

*Policy*

*Collana diretta da Alberto Mingardi e Carlo Stagnaro*



Giuliano Cazzola, Carla Collicelli

# Long Term Care e soluzioni integrate

*Rubbettino*

Leonardo Facco

© 2008 - Rubbettino Editore  
88049 Soveria Mannelli (Catanzaro) - Viale Rosario Rubbettino, 10 - Tel. (0968) 6664201  
[www.rubbettino.it](http://www.rubbettino.it)

© 2008 - Leonardo Facco Editore  
24047 Treviglio (Bergamo) - Via Cagnola, 28 - Tel. (335) 8082280  
[leonardo.facco@tiscali.it](mailto:leonardo.facco@tiscali.it)

## *Introduzione*

### Integrazione, chiave di volta per la “buona vita” dei soggetti più deboli.

I materiali e le riflessioni, che vengono qui presentati, si collocano nell’ambito del dibattito in corso sulle soluzioni da individuare e da attivare per la assistenza di lungo termine ad anziani, non autosufficienti e disabili, dibattito recentemente messo a fuoco con grande lucidità nel Libro Verde sul futuro del modello sociale “La vita buona nella società attiva”, diffuso dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali il 25 luglio 2008.

Il Libro Verde parte molto opportunamente dai cambiamenti demografici, della “coscienza dei bisogni” e della “struttura delle risposte” nella società italiana, per sottolineare l’importanza della sfida politica della transizione verso un modello di accompagnamento delle persone lungo l’intero ciclo di vita. A partire dalla dinamica della spesa e della carenza di interventi per l’assistenza di lunga durata, si propone una visione strategica di insieme nuova, integrale ed integrata, che faccia leva sulla compenetrazione tra politiche sociali e sanitarie, tra soggetti istituzionali differenti, tra servizi e tra erogatori. Chiaro è anche il riferimento ad un sistema “multi pilastro” ed allo sviluppo più avanzato dei fondi sanitari complementari per la riqualificazione e modernizzazione del welfare, con ampie aperture nei confronti del mondo finanziario ed assicurativo. La continuità assistenziale tra territorio ed ospedale, la revisione del *targeting* dei pazienti e del *setting* assistenziale, la formazione geriatrica per ampie categorie di operatori, sono tutti aspetti che il Libro Verde cita come strade da percorrere.

Il testo che qui viene presentato prende spunto da una analisi effettuata dagli autori, assieme ad una équipe di ricerca del

Censis, sullo stato dell'arte della assistenza di *Long Term Care* in Italia, puntando a porre nella dovuta evidenza alcune delle esperienze più interessanti realizzate sul territorio, tutte caratterizzate dalla formula della integrazione nel senso detto poco sopra.

È noto quanto sia tormentato il rapporto tra politiche socio-sanitarie ed esigenze sociali. La situazione italiana è peraltro caratterizzata da squilibri molto forti, per territorio e per area di intervento, con ritardi ed inadempienze particolarmente accentuati in alcuni settori del comparto (prevenzione, continuità delle cure, domiciliarità, integrazione sociale degli svantaggiati, solitudine, prima infanzia, anziani).

È evidente, d'altra parte, che le necessità di un comparto così importante sono tali, da non far prevedere possibili riduzioni di spesa: anzi il settore è destinato a risucchiare risorse crescenti, come mostrano i dati di trend, e si può solo sperare da questo punto di vista in un riequilibrio interno alle diverse voci di costo e in un risanamento, almeno parziale, rispetto a sprechi e duplicazioni. Queste considerazioni, assieme alla necessità di distinguere tra prestazioni e costi essenziali da coprire con il bilancio pubblico, e prestazioni elettive e costi non essenziali (a carattere soggettivo, integrativo, palliativo o superfluo) da finanziare attraverso altri canali, pongono l'urgenza di un più rapido e consistente sviluppo delle forme integrative di copertura finanziaria delle prestazioni, tradizionalmente presenti per ora per le spese sanitarie aggiuntive o private negli accordi aziendali o di comparto di settori occupazionali ben tutelati (fondi sanitari integrativi), ma ipotizzabili a più ampio raggio, su base territoriale ed assicurativa, ed anche in ambito sociale o socio-sanitario.

