

Le ultime rilevazioni demografiche in Italia mettono in evidenza un marcato invecchiamento della popolazione e un costante decremento delle nascite. Per invecchiamento della popolazione si intende l'aumento dell'incidenza degli anziani (>65 anni) rispetto al totale della popolazione residente. Il processo di invecchiamento che coinvolge la maggior parte dei paesi dell'Unione Europea è in atto da ormai diversi decenni ed è principalmente determinato dall'aumento della sopravvivenza e dalla contemporanea riduzione della natalità, non neutralizzata dalle pur consistenti migrazioni internazionali. L'invecchiamento, tuttavia, non è omogeneo all'interno del territorio nazionale, come si può notare dalla Tabella 1.

Tab. 1 – Popolazione totale, popolazione anziana (valori assoluti e percentuali) e indice di vecchiaia nelle regioni italiane al 31.12.2015

	POP TOTALE	>65	%	>80	%	Indice di vecchiaia
Piemonte	4.404.246	1.091.411	24,8%	337.660	7,7%	189,6
Valle d'Aosta	127.329	29.076	22,8%	8.732	6,8%	161,7
Liguria	1.571.053	443.446	28,2%	147.175	9,3%	242,7
Lombardia	10.008.349	2.193.018	21,9%	645.194	6,4%	152,6
Trentino-Alto Adige	1.059.114	213.223	20,1%	64.447	6,1%	127,8
Veneto	4.915.123	1.081.371	22,0%	321.856	6,5%	154,8
Friuli-Venezia Giulia	1.221.218	310.951	25,5%	93.473	7,6%	199,8
Emilia-Romagna	4.448.146	1.049.844	23,6%	342.088	7,7%	173,6
Toscana	3.744.398	933.022	24,9%	296.817	7,9%	192,9
Umbria	891.181	220.961	24,8%	73.056	8,2%	189,3
Marche	1.543.752	370.951	24,0%	124.289	8,0%	179,7
Lazio	5.888.472	1.234.781	21,0%	364.541	6,2%	149,8
Abruzzo	1.326.513	304.403	22,9%	99.253	7,5%	176,0
Molise	312.027	73.695	23,6%	25.237	8,1%	196,0
Campania	5.850.850	1.045.084	17,8%	285.857	4,9%	113,4
Puglia	4.077.166	852.349	20,9%	245.920	6,0%	145,9
Basilicata	573.694	125.794	21,9%	41.748	7,3%	170,3
Calabria	1.970.521	404.826	20,5%	125.687	6,4%	146,9
Sicilia	5.074.261	1.024.867	20,2%	301.985	5,9%	137,6
Sardegna	1.658.138	366.681	22,1%	104.042	6,3%	180,7
ITALIA	60.665.551	13.369.754	22,0%	4.049.057	6,7%	157,7

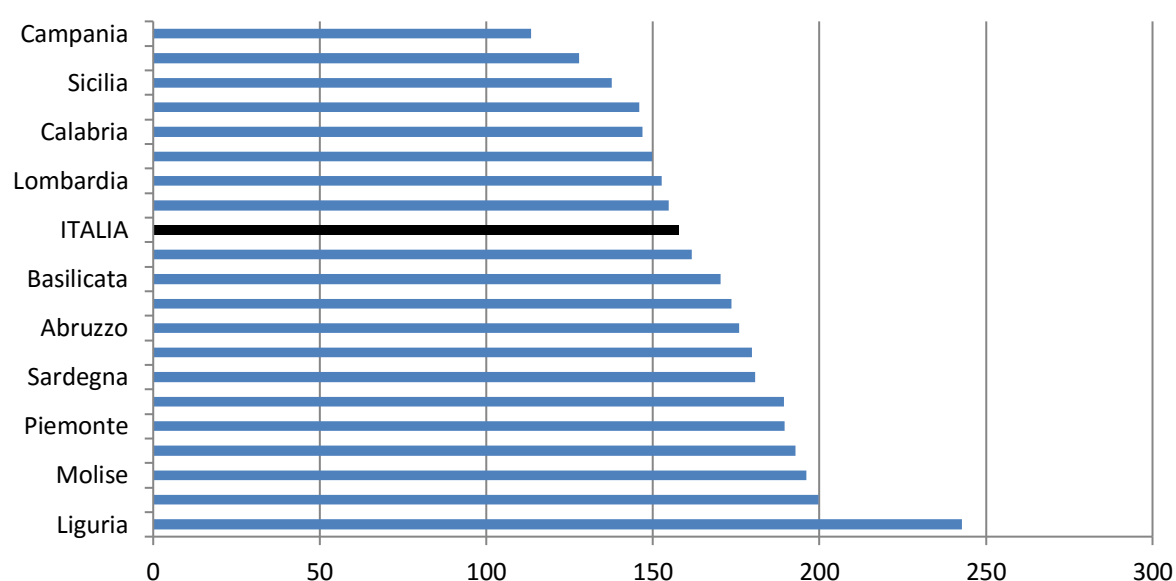
Fonte: elaborazione IRES Morosini su dati ISTAT

La quota di popolazione ultrasessantacinquenne e ultraottantenne è tendenzialmente più contenuta nelle regioni del Mezzogiorno rispetto al resto del Paese. Nel Nord, invece, il quadro appare più eterogeneo in quanto coesistono aree (specie in Lombardia, Veneto e Trentino-Alto Adige) dove la quota di anziani è piuttosto contenuta e aree (specie in Liguria, Piemonte

e Friuli-Venezia Giulia) dove al contrario il processo di invecchiamento della popolazione appare particolarmente accentuato.

Può aiutare la lettura del fenomeno la comparazione degli indici di vecchiaia delle varie regioni italiane. L'indice di vecchiaia calcola quanti individui ultrasessantacinquenni ci sono ogni 100 individui con meno di 14 anni, fornendo indirettamente una misura della sostenibilità della struttura di una popolazione.

Fig. 1 – Tasso di dipendenza nelle regioni italiane al 31.12.2015



Fonte: elaborazione IRES Morosini su dati ISTAT

Il grafico evidenzia la posizione predominante della Liguria in questa speciale classifica e pone le regioni tradizionalmente più "vecchie" al di sopra della media nazionale. Tra le regioni meridionali che non seguono l'andamento tipico del Sud Italia (ovvero con indice di vecchiaia tendenzialmente contenuto) troviamo il Molise, la Sardegna, l'Abruzzo e la Basilicata, ma le regioni più popolate si collocano tutte al di sotto della media italiana, a testimonianza di una loro maggiore dinamicità demografica almeno per quanto riguarda i livelli di natalità.

Nelle Tabelle 2 e 3 sono riportati i medesimi dati della prima Tabella, ma riferiti al 31.12.2004 e al 31.12.1994.

Tab. 2 – Popolazione totale, popolazione anziana (valori assoluti e percentuali) e indice di vecchiaia nelle regioni italiane al 31.12.2004

	POP TOTALE	>65	%	>80	%	Indice di vecchiaia
Piemonte	4.330.172	961.488	22,2%	242.673	5,6%	179,7
Valle d'Aosta	122.868	24.469	19,9%	6.239	5,1%	151,0
Liguria	1.592.309	422.458	26,5%	118.244	7,4%	242,5
Lombardia	9.393.092	1.795.416	19,1%	429.873	4,6%	141,5
Trentino-Alto Adige	974.613	169.854	17,4%	45.638	4,7%	108,0
Veneto	4.699.950	888.836	18,9%	231.036	4,9%	137,3
Friuli-Venezia Giulia	1.204.718	267.419	22,2%	76.943	6,4%	186,9
Emilia-Romagna	4.151.369	939.860	22,6%	266.659	6,4%	184,5
Toscana	3.598.269	828.982	23,0%	233.668	6,5%	191,7
Umbria	858.938	199.780	23,3%	56.273	6,6%	187,7
Marche	1.518.780	339.832	22,4%	94.187	6,2%	171,6
Lazio	5.269.972	989.271	18,8%	235.943	4,5%	135,0
Abruzzo	1.299.272	273.787	21,1%	73.828	5,7%	155,9
Molise	321.953	70.023	21,7%	18.792	5,8%	160,4
Campania	5.788.986	871.370	15,1%	197.352	3,4%	84,8
Puglia	4.068.167	688.805	16,9%	165.655	4,1%	106,1
Basilicata	596.546	117.020	19,6%	28.386	4,8%	132,6
Calabria	2.009.268	361.072	18,0%	89.481	4,5%	115,7
Sicilia	5.013.081	886.753	17,7%	218.254	4,4%	107,8
Sardegna	1.650.052	282.846	17,1%	69.080	4,2%	130,9
ITALIA	58.462.375	11.379.341	19,5%	2.898.204	5,0%	137,8

Fonte: elaborazione IRES Morosini su dati ISTAT

Come si può facilmente rilevare, la quota di ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione è cresciuta in maniera sensibile sia tra il 2004 e il 2015, sia tra il 1994 e il 2004. 2,5 punti percentuali nella prima scansione temporale e ben 3 nella seconda. In totale, tra il 1994 e il 2015 la quota di anziani in Italia è cresciuta dal 16,5% al 22% dell'intera popolazione.

Le previsioni demografiche ci dicono che entro il 2030 quasi un quarto della popolazione europea avrà 65 anni o più. Il processo di invecchiamento della popolazione interesserà in particolare le regioni centrali della Francia, quasi tutta la Germania, il Nord della Spagna, le regioni centrali dei paesi nordici, e le tradizionali regioni anziane italiane. In Italia il processo di invecchiamento della popolazione si andrà estendendo su tutto il territorio nazionale.

Tab. 3 – Popolazione totale, popolazione anziana (valori assoluti e percentuali) e indice di vecchiaia nelle regioni italiane al 31.12.1994

	POT TOTALE	>65	% >65	>80	% >80	Indice di vecchiaia
Piemonte	4.261.219	796.262	18,7%	210.972	5,0%	157,3
Valle d'Aosta	116.654	20.079	17,2%	4.935	4,2%	140,2
Liguria	1.641.149	377.961	23,0%	101.777	6,2%	228,3
Lombardia	8.876.001	1.395.700	15,7%	341.588	3,8%	121,5
Trentino-Alto Adige	902.189	140.981	15,6%	37.961	4,2%	98,7
Veneto	4.400.069	722.206	16,4%	179.246	4,1%	124
Friuli-Venezia Giulia	1.183.124	238.883	20,2%	66.103	5,6%	182,8
Emilia-Romagna	3.894.993	812.644	20,9%	212.691	5,5%	192,4
Toscana	3.505.206	726.719	20,7%	191.630	5,5%	180,4
Umbria	813.658	168.565	20,7%	39.820	4,9%	163,9
Marche	1.435.324	285.118	19,9%	71.719	5,0%	151,4
Lazio	5.153.564	796.478	15,5%	175.379	3,4%	108,3
Abruzzo	1.254.361	228.153	18,2%	54.227	4,3%	120,6
Molise	329.208	61.891	18,8%	15.921	4,8%	119,4
Campania	5.691.639	695.413	12,2%	142.122	2,5%	60,8
Puglia	4.055.737	546.985	13,5%	123.297	3,0%	72,7
Basilicata	609.804	94.537	15,5%	21.312	3,5%	87,4
Calabria	2.064.738	298.477	14,5%	67.985	3,3%	75,9
Sicilia	5.004.670	738.139	14,7%	165.329	3,3%	78,2
Sardegna	1.651.101	223.432	13,5%	53.555	3,2%	82,9
ITALIA	56.844.408	9.368.623	16,5%	2.277.569	4,0%	111,6

Fonte: elaborazione IRES Morosini su dati ISTAT

Ovviamente si tratta di un processo graduale e le regioni che attualmente sperimentano livelli più bassi di invecchiamento sono quelle che più lentamente presenteranno valori elevati nell'indicatore considerato. Nel 2030 in media il 26,1% dei residenti in Italia avrà 65 anni o più. La Liguria – dove è previsto che la quota di popolazione over 65 raggiungerà il 30,4% del totale della popolazione – si confermerà nel 2030 come regione più vecchia d'Italia, mentre tale quota si attesterà per il Trentino-Alto Adige e la Campania su valori di poco inferiori al 24,5%, così da raggiungere il primato di regioni meno invecchiate d'Italia.

4. I servizi socio-sanitari e assistenziali per gli anziani in Italia

4.1 *Livelli Essenziali di Assistenza*

Quantificare il numero dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per gli anziani in Italia è molto complesso, sia per la difformità dei dati disponibili, sia per le diversità definitorie, organizzative e gestionali delle regioni italiane. La nascita delle prime strutture di questo tipo può essere fatta risalire tra la fine dell'Ottocento e gli inizi del Novecento, quando numerose iniziative sociali per lo più di matrice religiosa diedero vita a istituti di ricovero per la cura di anziani soli, malati ed emarginati [Sebastiano e Porazzi, 2010]. Fino a circa la fine degli anni '70 queste strutture erano caratterizzate da una prevalente componente sociale, quindi erano principalmente rivolte ad anziani autosufficienti. Con l'inizio degli anni '80, invece, si è verificato un continuo e importante mutamento nella struttura organizzativa delle residenze, che si sono trasformate in luoghi di cura per anziani disabili gravi (non autosufficienti). Questo cambiamento ha portato faticosamente la maggioranza delle strutture a incrementare le proprie capacità assistenziali e a promuovere la presenza di personale e di attività più qualificate per questo tipo di utenza. Prima di procedere nella descrizione e nell'analisi dei servizi residenziali e non residenziali per non autosufficienti, è particolarmente importante soffermarsi sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) contenuti nel DPCM del 29/11/2001. I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. I LEA sono organizzati in tre grandi aree:

1. l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici sul lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);
2. l'assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dai servizi domiciliari agli anziani ai servizi territoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);
3. l'assistenza ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione.

È importante notare che le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello “essenziale” garantito a tutti i cittadini ma le Regioni possono utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA. Come si evince dall’elenco, i presidi residenziali socio-sanitari per anziani non autosufficienti rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza che dovrebbero essere garantiti da Stato e Regioni. Il Ministero della Salute, attraverso una commissione nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, ha definito le prestazioni residenziali assicurate dai LEA a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità o stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendole dalle terapie riabilitative o dalle lungodegenze solitamente svolte in ambienti ospedalieri. La commissione ha stabilito che le strutture residenziali devono essere in grado di affrontare l’instabilità clinica connessa alla patologia che accompagna e determina le condizioni di non autosufficienza dell’anziano. Viene sottolineato, inoltre, che rispetto ai ricoveri ospedalieri i presidi residenziali si qualificano per aspetti di umanizzazione e personalizzazione dell’assistenza, considerata la prolungata durata della degenza.

I Livelli Essenziali di Assistenza sono stati aggiornati su proposta del ministro Lorenzin e approvati all’interno della Legge di Stabilità del 2016 che ha stanziato per essi 800 milioni di euro. In continuità con i precedenti atti normativi i nuovi LEA estendono le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, sia domiciliari che residenziali. Le principali novità riguardano:

- la valutazione multidimensionale dei bisogni;
- il Piano di Assistenza Individuale (PAI);
- articolazione delle cure domiciliari in tre livelli (grado crescente di intensità dell’intervento assistenziale in funzione della complessità del bisogno);
- crescenti livelli di intensità assistenziale per persone non autosufficienti sulla base della valutazione multidimensionale dei bisogni di cura [NNA, 2014].

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), ovvero le principali strutture residenziali socio-sanitarie per anziani non autosufficienti, stanno quindi assistendo a dei mutamenti in virtù, anche, dell’aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

4.2 I presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali

Il primo atto formale emanato a livello nazionale per fornire alle Regioni indirizzi chiari per realizzare strutture sanitarie residenziali extra ospedaliere per anziani non autosufficienti è del 1989. Si tratta del DPCM del 22/12/1989 “Atto di indirizzo e coordinamento dell’attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi

semiresidenziali”. In questa sede le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono definite come delle strutture extra ospedaliere finalizzate a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone anziane prevalentemente non autosufficienti. Secondo il decreto il presupposto per la fruizione dei servizi garantiti dalle RSA è la comprovata assenza di un idoneo supporto familiare che consenta di erogare i trattamenti sanitari a domicilio. Con le linee guida dell’allora Ministero della Sanità “Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali”, nel 1994 viene introdotta la differenziazione tra RSA e RA (Residenze Assistenziali) e quindi, di fatto, la distinzione tra presidi residenziali socio-sanitari (i primi) e presidi residenziali socio-assistenziali (i secondi). Confermando le caratteristiche strutturali delle RSA contenute nel decreto del 1989, il Ministero stabilisce i criteri per la determinazione dei costi (suddivisi in costi totalmente sanitari, costi totalmente non sanitari e costi misti) e gli aspetti gestionali. Le RSA garantiscono un livello medio di assistenza sanitaria integrato da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera. Sono rivolte ad anziani non autosufficienti e ad altri soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio. Le RA (case di riposo, case albergo, comunità alloggio, ecc.), invece, sono al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale e sono caratterizzate da diversi livelli di protezione sociale per anziani autosufficienti non bisognosi di assistenza sanitaria specifica. Le eventuali prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative sono assicurate dai servizi sanitari locali. Questa seconda tipologia di servizi, rivolti ad anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti, non sarà trattata dettagliatamente in questa ricerca, tuttavia è utile illustrare brevemente la gamma, anche in questo caso abbastanza ampia, di esperienze e strutture disponibili. Si tratta di strutture solitamente private ma convenzionate con il pubblico e assumono diverse denominazioni, come sintetizzato nella tabella seguente.

Tab. 4 – Tipologie di strutture residenziali per anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti

Struttura	Destinatari	Assistenza sanitaria	Gestione
Case albergo	Autosufficienti	Solo ambulatorio	Privata
Case di riposo	Autosufficienti e parzialmente autosufficienti	Sì	Privata
Case famiglia	Anziani soli autosufficienti	Solo ambulatorio	Privata convenzionata
Comunità alloggio	Autosufficienti e parzialmente autosufficienti	Sì	Pubblica o privata
Residenze assistite (RA)	Autosufficienti	Sì	Privata convenzionata

Fonte: elaborazione IRES Morosini

Le Case albergo, le Case di riposo, le Comunità alloggio e le Residenze assistite sono strutture con camere (singole o doppie), suite o appartamenti autonomi con alcuni servizi in comune (sala da pranzo, sala riunioni, servizi igienici, servizi di lavanderia). Sono previsti alcuni servizi di assistenza ambulatoriale e servizi di base e un programma di attività ricreative e culturali. Gli utenti sono principalmente anziani pensionati, da soli o in coppia, che non necessitano di un'assistenza particolare, sono autonomi o parzialmente autonomi, ma gradiscono vivere in un ambiente comunitario. Queste strutture devono essere autorizzate dai comuni e dalle aziende sanitarie, cioè devono rispettare standard di qualità e igienico-sanitari. I costi dell'ospitalità non sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale e le rette sono determinate dalle singole strutture e prevedono una quota di partecipazione a carico degli utenti stabilita dai comuni in base alla fascia reddituale dell'utente. Le Case famiglia sono delle comunità residenziali di tipo familiare in cui operatori specializzati coordinano le attività degli ospiti e collaborano alla gestione della casa. Generalmente gli ospiti sono bambini e adolescenti che non possono vivere con le loro famiglie, tuttavia alcune strutture si sono orientate verso l'aiuto a persone anziane sole con difficoltà, accolte in piccoli numeri.

Continuando il breve excursus storico legislativo, e concentrandoci sulle strutture socio-sanitarie, ovvero quelle rivolte ad anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti (che necessitano cioè di assistenza continuativa, ovvero Long-Term Care, LTC), il successivo fondamentale punto di riferimento è rappresentato dal DPR del 14/01/1997 "Ordinamento e organizzazione dei servizi sanitari e assistenziali". In questo documento le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono definite "presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di assistenza tutelare e alberghiera". Questo atto normativo è particolarmente importante poiché, oltre a fissare i requisiti minimi di natura strutturale, tecnologica e organizzativa che devono possedere le strutture che erogano servizi sanitari e socio-sanitari, delega alle singole regioni la determinazione degli standard di qualità che costituiscono requisiti ulteriori per l'accreditamento. Di fatto, ogni regione ha scelto una definizione diversa di RSA, anche se circa la metà di queste ha sostanzialmente ripreso i contenuti del DPR. L'altra metà ha sviluppato un maggior numero di variabili e adottato terminologie proprie per definire i tipi di strutture e le loro caratteristiche. Come affermato dagli autori dell'indagine di NNA (Network Non Autosufficienza), "spesso in regioni diverse a termini diversi possono corrispondere strutture con le medesime caratteristiche" [NNA, 2013].

Sulla base della normativa nazionale la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) ha quindi definito le RSA come strutture residenziali del territorio destinate ad accogliere, per motivi temporanei o a tempo indeterminato, gli anziani non autosufficienti, offrendo loro

- una struttura residenziale con una connotazione il più possibile domestica, organizzata in modo da rispettare il bisogno individuale di riservatezza e di privacy;
- tutti gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi necessari a prevenire e curare le malattie croniche, nonché gli interventi volti a recuperare, sostenere e mantenere l'autonomia e le capacità dei propri ospiti;
- un'assistenza individualizzata orientata alla tutela e al miglioramento dei livelli di autonomia, al mantenimento degli interessi personali e alla promozione del complessivo benessere della persona.

È interessante notare come le RSA siano organizzazioni estremamente complesse e stiano sviluppando al loro interno delle modalità gestionali di tipo manageriale, proprie del mondo aziendale, dal controllo di gestione ai sistemi di gestione della qualità, dal benchmarking all'impiego di sistemi informativi a supporto delle decisioni e del funzionamento aziendale [Carugati, Giangreco e Sebastiano, 2011]. Inoltre sono sempre più frequenti le strategie di diversificazione dei servizi offerti: le RSA divengono spesso sedi di servizi polifunzionali in grado di rispondere a differenziate esigenze di cura, anche di tipo specialistico (Alzheimer, stati vegetativi, assistenza post-acuzie). Tuttavia, una definizione di RSA particolarmente completa, capace di ricomprendere le differenti esperienze e declinazioni regionali e compatibile con le linee guida nazionali è stata elaborata da Pesaresi e Simoncelli, che qui riportiamo:

“La Residenza Sanitaria Assistenziale è un presidio residenziale sanitario extraospedaliero che offre, temporaneamente o permanentemente, ospitalità, prestazioni mediche, infermieristiche, di recupero funzionale e di riattivazione psico-sociale volta al mantenimento ed al miglioramento dello stato di salute e del grado di autonomia di soggetti non autosufficienti affetti da malattie croniche o da patologie invalidanti, non assistibili a domicilio e che pur tuttavia non necessitano di ricovero in strutture ospedaliere o di riabilitazione” (Pesaresi e Simoncelli, 2008).

4.3 I servizi di assistenza domiciliare e i trasferimenti monetari

È opportuno ricordare che le RSA non sono gli unici servizi attivi per questa fascia di popolazione, ma sono previste anche altre due categorie:

- i servizi di assistenza domiciliare (includono l'Assistenza Domiciliare Integrata – ADI – di natura sanitaria e il Servizio di Assistenza Domiciliare – SAD – di natura socio-assistenziale);
- i trasferimenti monetari di natura assistenziale (includono le indennità di accompagnamento per invalidità civile)

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è stata introdotta per la prima volta dal DPCM del 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria" e si configura come un'assistenza erogata a domicilio in base a un piano assistenziale individuale attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale del paziente. Nel corso degli anni, pur sviluppandosi in modo differente nelle diverse regioni, le cure domiciliari si sono progressivamente strutturate per affrontare le sempre maggiori complessità dei bisogni assistenziali dei destinatari, come del resto sta accadendo per le RSA. In particolare, si possono riscontrare forme di assistenza domiciliare prevalentemente orientate a fornire una risposta ai bisogni sociali (generalmente definiti Servizi di Assistenza Domiciliare – SAD) e altre di natura sanitaria, come l'ADI sopra menzionata.

I trasferimenti monetari, invece, sono divenuti negli anni la principale misura di supporto dello Stato nei confronti dei cittadini non autosufficienti, poiché i livelli di copertura degli altri servizi di assistenza (presidi residenziali, ADI, SAD) sono bassi. I trasferimenti monetari assumono la forma di indennità di accompagnamento, ovvero assegni mensili garantiti a chi presenti un'inabilità totale dovuta a cause fisiche o psichiche e si trovi nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto costante di un accompagnatore [NNA, 2013].

4.4 La gestione dei presidi residenziali socio-sanitari e la ripartizione della spesa

La gestione delle RSA può essere affidata a organismi pubblici, privati o misti. Il già citato DPR del 14/01/1997 ha approvato i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, ovvero quei requisiti indispensabili per ottenere e conservare l'autorizzazione all'esercizio delle attività. Questi requisiti minimi sono recepiti, anche con modificazioni, dalle singole regioni e il loro possesso, in caso di strutture private, dà diritto a ottenere l'autorizzazione all'esercizio delle attività, ma non a ottenere l'accreditamento o il vincolo per le aziende del Servizio Sanitario

Nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate. Per poter lavorare per conto del Servizio Sanitario Nazionale, le strutture private devono essere accreditate ed essere titolari di un contratto di fornitura di prestazioni sanitarie [Pesaresi, 1997]. Il processo di accreditamento, quindi, diviene il fondamentale strumento attraverso il quale, a conclusione di un procedimento di valutazione, le strutture autorizzate, pubbliche o private, acquisiscono lo status di soggetto potenzialmente idoneo a erogare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto e carico del Servizio Sanitario Nazionale. L'accreditamento è un passaggio successivo (e aggiuntivo) rispetto all'autorizzazione al funzionamento. L'autorizzazione permette ai soggetti che ne fanno richiesta di svolgere le proprie attività sanitarie e socio-sanitarie rispettando i requisiti minimi. Tuttavia, per svolgere le medesime attività, ma per conto del Servizio Sanitario Nazionale, occorre essere accreditati.

La ragione per cui è stato introdotto l'istituto dell'accreditamento – e poi si è consolidato – risiede da una parte nella volontà di promuovere il miglioramento delle prestazioni erogate all'utente attraverso la regolazione selettiva dell'accesso al mercato da parte delle strutture pubbliche e private che possono offrire servizi per conto del Servizio Sanitario Nazionale e dall'altra nell'intento di garantire un maggior controllo della spesa pubblica in ambito sanitario e socio-sanitario. Da parte delle Regioni, che concedono l'accreditamento, vi è quindi la volontà di garantire libertà di scelta al cittadino (che può acquistare sul mercato prestazioni sanitarie erogate da soggetti privati) e controllare la qualità delle prestazioni attraverso autorizzazioni e procedimenti di accreditamento, a beneficio del cittadino e della complessiva programmazione territoriale.

Ottenuto l'accreditamento, il soggetto privato deve stipulare con il Servizio Sanitario Nazionale un accordo contrattuale con le singole aziende sanitarie territoriali. Il rilascio del contratto rende di fatto tali soggetti erogatori di servizi pubblici. "La definizione del sistema degli accordi, incluso l'ambito oggettivo e soggettivo di applicazione e le modalità di verifica del loro rispetto è ancora una volta demandato alle Regioni, a cui compete anche l'individuazione dei criteri di remunerazione" [CREMS, 2012]. Ciascuna Regione, quindi, ha definito con propri atti legislativi i requisiti minimi (autorizzazione), i criteri di accreditamento e gli accordi contrattuali per i soggetti erogatori di servizi sanitari e socio-sanitari, secondo il cosiddetto "sistema delle 3 A" (autorizzazione, accreditamento, accordo contrattuale). Ciò può però riflettersi in una disomogeneità di regolamentazione regionale in materia di RSA, poiché a ogni Regione possono corrispondere requisiti estremamente diversi che danno vita a "una giungla di servizi e residenze, dove sul concetto di accoglienza prevale la carenza di

trasparenza” [AUSER, 2011]. Tale scenario rende difficoltosa anche la quantificazione delle strutture, come si vede nel capitolo successivo.

L’accesso alle prestazioni residenziali erogate da una RSA è regolato dai principi generali di universalità, equità e appropriatezza. L’utente al quale è stata riscontrata la condizione di non autosufficienza e non assistibilità a domicilio ha quindi diritto di scegliere il luogo di cura tra le diverse opzioni offerte dalle strutture accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale. Una volta individuato il bisogno sanitario e assistenziale e la struttura ospitante, e una volta confermata da questa la disponibilità del posto letto (aspetto, questo, tutt’altro che trascurabile come si vede nei capitoli successivi), all’utente è richiesta una retta di compartecipazione alle spese. Il calcolo del costo a carico dell’utente è particolarmente complesso e varia considerevolmente da regione a regione, tuttavia in questo paragrafo cerchiamo di illustrare come si compone la spesa e a quanto ammonta, mediamente, a livello nazionale.

Il costo di un posto letto in una RSA è determinato da costi di carattere sanitario (quota sanitaria, comprendente le prestazioni mediche, riabilitative, di cura, ecc.), costi di carattere sociale (quota sociale, comprendente le spese assistenziali, alberghiere, di vitto, di pulizia, ricreative, ecc.) e costi amministrativi-gestionali. Sulla base delle indicazioni contenute nei già citati LEA, la ripartizione dei costi dovrebbe essere equa (50% costi sanitari, 50% costi sociali e amministrativi), ma tale suddivisione è stata seguita solamente da un terzo delle Regioni (Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia, Veneto). Tutte le altre Regioni prevedono quote sanitarie superiori al 50% dell’intero costo. A livello nazionale la media ponderata rileva una quota sanitaria che costituisce il 51% della spesa complessiva, ma considerando il solo Nord Italia i costi sanitari incidono per circa il 75% dell’ammontare totale [Pesaresi, 2016].

La legge 328/2000 delega alle Regioni la determinazione dei criteri in base ai quali stabilire la compartecipazione dell’utente ai costi delle prestazioni (socio-assistenziali). In tutte le Regioni italiane, infatti, gli oneri relativi alle prestazioni socio-assistenziali (quota sociale) sono a carico dell’utente, anche se è più corretto affermare che sono a carico dell’utente e del comune. L’ente comunale di riferimento partecipa alle spese dell’utente in misura variabile da Regione a Regione. Tale variabilità dipende dalle decisioni assunte dal comune stesso, dalla rispettiva Regione e da differenti modelli operativi e tariffari, in cui convivono strutture a più alta complessità assistenziale con una organizzazione prossima a quella delle lungodegenze ospedaliere.

Il costo medio delle prestazioni in una RSA deve essere “scomposto” e imputato a tre principali soggetti: il Servizio Sanitario Nazionale, il comune e l’assistito. Alcune recenti stime [NNA,

2013] fissano a 99,96 euro il costo giornaliero medio di un posto letto in una RSA, per una spesa mensile complessiva che si aggira sui 3.000 euro. Alcune strutture hanno costi giornalieri superiori a 130 euro, mentre altre, a più spiccata vocazione sociale, si collocano su costi inferiori ai 90 euro. La spesa per un posto letto in una RSA è quindi considerevole. Poco più dell'8% delle RSA ha stabilito delle modalità di calcolo delle rette a carico dell'utente modulandole in base al reddito dello stesso, ma il restante 92% delle strutture non ha previsto misure di questo tipo.

Di questi costi giornalieri si rileva che nel panorama nazionale le quote di compartecipazione giornaliera (per le prestazioni socio-assistenziali) richieste agli ospiti variano dai 26 ai 65 euro e che in alcune realtà, in particolare nelle Regioni a statuto speciale, esistono forme di contribuzione regionale volte a ridurre l'impatto della compartecipazione, mentre solo in poche situazioni i comuni intervengono realmente a copertura delle stesse. "Laddove manchino i criteri regionali, la ripartizione dei costi fra l'assistito e il comune avviene in modo assai eterogeneo con differenziazioni da un comune all'altro che si basano soprattutto sulle condizioni economiche dell'ospite e della sua famiglia" [Pesaresi, 2012].

Ciò che è osservabile in Italia è una situazione in cui spetta all'assistito coprire la quota sociale della tariffa e se i suoi redditi non sono sufficienti interviene il comune di residenza. Può anche avvenire che siano chiamati a partecipare alla spesa i familiari dell'utente, sebbene il ricorso a questa eventualità non si possa considerare legittimo. Svariate sentenze dei TAR regionali e leggi nazionali hanno reso illegittima questa pratica: "deve dunque ritenersi illegittima – oltre che moralmente disdicevole – la prassi di molti comuni e RSA che, al momento dell'ammissione dell'assistito in una delle strutture *de quibus*, fanno sottoscrivere ai suoi familiari un atto di impegno al pagamento dell'intera retta di degenza. [...] Per eliminare ogni dubbio al riguardo, si ricorda che la disciplina della rivalsa sui parenti, introdotta dalla legge 3 dicembre 1931 n. 1580 per le spese di ospedalità o manicomiali «risulta ora espressamente abrogata dall'art. 24 del d.l. 25 giugno 2008 n. 112» (TAR Lombardia, Brescia, sent. n. 18 del 2010) [Candido, 2010].

Una parte della letteratura specialistica, tuttavia, auspica – nel caso in cui le risorse dell'assistito non siano sufficienti – un coinvolgimento e una responsabilizzazione del nucleo familiare pur con precisi limiti per evitare che la famiglia venga impoverita, limitando anche il grado di parentela dei soggetti che possono essere chiamati a partecipare alla spesa. "La considerazione della situazione economica del solo assistito favorirebbe la famiglia del beneficiario, laddove è verosimile che l'eventuale nucleo di appartenenza degli anziani sia costituito da figli adulti. È chiaro quindi che il rispetto di questa forma di deroga

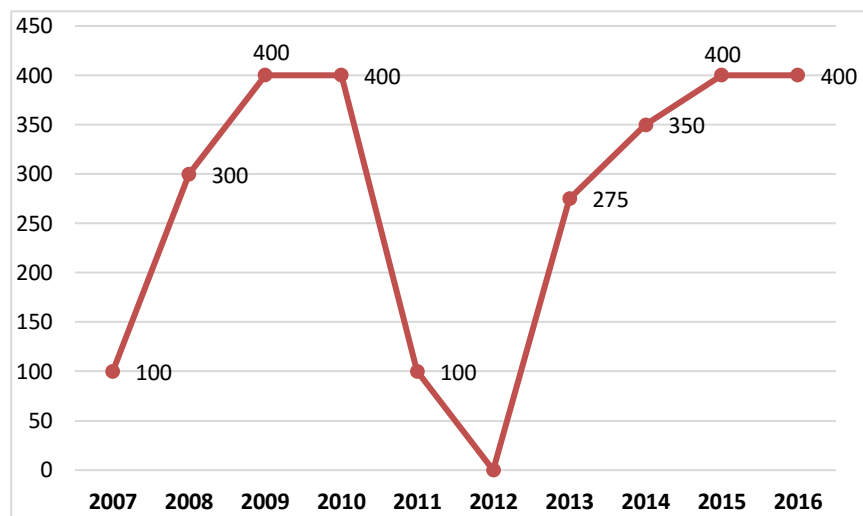
comporterebbe molto probabilmente un aggravio di costi per gli enti erogatori e una riduzione degli oneri familiari. [...] Se si valuta la condizione economica soltanto della persona e non dei suoi parenti, si ottiene l'effetto distorto di dover applicare la stessa contribuzione a utenti che sono in condizioni radicalmente diverse" [Pesaresi, 2012]. Due anziani non autosufficienti con medesimo scarso reddito personale potrebbero avere due situazioni familiari diametralmente opposte (senza rete familiare o inseriti in nucleo familiare particolarmente benestante), ma essere valutati con identica condizione economica e, quindi, con la medesima tariffa da corrispondere.

L'introduzione degli ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) per valutare i redditi degli assistiti ha prodotto ulteriori variabili nelle situazioni regionali. Province e Regioni a statuto speciale come la Provincia Autonoma di Bolzano, la Provincia Autonoma di Trento, la Valle d'Aosta e il Friuli-Venezia Giulia hanno elaborato e adottato un indicatore diverso dall'ISEE. In Trentino, ad esempio, è stato introdotto l'ICEF (Indicatore della Condizione Economica Familiare), mentre in Alto Adige il VSE (Valore Situazione Economica). In generale, la maggioranza delle Regioni ha approvato delle modifiche ai parametri dell'ISEE, ma non tutte impattano con il calcolo dei costi per i servizi di non autosufficienza. Ciò accade, invece, in 8 realtà regionali (oltre alle quattro già citate, Calabria, Lazio, Piemonte, Puglia): qui le modifiche dell'ISEE influenzano la misurazione del reddito degli ospiti delle RSA.

Il metodo delle fasce di contribuzione sulla base dei parametri ISEE regionali determina, quindi, le quote percentuali di compartecipazione al costo dei servizi da parte dell'utente. Solitamente vengono stabilite delle soglie di reddito ISEE al di sotto delle quali gli utenti sono esentati dal concorrere al costo del servizio, mentre la collocazione in altre fasce di reddito di valore crescente prevede una compartecipazione parziale al costo. Viene anche stabilita una soglia al di sopra della quale gli assistiti pagano integralmente il costo della RSA [Pesaresi, 2012]. Questo argomento, con le relative specificità regionali, è trattato nel capitolo 4.

Una certa attenzione va riservata alle risorse aggiuntive, rispetto a quelle regionali, che il Governo mette a disposizione dal 2007 attraverso il *Fondo nazionale non autosufficienze*. Il Fondo è riservato a persone non autosufficienti di ogni età e ha una natura espressamente sociale. Le risorse stanziare sono, infatti, finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale del settore socio-sanitario e sono aggiuntive rispetto a quelle già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni [NNA, 2014].

Fig. 2 - Stanziamenti per il Fondo nazionale non autosufficienze, milioni di euro per anno



Fonte: NNA, 2014

Gli stanziamenti governativi sono sempre stati considerati dagli esperti del settore come inadeguati rispetto alle esigenze dei servizi di welfare locale per le persone non autosufficienti. Dopo i primi anni il Fondo fu azzerato dalle scelte del Governo Berlusconi che, invece, riteneva eccessiva la spesa pubblica per le persone non autosufficienti.

5. La distribuzione territoriale dei presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali nelle Regioni italiane

5.1 Per una quantificazione dei presidi socio-sanitari e socio-assistenziali in Italia

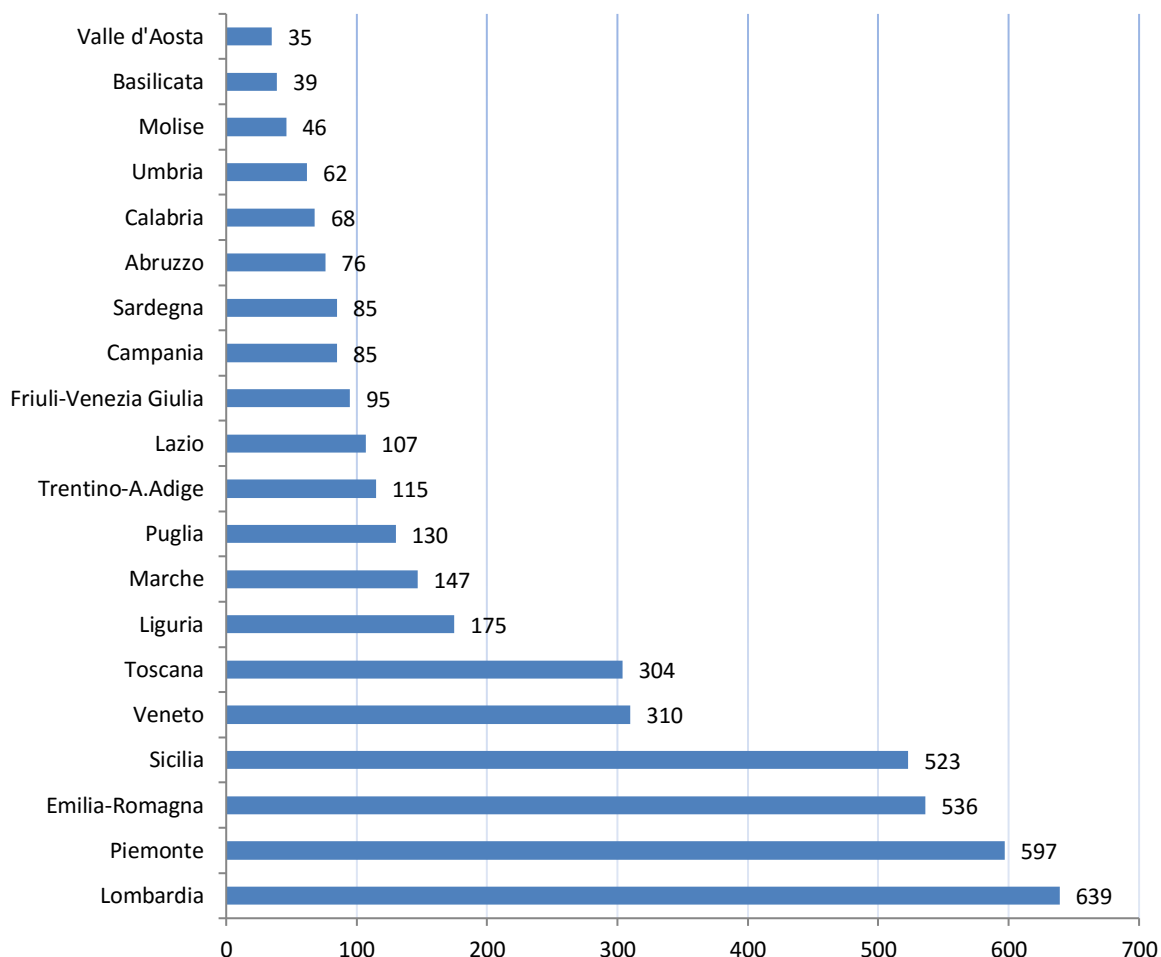
La quantificazione dei presidi socio-sanitari e socio-assistenziali attivi in Italia è complicata poiché alle difficoltà di reperimento dei dati si aggiungono quelle riguardanti la definizione stessa delle strutture, ripartite secondo differenti modalità e criteri. Enti pubblici, statistiche nazionali, rapporti di ricerca, associazioni di categoria calcolano in maniera diversa i presidi, suddividendoli di volta in volta sulla base della residenzialità (presidi residenziali e presidi semi-residenziali), della natura dei servizi (presidi socio-sanitari e presidi socio-assistenziali), dell'utenza (presidi per anziani, presidi per minori, presidi per disabili, presidi per adulti in difficoltà, per autosufficienti, per non autosufficienti, ecc.), della natura giuridica della struttura (pubblico, privato).

Secondo le ultime rilevazioni dell'ISTAT [ISTAT, 2015] i presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali attivi in Italia sono 12.261 e dispongono complessivamente di 384.450 posti letto (6,3 ogni 1.000 persone residenti). Nella categoria dei presidi residenziali l'ente nazionale di statistica include le strutture pubbliche o private che erogano servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno, escludendo le strutture ospedaliere. Tra le persone in stato di bisogno si annoverano minori, anziani, persone con disabilità, persone con dipendenze patologiche, persone affette da patologie psichiatriche o disagi sociali. Le strutture socio-sanitarie, quindi quelle rivolte a persone non autosufficienti con esigenze di cure mediche continue, sono 8.272 e coprono oltre il 74% dei posti letto disponibili (285.000).

Secondo i calcoli del Ministero della Salute le strutture di tipo socio-sanitario residenziali e semi-residenziali sono 9.313; di queste, quelle residenziali sono 6.526 e quelle rivolte ad anziani non autosufficienti sono 3.098 [Ministero della Salute, 2012]. I dati del Ministero dell'Interno, invece, quantificano RSA e RA, ovvero residenze socio-sanitarie e residenze socio-assistenziali, in 6.754 strutture; di queste, 4.174 accettano anziani non autosufficienti. Oltre il 15% si trovano nella sola Lombardia e in generale nel Nord-Ovest è concentrato poco più di un terzo del totale delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti. Nelle regioni meridionali, a eccezione della Sicilia, le strutture residenziali per anziani sono poche. Ponderando questi dati con la numerosità della popolazione residente spiccano e allarmano

le situazioni di Campania, Calabria e Lazio: sommate assieme, le strutture di queste tre regioni (260) sono circa un quinto delle strutture lombarde e piemontesi.

Fig. 3 - Presidi residenziali che accettano anziani non autosufficienti, al 31.12.2014

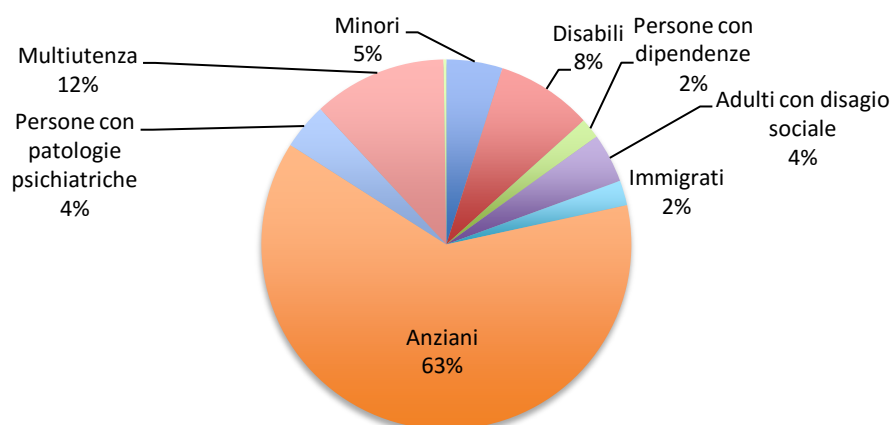


Fonte: elaborazione IRES Morosini su dati Ministero dell'Interno

La Prima Indagine Nazionale Auser sulle case di riposo in Italia, condotta nel 2011, ha censito 6.715 strutture residenziali (RSA e RA), di cui quasi 3.000 sono RSA. La panoramica è quindi molto variegata e di difficile interpretazione, ma nonostante ciò è opportuno aggiungere un ulteriore elemento di analisi forse capace di chiarire alcuni punti: il numero di posti letto. Utilizzando questo criterio le stime delle varie fonti sembrano avvicinarsi e restituiscono un'immagine più omogenea. In particolare, il più recente rapporto dell'ISTAT indica che i posti letto disponibili nelle strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali italiane sono complessivamente 384.450, per differenti utenze e tipologie di servizi. Tra questi, oltre il 74% dei posti letto complessivi si trova in strutture di tipo socio-sanitario.

I posti letto per gli utenti anziani, autosufficienti e non, sono quelli di gran lunga più numerosi, poco più di 240.000. Tuttavia, considerando solamente i presidi socio-sanitari e quindi le strutture che garantiscono cure mediche e prestazioni sanitarie continue, i numeri cambiano.

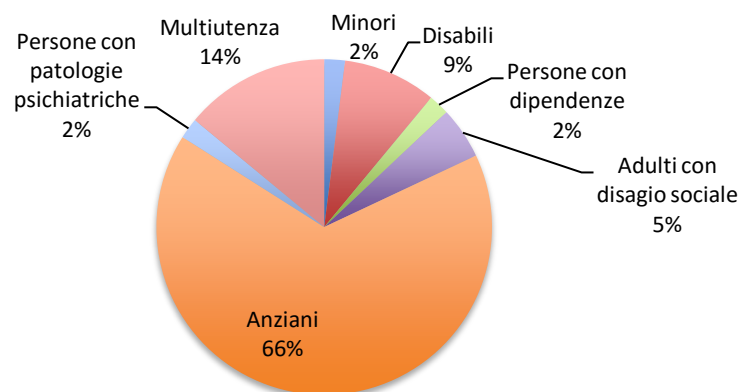
Fig. 4 - Posti letto per tipologia di utenza nei presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali, al 31.12.2013



Fonte: elaborazione IRES Morosini su dati ISTAT

Come si evince dal grafico qui sotto, gli anziani sono anche in questo caso la tipologia a cui è riservato il maggior numero di posti letto: secondo l'ISTAT su circa 285.000 posti letto due terzi sono disponibili per loro (circa 188.000).

Fig. 5 - Posti letto per tipologia di utenza nei presidi residenziali socio-sanitari, al 31.12.2013



Fonte: elaborazione IRES Morosini su dati ISTAT

La cifra è confermata anche dai censimenti del Ministero della Salute, che li quantificano in poco più di 180.000. I restanti posti letto nelle strutture socio-sanitarie (RSA, case protette,

Hospice) sono disponibili per la multiutenza (14%), i disabili (9%) e gli adulti con patologie (psichiatriche, dipendenze, disagi sociali). Gran parte dell'offerta socio-sanitaria (83% dei posti letto) fornisce un livello di assistenza sanitaria medio-alto, ovvero trattamenti medico-sanitari estensivi o intensivi a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria (il livello medio prevede cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie, ecc.; quello alto prevede trattamenti intensivi essenziali per il supporto delle funzioni vitali). Solamente il 17% dei posti letto nel settore socio-sanitario ha un livello di assistenza sanitario basso, in grado cioè di fornire solo prestazioni sanitarie di base [ISTAT, 2015].

Ricapitolando, i posti letto destinati ad anziani non autosufficienti in strutture residenziali socio-sanitarie sono circa 185.000, con alcune variazioni in relazione alla fonte dei dati e al periodo di rilevazione (ISTAT, Ministero della Salute). Si tratta di 197 posti letto ogni 10.000 anziani residenti in Italia.

5.2 I presidi socio-sanitari per anziani nelle Regioni italiane

Considerando i soli presidi socio-sanitari, ovvero Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), case protette, Hospice, i cui utenti sono ricompresi nelle tipologie citate precedentemente (anziani, disabili, minori, adulti con disagi psichici o sociali), i posti letto sono 282.416 e sono distribuiti in maniera marcatamente diseguale sul territorio nazionale. Più dell'83% dei posti complessivi, infatti, si trova in Nord Italia (49,7% nel Nord-Ovest, 33,4% nel Nord-Est). Il resto (11,7% e 5,2%) rispettivamente al Centro e al Sud e isole. È qui che si aggravano i problemi legati alla capacità di soddisfare la sempre crescente domanda socio-sanitaria, soprattutto da parte di utenti anziani.

Nella tabella seguente sono riportati i posti letto per anziani disponibili in presidi socio-assistenziali e socio-sanitari, misurati nel 2009 e nel 2013. La distribuzione è fortemente sbilanciata verso il Nord del Paese e anche l'indicatore dei posti letto ogni 100 anziani residenti riflette una situazione alquanto squilibrata: Abruzzo, Campania e Calabria fanno registrare le performance peggiori, con circa 0,60 posti letto ogni 100 residenti anziani; all'estremo opposto si collocano le regioni alpine nord-occidentali e le due province autonome, queste ultime con oltre 4 posti letto ogni 100 anziani. Per ciò che concerne, invece, i soli presidi di tipo socio-sanitario (per anziani non autosufficienti), l'unico dato a disposizione è quello nazionale: i posti letto per questa categoria, come già ricordato nel paragrafo precedente, sono 188.097 (ISTAT, 2015).

Ulteriori elementi di diversità e frammentazione sono riconducibili alla capacità ricettiva che le strutture residenziali sono in grado di assicurare, poiché si possono rilevare unità molto ridotte (da 10 a 20 posti) e realtà di dimensioni enormi (fino a 1.000 posti letto).

Come vedremo in seguito, la stessa configurazione giuridica dei presidi è la più disparata, dato che coesistono aziende sanitarie locali pubbliche, fondazioni, cooperative sociali, società individuali, società di capitali o enti religiosi [Sebastiano e Porazzi, 2010]. L'elemento, invece, che accomuna tutte le unità di offerta è certamente riscontrabile nella tipologia degli assistiti: anziani ultrasessantacinquenni, non autosufficienti, necessitanti di cure mediche, in condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio.

Tab. 5 - Posti letto (PL) per anziani operativi nei presidi residenziali, 2009-2013

Regione	2009		2013	
	Valori assoluti	PL ogni 100 anziani	Valori assoluti	PL ogni 100 anziani
Piemonte	37.233	3,7	42.471	3,9
Valle d'Aosta	1.053	3,9	1.045	3,6
Liguria	12.740	2,9	5.870	1,3
Lombardia	80.674	4,1	63.187	2,9
Provincia Aut. Bolzano	3.810	4,3	4.515	4,6
Provincia Aut. Trento	4.827	4,8	4.685	4,2
Veneto	38.585	3,9	30.168	2,8
Friuli-Venezia Giulia	11.322	3,9	2.053	0,7
Emilia-Romagna	32.430	3,3	30.393	2,9
Toscana	18.324	2,1	8.133	0,9
Umbria	2.455	1,2	2.642	1,2
Marche	8.296	2,4	6.882	1,9
Lazio	16.525	1,5	12.760	1,0
Abruzzo	7.262	2,5	1.460	0,5
Molise	2.006	2,8	1.261	1,7
Campania	3.341	0,4	5.268	0,5
Puglia	8.494	1,1	5.465	0,6
Basilicata	930	0,8	1.475	1,2
Calabria	3.930	1,0	2.554	0,6
Sicilia	14.806	1,6	10.102	1,0
Sardegna	5.017	1,6	3.875	1,1
NORD-OVEST	131.700	3,9	112.573	3,0
NORD-EST	90.974	3,8	71.814	2,7
CENTRO	45.600	1,8	30.417	1,1
SUD E ISOLE	45.786	1,2	31.460	0,8
ITALIA	314.061	2,6	246.264	1,9

Fonte: elaborazione IRES Morosini su dati ISTAT e Ministero della Salute

Dal 2000 al 2009 in tutta Italia si è assistito a un mutamento nella natura delle strutture residenziali: sono cresciuti in modo significativo i posti delle RSA e delle case protette (residenze socio-sanitarie), mentre si sono ridotti quelli delle residenze socio-assistenziali senza prestazioni sanitarie. Se nel 1999 i presidi residenziali per anziani erano suddivisi equamente tra socio-sanitari e socio-assistenziali nel corso del decennio successivo i primi rappresentavano oltre l'80% del totale delle strutture.

Tab. 6 - Posti letto in presidi residenziali per anziani, per tipologia, anni 1999-2013

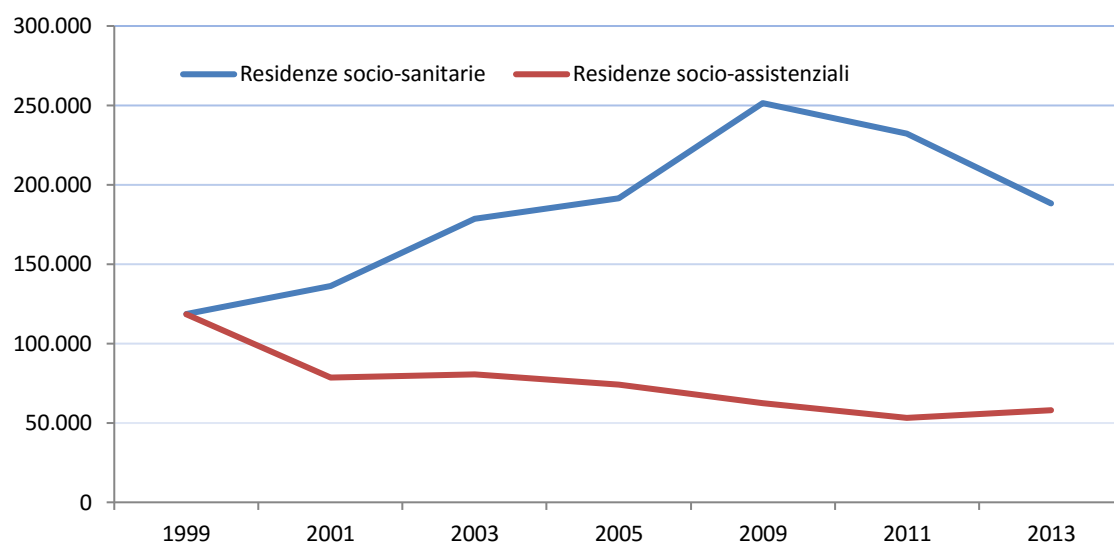
	1999	2001	2003	2005	2009	2011	2013
Residenze socio-sanitarie	118.591	136.162	178.502	191.354	251.425	232.354	188.097
Residenze socio-assistenziali	118.422	78.517	80.481	73.972	62.636	53.186	58.167
TOTALE	237.013	214.679	258.983	265.326	314.061	285.540	246.264
Posti letto ogni 100 anziani	2,3	2,0	2,3	2,3	2,6	2,3	1,9

Fonte: elaborazione IRES Morosini su dati ISTAT

La residenza assistenziale (la casa di riposo comunemente intesa) per anziani autosufficienti smette così, nel corso dei primi anni del millennio, di essere la struttura residenziale di riferimento e viene sostituita dalle residenze socio-sanitarie per non autosufficienti (tra cui le RSA), nell'ambito di un percorso ineluttabile [NNA, 2009]. Le strutture assistenziali, infatti, sono inappropriate per l'ospitalità di anziani che possono rimanere a casa, ma sono anche inadeguate per l'assistenza di anziani con necessità sanitarie continue.

Le RSA, infatti, si sono trovate a fronteggiare una situazione di continuo aumento di richieste di accesso da parte di pazienti anziani affetti da molteplici problemi clinici e senza reti di supporto familiare. Se, infatti, analizziamo il numero effettivo degli ospiti in tali strutture il quadro si modifica ulteriormente, così come assume un'importanza fondamentale la ripartizione territoriale dei presidi socio-sanitari, dei posti letto e degli ospiti.

Fig. 6 - Posti letto in presidi residenziali per anziani, per tipologia, anni 1999-2013



Fonte: elaborazione IRES Morosini su dati ISTAT

Ciò che emerge con maggiore evidenza dalla tabella e dal grafico precedenti è però il drastico calo di posti letto per anziani negli ultimi cinque anni. Come si vedrà in seguito, questo dato ha delle ovvie ripercussioni sul tasso di ricovero, ovvero sul rapporto tra anziani effettivamente ricoverati e anziani residenti. In questa sede, concentrandoci esclusivamente sui posti letto, possiamo notare una perdita di quasi 40.000 unità in due anni, prodotto di una diminuzione dei posti letto in presidi socio-sanitari di circa 45.000 e di un aumento di 5.000 nei presidi assistenziali.

Il Network Non Autosufficienza misura l'offerta di servizi residenziali agli anziani rapportando il numero di posti letto al numero totale di anziani residenti (moltiplicato per 100). Sulla base di questo indicatore e dei dati ISTAT, si può riscontrare un decremento dal 2009 in poi, quando cioè il livello medio nazionale era del 2,6%, per poi calare al 2,3% (2011) e all'1,8% (2013). A livello territoriale quasi tutte le regioni riportano tassi di copertura costanti o in declino. Le riduzioni più significative sono avvenute in Lombardia, Veneto e Friuli-Venezia Giulia per ciò che riguarda il Nord Italia; in Toscana per il Centro e in alcune regioni del Sud come Abruzzo, Molise e Sicilia. Le uniche realtà in controtendenza sono state Piemonte, Provincia Autonoma di Bolzano e Basilicata.

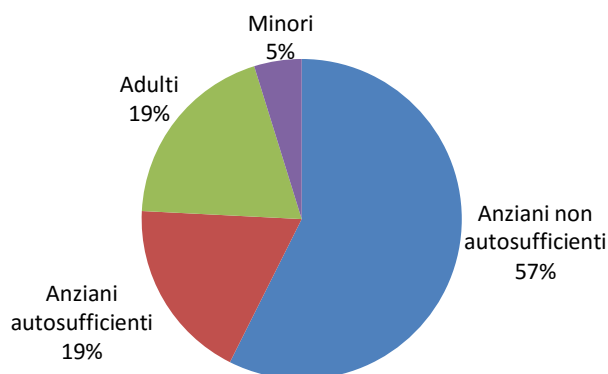
Confrontando il 2009 con il 2013 si nota come la geografia dell'utenza nei servizi residenziali non sia mutata in maniera significativa. Le regioni del Mezzogiorno si attestano su percentuali al di sotto della media nazionale; il contrario per quelle settentrionali, mentre quelle del Centro sono anch'esse sotto la media nazionale.

Per spiegare il trend negativo sarebbe tuttavia opportuno richiamare le politiche (nazionali e locali) tese a favorire la permanenza a casa dell'anziano piuttosto che la sua istituzionalizzazione, le alterne vicende del Fondo nazionale non autosufficiente citato nel capitolo precedente e la differenza dei livelli di spesa per il LTC (Long-Term Care) nei Paesi europei. In Italia sembra essersi avviato ormai da alcuni anni un percorso di riforme che, seppur diverso nelle modalità attuative, è accomunato da un obiettivo comune, ovvero il raggiungimento della sostenibilità economica del sistema di cura attraverso un contenimento della spesa pubblica. Le strutture residenziali sono, tra gli interventi possibili, quelli con i maggiori costi per il Servizio Sanitario Nazionale; in un'ottica di riduzione dei fondi destinati al settore socio-sanitario è quindi perseguita una strategia che privilegi il ricorso ai trasferimenti monetari o all'assistenza domiciliare.

5.3 Gli ospiti dei presidi socio-sanitari e socio-assistenziali nelle Regioni italiane

Oltre al numero di posti letto è poi fondamentale quantificare il numero effettivo di ospiti nei presidi residenziali socio-sanitari. Anche in questo caso le cifre sono variabili e non vi sono rilevazioni univoche. Secondo il Ministero della Salute nel 2013 (ultimi dati disponibili) gli utenti anziani assistiti in strutture residenziali sanitarie (RSA e simili) erano 267.771, di cui quasi un terzo nella sola Lombardia. Secondo l'ISTAT, invece, gli anziani (autosufficienti e non autosufficienti) ospiti nei presidi socio-sanitari e socio-assistenziali (RSA, RA, case di riposo, ecc.) sono 278.652 al 31.12.2013 (ultimi dati disponibili), rappresentando il 75% degli ospiti complessivi. Di questi, 210.853 sono categorizzati come "non autosufficienti" e quindi potenziali ospiti di RSA, case protette, Hospice.

Fig. 8 - Ospiti dei presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali, al 31.12.2013



Fonte: elaborazione IRES Morosini su dati ISTAT

Col progressivo aumento del numero di persone anziane affette da più di una patologia e disabili, le RSA sono diventate, nel corso degli anni, la risposta assistenziale privilegiata per i cosiddetti anziani “fragili”, con una tendenza verso una maggiore gravità delle condizioni degli ospiti. Nel nostro Paese circa il 2% degli anziani è ospite di strutture residenziali, l’1,6% è in condizioni di non autosufficienza. Il profilo del paziente-tipo di una Residenza Sanitaria Assistenziale restituisce la seguente immagine:

- ha un’età media di 83 anni e mezzo;
- è in prevalenza donna (76%);
- è affetto da 4 patologie;
- prende 5 farmaci al giorno;
- ha 4,2 funzioni vitali compromesse;
- ha un deficit cognitivo medio di 3,2 CPS.

Il CPS è il Cognitive Performance Scale [Morris et al., 1994], una scala che gradua il deficit cognitivo dell’utente in 6 classi:

1. intatto;
2. deficit borderline;
3. deficit lieve;
4. deficit moderato;
5. deficit moderatamente grave;
6. deficit grave;
7. deficit gravissimo.

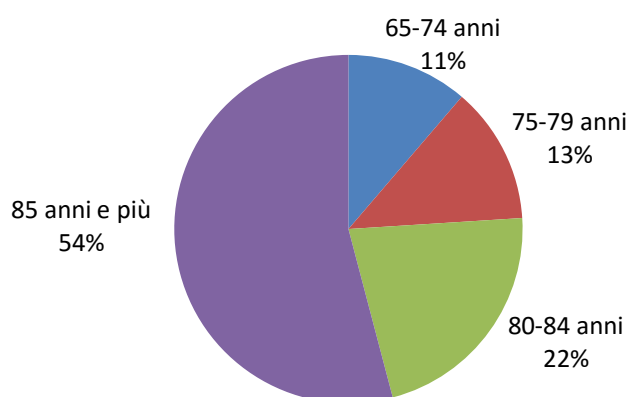
Secondo alcune rilevazioni, purtroppo non molto recenti [Ministero della Salute, 2012; ARS Liguria, 2013], il 34,2% degli ospiti delle RSA è costretto a letto e necessita di cura e assistenza continue e la patologia cronica più frequente è rappresentata dalle demenze (interessa il 44% degli assistiti). Segue in ordine di frequenza la cardiopatia ischemica cronica con il 24,5%, la bronco pneumopatia cronica ostruttiva con il 22,3%, le malattie cerebrovascolari con il 18% e il diabete con il 17,5%. Le strutture residenziali, di conseguenza, hanno modificato la loro iniziale missione di mera accoglienza alberghiera offrendo in aggiunta servizi di assistenza sanitaria con personale qualificato e attività specifiche necessarie alla cura della persona anziana per rispondere ai nuovi bisogni.

Il geriatra Antonio Guaita sottolinea come la non autosufficienza determinata dalla demenza e da altre patologie (comorbidità) pone nuovi aspetti da affrontare per i presidi residenziali socio-sanitari: “la dipendenza degli anziani non è più immobile, alcuni anzi si muovono “fin

troppo”, ma non sanno dove vanno. La struttura è invece attrezzata per sostenere e assistere chi è immobilizzato o limitato nelle capacità motorie. Non vi è più un rapporto lineare fra perdita funzionale motoria e necessità assistenziali. Una persona con grave perdita funzionale motoria, immobile in carrozzina, richiede meno tempo di cura di una persona con demenza che cammina continuamente ed è magari ad alto rischio di caduta, ma non ha coscienza della sua fragilità. Una persona immobile ma cognitivamente integra può anche essere lasciata sola per un po’, invece una persona con demenza che cammina non può essere persa di vista neppure un momento. Il tempo di sorveglianza sta aumentando più del tempo di assistenza diretta. Ma tutta l’attrezzatura culturale e operativa delle residenze fornisce un substrato di cultura e di motivazione all’assistenza agli anziani dipendenti, mentre è in un certo senso “vuoto” il tempo di sorveglianza” [ARS Liguria, 2013].

Tra gli ospiti anziani prevalgono le donne, come effetto della maggiore aspettativa di vita rispetto agli uomini e della differenza di età che tendenzialmente esiste tra marito e moglie, determinando un maggior rischio di vedovanza e solitudine. L’età dei residenti in strutture socio-sanitarie è in aumento rispetto al passato: si è creata una situazione in cui i settantacinquenni rappresentano un’utenza “giovane” per questa area di assistenza, che ora si rivolge principalmente ad anziani ultra ottantenni, diventati i tre quarti degli utenti e in continuo aumento. Oltre la metà degli assistiti, inoltre, ha più di 85 anni. Se assumiamo i dati ISTAT (anziani non autosufficienti in presidi residenziali) come una ragionevole stima degli anziani non autosufficienti ospiti in residenze socio-sanitarie, possiamo rilevare le seguenti fasce d’età.

Fig. 9 - Ospiti non autosufficienti dei presidi residenziali per classe d’età, al 31.12.2013



Fonte: elaborazione IRES Morosini su dati ISTAT

Il tasso di ricovero degli anziani non autosufficienti (ovvero il numero di ospiti ultra sessantacinquenni ogni 1.000 residenti ultra sessantacinquenni) varia considerevolmente da

Regione a Regione; la media italiana è di 16 ospiti ogni 1.000 anziani residenti, ma la distribuzione sul territorio è alquanto squilibrata, così come si registra per quanto riguarda i posti letto. Nelle strutture residenziali del Nord-Ovest il tasso di ricovero raggiunge il valore di 26 ospiti ogni 1.000 anziani; lo stesso dato si rileva nel Nord-Est, con i numeri più elevati in provincia di Trento (41) e di Bolzano (43). Nel Centro il tasso si riduce notevolmente (9) e così nel Sud, raggiungendo un valore di 6 ricoverati ogni 1.000 anziani residenti.

Il tasso di ricovero più basso si registra in Campania dove, ogni 1.000 anziani residenti, poco più di 2 sono ospiti delle strutture residenziali per non autosufficienti.

Tab. 7 - Ospiti non autosufficienti dei presidi residenziali, al 31.12.2013

Regione	Ospiti	% donne	Fasce d'età				Tasso di ricovero 2013	Tasso di ricovero 2008
			65-74	75-79	80-84	>85		
Piemonte	25.028	77%	9,5%	12,6%	22,7%	55,2%	23	24
Valle d'Aosta	912	72%	10,2%	10,1%	24,8%	54,9%	32	34
Liguria	7.332	75%	8,1%	12,7%	26,6%	52,6%	16	16
Lombardia	61.419	78%	10,1%	12,0%	21,2%	56,7%	28	37
Provincia Aut. Bolzano	4.247	70%	18,6%	10,4%	16,9%	54,1%	43	39
Provincia Aut. Trento	4.555	76%	10,8%	11,0%	18,3%	59,9%	41	42
Veneto	27.364	77%	10,8%	11,9%	20,6%	56,7%	26	32
Friuli-Venezia Giulia	7.417	77%	10,5%	10,1%	17,8%	61,6%	24	32
Emilia-Romagna	23.614	74%	10,0%	11,4%	20,8%	57,8%	23	25
Toscana	11.564	75%	12,3%	13,4%	22,0%	52,3%	12	14
Umbria	1.929	74%	14,2%	12,3%	22,5%	51,0%	9	9
Marche	5.527	75%	9,7%	14,1%	24,3%	51,9%	15	15
Lazio	6.379	74%	15,0%	15,2%	24,0%	45,8%	5	7
Abruzzo	2.455	73%	12,7%	14,7%	24,6%	48,0%	8	17
Molise	662	79%	12,4%	14,0%	23,4%	50,2%	9	13
Campania	2.092	64%	20,0%	21,9%	31,1%	27,0%	2	1
Puglia	5.518	71%	17,9%	13,6%	24,6%	43,9%	6	7
Basilicata	886	70%	15,8%	14,0%	23,2%	47,0%	7	6
Calabria	2.218	69%	19,7%	20,8%	22,9%	36,6%	5	6
Sicilia	6.439	70%	14,9%	19,8%	27,5%	37,8%	6	8
Sardegna	3.296	68%	18,3%	17,2%	22,9%	41,6%	9	8
NORD-OVEST	94.691	77%	9,8%	12,2%	22,1%	55,9%	26	30
NORD-EST	67.197	76%	11,0%	11,3%	20,0%	57,7%	26	30
CENTRO	25.399	75%	12,6%	13,9%	23,0%	50,5%	9	11
SUD E ISOLE	23.566	70%	16,7%	17,3%	25,6%	40,4%	6	7
ITALIA	210.853	76%	11,3%	12,7%	21,9%	54,1%	16	19

Fonte: elaborazione IRES Morosini su dati ISTAT

Le differenze territoriali sono più evidenti per le donne anziane non autosufficienti, nel 77% dei casi accolte nelle strutture del Nord Italia. In questa ripartizione sono ricoverate 34 anziane

non autosufficienti ogni 1.000 residenti della stessa età. Anche per le donne il tasso di ricovero più elevato si registra nelle due province autonome, dove risultano ricoverate oltre 54 donne anziane ogni 1.000. Nelle altre parti d'Italia il tasso di ricovero per questa categoria di ospiti subisce un forte calo, 12 per 1.000 anziani residenti nel Centro e solo 7 per 1.000 nel Sud.

L'analisi dei dati riportati in tabella evidenzia che la differenziazione fra Nord e Sud del Paese è riscontrabile anche tra le fasce d'età degli assistiti, laddove nel Meridione la quota di ultra ottantacinquenni risulta essere meno marcata rispetto a quanto calcolato nel Settentrione.

In particolare, la Campania è la regione con la quota di ultra ottantacinquenni più limitata (27%), mentre in alcune aree del Nord-Est si registrano le quote più elevate: quasi il 62% in Friuli-Venezia Giulia, quasi il 60% in Trentino e poco meno del 58% in Emilia-Romagna. Campania e Calabria sono anche le regioni con l'età media degli assistiti più bassa.

Per quanto riguarda il tasso di femminilizzazione degli ospiti non autosufficienti, come è già stato sottolineato è molto elevato in tutta Italia, ma più attenuato al Sud. Campania, Calabria e Sardegna sono le uniche tre regioni a fare registrare una percentuale di donne sul totale dei ricoverati inferiore al 70%. I numeri più allarmanti, tuttavia, sono quelli riportati nelle ultime colonne e relativi ai tassi di ricovero: il divario interno al Paese è molto marcato e riflette, oltre a differenti comportamenti sociali, una diseguale distribuzione delle strutture residenziali socio-sanitarie sul territorio. Il confronto con i dati del 2008 mostra che il tasso di ricovero è diminuito ovunque, con contrazioni particolarmente significative in Abruzzo, Veneto e Friuli-Venezia Giulia. Nell'arco di cinque anni la media nazionale passa da 19 ricoverati anziani non autosufficienti ogni 1.000 anziani a 16.

5.4 Titolarità e gestione delle strutture residenziali

“Le residenze sanitarie assistenziali sono strutture sanitarie extraospedaliere, gestite da soggetti pubblici o privati, organizzate per nuclei o moduli funzionali, finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, assistenziali, di recupero funzionale e di inserimento sociale nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone, non assistibili a domicilio, le cui limitazioni fisiche e/o psichiche non consentono di condurre una vita autonoma e le cui patologie non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o nei centri di riabilitazione”. Questa è una delle numerose definizioni di residenze sanitarie assistenziali individuabili nella letteratura. I soggetti che gestiscono queste strutture possono essere pubblici o privati, tuttavia anche i titolari delle strutture possono essere pubblici o privati.

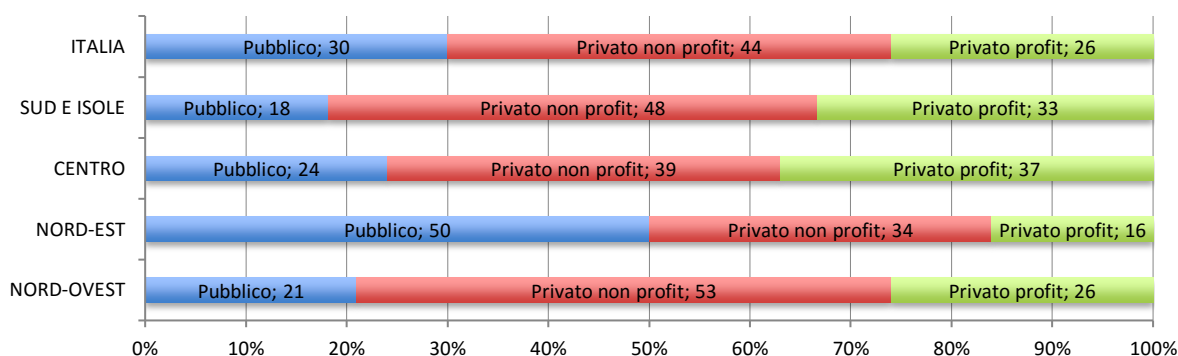
La titolarità delle oltre 12.200 strutture residenziali italiane è pubblica (quindi legata a comuni, unioni di comuni, aziende sanitarie locali, Regioni) nel 25% dei casi, un numero che decresce lentamente di anno in anno. I tre quarti delle strutture hanno quindi titolari privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale, secondo le procedure illustrate nel secondo capitolo: nel 36% dei casi si tratta di privati non profit, nel 22% di privati profit e nel 15% di enti religiosi (per il 2% non è stato possibile individuare la titolarità) [ISTAT, 2015]. Un'altra rilevazione dell'ISTAT conteggia i posti letto complessivi (384.450) e non le singole strutture. Anche in questo caso sono considerati i presidi socio-assistenziali e quelli socio-sanitari, quindi posti letto per una multiutenza che vede negli anziani la quota prevalente, ma comprende anche disabili, adulti con disagi psichici e sociali e minori. In questo contesto, cioè prendendo come unità di misura i posti letto, le percentuali cambiano leggermente: il 30% dei posti si trova in strutture pubbliche, il 25% in strutture private profit e il 44% in strutture private non profit e religiose (l'1% non è indicato).

Il dettaglio regionale mostra un quadro molto differenziato, in cui i territori a statuto speciale del Nord Italia sembrano garantire un livello di titolarità pubblica molto superiore alla media e comunque più della metà dei posti letto disponibili si trovano in strutture con questo status: 73% in provincia di Bolzano, 71% in provincia di Trento, 53% in Valle d'Aosta, 56% in Friuli-Venezia Giulia. Anche il Veneto fa registrare livelli di questo tenore (53%), mentre il resto d'Italia si colloca molto al di sotto di queste percentuali. Vi sono Regioni in cui i posti letto in strutture residenziali a titolarità pubblica incidono per una quota attorno al 30% (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo), inferiore al 20% (Liguria, Lombardia, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna) e due casi inferiori al 10%: Lazio e Puglia. Il Lazio emerge come un caso particolare anche perché è l'unica realtà regionale ad avere più della metà dei posti letto in strutture del privato profit (52%). Anche in Puglia la quota del profit è molto elevata, ma si attesta sul 46% così come il non profit.

La Lombardia è la Regione in cui le strutture residenziali private non profit ospitano il maggior numero di posti letto (ben il 67% del totale dei posti letti lombardi). In generale, tutto il Nord-Ovest fa registrare una spiccata incidenza del settore non profit. Il Nord-Est, invece, grazie alla presenza delle Regioni a statuto speciale con una forte predominanza della titolarità pubblica delle strutture, è la parte d'Italia con l'incidenza più elevata di posti letto in presidi residenziali di questa tipologia. Centro, Sud e isole si caratterizzano, invece, per una maggiore rilevanza di posti letto in strutture del privato profit. Il Centro in particolare è il contesto con la percentuale più elevata (il 37% del totale, più che nelle altre ripartizioni nazionali), ma il dato è molto influenzato dal caso del Lazio. Grandi numeri per il non profit si registrano invece in Basilicata

(63% del totale dei posti letto lucani), Molise (51%), Sardegna (51%), Calabria (48%) e Sicilia (47%).

Fig. 10 - Posti letto in presidi socio-assistenziali e socio-sanitari per natura giuridica del titolare al 31.12.2013



Fonte: elaborazione IRES Morosini su dati ISTAT

Pur trattandosi di dati cumulativi, che includono cioè posti letto per anziani autosufficienti e non autosufficienti, minori, disabili e adulti con disagi psichici e sociali, il quadro numerico con le relative specifiche regionali è comunque un valido indicatore delle dinamiche interne al nostro Paese.

Per quanto riguarda, invece, la gestione delle residenze socio-assistenziali e socio-sanitarie, le rilevazioni ISTAT stimano che nell'88% dei casi sono gli stessi titolari a gestire direttamente il presidio e solo il 12% di essi danno in gestione le loro strutture ad altri enti. È soprattutto il titolare pubblico ad affidare la gestione di sue strutture residenziali al privato: su 100 presidi a titolarità pubblica 72 sono gestiti da enti pubblici, ma 22 da privati non profit e 4 da privati profit (per circa il 2% non è stato possibile rilevare natura giuridica e gestione). Le dinamiche di affidamento gestionale delle strutture pubbliche sono ovviamente diversificate sul territorio: avvengono con maggiore frequenza al Centro e al Sud, dove il pubblico gestisce poco meno del 60% delle proprie residenze e affida percentuali di strutture doppie rispetto al Settentrione a enti non profit (rispettivamente 31% e 28%). Titolari profit e non profit (compresi gli enti religiosi) sono invece i gestori stessi dei propri presidi nella quasi totalità dei casi [ISTAT, 2015].

Isolando il solo aspetto gestionale, quindi, i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari sono gestiti nell'80% dei casi da organizzazioni private (43% non profit, 23% profit, 14% enti religiosi); al settore pubblico spetta la gestione di circa il 18% dei presidi, mentre per il 2% non è stato possibile individuarne la natura gestionale.

Il Ministero dell'Interno, invece, nel suo ultimo Annuario delle Statistiche Ufficiali, censisce oltre 6.750 strutture residenziali per anziani, includendo quelle socio-assistenziali e quelle socio-sanitarie (il numero è a grandi linee confermato anche dal Ministero della Salute e dall'indagine dell'Auser). In questo caso la suddivisione è tra strutture a gestione pubblica, a gestione privata e a gestione mista.

Tab. 8 - Strutture residenziali per anziani per tipo di gestione, al 31.12.2014

Regioni	Gestione pubblica	Gestione privata	Gestione mista
Piemonte	35%	62%	3%
Valle d'Aosta	83%	15%	2%
Liguria	20%	74%	6%
Lombardia	15%	81%	4%
Trentino-Alto Adige	62%	19%	19%
Veneto	50%	47%	3%
Friuli-Venezia Giulia	28%	69%	3%
Emilia-Romagna	32%	65%	3%
Toscana	30%	63%	7%
Umbria	16%	80%	4%
Marche	56%	39%	5%
Lazio	5%	88%	7%
Abruzzo	18%	72%	10%
Molise	2%	93%	5%
Campania	7%	86%	7%
Puglia	10%	88%	2%
Basilicata	5%	90%	5%
Calabria	7%	82%	11%
Sicilia	6%	91%	3%
Sardegna	13%	81%	6%
ITALIA	23%	72%	5%

Fonte: elaborazione IRES Morosini su dati Ministero dell'Interno

Il quadro fornito dal Ministero dell'Interno presenta alcune difformità rispetto ai dati dell'ISTAT citati in precedenza, ma in parte questa diversità è determinata dal fatto che sono conteggiate le sole strutture per anziani. La gestione pubblica è predominante in Valle d'Aosta (83%) e in Trentino-Alto Adige (62%), ma anche nelle Marche (56%) e in Veneto (50%). In tutte le altre Regioni la maggior parte delle strutture censite ha una gestione privata, ma non vengono specificate le quote di profit e di non profit. È da rilevare la situazione di alcune realtà meridionali in cui la quota di strutture gestite da privati raggiunge percentuali molto elevate, come nel caso di Molise (93%), Sicilia (91%), Basilicata (90%) e Puglia (88%). Tuttavia, la tendenza alla gestione privata è diffusa praticamente in tutto il Paese, sebbene con incidenza

leggermente inferiore rispetto a quanto si registra per l'insieme delle strutture residenziali (quindi non per i soli anziani), come riportato precedentemente. In Trentino-Alto Adige si registra la quota di strutture a gestione mista più alta d'Italia (19%) e la spiegazione potrebbe risiedere nel ruolo delle due province autonome che, attraverso accordi di partenariato e agenzie provinciali con capitale misto pubblico/privato, controllano di fatto oltre l'80% dei presidi residenziali per anziani.

5.5 Le altre misure per il supporto alla non autosufficienza

In Italia, così come in altri Paesi dell'Europa meridionale, esiste una generale accettazione e preferenza culturale del fatto che la famiglia sia incaricata della cura all'anziano, perciò i numeri possono essere spiegati, almeno parzialmente, da questo fenomeno sociale.

Complessivamente, in Italia gli anziani (per l'ISTAT le persone con 65 anni o più) sono circa 13.220.000 e rappresentano il 21% della popolazione italiana, come descritto nel primo capitolo. Gli anziani non autosufficienti sono circa 2,5 milioni, di cui solamente l'1,6% è ricoverato in presidi residenziali. Considerando anziani autosufficienti e non autosufficienti assistiti in strutture sia di tipo socio-sanitario sia socio-assistenziale la percentuale arriva al 2,1% del totale degli anziani residenti, una quota che si è stabilizzata da alcuni anni e che tuttavia nel 2005 arrivava al 3%. Rispetto all'Europa il nostro Paese si colloca tra quelli con il più basso numero di anziani ricoverati nelle strutture residenziali. La media continentale si aggira attorno al 5%, con quote più elevate nei Paesi del Centro e Nord Europa (Belgio, Svezia, Paesi Bassi, Francia) e quote più basse registrate nel Sud Europa (Grecia, Spagna, Portogallo e, appunto, Italia). È però da evidenziare che la maggioranza dei Paesi dell'Unione europea sta invertendo la tendenza alla crescita, riducendo la percentuale di anziani assistiti nelle strutture residenziali [NNA, 2013]. Il fenomeno è il frutto di specifiche politiche tese a contenere i costi dell'assistenza e garantire una migliore qualità della vita presso il domicilio dell'anziano stesso. In Italia questo aspetto si verifica in maniera quasi spontanea, poiché è cresciuto esponenzialmente il numero di assistenti familiari che, di fatto, hanno frenato in modo significativo il ricorso all'istituzionalizzazione dell'anziano.

Oltre all'assistenza privata, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) pubblica è un servizio che è cresciuto negli ultimi anni e attualmente riguarda il 4,1% del totale degli anziani italiani: 4,6% al Centro e al Nord, 3,3% al Sud. È tuttavia calato il numero di ore medie erogate; le aziende sanitarie aumentano il numero degli assistiti, ma spendendo meno, riducendo per ogni anziano il numero di ore di assistenza. Le indennità di accompagnamento continuano a rappresentare una significativa quota di servizi attivabili: circa il 12% degli anziani italiani ne

beneficiano, ma l'utenza è in leggero calo rispetto al 2011 (12,6%). "Gli assegni di cura, cioè i contributi economici rivolti a persone anziane non autosufficienti e ai loro familiari, finalizzati a sostenere l'onere dell'assistenza fra le mura domestiche, sono stati oggetto di robusti investimenti da parte di numerose amministrazioni durante lo scorso decennio. Seppur non esistano dati di fonte istituzionale in proposito, tutte le informazioni disponibili indicano che con l'inizio del nuovo decennio – in concomitanza con la riduzione dei fondi trasferiti dallo Stato e la crisi finanziaria degli enti locali – si è registrata una battuta d'arresto, con la contrazione dell'utenza in molti territori. I dati e le informazioni più recenti indicano che questa tendenza di riduzione è ancora in corso" [NNA, 2015].

Il dettaglio regionale presenta una significativa eterogeneità rispetto al mix tra copertura (quota di anziani che ricevono il servizio) e intensità (ore di assistenza mediamente erogate a ciascun utente in un anno). In generale le regioni che hanno un'utenza contenuta riescono a garantire maggiore intensità di assistenza; l'intensità, invece, cala all'aumentare dell'utenza e ciò accade in regioni come la Lombardia, il Veneto, il Lazio. Negli ultimi anni la quota di ADI è cresciuta soprattutto grazie alla spinta, promossa da molte regioni, a raggiungere un numero maggiore di anziani, alla quale è stata data priorità rispetto all'intensità degli interventi. In ogni caso questi andamenti indicano la presenza di vincoli di spesa sempre più stringenti in tutte le realtà locali [NNA, 2015].

Se è vero che l'andamento complessivo della spesa pubblica per l'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti ha mostrato dal 2005 a oggi un incremento positivo, la quota di spesa destinata alla componente sanitaria è calata, con pesanti ripercussioni sui comuni e sulle famiglie degli assistiti. La riduzione delle risorse e dei servizi ha spinto le famiglie a razionalizzare la propria economia e a mantenere in casa l'indennità di accompagnamento, impegnando di più i singoli membri in compiti di assistenza. In tale scenario si inseriscono i mutamenti sociologici della struttura familiare. Il disgregarsi del modello patriarcale, specialmente in Italia, ha portato a una situazione con famiglie difficilmente in grado di accogliere e curare una persona anziana bisognosa di assistenza sanitaria e sociale continuativa. In tale contesto, la risposta informale è stata prevalentemente affidata alla creatività progettuale del nucleo familiare con soluzioni interne di assistenza legate alla scelta di un componente come *caregiver*, alla rotazione di familiari per l'assistenza, al sostegno di un vicino, amico o volontario per assolvere i compiti di cura o, in mancanza di tali condizioni, al ricorso a soluzioni alternative (assistenti familiari o delega dell'organizzazione delle funzioni al privato sociale).

I cosiddetti *caregiver* familiari sono quindi persone adulte che forniscono aiuto a un familiare nelle attività quotidiane, nella gestione delle cure, nell'accompagnamento o in altre attività di supporto. "In Italia, così come in altri Paesi dell'Europa meridionale, esiste una generale accettazione e preferenza culturale del fatto che la famiglia sia incaricata della cura dell'anziano" [NNA, 2015]. Pur non esistendo censimenti ufficiali, l'ISTAT ha stimato che in Italia ci sono circa 3.330.000 persone tra i 15 e i 64 anni che si prendono cura di adulti (inclusi gli anziani). L'8,6% della popolazione tra 15 e 64 anni è quindi in vario modo e a vario titolo impegnata in attività assistenziali gratuite (la componente femminile è di circa il 63%).

È interessante, a questo proposito, riportare ciò che è stato rilevato dal *Quinto rapporto sulla coesione sociale* curato dall'ISTAT [ISTAT, 2013], il quale rileva il numero di persone occupate che hanno beneficiato della Legge n. 104/1992 ("Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate", contenente misure anche per i familiari di persone con disabilità o non autosufficienti in termini di permessi lavorativi e altre agevolazioni). Nel 2012 sono state poco più di 356.000, mentre nel solo primo semestre del 2013 i beneficiari della Legge sono stati 303.000. Seppure questi dati complessivi includono sia persone occupate disabili, sia occupati con familiari in situazioni di non autosufficienza, è possibile ricavare quanti sono i primi (il 20%) e quanti i secondi (l'80%), che rientrano cioè nella categoria dei *caregiver* familiari. Il tasso di utilizzo di questi benefici è molto superiore al Centro e al Nord, soprattutto in Lazio.

Vi sono poi forme di sostegno economico agli anziani non autosufficienti assistiti a domicilio: si tratta di assegni (erogazione monetaria) liberamente spendibili dall'assistito e dalla sua famiglia, come già ricordato nel capitolo precedente. In Lombardia, una delle regioni le cui politiche socio-sanitarie residenziali per gli anziani sono descritte in dettaglio in un capitolo dedicato, non è individuabile un assegno di cura monetario specifico per gli anziani non autosufficienti di diretta responsabilità regionale. Tuttavia nel corso del tempo la Regione ha introdotto vari strumenti riconducibili a quest'area, tra cui il "buono badanti". Con l'istituzione del Fondo Famiglia (dGr n. 116 del 2013 e dGr n. 2942 del 2014) la Regione Lombardia ha introdotto in forma sperimentale un voucher utilizzabile per acquistare prestazioni che integrino o sostituiscano il lavoro del *caregiver* familiare.

Il Veneto prevede tre tipologie di contributo: il sostegno economico per le persone non autosufficienti assistite a domicilio; il sostegno rivolto a persone con disturbi comportamentali e quello per l'assunzione di assistenti familiari ("contributo badanti"). Misure simili sono riscontrabili in Emilia-Romagna e in Toscana, ma a fronte del drastico ridimensionamento dei Fondi regionali per la non autosufficienza la platea dei beneficiari si è ridotta. La crisi, oltre ad

aver indebolito in generale lo strumento, ha quindi determinato risposte piuttosto variabili: la Liguria ha optato per la riduzione dell'utenza e l'aumento dell'intensità, il Veneto ha mantenuto e consolidato l'utenza, l'Emilia-Romagna, cercando di mantenere inalterata l'intensità prestazionale, ha ridotto notevolmente l'utenza.

Un altro importante pilastro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è rappresentato dal ricorso, sempre più diffuso, agli assistenti familiari. Si tratta del fenomeno delle cosiddette "badanti" che ha raggiunto numeri considerevoli in Italia: si stima che lavorino più di 800.000 assistenti familiari [Pasquinelli e Rusmini, 2013] assunti in maniera regolare o irregolare. Altre stime quantificano il fenomeno in 850.000 lavoratori, nella quasi maggioranza dei casi di sesso femminile e per la maggior parte di nazionalità straniera (circa il 90%, prevalentemente da Romania, Moldavia, Ucraina, ma anche da Paesi extra-europei come le Filippine, il Brasile, il Perù). "Le assistenti familiari sono lavoratrici private che prestano attività di tipo socio-assistenziale, nonché domestica, ad anziani con limitazioni funzionali. Il fenomeno è andato crescendo negli anni, sostenuto anche dalla disponibilità di molti anziani dell'indennità di accompagnamento: è stato infatti dimostrato che esiste una correlazione diretta tra il beneficio dell'indennità e la scelta di assumere un'assistente familiare" [NNA, 2015].

Il tasso di irregolarità in questo ambito di lavoro è molto elevato: si stima che poco meno di 500.000 lavoratori (due terzi degli assistenti familiari stranieri) non abbiano un contratto di lavoro. Inoltre, sono pochi gli assistenti familiari, italiani e stranieri, che hanno seguito una formazione specifica nella cura e nell'assistenza infermieristica. Alla base dell'ampio ricorso all'irregolarità vi sono sicuramente i costi troppo elevati della regolarizzazione e alcuni vantaggi sia per le famiglie che per gli assistenti stessi: le prime pagano meno e sono libere da vincoli, i secondi, seppure rinunciando a garanzie e tutele, ottengono una paga più elevata proprio perché esentasse.

In generale possiamo affermare che il crescente ricorso agli assistenti familiari è dovuto a ragioni economiche e sociali: da un lato si registra una minore disponibilità di *caregiver* familiari, dovuta anche a un maggiore livello di occupazione femminile, che quindi deve essere compensata da altre categorie sociali. Dall'altro lato, il crescente (fino a circa il 2012) numero di assistenti familiari stranieri ha rappresentato un grande vantaggio in termini di reclutamento per le famiglie italiane con membri in condizioni di disabilità o non autosufficienza.

Tab. 9 - Assistenti familiari per provenienza e ricorso agli stessi da parte degli anziani >75 anni

Regioni	N. assistenti familiari	di cui italiane	di cui provenienti dall'Europa dell'Est	su popolazione >75 anni
Piemonte	31.997	13,9%	65,5%	5,9%
Valle d'Aosta	1.283	14,5%	65,2%	9,1%
Liguria	14.280	12,7%	48,6%	6,1%
Lombardia	54.623	8,7%	57,5%	5,2%
Trentino-Alto Adige	7.227	15,4%	73,8%	7,2%
Veneto	31.553	10,9%	79,6%	6,1%
Friuli-Venezia Giulia	10.143	16,5%	74,1%	6,8%
Emilia-Romagna	42.761	8,3%	78,1%	7,9%
Toscana	38.090	11,0%	64,4%	8,0%
Umbria	8.352	8,9%	74,8%	7,3%
Marche	12.336	14,1%	71,4%	6,2%
Lazio	33.280	10,3%	61,7%	5,6%
Abruzzo	6.680	14,6%	74,3%	4,3%
Molise	979	20,1%	73,3%	2,5%
Campania	15.898	23,3%	57,7%	3,4%
Puglia	11.020	21,1%	52,5%	2,8%
Basilicata	1.727	16,4%	75,8%	2,6%
Calabria	5.134	33,1%	47,0%	2,6%
Sicilia	9.401	31,0%	44,2%	1,9%
Sardegna	27.468	75,4%	20,8%	16,5%
ITALIA	364.132	17,5%	62,0%	5,4%

Fonte: ISTAT e INPS

Ultimamente, tuttavia, gli assistenti familiari italiani sono in crescita, probabilmente per effetto della crisi economica e occupazionale; questo fenomeno è riscontrabile soprattutto in alcune Regioni, come ad esempio la Sardegna. Qui si sta verificando un fenomeno che non ha eguali in altre parti d'Italia, poiché oltre tre quarti degli assistenti familiari è italiano. Sembra quindi che donne e uomini del posto vadano a sostituire gli immigrati nel lavoro di cure a domicilio. In misura minore ciò avviene in tutte le Regioni del Sud Italia, poiché la proporzione di assistenti familiari è superiore alla media del Paese. Per calcolare la proporzione ISTAT e INPS rapportano il numero di assistenti familiari regolarmente assunte al numero totale di persone con più di 75 anni, introducendo quindi la numerosità della popolazione anziana come elemento di comparazione. La media italiana è di poco più di 5 assistenti familiari per 100 ultrasessantacinquenni. In Sardegna, notoriamente la Regione più longeva d'Italia, questo valore supera il 16%.

Per quanto riguarda il sostegno economico da parte delle Regioni possiamo ricordare il cosiddetto “assegno badanti” della Regione Lombardia (con modalità d’accesso definite localmente) e il contributo promosso dalla Legge Regionale n. 15 del 2015 “Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari” erogato per sostenere economicamente le famiglie che assumono assistenti familiari, le attività di sportello e la promozione di attività formative rivolte agli assistenti familiari. Il Veneto ha introdotto l’assegno di cura “badanti” già nel 2002. Dal 2013 l’entità del contributo viene determinata in funzione del bisogno assistenziale (basso, medio, alto) e l’utenza si è ampliata notevolmente negli ultimi anni. Anche Emilia-Romagna, Toscana e Lazio si sono mosse in questa direzione.

L’ultima tipologia di interventi per la non autosufficienza che illustriamo è costituita dai servizi di assistenza e di natura finanziaria che sono disponibili nel settore privato per complementare o sostituire la cura dell’anziano non autosufficiente. Si tratta di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali cosiddetti *out-of-pocket* pagati esclusivamente dagli anziani stessi o dalla famiglia, *una tantum* o attraverso assicurazioni. Gli erogatori di tali servizi possono essere organizzazioni private (profit e non profit), mentre per ciò che riguarda i servizi integrativi ci si rivolge ad agenzie assicurative con prodotti specifici (fondi integrativi, polizze sulla salute, sulla vita, ecc.). Negli ultimi anni il ricorso alla sanità e all’assistenza private ha registrato un crescente e consistente aumento. In questo ambito il modello di assistenza previsto, in molti casi, è principalmente domiciliare e può comprendere un piano assistenziale personalizzato, nonché altri servizi [NNA, 2015].

5.6 La frammentazione regionale

Il progressivo processo di regionalizzazione dell’assistenza e della sanità e le diverse modalità con cui sono state denominate e classificate le strutture residenziali a livello regionale rendono particolarmente complesso analizzare e comparare i presidi socio-sanitari per anziani non autosufficienti. La denominazione più diffusa è quella di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), tuttavia, come già scritto, non sempre alla medesima definizione corrisponde lo stesso servizio.

Il “minimo comune denominatore” per le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) è relativo alla loro identificazione come strutture residenziali sanitarie extraospedaliere in grado di erogare un livello elevato di assistenza tutelare e alberghiera a persone non assistibili a domicilio. Aspetti legati all’età degli assistiti, al loro grado di non autosufficienza e al livello di cure erogate possono invece diversificare il quadro regionale.

In base a questi elementi, quindi, le Regioni italiane hanno previsto le seguenti tipologie di

RSA:

- RSA per anziani non autosufficienti (presenti in tutte le Regioni e in alcuni casi prevedono anche nuclei residenziali specializzati per pazienti affetti da Alzheimer o demenze senili);
- RSA per disabili;
- RSA di altra tipologia, ovvero per utenti in stato vegetativo permanente, affetti da disagi psichiatrici, da AIDS, da tumori o da dipendenze e malattie correlate all'alcol.

Restringendo il campo all'utenza anziana, emerge una situazione in cui la copertura attraverso le RSA è pressoché completa in tutte le Regioni; in 17 realtà su 21 è possibile individuare anche nuclei specifici per affetti da Alzheimer. Inoltre, alcune Regioni hanno voluto aggiungere una ulteriore classificazione delle RSA basata sull'intensità delle cure erogate (uno, due o tre livelli assistenziali previsti). Seppure risulti essere complesso esprimere un giudizio o una valutazione sui diversi modelli organizzativi regionali, è comunque possibile avanzare delle ipotesi interpretative in grado di collocare le esperienze regionali in alcuni modelli, elaborati dal Network Non Autosufficienza, che riportiamo di seguito.

Tab. 10 - Modelli regionali di organizzazione delle strutture residenziali per anziani

	Contributo pubblico alla retta superiore alla media nazionale (52%)	Contributo pubblico alla retta inferiore alla media nazionale (52%)
Prevalenza di strutture socio-sanitarie	ASSISTENZA SOCIO- SANITARIA AVANZATA	ASSISTENZA SOCIO- SANITARIA
Prevalenza di strutture socio-assistenziali	STRUTTURE ASSISTENZIALI	GRANDE RITARDO

Fonte: NNA, 2013

Il modello dell'assistenza socio-sanitaria avanzata è quello in cui le Regioni hanno, nel corso dell'ultimo decennio, trasformato o sostituito le proprie residenze assistenziali (case di riposo) in residenze socio-sanitarie per soggetti non autosufficienti. In questa tipologia rientrano le Regioni che, oltre alla dimensione assistenziale, hanno introdotto misure contributive per alleggerire le rette degli utenti, sia per quanto riguarda la componente sanitaria (Servizio Sanitario Nazionale), sia per quanto riguarda quella sociale (comuni). Secondo il Rapporto NNA fanno parte di questa tipologia Abruzzo, Liguria, Toscana, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Umbria e Veneto.

Il modello delle strutture assistenziali ha in comune con quello precedente la considerevole partecipazione pubblica alle spese di ricovero (o che, comunque, permette all'utente di pagare una retta inferiore alla metà del costo complessivo. Tuttavia, queste Regioni (Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Piemonte, Sardegna e Sicilia) non sono ancora riuscite

a riconvertire le proprie strutture a fronte di un mutamento della domanda da parte dell'utenza: la rete dei servizi residenziali è pertanto caratterizzata dalla predominanza delle strutture assistenziali.

Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Molise e Valle d'Aosta (modello dell'assistenza socio-sanitaria) sembrano caratterizzarsi per una riformulazione e riorganizzazione delle strutture residenziali nella direzione di una maggior disponibilità di presidi per anziani non autosufficienti, ma in una situazione in cui i costi sono caricati prevalentemente sugli assistiti.

Infine, il modello del grande ritardo riguarda Marche e Puglia: qui si sommano i disagi del ritardo della riconversione delle strutture (da socio-assistenziali a socio-sanitarie) e quelli di un elevato onere per gli utenti.

Anche analizzando la suddivisione della spesa fra quota sanitaria e quota sociale le difformità regionali emergono in maniera abbastanza netta. Come già ricordato, il finanziamento delle RSA poggia su tre soggetti: il Servizio Sanitario Nazionale, l'assistito e il comune di residenza. La ripartizione dei costi fra questi soggetti dipende sia dalle linee contenute nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sia dalle politiche regionali e comunali. La quota in carico al Servizio Sanitario Nazionale è la maggiore e incide per circa il 51%. La quota sociale è suddivisa fra assistito e comune, ma i comuni decidono singolarmente come suddividere la spesa, o seguendo delle linee regionali (che in molti casi non sono però state emanate) o in base al servizio erogato e alle condizioni economiche dell'anziano. "Il diverso livello di compartecipazione dell'utente al costo dei servizi dipende da scelte politiche locali sul livello di accessibilità al servizio che si vuole determinare, dalla dimensione del bisogno (numero di non autosufficienti presenti, ecc.) e dalle risorse a disposizione. Agendo su questi aspetti, la compartecipazione alla spesa interviene sia sulla sostenibilità finanziaria dei servizi per la non autosufficienza (finanziandoli) e sia sulla regolazione del rapporto fra domanda e offerta (selezionando la domanda) per cui si tratta di un potente strumento di politica sociale" [Pesaresi, 2016].

Prima dell'elaborazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (2001) le attribuzioni di responsabilità per quanto riguardava le differenti voci di spesa erano stabilite dal decreto ministeriale 15/04/1994, in cui si affermava che i costi di assistenza sanitaria fossero al 100% in carico al Servizio Sanitario delle Regioni, quelli alberghieri al 100% a carico dell'assistito, quelli di assistenza sociale di rilievo sanitario a carico sia della Sanità regionale che dell'assistito e i costi edilizi suddivisi equamente (50%) tra Sanità regionale e assistito. Con l'approvazione dei LEA la ripartizione – almeno sulla carta – venne semplificata: 50% della

spesa complessiva, indipendentemente dalla tipologia dei costi che la compone, a carico del Servizio Sanitario Nazionale (attraverso i Fondi sanitari regionali) e 50% a carico dell'ospite.

Queste indicazioni sono state seguite da 8 regioni (Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Veneto). Tutte le altre, a esclusione della Lombardia e dell'Emilia-Romagna, prevedono quote sanitarie superiori al 50%. La media nazionale (non ponderata) registra una ripartizione delle spese per le RSA coperte per il 55% dal Servizio Sanitario Nazionale e per il 45% dall'ospite con l'eventuale contributo del comune di residenza. La media ponderata, invece, stima la quota sanitaria al 51%. A livello italiano, quindi, l'obiettivo di fare pagare all'assistito non più del 50% dei costi sembra essere raggiunto quasi ovunque, mentre in alcune realtà la normativa non è ancora del tutto rispettata.

Tab. 11 - Ripartizione percentuale dei costi fra sociale e sanitario

Regione	Quota sanitaria (%)	Quota sociale-alberghiera (%)	Quota sociale-alberghiera per giorno
Piemonte	50	50	36-53 €
Valle d'Aosta	60	40	59 €
Liguria	46-62	38-54	42-55 €
Lombardia	30-46	54-70	58-66 €
Trentino-A.Adige	53-67	33-47	46-51 €
Veneto	50	50	47 €
Friuli-Venezia Giulia	70	30	30-66 €
Emilia-Romagna	35-46	54-65	50 €
Toscana	54-62	43-50	50 €
Umbria	79-82	18-21	19 €
Marche	65	35	42 €
Lazio	50	50	49-59 €
Abruzzo	67-76	24-33	39-54 €
Molise	50	50	38 €
Campania	50	50	53-61 €
Puglia	50	50	47 €
Basilicata	81	19	20 €
Calabria	78	22	30 €
Sicilia	50	50	56 €
Sardegna	50	50	59-64 €
ITALIA	55	45	47 €

Fonte: Pesaresi, 2016

Franco Pesaresi, in un recente contributo [2016], sostiene tuttavia che la ripartizione dei costi al 50% tenda a penalizzare i ricoveri dei casi più complessi e che richiedono maggiore assistenza socio-sanitaria. Questi casi sono quelli che hanno i costi maggiori, vista la maggiore quantità di assistenza, attrezzature e medicinali che richiedono. Applicando la “regola del

50%” in modo automatico si potrebbe sfavorire – dal punto di vista economico – il paziente più complesso, al quale viene chiesta una partecipazione alla spesa superiore a quella degli altri ospiti (il “suo” 50% è più elevato poiché il totale del costo è più elevato), disincentivandone il ricovero.

Quasi tutte le regioni, infatti, hanno abbandonato il metodo del calcolo analitico per stabilire i costi sanitari e quelli sociali, optando per il calcolo di un importo forfetario indipendente dalla tipologia dei costi. Per quanto riguarda, però, i costi alberghieri e sociali entrano in gioco la compartecipazione dell’ente locale alla spesa e, quindi, le politiche locali dei singoli comuni.

Tra i costi alberghieri e sociali vanno inclusi quelli relativi a:

- ricevimento e accoglienza degli ospiti;
- aiuto alla persona nello svolgimento di funzioni essenziali (nutrizione, mobilità socializzazione, ecc.);
- animazione e accompagnamenti all’esterno;
- servizio nelle camere e acquisto di materiali;
- pulizia e mantenimento degli ambienti comuni;
- cucina e ristorazione;
- lavanderia e stireria per la biancheria della residenza e degli utenti
- trasporto verso strutture esterne per visite e prestazioni ambulatoriali.

La quota alberghiera-sociale in RSA è stimata attorno ai 47 euro al giorno e incide per circa il 45% sul totale della spesa, che è appunto la parte a carico dell’assistito. Abbondantemente sopra la media nazionale si collocano Lombardia, Friuli-Venezia Giulia e Sardegna, tuttavia molto dipende dai differenti livelli di assistenza richiesti dall’ospite. In Lombardia, ad esempio, è stato introdotto un sistema di classificazione dei pazienti delle RSA che determina il sistema tariffario. Si tratta della Scheda di osservazione intermedia dell’assistenza (SOSIA) utilizzata per rappresentare le diverse tipologie di utenti e composta da 9 livelli. L’attribuzione degli ospiti a una delle classi SOSIA avviene in base al livello di non autosufficienza valutato attraverso tre indicatori (mobilità, comorbidità, cognitività). A ogni classe SOSIA è associata una tariffa sanitaria: la più bassa è 29 €, la più alta 52 €. La quota sociale viene modulata di conseguenza.

6. Le RSA in Piemonte

6.1 *Le strutture e gli ospiti*

Il Piemonte rappresenta una delle regioni più colpite dal fenomeno della senilizzazione: il numero di anziani ultrasessantacinquenni al 31.12.2015 è di oltre 1.091.000 unità, pari al 24,8% dell'intera popolazione. Quasi un piemontese su quattro ha almeno sessantacinque anni. Circa il 15% di loro non è autosufficiente, ma solamente una piccola quota è ospite di strutture residenziali socio-sanitarie (2,3% sul totale degli ultrasessantacinquenni residenti in Piemonte). La dinamica è simile a quella italiana, sebbene come abbiamo già ricordato e come vedremo nel prosieguo, sussistano forti differenziazioni tra il Nord e il Sud del Paese, dove il tasso di ricovero è marcatamente più basso.

“La Regione promuove tutte le iniziative per sostenere le esperienze di partecipazione degli anziani alla vita sociale: attività occupazionali, culturali e ricreative che favoriscono la possibilità di sviluppo e crescita delle persone e contribuiscono a prevenire le forme di decadimento psico-fisico, nonché permettono di recuperare le esperienze e le capacità del passato del soggetto anziano. In secondo luogo, la risposta per gli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti che richiedono prestazioni assistenziali e/o sanitarie deve essere il più possibile orientata al mantenimento della persona nel proprio contesto abitativo, familiare e sociale, tramite l'erogazione di servizi alternativi al ricovero, evitando ricoveri impropri in strutture ospedaliere e residenziali e migliorando, nel contempo, i livelli qualitativi delle prestazioni socio-assistenziali erogate all'interno delle strutture stesse” [www.regione.piemonte.it]. Il principio ribadito nel sito istituzionale della Regione Piemonte ricalca la cultura sociale nazionale secondo cui la soluzione ottimale per la non autosufficienza è la permanenza nella propria casa con l'accudimento da parte di familiari, badanti o entrambi. Tuttavia in regione le strutture che accettano anziani non autosufficienti sono piuttosto numerose (circa 560 secondo il database più aggiornato della Regione Piemonte, leggermente di meno rispetto alle 597 strutture censite dal Ministero dell'Interno nel 2014), per poco più di 42.000 posti letto: la regione è la seconda, dopo la Lombardia, per disponibilità di posti letto; l'offerta residenziale è prevalente rispetto ai servizi domiciliari (ADI), pur presenti. Il confronto con l'inizio del decennio mostra, per il Piemonte, un incremento del numero di posti letto per anziani in strutture residenziali, sia in valori assoluti che ponderando il dato ogni 100 anziani residenti (da 3,7 a 3,9 posti letto ogni 100 anziani).

6.2 La normativa

In Piemonte la RSA è un presidio residenziale a prevalente valenza sanitaria, destinato a ospitare definitivamente o temporaneamente (ricoveri di sollievo) persone che per la loro gravità e dipendenza non possono essere gestite in altre strutture, richiedendo quindi un livello medio di assistenza sanitaria e un livello alto di assistenza tutelare. La collocazione di un anziano in una struttura residenziale avviene dopo la valutazione della Commissione di Unità Valutativa Geriatrica (UVG) che adotta la “cartella geriatrica” introdotta dal decreto della Giunta regionale n. 42-8390 del 10 marzo 2008 riconfermata dal decreto n. 14-5999 del 28 giugno 2013. Tale decreto, “Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all’ordinanza del TAR Piemonte n. 141/2013”, prevede la definizione di un progetto residenziale per gli anziani che raggiungano o superino il punteggio di 19 su un massimo di 28 punti. Sulla base della valutazione dell’UVG si può optare per un progetto di residenzialità, di semiresidenzialità o di domiciliarità. Il primo prevede l’inserimento dell’anziano in una RSA accreditata con il Servizio Sanitario Regionale, così come organizzata dal decreto della Giunta regionale n. 45-4248 del 30 luglio 2012, mentre il secondo prevede l’inserimento diurno della persona in strutture socio-sanitarie come i Centri Diurni regolamentati dal medesimo decreto, al fine di permettere un’attenta assistenza alla persona, nonché di sostenere la famiglia nella gestione dell’anziano al proprio domicilio. Il progetto di domiciliarità, invece, prevede l’impiego di figure assistenziali di supporto presso il domicilio della persona, al fine di agevolare il mantenimento delle funzioni essenziali di vita, dando supporto alla famiglia.

Il decreto regionale n. 45-4248 del 2012 “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti” è quindi, in ordine di tempo, il più recente documento programmatico in materia. Il principio guida del modello è l’adeguamento della rete dei servizi ai bisogni delle persone assistite, evitando il più possibile che le medesime, nelle diverse fasi del loro percorso assistenziale, debbano subire inutili spostamenti di struttura. La normativa impone una semplificazione delle diverse tipologie di strutture esistenti in Piemonte, prevedendo le RSA per ricoveri residenziali continui (con possibilità di Nuclei Alzheimer Temporanei – NAT – in grado di accogliere persone affette da demenza, che presentano disturbi comportamentali o problemi sanitari e assistenziali di elevata complessità). Sono inoltre istituiti i Centri Diurni Integrati (CDI), strutture a carattere semiresidenziale, che hanno lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psicofisiche residue per consentire la permanenza della persona al proprio domicilio il più a lungo possibile.

La deliberazione della Giunta regionale piemontese n. 14-5999 del 25 giugno 2013 ha invece adeguato una parte della normativa vigente all'ordinanza del TAR Piemonte n. 141/2013. L'intervento del TAR ha reso necessario modificare le procedure di selezione degli assistiti: nella precedente normativa era prevista la possibilità di predisporre delle "graduatorie, distinte per tipologia" (sostanzialmente delle liste d'attesa) dalle quali selezionare gli ospiti. Il TAR piemontese ha quindi ordinato alla Regione di "apprestare idonee misure organizzative al fine di soddisfare le esigenze connesse alla presa in carico degli anziani, così come imposto dalla normativa nazionale sui LEA". La Giunta, attraverso la già citata deliberazione, ha preso atto dell'ordinanza e ha proceduto definendo i criteri di appropriatezza e di priorità clinico-assistenziale specifici per l'accesso alle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti.

Pertanto nel provvedimento vengono fornite alle Aziende Sanitarie Regionali specifiche indicazioni di carattere organizzativo per migliorare, da parte delle UVG, le modalità di presa in carico dell'anziano non autosufficiente, individuando una griglia temporale per l'accesso appropriato alle prestazioni di assistenza residenziale, da fornire al cittadino a seguito della presa in carico nel rispetto di precise classi di priorità, elaborate attraverso indicatori di valutazione clinica e sociale.

6.3 Le tariffe

La Regione Piemonte ha approvato un sistema tariffario per le strutture residenziali che prevede sette tariffe differenziate per livelli d'intensità dell'assistenza: oltre al Nucleo Alzheimer Temporaneo, assistenza alta-incrementata, alta, medio-alta, media, medio-bassa e bassa. Ogni fascia assistenziale individuata rappresenta uno standard complessivo minimo da garantire, in termini di tempi di assistenza giornalieri per ospite. Per classificare i pazienti nelle sette categorie si adottano dei criteri valutativi al termine dei quali la UVG inserisce l'anziano nel livello assistenziale corrispondente. Tuttavia, secondo la Regione Piemonte, l'attribuzione a una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente applicando i test e le scale di valutazione individuate. La UVG ha la possibilità di attribuire all'assistito una fascia di intensità diversa da quella risultante dalla valutazione. Il sistema di classificazione contiene perciò degli aspetti discrezionali abbastanza incisivi in grado di indebolire la validità complessiva del sistema.

Le linee guida regionali promuovono la realizzazione di strutture che abbiano al proprio interno tutti i moduli (di bassa, medio-bassa, media, medio-alta, alta e alta-incrementata assistenza) in modo che l'anziano non debba mai spostarsi da una struttura all'altra nel caso

in cui cambi la sua condizione. [Pesaresi, 2016]. Oltre a ciò le linee guida più recenti individuano con precisione le prestazioni sanitarie fornite direttamente dalle Aziende Sanitarie alle RSA e, quindi, incluse nella quota sanitaria della retta complessiva: l'attività medico-sanitaria (generica e specialistica), l'assistenza infermieristica e riabilitativa, la dotazione di pannoloni, le prestazioni del podologo, la fornitura di farmaci, materiale medico e per la nutrizione artificiale. Nella quota alberghiera sono invece inclusi i servizi di ristorazione e di lavanderia.

Nella tabella seguente si possono rilevare le tariffe giornaliere differenziate per livello di intensità assistenziale; come affermato in precedenza, in Piemonte è prevista una suddivisione dei costi secondo cui il 50% è a carico del Servizio Sanitario Regionale e il 50% a carico dell'utente (con l'eventuale compartecipazione del comune di residenza).

Tab. 12 - Modello tariffario per RSA e Centri Diurni della Regione Piemonte

Livello di intensità	Tariffa giornaliera €	A carico del SSR € (%)	A carico dell'utente/comune
Nucleo Alzheimer Temp.	132,62	66,31 (50%)	66,31 (50%)
Alta-incrementata	104,44	52,22 (50%)	52,22 (50%)
Alta	95,73	47,87 (50%)	47,87 (50%)
Medio-alta	88,00	44,00 (50%)	44,00 (50%)
Media	77,36	36,68 (50%)	36,68 (50%)
Medio-bassa	73,00	36,50 (50%)	36,50 (50%)
Bassa	71,56	35,78 (50%)	35,78 (50%)
Centro Diurno Integrato	46,00	23,00 (50%)	23,00 (50%)
Centro Diurno Alzheimer	70,00	35,00 (50%)	35,00 (50%)

Fonte: Deliberazione della Giunta Regionale n. 85-6287 del 2 agosto 2013

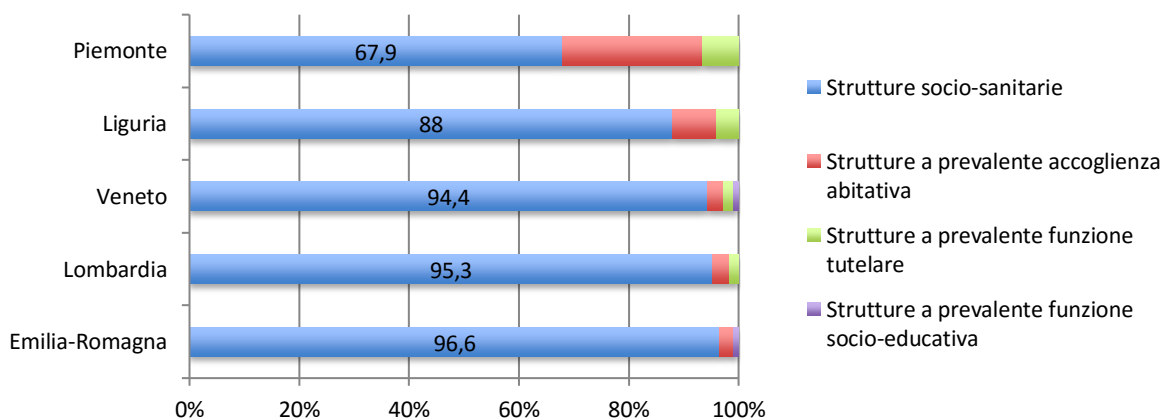
È prevista un'integrazione della retta per alcune fasce di anziani non autosufficienti ricoverati in RSA. La Giunta regionale piemontese ha adottato come riferimento il reddito e il patrimonio dell'anziano non autosufficiente, lasciando però libertà ai territori di stabilire quali siano le fasce ISEE più opportune per definire gli aventi diritto. I nuovi criteri introdotti tengono infatti conto della situazione economica del solo utente che usufruisce della prestazione, composta dal reddito complessivo e dal valore globale del patrimonio mobiliare e immobiliare, e non più di quella del suo nucleo familiare. Con questo provvedimento viene affrontato l'aspetto più consistente del problema inerente l'omogeneità della compartecipazione alla spesa socio-assistenziale, che rappresenta una delle richieste più forti del sistema delle autonomie, delle organizzazioni sindacali e delle associazioni di rappresentanza e tutela dei cittadini e dei pazienti.

7. Le RSA in Lombardia

7.1 Le strutture e gli ospiti

In Lombardia vivono più di 2.190.000 ultrasessantacinquenni, il 22% della popolazione totale. In poco più di un decennio la categoria è aumentata di 3 punti percentuali, seguendo peraltro la dinamica nazionale con le medesime quote. Il 15,7% degli anziani lombardi si trova in situazioni di non autosufficienza (circa 345.000) e oltre 61.400 sono ospiti di strutture residenziali: il 30% di tutti gli anziani non autosufficienti italiani è ricoverato in una delle quasi 700 strutture accreditate lombarde (693 secondo il database di Regione Lombardia, 639 secondo il censimento del Ministero dell'Interno riferito al 2014), dotate di 62.103 posti letto, quasi 2,9 posti letto ogni 100 anziani. Di fatto la Lombardia è di gran lunga la regione italiana con il settore socio-sanitario più sviluppato: oltre il 95% dei presidi residenziali lombardi è di natura socio-sanitaria, mentre meno del 5% è di natura socio-assistenziale. Come evidenziato dal grafico seguente, la regione si accomuna a Veneto ed Emilia-Romagna, dove le strutture a prevalenza sanitaria sono in entrambi i casi superiori al 94% del totale delle strutture per anziani.

Fig. 11 - Funzione di protezione sociale delle strutture per anziani



Fonte: elaborazione IRES Morosini su dati www.lombardiasociale.it

In Piemonte e Liguria, pur restando confermata la predominanza delle strutture di tipo socio-sanitario, l'offerta per gli anziani diretta a sostenere bisogni di tipo abitativo e tutelare ha un ruolo decisamente più marcato.

Le RSA lombarde si distribuiscono abbastanza omogeneamente nelle 12 province seguendo la distribuzione della popolazione; poco meno della metà dei posti letto si trova infatti nelle tre province più popolate, Milano, Brescia e Bergamo. Oltre alle RSA in Lombardia si contano 307 Centri Diurni Integrati, i servizi di assistenza domiciliare (SAD) e quelli di assistenza domiciliare

integrata (ADI). In generale la rete dei servizi e delle strutture per gli anziani non autosufficienti in Lombardia è molto ampia e garantisce, almeno apparentemente, una copertura maggiore rispetto ad altre regioni.

Nonostante questo primato a livello nazionale, negli ultimi anni l'offerta di posti letto nei presidi residenziali lombardi a titolarità pubblica e privata è leggermente calata in rapporto agli anziani residenti. "La dotazione di posti letto nelle RSA lombarde non ha tenuto perfettamente il passo con l'aumento degli anziani, ma si è mantenuta a un livello nettamente superiore a quello medio nazionale. L'espansione ha riguardato le strutture private accreditate – coerentemente con l'orientamento generale della regione che punta molto sullo sviluppo dell'offerta privata, la concorrenza fra gli erogatori e la libertà di scelta dei cittadini" [NNA, 2015].

Il deficit di posti letto rispetto alla popolazione non autosufficiente è comunque evidente, ed è difficile dire quanto questo sia il risultato di politiche di prevenzione dell'istituzionalizzazione o, piuttosto, un segnale di sofferenza del settore, legato alle difficoltà finanziarie del sistema di welfare locale di mantenere il livello di presa in carico in questo regime assistenziale. Tra l'altro, osservando le analisi di alcuni esperti [Giunco, 2016], vi è una spiccata flessione del numero di personale retribuito impiegato nei presidi lombardi (-21% tra il 2010 e il 2013), compensata da una tendenza all'aumento del personale volontario (+49% nello stesso periodo).

Considerando le previsioni demografiche e, quindi, il continuo incremento di popolazione anziana e con ridotte capacità motorie o disagi psichico-fisici, saranno necessari almeno 10.000 nuovi posti letto entro il 2021 e altrettanti nel decennio successivo. Ciò implica investimenti aggiuntivi e progetti pluriennali. In particolare, se la Regione (la Lombardia, ma il discorso può essere valido anche per altre realtà italiane) deciderà di non aumentare i posti letto in RSA, avvicinandosi alle scelte degli altri paesi occidentali, dovrà modificare in modo consistente l'offerta di servizi territoriali alternativi [Giunco, 2016].

7.2 La normativa

In Lombardia l'accoglienza residenziale di persone anziane non autosufficienti con elevate esigenze di cura, che non presentano patologie acute o necessità riabilitative tali da richiedere il ricovero in ospedale, avviene, come abbiamo ricordato, nell'ambito delle RSA. Una parte dei posti letto, in queste strutture, è riservata alle persone affette dal morbo di Alzheimer. Al momento, nelle RSA della Lombardia viene fatta a ogni ospite una valutazione da parte dei medici della RSA e viene predisposto un Piano di Assistenza Individuale nel quale vengono

date tutte le indicazioni su quanto c'è da fare per garantire un'assistenza appropriata secondo i bisogni della persona.

Il metodo è stato introdotto già nel 2003, quando con la deliberazione della Giunta regionale n. 7/12620 "Definizione della nuova unità di offerta «Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità» si approva un nuovo sistema di classificazione degli ospiti delle RSA, che vale anche come sistema tariffario delle prestazioni residenziali: la Scheda di osservazione intermedia dell'assistenza (SOSIA). Lo strumento è stato introdotto dalla Regione per individuare le diverse tipologie di utenti e le diverse esigenze in termini di risorse. "Il presupposto teorico è che gli ospiti delle strutture più compromessi dal punto di vista motorio, cognitivo e clinico richiedano maggiori cure e quindi un più elevato impiego di risorse" [Pesaresi, 2016].

Dal punto di vista normativo, già nel 1986 la Regione, attraverso la L.R. 1/1986, aveva stabilito i requisiti minimi ambientali e funzionali che i gestori dei servizi socio-assistenziali dovevano obbligatoriamente possedere e rispettare per essere autorizzati a operare all'interno della complessiva rete dei servizi. Con il Piano Obiettivo Anziani 1995-1997 le RSA lombarde vengono identificate come un servizio territoriale di primo livello facente parte dell'area dei servizi socio-assistenziali a rilievo sanitario, inglobando al proprio interno le vecchie unità di offerta denominate "Casa di Riposo" e "Struttura Protetta". La deliberazione di Giunta n. 7435 del 2001 "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani" fissa i criteri e i requisiti strutturali, gestionali e di qualità richiesti per l'accreditamento delle unità d'offerta che erogano servizi socio-sanitari integrati. Il quadro viene poi aggiornato con successive delibere negli anni a seguire.

Il modello socio-sanitario lombardo, infatti, si basa da quasi vent'anni sul superamento del modello dello "stato sociale" e sull'introduzione del "quasi mercato": al fine di aumentare efficacia ed efficienza dell'intero sistema, diversi erogatori – pubblici e privati accreditati dalla Regione stessa attraverso i criteri menzionati prima – competono tra loro per attrarre l'utente, libero di scegliere ciò che preferisce. Le Aziende Sanitarie Locali rinunciano a gestire direttamente i presidi residenziali per non autosufficienti, mantenendo un ruolo di programmazione, acquisto delle prestazioni e controllo. L'intento, allora come oggi, è di superare le inefficienze del settore pubblico e "liberare" le energie presenti nel tessuto sociale. Uno degli esiti più tangibili di questo modello organizzativo è la predominanza del privato nella titolarità e nella gestione delle RSA. La seconda, in particolare, è in costante aumento e parallelamente decresce il gestore pubblico: nel 2001, all'inizio del processo di riforma del welfare lombardo, quasi il 60% delle RSA (o strutture assimilabili alle RSA) erano

gestite dal pubblico; tra il 2001 e il 2004 si realizza, forse per effetto della dGr n. 7/12620 del 2003, un drastico ridimensionamento delle strutture a gestione pubblica (16%), che prosegue fino ai giorni nostri. Nel 2010 rappresentavano il 12% e nel 2015 solo l'8%.

Aumenta quindi il privato, nello specifico le cooperative sociali e le società a scopo di lucro, un comparto che nel settore dei servizi socio-sanitari alla persona era assolutamente minoritario fino a pochi anni fa. Una grande fetta di ciò che oggi ricade nella categoria "privato" è tuttavia rappresentato da strutture ex IPAB (Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza), organismi di diritto pubblico istituiti nel 1923. Dagli anni Ottanta a oggi si è infatti assistito, non solo in Lombardia, a un processo di de-pubblicizzazione di questi istituti a opera delle Regioni. Gli IPAB, gestori di numerose case di riposo, RSA, strutture socio-sanitarie, ecc., su spinta delle amministrazioni regionali si sono trasformati in forme associative private.

La legge n. 328 del 2000 completa la transizione incentivando la trasformazione degli IPAB in Aziende di Servizi alla Persona (ASP) e di fatto inserendoli nella rete dei servizi territoriali [Cappiello e Monteduro, 2009]. A questi enti vengono richiesti, per erogare servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, dei requisiti tipici degli enti del terzo settore privato, quali il richiamo all'efficienza, all'efficacia e all'economicità di gestione, all'adozione di forme gestionali privatistiche (personale, contratti). Alcuni di essi sono poi divenute fondazioni (gestori di numerose RSA lombarde) che svolgono attività strumentali a quelle istituzionali e provvedono alla manutenzione del proprio patrimonio. Al loro interno, nei consigli di amministrazione, siedono anche membri di nomina pubblica (comunale e regionale).

Se questa trasformazione ha ampliato la gamma di scelta del cittadino, ha anche determinato alcuni effetti non sempre positivi per l'utente. Alcuni osservatori sottolineano, infatti, la "rinuncia da parte dell'Asl alla regolazione degli accessi alle RSA, sostituita dal controllo ex post dell'appropriatezza del ricovero con la verifica del corretto inserimento dell'utente in una delle classi SOSIA" [Guerrini, 2010]. Ai potenziali ricoverati, viene fatto notare, non viene garantito un valido accompagnamento e orientamento nella scelta della struttura e del tipo di assistenza: lo strumento SOSIA si è dimostrato inefficace nel definire alcune situazioni e nel 2012 Regione Lombardia ha avviato la sperimentazione della scala VAOR per sostituire la scheda SOSIA, di cui parleremo in seguito, che resta però, a tutt'oggi, ancora in vigore.

Un'ulteriore criticità che emerge dall'analisi delle normative lombarde più recenti è il superamento del valore vincolante dell'indice di fabbisogno di posti letto e la separazione dell'autorizzazione al funzionamento dall'accreditamento. Tutti i potenziali erogatori, cioè, possono realizzare strutture residenziali per anziani non autosufficienti a prescindere dall'effettivo bisogno di posti letto, e ottenere dall'Asl l'autorizzazione al funzionamento (se

rispettano i requisiti strutturali e gestionali previsti dalla normativa). In un secondo momento la Regione ha la possibilità di concedere l'accreditamento di nuovi posti letto e l'Asl può quindi stipulare con questi nuovi enti gestori di servizi accreditati un contratto. Sulla base di questo modello è stato quindi possibile realizzare nuove residenze in Lombardia, spesso a gestione privata profit, anche in territori già dotati di un adeguato numero di posti letto rispetto agli standard programmatori, ma Regione Lombardia non ha il vincolo di contrattualizzarli. Si assiste perciò a un lieve aumento di residenze socio-assistenziali e socio-sanitarie con posti letto non contrattualizzati con le Asl poiché la Regione non ne copre la quota sanitaria. Gli utenti di questi presidi, quindi, pagano il costo complessivo della retta per il ricovero in RSA.

Con la dGr n. 8/8496 del 2008 la Regione ha confermato il suo orientamento alla semplificazione delle procedure per l'inizio di nuove attività, poiché un soggetto gestore può avviare un'attività presentando una denuncia d'inizio attività (DIA) che di fatto sostituisce l'autorizzazione al funzionamento. Tuttavia, con la stessa delibera, si persegue un controllo più stringente sulla congruenza dell'assegnazione degli ospiti alle classi SOSIA e sulla qualità complessiva del servizio erogato dalle RSA.

Il sistema della scheda SOSIA è stato sottoposto a un tentativo di superamento ma non ancora adottato: nel 2012 la Regione ha avviato la sperimentazione della scala VAOR (valutazione ospite di residenze). La scelta intende ripristinare il meccanismo dell'accesso ai servizi socio-sanitari attraverso modalità omogenee di valutazione multidimensionale delle esigenze del paziente, superando l'attuale modello in cui il cittadino può scegliere liberamente la tipologia di offerta ritenuta più idonea ai propri bisogni. La riforma avrebbe delle ripercussioni anche sul piano tariffario, poiché le 8 classi SOSIA sarebbero accorpate in 3 sole classi di tariffazione. La scala VAOR è già adottata in altri contesti, tra cui gli Stati Uniti, dove grazie alla valutazione multidimensionale e alla formulazione di un piano assistenziale individualizzato si sono fornite prestazioni e strategie più adatte ai ricoverati, aumentando il coinvolgimento di questi ultimi in attività e il coinvolgimento del personale d'assistenza e dei familiari nella programmazione dell'intervento terapeutico [Pesaresi, 2016]. Il VAOR permette inoltre di generare un sistema per calcolare il rimborso da erogare alle RSA sulla base della tipologia dei residenti.

Con la dGr n. 856 del 2013 la Regione prospetta un aumento dei posti letto destinati ad anziani con ridotti livelli di compromissione funzionale e cognitiva ("residenzialità leggera") attraverso la creazione di strutture più "leggere" o la riconversione di posti letto da RSA a RSD (Residenze Sanitarie per Disabili). La dGr n. X/2989 del 23 dicembre 2014, invece, ha approvato delle nuove regole per l'intero sistema lombardo, introducendo la logica del "vendor rating" come modello di remunerazione per le RSA. Questo sistema consiste nella classificazione di ciascuna

RSA all'interno di 5 livelli (C, B, A, AA, AAA) sulla base di un set di indicatori riferiti al minutaggio assistenziale (differenza tra minutaggi totali rendicontati ai fini dello standard gestionale e i 901 minuti previsti dall'accreditamento), al mix professionale (rapporto tra totale delle ore rese da personale sanitario rispetto al totale delle ore), alla retta media (differenza retta media della struttura e retta media dell'ASL di appartenenza) e alla saturazione (rapporto tra le giornate di produzione effettive e il numero di giornate teoriche calcolate sui posti attivi), calcolati sulle rendicontazioni dell'anno precedente, e quindi superando la logica di finanziamento basata sulla spesa storica. Alle strutture che risulteranno in classe C e B verranno ridotte risorse storicamente assegnate, nella misura del 2% e del 4%. Le risorse decurtate saranno messe prioritariamente a disposizione di strutture della stessa ASL che ottengono classificazioni AA o AAA e situate in territori in cui la dotazione di posti letto risulta inferiore alla media regionale o strutture virtuose in linea con la copertura regionale.

Le ultime regole non hanno introdotto dal punto di vista operativo novità significative per le RSA lombarde, ma le "Regole di gestione del servizio sociosanitario 2016" adottate dalla delibera regionale n. 10/4702 del 29/12/2015 evidenziano una forte contrazione delle risorse stanziare, dovuta principalmente alla necessità di rispettare le disposizioni normative nazionali in materia di divieto di indebitamento da parte delle Regioni per il finanziamento agli investimenti. Le RSA lombarde sono, da un lato, spinte ad aumentare quantitativamente e qualitativamente le loro performance sanitarie e assistenziali per garantirsi i fondi regionali, dall'altro soffrono la continua concorrenza di altre strutture simili e la limitatezza delle risorse regionali.

7.3 Le tariffe

Nelle RSA, sia pubbliche che private, che sono accreditate e hanno un contratto con la ASL, una parte dei costi viene sostenuta dal Fondo Sanitario Regionale, l'altra dalle persone ospiti o dai Comuni dove esse risiedono. Nelle RSA che non hanno un contratto con l'ASL, i costi sono totalmente a carico delle persone ospiti o dei comuni di residenza. Nelle RSA contrattualizzate è prevista a carico della persona ospite una partecipazione ai costi sociali e alberghieri, mentre Regione Lombardia, nelle strutture a contratto con l'ASL, paga la quota sanitaria attraverso il FSR. Fino a quando erano in vigore le schede SOSIA la logica era quella di declinare le tariffe non più sulla base delle tipologie di posti letto accreditati, ma sulla base del grado di assorbimento di risorse assistenziali connesso al livello di complessità della condizione dell'anziano. Uno spostamento da un modello centrato sull'offerta a uno che ruota attorno alla domanda. Inoltre la normativa regionale ha previsto delle premialità per le RSA a cui viene

riconosciuta una certa qualità delle performance e il possesso di determinati requisiti (retta media inferiore alla media dell'Asl, adozione di un contratto di ingresso che non preveda il versamento di una cauzione, standard gestionali, presenza di infermieri nelle ore notturne, ecc.).

La sperimentazione del sistema VAOR (valutazione ospite di residenze) semplificherebbe le otto categorie tariffarie SOSIA in tre raggruppamenti. Con il SOSIA le tariffe giornaliere nelle RSA lombarde variano tra 87 euro (classe 8 SOSIA, la meno fragile) e 118 euro (per la classe Alzheimer). La quota sanitaria, quella cioè coperta dal Fondo Sanitario Regionale, copre da un minimo del 35% a un massimo del 58% del costo pieno della RSA; la media di copertura è tuttavia del 44% quindi più della metà della tariffa complessiva ricade sull'utente. L'utilizzo del VAOR è ancora in fase di sperimentazione perciò, rifacendoci ai dati del 2014, è possibile definire la quota media con il metodo SOSIA: 104 euro giornalieri (tra le più alte in Italia). Tuttavia le rette si differenziano molto fra una struttura e l'altra e fra un territorio e l'altro (il comune di Milano ha le rette mediamente più alte, quello di Sondrio quelle più basse, con una differenza di quasi 40 euro giornaliere). Ogni gestore può diversificare la propria offerta e quindi proporre diverse condizioni a seconda del servizio fornito. Tra le ragioni alla base della marcata onerosità del territorio milanese e in generale delle aree metropolitane italiane, c'è probabilmente il maggior costo di produzione in un contesto urbano, in cui gli immobili e la loro gestione sono particolarmente cari.

Ipotizzando, quindi, la quota sanitaria giornaliera (coperta dal FSR) di circa 45 euro, la quota sociale o alberghiera a carico dell'utente può raggiungere i 60 euro giornalieri, ovvero 1.800 euro mensili (oltre 2.000 euro in alcuni casi). Si tratta di cifre molto elevate anche perché non rappresentano l'unico costo che la famiglia di un non autosufficiente deve sostenere. Un altro problema consiste nel fatto che, in assenza di una specifica normativa, i singoli comuni adottano criteri sensibilmente differenti per determinare l'accesso degli utenti alle integrazioni o alle agevolazioni per il pagamento delle rette. In due comuni adiacenti, un nucleo può ricevere un contributo più o meno sostanzioso, oppure può non riceverlo affatto.

In estrema sintesi, per ottenere dalla Regione più finanziamenti l'RSA deve migliorare le sue performance in un'ottica di "vendor rating" e, quindi, incrementare il minutaggio medio che medici e operatori dedicano a ogni ospite, aumentando quindi i costi del personale. Di conseguenza le rette aumentano e gli utenti, spesso in condizioni economiche precarie, optano per altre soluzioni, spesso cercando strutture più lontane dal luogo di residenza ma meno costose.

Il portale www.lombardiasociale.it fa notare, anche, la possibile estensione dell'utilizzo del

voucher (lo strumento tipico del welfare lombardo, con cui il cittadino che ne è beneficiario può scegliere l'erogatore di servizi sul mercato) al settore dei presidi socio-sanitari: "L'ultimo punto che merita una riflessione è quello relativo alla scelta del voucher come strumento per il finanziamento delle RSA. L'entità della "quota sanitaria" delle entrate delle singole strutture non dovrebbe più essere definita dal contratto con l'Asl, ma dalla capacità della RSA di "attrarre" l'utenza in possesso del voucher rilasciato dall'Asl a seguito della valutazione multidimensionale del bisogno. Attraverso questo meccanismo la Regione perseguirebbe al tempo stesso due obiettivi: assicurare agli utenti la libertà di scegliere la residenza che preferisce – valutando il rapporto tra la retta e la qualità del servizio reso – e stimolare la competizione tra i gestori per elevare il livello di qualità del sistema" [www.lombardiasociale.it].

8. Le RSA in Veneto

8.1 *Le strutture e gli ospiti*

In Veneto vivono più di 1.081.000 ultrasessantacinquenni, il 22% della popolazione totale. In poco più di un decennio la categoria è aumentata di 3 punti percentuali, seguendo peraltro la dinamica nazionale con quasi le medesime quote. Il 18,7% degli anziani veneti si trova in situazioni di non autosufficienza (circa 202.000) e oltre 27.300 sono ospiti in una delle 310 strutture residenziali censite dal Ministero dell'Interno (secondo il database della Regione Veneto sono qualche decina in più), dotate di circa 30.000 posti letto, 2,8 ogni 100 anziani. Fra il 2005 e il 2014 i posti letto sono aumentati di 4.659 unità, con un leggero calo rispetto alla popolazione ultrasessantacinquenne residente (-0,4 punti percentuali). Si tratta di un livello di copertura fra i più elevati d'Italia.

In Veneto le Residenze Sanitarie Assistenziali sono denominate Centri di servizio per persone anziane non autosufficienti, a cui offrono un adeguato livello di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera. All'interno delle strutture l'assistenza socio-sanitaria può essere organizzata in due Unità di Offerta (UdO) ben distinte in base all'intensità del carico assistenziale di cui gli ospiti necessitano, ma che hanno la medesima finalità di garantire alle persone non assistibili a domicilio un adeguato livello di assistenza. Il primo livello è definito "Unità di offerta per persone anziane non autosufficienti con ridotto-minimo bisogno assistenziale", in base allo specifico profilo assistenziale individuato dalla Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD). La seconda è definita "Unità di offerta per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale", anch'esso in base allo specifico profilo assistenziale individuato dalla UVMD; vi fanno riferimento anche gli ospiti affetti dall'Alzheimer.

8.2 *La normativa*

Come in tutta Italia, anche nella Regione Veneto la presenza del privato nel settore dei servizi socio-sanitari è significativa, tuttavia quasi il 50% delle strutture è ancora gestito dal pubblico. La Legge regionale n. 22 del 16 agosto 2002 rappresenta una importante tappa nell'evoluzione delle strutture socio-sanitarie venete. La normativa, infatti, prevede che tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali per poter operare sul territorio regionale debbano essere in possesso di un'autorizzazione all'esercizio, che garantisca la qualità dell'assistenza rilasciata dalle varie strutture. Viene cioè verificato che l'assistenza sia di elevato livello tecnico-professionale e scientifico, sia erogata in condizioni di efficacia ed efficienza e sia appropriata

rispetto ai reali bisogni di salute, psicologici e relazionali della persona. Come per la Lombardia, anche per il Veneto vige la volontà di garantire al cittadino la libertà di scelta tra differenti strutture.

Nell'ambito della residenzialità la libera scelta si concretizza nella facoltà del cittadino di scegliere, in quanto titolare dell'impegnativa di residenzialità, il Centro di Servizi per persone anziane non autosufficienti accreditato maggiormente rispondente alle proprie esigenze assistenziali, alle proprie aspettative e alle disponibilità economiche, anche superando i confini territoriali dell'Asl di residenza. Il cittadino può quindi scegliere di utilizzare l'impegnativa di residenzialità presso i Centri di Servizi accreditati del territorio dell'Asl di residenza, i Centri di Servizi accreditati al di fuori dell'ambito territoriale dell'Asl di residenza o i Centri di Servizi accreditati al di fuori dell'ambito regionale.

La Legge regionale n. 22 del 2002 ha definito anche i criteri per ottenere l'accreditamento istituzionale, gli standard specifici sono contenuti nella dGr n. 84 del 2007. Le normative che si sono succedute negli ultimi anni non hanno modificato la struttura veneta, caratterizzata dal ricorso alla scheda SVAMA (Scheda per la valutazione multidimensionale dell'anziano) come strumento principale per la valutazione sanitaria, cognitiva, funzionale e sociale degli assistiti. La dGr n. 2961 del 28/12/2012 apporta alcune modifiche e aggiornamenti alla scheda SVAMA, ma tutto sommato la logica rimane la stessa. L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, attraverso la compilazione della SVAMA individua il profilo di non autosufficienza dell'anziano tra 17 livelli e il suo successivo inserimento nel registro della residenzialità. L'accoglienza in struttura viene successivamente autorizzata a seconda del punteggio di gravità, del profilo individuato e della scelta del Centro di Servizi. A seconda del livello di non autosufficienza individuato dalla SVAMA al ricoverato viene assegnata una fascia tariffaria (si veda il prossimo paragrafo).

8.3 Le tariffe

La Regione Veneto ha stabilito la quota sanitaria giornaliera da corrispondere alle strutture residenziali in 49 euro per l'assistenza residenziale di primo livello, in 56 euro per quella di secondo livello e in 92 euro per l'assistenza presso i Nuclei Alzheimer. Il resto della tariffa (quota sociale/alberghiera) è coperto dall'assistito con l'eventuale copertura del comune di residenza e rappresenta, per i primi due livelli assistenziali, la stessa cifra indicata per la quota sanitaria. Il Veneto, infatti, prevede una ripartizione della spesa al 50% tra quota sanitaria e quota sociale, mentre per gli affetti da patologia Alzheimer la copertura del FSR è superiore (circa 92 euro su 128 euro giornalieri complessivi, quasi il 72%).

9. Le RSA in Emilia-Romagna

9.1 *Le strutture e gli ospiti*

In Emilia-Romagna le strutture deputate all'assistenza residenziale, temporanea o permanente, degli anziani non autosufficienti di grado medio o elevato sono le case residenza per anziani non autosufficienti (CRA). Al loro interno possono essere attivati nuclei dedicati a persone anziane con demenza e gravi disturbi del comportamento. È assicurata l'assistenza del medico, dell'infermiere, del fisioterapista, dell'operatore socio-sanitario, consulenze mediche specialistiche e psicologiche. L'organizzazione è in grado di garantire flessibilità e personalizzazione del servizio.

Gli ultrasessantacinquenni della regione sono 1.049.844, il 23,6% della popolazione totale. In poco più di un decennio la categoria è aumentata di un solo punto percentuale. Quasi il 18% degli anziani emiliano-romagnoli si trova in situazioni di non autosufficienza (circa 188.000) e quasi 24.000 sono ospiti in una delle 536 strutture residenziali regionali (circa 26.000 secondo il database della Regione Emilia-Romagna), dotate di 30.000 posti letto, quasi 3 posti letto ogni 100 anziani. Questo dato pone la Regione ai vertici nazionali dietro a Piemonte, Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige. L'aumento dei posti letto nelle Case residenza è stato sostenuto dall'obiettivo regionale di assicurare in ciascun distretto la presenza di almeno 3 posti letto ogni 100 anziani ultrasettantacinquenni residenti [NNA, 2015].

Oltre al significativo impegno economico messo in campo dalla Regione per garantire queste strutture (a gestione pubblica per circa un terzo dei casi), ciò che rende l'esperienza dell'Emilia-Romagna un caso unico in Italia è anche e soprattutto la rete dei servizi attivata per rispondere alle diverse tipologie dei bisogni con l'obiettivo prioritario, laddove possibile, di tenere l'anziano e la persona disabile, non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, al proprio domicilio. La rete su cui si sono basati gli interventi è composta sia da una rete classica di strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili sia dai servizi per l'assistenza domiciliare, compreso l'assegno di cura per entrambe le tipologie di beneficiari. Una rete che si è andata consolidando negli anni ampliandone i beneficiari. Su questa rete si è poi innestata una rete di servizi innovativi, a più bassa soglia di intervento, a supporto delle famiglie per ridurre il carico assistenziale a domicilio.

Per l'accesso dei pazienti l'Emilia-Romagna adotta già dal 1999 una scheda che classifica gli anziani in base al bisogno assistenziale: A) soggetto con grave disturbo comportamentale; B) soggetto con elevato bisogno sanitario e assistenziale; C) soggetto con disabilità di grado severo; D) soggetto con disabilità di grado moderato. Il metodo di valutazione è stato

riconfermato dalle successive delibere regionali e ne è responsabile l'Unità Valutativa Geriatrica Territoriale (UVGT), un'équipe composta da geriatri, infermieri professionali e assistenti sociali. A seguito della proposta della UVGT il ricovero in CRA viene poi disposto dal Servizio Sanitario Regionale. Questo passaggio è indispensabile per l'accesso alle strutture residenziali convenzionate con le Asl.

9.2 La normativa

Le normative regionali stabiliscono che le CRA forniscono ospitalità e assistenza tutelare diurna e notturna, occasioni di vita comunitaria e disponibilità di servizi per l'aiuto nelle attività quotidiane, oltre ovviamente a prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative per il mantenimento e miglioramento dello stato di salute e benessere dell'anziano ospitato.

La Regione Emilia-Romagna, con la dGr n. 564 del 2000 "Direttiva regionale per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori, portatori di handicap, anziani e malati di AIDS" e con la dGr n. 514 del 2009 "Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 04/2008 in materia di accreditamento dei servizi socio-sanitari", ha definito i requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento socio-sanitario delle case residenze per anziani non autosufficienti, dei centri diurni per anziani, dell'assistenza domiciliare e dei centri socio-riabilitativi diurni e residenziali per disabili.

Con la definizione del sistema tariffario può essere rilasciato l'accreditamento transitorio alle strutture e ai servizi già legati da accordi contrattuali con i Comuni, le Asl e le Asp (Aziende pubbliche di servizi alla persona), mentre è previsto l'accreditamento provvisorio per gli altri servizi e strutture. Sia l'accreditamento transitorio che quello provvisorio sono propedeutici al rilascio dell'accreditamento definitivo. L'atto di accreditamento è rilasciato dal soggetto istituzionale (comune, unione di comuni, comunità montana) competente per l'ambito distrettuale, scelto congiuntamente da tutti i comuni presenti nel territorio di ogni ambito distrettuale. Tale soggetto provvede, dopo le opportune verifiche sui requisiti (a cura di apposito organismo tecnico provinciale che sarà costituito) e con il supporto degli Uffici di piano, al rilascio dell'accreditamento ai servizi che operano nell'ambito distrettuale di competenza.

9.3 Le tariffe

Grazie alle risorse del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA), una parte del costo dei posti accreditati non grava sugli utenti e le famiglie (quota sanitaria). Il Fondo, per mole di risorse impiegate, rete di servizi messi in campo, professionalità coinvolte ed esperienze acquisite, costituisce probabilmente un caso unico in Italia. Negli ultimi anni la Regione Emilia-Romagna ha stanziato ogni anno oltre 120 milioni di proprie risorse aggiuntive (che si sono sommate agli oltre 300 milioni di euro annuali del Fondo sanitario regionale). L'istituzione del Fondo ha l'obiettivo di consolidare e qualificare i servizi già esistenti, ma anche di sviluppare nuove risposte e interventi soprattutto nell'ambito del domicilio delle persone non autosufficienti e con gravissime disabilità. Altro obiettivo strategico del Fondo è quello dell'equità di accesso ai servizi da parte di tutti i cittadini della regione, per garantire le stesse opportunità indipendentemente dalla zona in cui si è residenti.

La quota sanitaria erogata alle strutture attraverso il FRNA non comprende però alcune prestazioni sanitarie, che sono fornite direttamente dalle Asl emiliano-romagnole: fornitura dei farmaci, approvvigionamento dei dispositivi necessari per il governo dei processi terapeutici, ossigenazione, assistenza specialistica, coordinamento medico, trasporti sanitari e altre prestazioni dettagliate all'interno della dGr n. 273 del 2016. Le attività e prestazioni sanitarie fornite dal soggetto gestore del servizio accreditato sono, invece, l'assistenza infermieristica e riabilitativa, il coordinamento sanitario interno, la formazione e l'aggiornamento, la fornitura delle divise e dei dispositivi di protezione individuale per il personale.

Tab. 13 - Modello tariffario per CRA della Regione Emilia-Romagna

Livello assistenziale	FRNA (€)		Utente/Comune (€)		Totale (€)	
	2014	2016	2014	2016	2014	2016
A	41,30	41,85	49,50	50,05	90,80	91,90
B	41,30	41,85	49,50		90,80	91,90
C	32,05	32,60	49,50		81,55	82,65
D	26,55	27,10	49,50		76,05	77,15
Demenze	46,09	54,00	49,50		95,59	103,5

Fonte: elaborazione IRES Morosini su dati contenuti nelle dGr n. 292/2014 e dGr n. 273/2016

Come si può evincere dalla tabella, se il FRNA ha incrementato, seppure di poco, il proprio apporto alla copertura della quota sanitaria, anche la quota sociale/alberghiera a carico dell'utente è aumentata. Apparentemente potrebbe sembrare che il costo a carico dell'utente è superiore al 50% del costo complessivo, tuttavia occorre ricordare quanto scritto precedentemente in relazione alle prestazioni erogate direttamente dalle Asl e non incluse

nella quota del FRNA. Molti soggetti gestori hanno poi sviluppato servizi con livelli assistenziali integrativi superiori rispetto agli standard previsti. In questi casi il costo di riferimento del servizio accreditato viene conseguentemente adeguato e può aumentare fino a un massimo di 4 euro al giorno.

Per quanto riguarda, invece, la quota sociale, la dGr n. 273 del 2016 ribadisce che il contributo dell'ente comunale a sostegno dell'utente dipende dalle linee di indirizzo adottate a livello di ambito distrettuale. Il Comitato di distretto, infatti, (comuni o unioni di comuni) adotta linee di indirizzo omogenee per i soggetti pubblici che stipuleranno i contratti di servizio e per la determinazione della contribuzione a carico dei cittadini. Nel contratto di servizio viene definita anche la retta a carico degli utenti e dei comuni nel rispetto di alcuni criteri: la retta a carico degli utenti non può essere superiore alla retta di riferimento regionale (50,05 euro); nel caso di adozione da parte dei comuni di un criterio di compartecipazione alla spesa differenziato in base al reddito e al patrimonio il limite della tariffa di riferimento va riferito alla media della contribuzione a carico degli utenti. Inoltre, nel contratto di servizio devono essere definiti i rapporti tra comuni, soggetti gestori, utenti e familiari per quanto riguarda le determinazioni delle rette per i cittadini che non sono nelle condizioni di far fronte alla retta, calcolando l'indice ISEE.

10. Le RSA in Toscana

10.1 Le strutture e gli ospiti

In Toscana vivono più di 933.000 ultrasessantacinquenni, quasi un residente su quattro, la terza incidenza più elevata d'Italia dopo Liguria e Friuli-Venezia Giulia. In poco più di un decennio la categoria è aumentata di quasi 2 punti percentuali. Il 17,6% degli anziani toscani si trova in situazioni di non autosufficienza (circa 164.000) e oltre 11.500 sono ospiti in una delle 304 strutture residenziali del territorio. Le RSA toscane forniscono diversi livelli di intensità assistenziale: oltre al “modulo base” rivolto a persone con un grado di non autosufficienza stabilizzata, vi sono tre moduli specialistici dedicati alla disabilità di prevalente natura motoria, a quella cognitivo-comportamentale e agli stati vegetativi permanenti.

Gli ospiti sono frequentemente affetti da malattie croniche, comorbidità, problemi di autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane. Aldilà della variabilità in dimensioni, organizzazione, finanziamento e personale, il mandato di ogni singola struttura è quello di offrire livelli accettabili di dignità personale, qualità e sicurezza alle persone che assiste. L'inserimento nelle RSA avviene all'interno del percorso assistenziale quale scelta tra le varie opzioni possibili, sulla base di una valutazione multidimensionale e della definizione di un piano individuale di intervento. La valutazione della condizione dell'utente e l'identificazione delle sue necessità sono effettuate dall'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM), che deve garantire l'elaborazione di progetti personalizzati, assicurare la condivisione delle responsabilità da parte delle diverse professionalità e coinvolgere le persone e le famiglie nella stesura del piano individualizzato di intervento. L'UVM, quindi, definisce lo stato di salute dell'anziano e la natura del suo bisogno.

10.2 La normativa

L'obiettivo di assicurare servizi residenziali qualitativamente omogenei sul territorio – che insieme all'intento di garantire il diritto di libera scelta dei cittadini è alla base della legge regionale che regola l'accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona – è stato accompagnato negli anni recenti da varie iniziative, promosse dall'Agenzia regionale di sanità, volte alla condivisione di strumenti e metodi per migliorare la qualità dell'assistenza. Con la Legge Regionale n. 82 del 2009 la Regione Toscana istituisce un sistema di accreditamento istituzionale in grado di garantire servizi qualitativamente omogenei sul territorio per offrire risposte adeguate e appropriate ai bisogni assistenziali dei cittadini. L'accreditamento è quindi diventato uno strumento di qualificazione dei soggetti idonei a prestare un servizio pubblico

operando di fatto un processo di selezione degli erogatori di servizi socio-assistenziali, accertandone la capacità di soddisfare determinati livelli di assistenza per garantire la qualità dell'offerta.

Tuttavia, gli erogatori di servizi sociali e socio-sanitari accreditati dalla Regione possono effettivamente erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale solamente in seguito agli accordi negoziali. Attraverso il sistema dell'accreditamento, quindi, si punta a promuovere una "concorrenza regolata" fra gli erogatori dei servizi con l'obiettivo di permettere agli utenti la scelta del soggetto – pubblico o privato – a cui rivolgersi per le prestazioni cui ha diritto. Si parla però di "concorrenza regolata" sia perché l'accreditamento presuppone il possesso dei requisiti connessi alla tipologia del servizio da svolgere, sia perché l'erogazione dei servizi da parte dei soggetti accreditati è condizionata dalla stipula di appositi accordi negoziali con la Regione.

La dGr n. 398 del 2015 ha inteso chiarire alcuni aspetti della LR n. 82/2009 che rischiavano di creare confusione, soprattutto in merito alla gestione successiva all'accreditamento: "La mancanza di una puntuale indicazione legislativa in merito alla fase successiva a quella dell'accreditamento da un lato e il riconoscimento esplicito del diritto di scelta degli utenti fra strutture e servizi accreditati dall'altro ha creato disomogeneità di interpretazioni delle disposizioni previste nella L.R. 82/2009 soprattutto rispetto al rapporto tra l'accreditamento stesso e l'immediata abilitazione a erogare prestazioni con oneri a carico dell'ente pubblico" [dGr n. 398/2015, allegato].

Una condizione necessaria per attuare il principio della libera scelta nell'ambito delle strutture accreditate e disponibili è quella di fornire, a livello regionale, indicazioni tariffarie di riferimento per gli enti locali titolari delle funzioni amministrative e gestionali dei servizi al fine di garantire ai cittadini la possibilità di orientare sulla base di criteri definiti la scelta della struttura.

10.3 Le tariffe

Il sistema tariffario toscano delle RSA si basa sulla tipologia di offerta residenziale a cui si accede dopo la valutazione dell'UVM sulla base di una serie di scale al momento in fase di revisione (riforma promossa dalla dGr n. 398/2015). La ripartizione dei costi fra il sociale e il sanitario varia da un territorio all'altro, con il FSR che mediamente si fa carico del 54-62% (una delle coperture più elevate d'Italia) dei costi complessivi delle RSA. La quota sociale media è di 50,50 euro al giorno, ma con diverse oscillazioni; è infatti fortemente variabile nel territorio e varia da un minimo di 35 euro a un massimo di 80 euro giornalieri.

Allo stato attuale, quindi, i costi delle RSA sono quelli espressi nella tabella seguente.

Tab. 14 - Modello tariffario della Regione Toscana

Tipologia di RSA	Quota sanitaria (€)	Media della quota sociale (€)	Totale (€)
Modulo base 1 per non autosufficienti	52,32	50,50	102,82
Modulo 2 per disabili di prevalente natura motoria	66,25	50,50	116,75
Modulo 3 per affetti da Alzheimer	68,53	50,50	119,03
Modulo 4 per stati vegetativi	65,75	50,50	116,25

Fonte: Pesaresi, 2016

11. Le RSA nel Lazio

11.1 Le strutture e gli ospiti

Nel Lazio vivono più di 1.234.000 ultrasessantacinquenni, il 21% dell'intera popolazione, una delle incidenze più contenute d'Italia (solo Calabria, Sicilia, Campania e Trentino-Alto Adige fanno registrare quote più basse di anziani sul totale dei residenti). Tuttavia, in poco più di un decennio la categoria è aumentata di oltre 2 punti percentuali. Il 19,4% degli anziani laziali si trova in situazioni di non autosufficienza (circa 240.000) e oltre 6.300 sono ospiti in una delle 107 strutture residenziali del territorio (120 secondo le ultime rilevazioni della Regione Lazio).

Le RSA laziali sono strutture finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie e assistenziali, di recupero a persone anziane non autosufficienti. Le persone ospitate nelle RSA non sono assistibili a domicilio e non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o nei centri di riabilitazione. All'interno di una singola struttura possono coesistere nuclei assistenziali diversi (a trattamento intensivo, a trattamento estensivo e a trattamento di mantenimento maggiore e minore) allo scopo di qualificare l'assistenza e garantire la continuità delle cure. L'accesso dell'anziano avviene attraverso l'Unità di Valutazione Territoriale (UVT) che compila la scheda di valutazione secondo il modello RUG (Resource Utilization Groups), un algoritmo che classifica i pazienti in gruppi a diverso assorbimento di risorse. L'Unità di Valutazione individua quindi la collocazione istituzionale più appropriata rispetto al bisogno.

11.2 La normativa

Secondo le normative vigenti (dGr n. 98/2007, dGr n. 173/2008 e dGr n. 933/2014) all'interno delle RSA devono essere garantite tutte le prestazioni che concorrono al mantenimento delle capacità residue degli ospiti e al recupero dell'autonomia in relazione al loro bisogno, al fine di raggiungere e mantenere il miglior livello possibile di qualità della vita. Nel Lazio la prima normativa relativa alle RSA è il Regolamento regionale n. 1 del 6 settembre 1994 in cui vengono definite le caratteristiche delle strutture, i destinatari, i requisiti, le prestazioni garantite, la dotazione di personale richiesta, la costituzione dell'Unità di Valutazione Territoriale, l'autorizzazione al funzionamento, la stipula delle convenzioni tra RSA e Servizio Sanitario Regionale e la ripartizione delle quote (sanitaria e non sanitaria). La normativa sembra quindi ricalcare ciò che avviene nelle altre Regioni italiane, con i meccanismi di autorizzazione al funzionamento anche per strutture private e la conseguente stipula delle convenzioni. I successivi decreti del Presidente della Regione, in qualità di Commissario *ad acta*, non modificano l'organizzazione e la struttura del sistema dei servizi socio-sanitari per

gli anziani non autosufficienti. Il Decreto n. 90 del 10/11/2010, ad esempio, conferma il modello organizzativo laziale e ribadisce la suddivisione dei livelli prestazionali che le RSA devono garantire:

R1 (livello ad alta intensità assistenziale): assistenza a persone in Stato vegetativo o stati di minima coscienza, con SLA o altre sindromi neurodegenerative in fase avanzata, che necessitano di assistenza respiratoria, nutrizione artificiale e confinate a letto;

R2 (livello a medio-alta intensità assistenziale): assistenza a persone con malattie cronico-degenerative a forte rischio di riacutizzazione, che necessitano di un monitoraggio delle condizioni cliniche e dei parametri vitali, accompagnate da una forte riduzione dell'autonomia;

R2D (livello a medio-alta intensità assistenziale): assistenza a persone con malattie cronico-degenerative, che presentano rilevanti disturbi cognitivi o del comportamento che necessitano interventi riabilitativi o tutelari;

R3 (livello a medio-bassa intensità assistenziale): assistenza a persone con malattie cronico-degenerative in fase di stabilizzazione ma con forte perdita dell'autonomia fisica.

Il Decreto del Presidente n. 99 del 15/06/2012 "Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane" introduce la corrispondenza tra le sopracitate categorie di livelli prestazionali, i nuclei assistenziali e le tipologie di trattamento. In base a questo schema il livello R1 prevede una tipologia di trattamento intensivo, R2 e R2D una tipologia di trattamento imperniata sul mantenimento (di tipo A) e R3 una tipologia di mantenimento di tipo B. Il Decreto n. 76 del 08/03/2013 rivaluta l'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale promuovendo un aumento dei posti letto convenzionati (da circa 5.100 a quasi 11.000). Il Decreto n. 461 del 02/10/2015 eleva il numero di posti letto programmati a 13.643.

11.3 Le tariffe

In base alla normativa regionale vigente (dGr n. 98/2007, dGr n. 173/2008 e dGr n. 933/2014), la diaria giornaliera per l'ospitalità in RSA è ripartita nel modo seguente: 50% a carico del Fondo Sanitario Regionale e 50% a carico dell'assistito, con l'eventuale compartecipazione del comune di residenza, per chi ne ha diritto. Il Decreto n. 461 del 02/10/2015 definisce le tariffe per i ricoveri nelle RSA laziali e conferma la ripartizione delle quote tra sanitario e sociale.

Tab. 15 - Modello tariffario della Regione Lazio

Tipologia assistenziale	Quota sanitaria (€)	Quota sociale (€)	Totale (€)
Intensiva	110,15	110,15	220,30
Mantenimento A	59,20	59,20	118,40
Mantenimento B	49,20	49,20	98,40

Fonte: Decreto n. 461/2015

I degenti che ricadono nella tipologia assistenziale intensiva hanno copertura totale da parte del Servizio Sanitario Regionale sia per quello che riguarda la quota sanitaria sia per quella sociale. Per la quota sociale, invece, gli utenti che hanno un reddito annuale ISEE pari a un importo non superiore a 13.000 euro possono beneficiare di un contributo comunale. La Regione Lazio, in seguito, rimborsa i comuni di una parte (fino all'80%) della somma effettivamente spesa per l'integrazione delle quote degli utenti aventi diritto. Gli stanziamenti regionali destinati ai rimborsi sono definiti annualmente con legge di bilancio. I comuni interessati al concorso finanziario della Regione Lazio alle spese sostenute per l'integrazione delle rette RSA devono inviare entro il 30 giugno di ogni anno una stima del numero di utenti da ospitare nell'anno in corso e l'importo presunto di spesa.

12. Le RSA in Campania

12.1 Le strutture e gli ospiti

In Campania vivono poco più di 1.045.000 ultrasessantacinquenni, il 17,8% dell'intera popolazione, la quota più bassa d'Italia. Il dato è dovuto principalmente all'incidenza molto marcata della popolazione più giovane e agli elevati tassi di natalità delle donne campane, tra i più alti a livello nazionale. Tuttavia, in poco più di un decennio la categoria è aumentata di 2,7 punti percentuali, a testimonianza che il fenomeno della senilizzazione delle nostre società è diffuso e osservabile anche in questi contesti. Un quarto degli anziani campani si trova in situazioni di non autosufficienza (circa 263.000), una delle quote più alte d'Italia, assieme al dato pugliese, siciliano e sardo. Oltre 2.000 ultrasessantacinquenni campani sono ospiti in una delle 85 strutture residenziali del territorio (95 secondo le rilevazioni della Regione Campania), che contano 5.268 posti letto.

Questi dati rivelano un utilizzo meno frequente della RSA rispetto ad altri contesti regionali e ciò è dovuto all'effetto combinato di aspetti economici (le tariffe campane sono elevate) e aspetti sociali (l'anziano, anche non autosufficiente, è assistito prevalentemente a domicilio da *caregiver* familiari o da assistenti).

Le RSA campane sono strutture a valenza socio-sanitaria e di tipo extra ospedaliero per anziani non autosufficienti e non assistibili a domicilio attraverso l'assistenza domiciliare integrata, nei servizi semi-residenziali o nei centri diurni. Il presupposto per accedere in una RSA è la comprovata mancanza, abituale o momentanea, di un idoneo supporto familiare che consente di erogare a domicilio i trattamenti sanitari continui e l'assistenza necessaria ad anziani non autosufficienti, o la non idoneità dell'abitazione. L'Unità di Valutazione Integrata è il team multi professionale incaricato di accogliere la domanda di accesso e valutarla attraverso l'adozione del metodo SVAMA (Scheda per la valutazione multidimensionale dell'anziano), utilizzato anche nella Regione Veneto. Il dGr n. 1811 del 2007 completa la SVAMA con un sistema di classificazione degli anziani in 17 profili di autonomia.

12.2 La normativa

Dal 2001 la Regione Campania ha provveduto a emanare attraverso diversi atti di programmazione le linee guida annuali per la programmazione sociale territoriale rivolta alle persone anziane. Gli obiettivi principali delle politiche nei confronti della popolazione anziana sono: la tutela e la promozione dei loro diritti; la permanenza attiva nel tessuto sociale delle comunità; la garanzia di dignità e la qualità della vita. Le normative regionali, pur

sottolineando l'importanza delle strutture residenziali socio-sanitarie, affermano la centralità del ruolo della famiglia nell'assistenza dell'anziano non autosufficiente e promuovono gli obiettivi dell'autonomia, della permanenza a domicilio e dell'integrazione sociale.

La Legge Regionale n. 8 del 22/04/2003 ha stabilito i criteri per la realizzazione, l'organizzazione e il funzionamento delle RSA campane, riconoscendo come soggetti erogatori anche i privati e adottando il metodo dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento. Le normative seguenti hanno confermato queste modalità organizzative.

12.3 Le tariffe

Le rette giornaliere sono differenziate per gradi di autosufficienza: lievemente o mediamente non autosufficiente, gravemente o totalmente non autosufficiente, demente. Sono a carico del fondo sanitario regionale tutti gli oneri relativi alle prestazioni sanitarie erogate dalle RSA, quantificate in metà del costo totale.

Tab. 16 - Modello tariffario della Regione Campania

Tipologia di RSA	Quota sanitaria (€)	Quota sociale (€)	Totale (€)
Livello lieve-medio	53,00	53,00	106,00
Livello grave	61,00	61,00	122,00
Modulo demenze	60,00	60,00	120,00

Fonte: Decreto n. 110/2014

Il calcolo dell'ISEE dell'anziano non autosufficiente è richiesto per determinare la quota di compartecipazione del comune di residenza (laddove questo lo preveda) al pagamento della quota sociale. Per la determinazione della compartecipazione al costo dei servizi socio-sanitari si procede individuando l'ISEE: se questo è al di sotto della soglia corrispondente al 160% dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS l'utente è completamente esentato dal pagamento della retta. Con un ISEE al di sopra della soglia fissata in 4,35 volte l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS il soggetto che richiede la prestazione è tenuto a corrispondere per intero il costo dei servizi. Per valori ISEE compresi tra queste due soglie l'utente sarà tenuto a corrispondere una quota di compartecipazione al costo del servizio strettamente correlata alla propria situazione economica.

13. Le RSA in Puglia

13.1 Le strutture e gli ospiti

In Puglia vivono poco più di 850.000 ultrasessantacinquenni, il 21% dell'intera popolazione, una delle quote più basse d'Italia. Tuttavia, in poco più di un decennio la categoria risulta essere aumentata di 4 punti percentuali, a testimonianza di una marcata tendenza alla senilizzazione anche in una regione tradizionalmente "giovane" come la Puglia. Quasi il 27% degli anziani pugliesi si trova in situazioni di non autosufficienza (circa 230.000), la quota più alta d'Italia. Oltre 5.500 ultrasessantacinquenni pugliesi sono ospiti in una delle 130 strutture residenziali del territorio, 5.500 posti letto.

Le RSA pugliesi sono strutture sanitarie extra ospedaliere, gestite da soggetti pubblici o privati, organizzate per nuclei o moduli funzionali, finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, assistenziali, di recupero funzionale e di inserimento sociale, nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non assistibili a domicilio, le cui limitazioni fisiche e/o psichiche non consentono di condurre una vita autonoma e le cui patologie non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o nei centri di riabilitazione.

L'accesso dell'anziano (PUA – Porta Unica d'Accesso) viene valutato dall'Unità di Valutazione Territoriale (UVT) con la compilazione della scheda di valutazione SVAMA, la stessa utilizzata in Veneto e in Campania, l'approccio valutativo ICF (classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità) e la misurazione delle abilità di base della quotidianità (ADL). Da queste scale deve emergere il grado di non autosufficienza e l'impossibilità, anche temporanea, dell'utente di usufruire di altre forme di assistenza, quali l'assistenza domiciliare o semi-residenziale.

Il 18% sono strutture a titolarità pubblica, mentre la gran parte dell'offerta resta a titolarità privata: la spiegazione di una tale composizione è legata al fatto che tutte le tipologie di servizi sopra riportate sono tutte tipologie nuove, disciplinate per la prima volta in Puglia nel 2006 e, considerando il blocco del turn over negli enti locali, la scelta della gran parte dei comuni è quella di lasciare al privato la costituzione di questo segmento di offerta, non essendo neppure previsti nelle rispettive piante organiche i profili professionali richiesti per la gestione di questi servizi.

13.2 La normativa

Le linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete integrata dei servizi socio-sanitari del 2011 riassume e conferma alcuni principi contenuti nelle normative precedenti e promuove il potenziamento delle prestazioni e dei servizi a favore delle persone non autosufficienti, definendo le funzioni della PUA e dell'UVM come strategiche al fine di sostenere e migliorare l'integrazione funzionale, professionale e gestionale tra Asl e comuni e di garantire l'appropriatezza della presa in carico degli utenti dei servizi socio-sanitari.

La Porta Unica di Accesso è la funzione che garantisce l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, promuovendo la semplificazione delle procedure, l'unicità del trattamento dei dati, l'integrazione nella gestione del caso, la garanzia per l'utente di un tempo certo per la presa in carico. L'individuazione di un punto unico e di una procedura unitaria di accesso al sistema facilita il perseguimento di alcuni obiettivi di efficacia della risposta assistenziale del servizio pubblico, a cominciare dal superamento della frammentarietà della risposta, della semplificazione dell'accesso, della corretta e appropriata valutazione del bisogno.

Gli altri aspetti (autorizzazione al funzionamento, accreditamento e contrattualizzazione dei posti letto) ricalcano ciò che caratterizza gli altri contesti regionali osservati.

13.3 Le tariffe

Pur avendo adottato la scheda di valutazione SVAMA, la Regione Puglia non ha un sistema di classificazione tariffaria dei pazienti da ammettere nelle RSA. La scheda SVAMA non è stata organizzata in modo da identificare e classificare le varie tipologie di pazienti; la tariffa è unica, uguale per tutti gli assistiti: 92,90 euro la tariffa giornaliera totale, con il 50% della quota sanitaria coperto dal Sistema Sanitario Regionale e il restante a carico dell'utente e, eventualmente, del comune di residenza.

Tuttavia, la Regione Puglia è tra le pochissime che hanno indicato, nel dGr n. 1037 del 2012, il metodo di calcolo della tariffa unitaria proposta. Il calcolo è stato realizzato ipotizzando una RSA con 30 posti letto fornendo un quadro esaustivo dei costi del personale (61,73 euro giornalieri per utente), dei costi per i pasti (12,00 euro) e di quelli generali (19,17 euro).

Riferimenti bibliografici

Assoprevidenza e Itinerari Previdenziali (2016), *La residenzialità per gli anziani, possibile coniugare sociale e business?*, Primo quaderno di approfondimento 2016.

Agenzia Sanitaria Regionale, Regione Emilia Romagna, Servizio Sanitario (2005), *Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia Romagna*, <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/collidoss/index.htm>

ARS Liguria – Agenzia Regionale Sanitaria (2013), *Il monitoraggio della qualità dell'assistenza in RSA*, Genova, ARS Liguria.

Attias-Donfut, C., Ogg, J., Wolff F.-C. (2005), *European patterns of intergenerational financial and time transfers*, «European Journal of Ageing», 2, pp. 161-73.

AUSER (2011), *Indagine sulle case di riposo*, AUSER, Roma.

Autori vari (2013), *Il welfare è un costo? Il contributo delle politiche sociali alla creazione di nuova occupazione in Europa e in Italia*, www.crescereilwelfare.it

Banca d'Italia (2011), *Relazione annuale 2011*. Il ruolo delle donne nell'economia italiana, <https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/relazione-annuale/2011/index.html>.

Beneken, D.M. (2007), *Family care and care responsibility, the art of meeting each other*. Eburon Uitgeverij B.V., Engelstalig.

Bengtson, V. L., (2001), *Beyond the nuclear family, The increasing importance of multigenerational bonds*, «Journal of Marriage and Family», 63, pp. 1-16.

Bettio, F., Solinas, S. (2009), *Which European model for elderly care? Equity and efficiency in home based care in three European countries*, *Economia & Lavoro*, vol. 1.

Boeri, Burda, Kramarz (2007), *Working hours and job sharing in EU and USA*. Oxford University Press.

Candido, A. (2010), *Residenze Sanitarie Assistenziali e rette dei degenti, tra livelli essenziali e diritto alla tutela della salute*, in Quaderni Regionali, n. 3.

Cappiello, G.; Monteduro, G. (2009), *L'aziendalizzazione dei servizi pubblici alla persona, dalle Ipab alle ASP*, in Non profit, n. 1.

Caro F.G. (ed.) (2006), *Family and aging policy*, London, Routledge.

Cergas, Fosti, Larenza, Longo, Rotolo (2012), *La rete dei servizi per la long term care*. In Agenas, Quaderni di Monitor, La presa in carico degli anziani non autosufficienti. Un contributo per conoscere e decidere, Roma, p. 151-170.

CREMS (2012), *Relazione sulla normativa nazionale e regionale in materia di RSA*, Castellanza, LIUC – Università Cattaneo.

Di Novi, C., Zanola, R. (2009), *L'assistenza sanitaria agli anziani non autosufficienti in Italia, un problema intergenerazionale?* Paper. http://www.coripe.unito.it/Portals/0/EeS/8_1_dinzan.pdf

Esping-Andersen G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge.

Esping-Andersen G. (2000), *I fondamenti sociali delle economie post-industriali*. Il Mulino, Bologna.

Esping-Andersen, G. (2009), *The Incomplete Revolution, Adapting to Women's New Roles*. Cambridge, Polity Press Oxford-New York, pp.1-25.

-
- Eurofamcare (2007), *Supporting family carers of older people in Europe - the paneuropean background*. <https://www.uked.de/extern/eurofamcare/publikationen.php>
- Giarrusso, R., Silverstein, M. et al. (1996), *Family complexity and the grandparent role*, «Generations». 20, 1, pp. 17-23.
- Giunco, F. (2016), *Le RSA in Lombardia. Un modello ancora attuale?*, in www.lombardiasociale.it
- Guerrini, G. (2010), I servizi residenziali, in Gori C., *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- INPS (2016), XV Rapporto annuale, Roma, INPS.
- IRES Lucia Morosini a cura di F. Montemurro e G. Pautasso (2013), *L'assistenza agli anziani in Lombardia tra "badanti", famiglie e servizi pubblici*, Torino, IRES Lucia Morosini.
- IRES Lucia Morosini a cura di N. Bazoli e F. Montemurro (2014), *L'offerta di servizi per gli anziani non autosufficienti in Piemonte*, Torino, IRES Lucia Morosini.
- IRES Lucia Morosini (2010), *Il capitale sociale degli anziani. Stime sul valore dell'attività non retribuita*, Torino, IRES Lucia Morosini.
- IRES Lucia Morosini – SPI CGIL Lombardia (2016), *I costi della sanità privata. Il caso della Lombardia*, Torino, IRES Lucia Morosini.
- IRPET (Istituto Regionale Programmazione Economica della Toscana) a cura di Filippo Tosi (2009), *Le famiglie e l'assistenza agli anziani non autosufficienti, il caso empolesse*, Firenze, Osservatorio sociale regionale Toscana.
- Irs, De Ambrogio U. (2013), *Disegnare il welfare di domani, la crisi, i tagli agli Enti Locali e le ripercussioni sul lavoro sociale nella Provincia di Lodi*, Istituto per la Ricerca Sociale - LombardiaSociale.it.
- ISTAT (2016.A), *Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, Roma.
- ISTAT (2016), *I bilanci comunali delle amministrazioni comunali e provinciali*, Roma, ISTAT.
- ISTAT (2015), *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*, Report ISTAT, 17 dicembre 2015. http://www.istat.it/it/files/2015/12/Presidi-residenziali_2013.pdf?title=Presidi+residenziali+-+17%2Fdic%2F2015+-+Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf.
- ISTAT (2015.A), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati*, Roma, ISTAT, 2015.
- ISTAT (2013) Quinto rapporto sulla coesione sociale, ISTAT, Roma, 30 dicembre 2013, <http://www.istat.it/it/archivio/108637>
- ISTAT (2012), *Uso del tempo e ruoli di genere. Tra lavoro e famiglia nel ciclo di vita*. Argomenti n. 43, Roma.
- ISTAT (2011), *Aspetti della vita quotidiana*. Anno 2010, Roma.
- ISTAT (2011), *La conciliazione tra lavoro e famiglia*. Anno 2010, Roma.
- ISTAT (2008), *Conciliare lavoro e famiglia, una sfida quotidiana*. Roma (Argomenti, n. 33).
- ISTAT (2008), *I tempi della vita quotidiana. Un approccio multidisciplinare all'analisi dell'uso del tempo*. Roma, Istat (Argomenti, n. 32).
- ISTAT, Maria Clelia Romano (2001), *Famiglia e reti di aiuto informali*. Potenzialità di sfruttamento

-
- dell'Indagine Multiscopo "Famiglia, soggetti sociali e condizione dell'infanzia", paper 2001. http://www3.istat.it/dati/pubbsci/contributi/Contributi/contr_2001/2001_4.rtf
- Johannson, L., Sundstrom, G. (2006), *Policies and practices in support of family caregivers. Filial obligations redefined in Sweden*. In Caro F.G. (ed.) (2006), *Family and aging policy*, London, Routledge.
- Meda, S. (2011), *Invecchiamento, famiglia e cura degli anziani non autosufficienti, lo scenario internazionale*. In Buone pratiche nei servizi alla famiglia. Famiglia fragili. Famiglie con anziani non autosufficienti, (a cura di) Donatella Bramanti ed Elisabetta Carrà, Roma, Dipartimento per le Politiche per la Famiglia, Osservatorio nazionale sulla famiglia.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (Mef) – Dipartimento della Ragioneria dello Stato (2016), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n. 17, Roma, Mef.
- Ministero della Salute (2012), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*, Roma, Ministero della Salute, Ufficio di Statistica.
- Morris, J.N.; Fries, B.E.; Mehr, D.R.; Hawes, C.; Philips, C.; Mor, V.; Lipsitz, L. (1994), *MDS Cognitive Performance Scale*, in Journal of Gerontology. Medical Sciences, n. 49 (4).
- Network Non Autosufficienza – NNA (2009), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 1° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Network Non Autosufficienza – NNA (2013), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto. Tra crisi e ripartenza*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Network Non Autosufficienza – NNA (2015), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto. Un futuro da ricostruire*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (2015), *Rapporto OCPS 2015*, Egea.
- OECD (2012), *Health at glance 2011*.
- Osservatorio della Fondazione Cariplo (2014), Quaderno n. 17 "Abitare leggero - Verso una nuova generazione di servizi per gli anziani.
- Paci, M. (2007), *La famiglia e i sistemi di welfare nell'economia dei servizi*. In Regini M. (a cura di), *La sociologia economica contemporanea*, Bari, Laterza.
- Pasquinelli, S. e Rusmini, G. (2013), *Badare non basta*, Roma, Ediesse.
- Pesaresi, F. (1997), *Le residenze sanitarie assistenziali. Il quadro normativo nazionale*, in *Agenzia sanitaria italiana*, n. 22.
- Pesaresi, F. (2012), *La ripartizione della spesa nelle RSA*, in *Tendenze nuove*, n. 3.
- Pesaresi, F. (2016), *Quanto costa l'RSA? Costi e tariffe RSA. Manuale di tariffazione*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Pesaresi, F. e Simoncelli, M. (2008), *Analisi delle RSA in Italia, mandato e classificazione*, in *Tendenze nuove*, n. 2.
- Regione Emilia Romagna (2005), Agenzia sanitaria regionale. *La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti*. In Emilia-Romagna, Dossier n. 106/2005.
- Robine, J. M., Michel, J.P. and Herrmann, F. R. (2007), "Who Will Care for the Oldest People in Our Ageing Society?" *BMJ*, 334,570-571.

-
- Rossi G., Meda S. (2010), *La cura agli anziani, la cura degli anziani*. «Sociologia del Lavoro», 119.
- Sabbadini, L. L. (2013), *Giovani e donne, prospettive occupazionali e loro ruolo nel volontariato*. In *Co-operare. Proposte per uno sviluppo umano integrale*, a cura di Paolo Venturi e Sara Rago, Aiccon.
- Saraceno, C. (2013), *La cura degli altri tra lavoro pagato e non pagato, tensioni e potenzialità*. In *Co-operare. Proposte per uno sviluppo umano integrale*, a cura di Paolo Venturi e Sara Rago, Aiccon.
- Saraceno, C., Keck, W., (2010), 'Can We Identify Intergenerational Policy Regimes in Europe?' *European Societies*, 12, 5, pp. 675-696.
- Saraceno, C. (1998), *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*. Il Mulino, Bologna.
- Sebastiano, A. e Porazzi, E. (2010), *Benchmarking e Activity Based Costing in ambito socio-sanitario. Evidenze empiriche dal mondo delle RSA*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Sen, A.K (2008), *On Economic Inequality*, Expanded Edition, Oxford University Press, 2008 edition.
- Sen, A.K. (1982), *Choice, Welfare and Measurement*. Oxford, Blackwell.
- Sen, A. K. (1977), "Rational Fools, A Critique of the Behavioral Foundations of Economic Theory,". In *Philosophy and Public Affairs*. Vol. 6, no. 4, pages 317-344.
- Soloterre (2013), *Lavoro domestico e di cura*, Report.
- Stark, O. (1999), *Altruism and Beyond, An economic analysis of the transfers and exchanges within families and groups*. Cambridge University Press, 1999.
- Wolf, A. (2013), *The XX factor*. London, Profile Books, 2013.

Riferimenti normativi

PIEMONTE

- Deliberazione della Giunta Regionale 25 giugno 2013, n. 14-5999 "Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all'ordinanza del TAR Piemonte n. 141/2013"
- Deliberazione della Giunta Regionale 2 agosto 2013, n. 85-6287 "Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012"
- D.G.R. 66-3253 del 30 dicembre 2011 "Interventi urgenti in materia di periodico adeguamento delle tariffe per i servizi residenziali e semiresidenziali erogati in strutture socio-sanitarie accreditate con il S.S.R."

LOMBARDIA

- Deliberazione della Giunta Regionale X/856 del 25/10/2013 "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili"
- Deliberazione della Giunta Regionale X/4662 del 23/12/2015 "Indirizzo regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018"
- Deliberazione della Giunta Regionale X/4702 del 29/12/2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2016"

VENETO

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 84 del 16 gennaio 2007 - L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali"
- Deliberazioni della Giunta Regionale n. 394 del 20 febbraio 2007 "Indirizzi ed interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti"
- Deliberazione della Giunta n. 456 del 27 febbraio 2007 "Criteri di accesso ai servizi residenziali per persone anziane non autosufficienti"

EMILIA-ROMAGNA

- Deliberazione della Giunta Regionale 514/2009 "Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari"
- Dgr. 1229/2014: "Fondo regionale per la non autosufficienza - programma anno 2014"

TOSCANA

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 496 del 25 giugno 2013. Progetto "Il sistema delle R.S.A. nella Regione Toscana: mappatura e valutazione"
- Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015
- Deliberazione n. 443 del 3 giugno 2014 L.R. n. 66/2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza"

LAZIO

- Deliberazione della Giunta Regionale 98/2007 "Attuazione Patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio – rimodulazione diaria giornaliera R.S.A."
- Deliberazione della Giunta Regionale 173/2008 "Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di RSA, neuropsichiatriche e di altra assistenza sanitaria territoriale dei soggetti erogatori privati accreditati"
- Deliberazione della Giunta Regionale 933/2014 "Disposizioni concernenti la compartecipazione alla spesa sociale per le residenze sanitarie assistenziali e per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento, in regime residenziale e semiresidenziale".

CAMPANIA

- Regolamento n. 6 del 18/12/2006 "Regolamento concernente i servizi residenziali e semiresidenziali per anziani, persone diversamente abili e minori"

PUGLIA

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 2578 del 23/11/2010 "Qualify-Care Puglia – Percorsi integrati innovativi per la presa in carico domiciliare di persone gravemente non autosufficienti"
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 1826 del 06/08/2014 "Progetto "make it REAAL". Presa d'atto dell'approvazione del progetto e dell'ammissione al finanziamento"