In modo particolare si pone l'esigenza di valorizzare le funzioni orizzontali di integrazione, coordinamento, monitoraggio, snellimento e accompagnamento rispetto allo sviluppo del comparto socio-assistenziale e della *Long Term Care* in modo particolare, puntando al riequilibrio tra domanda e offerta.

Insieme agli enti territoriali andrebbe quindi lanciato un progetto di "integrazione dal basso", con interventi per lo sviluppo di un welfare socio-sanitario ben radicato sul territorio, da portare avanti sulla base delle esperienze più avanzate (ed in

particolare di quelle descritte nella seconda parte di questo volume) e da diffondere attraverso processi orizzontali di coinvolgimento ed attivazione di diverse soggettualità, dagli enti locali stessi, alle autorità sanitarie, al terzo settore, agli sponsor privati, alle famiglie e associazioni di cittadini, alle associazioni degli operatori, ecc.

Pur nella enorme produzione di analisi e linee-guida degli ultimi tempi sui servizi socio-sanitari e di welfare, non si è ancora, tra l'altro, perseguita con sistematicità la pista della analisi comparativa dei vantaggi economici e dei costi delle diverse modalità di intervento. Le esperienze qui citate mostrano come possibile un percorso metodologico di nuova economia delle cure, con quantificazioni dei costi di percorsi differenziali di cura e intervento sul territorio (ospedale *vs* assistenza domiciliare, assistenza domiciliare *vs* cure autogestite a livello familiare, farmaco *vs* interventi chirurgici, ecc.), darebbe risultati inequivocabili a favore di una *Long Term Care* integrata nella struttura dei servizi come nel concorso dei diversi soggetti istituzionali ed economici, e nella collaborazione tra operatori, dirigenti di struttura, soggetti di offerta.

Ci auguriamo che il contributo qui presentato possa costituire un utile stimolo allo sviluppo del dibattito e soprattutto alla realizzazione delle politiche e degli interventi necessari per produrre davvero un contesto di "buona vita" per tutti i soggetti fino ad oggi trascurati nel nostro welfare.

*Giuliano Cazzola*  
*Carla Collicelli*



# 1.

## *La non autosufficienza in Europa: il contesto e le risposte possibili*

### 1.1 *La sfida demografica*

Tra le tante sfide che il vecchio continente è impegnato ad affrontare, quella demografica sembra essere assimilabile ad una sorta di *tapis roulant* sul quale tutte le altre sono destinate a muoversi. L'Europa conosce dei cambiamenti demografici senza precedenti: nel 2006 il tasso di accrescimento per 1.000 abitanti nell'Europa a 25 è stato pari a -5,2%. Anche i nuovi Stati membri, con la sola eccezione di Cipro e Malta, hanno riscontrato una *riduzione della popolazione*. In numerosi Paesi l'apporto dell'*immigrazione* è divenuto cruciale per garantire una crescita della popolazione. Il *tasso di fecondità* è ovunque inferiore al livello di rinnovo naturale delle generazioni (1,5 nati per donna feconda).

La popolazione della Ue dovrebbe crescere debolmente fino al 2025 grazie all'immigrazione prima di iniziare il declino: 458 milioni di abitanti nel 2005, 469,5 milioni nel 2025 (+2%), poi 468,7 milioni nel 2030. Ma 55 delle 211 regioni della Ue-15 hanno già conosciuto una diminuzione della popolazione nella seconda metà degli anni Novanta. È lo stesso caso di 35 regioni su 55 dei nuovi Stati membri, in ragione di una caduta naturale e di un saldo netto dell'emigrazione (tab. 1).

Questo declino è più rapido e profondo se si considera solo la quota di popolazione in età attiva (15-64 anni) che tra il 2020 e il 2030 dovrebbe perdere 20,8 milioni di individui. L'invecchiamento della popolazione inciderà anche sulle *performan-*

ce dello sviluppo, in quanto potrebbe far passare – secondo il rapporto Wim Kok – la *crescita potenziale annua* del Pil dal 2-2,5% di oggi all'1,25% nel 2040.

Tab. 1 - *Indice sintetico di fecondità in alcuni Paesi europei*

<b>Paesi</b>	<b>1990</b>	<b>2006</b>
BG	1,7	1,3
CY	2,4	1,4
CZ	1,8	1,3
EE	1,9	1,5
HU	1,8	1,4
LV	1,9	1,3
LT	1,9	1,4
MT	2,0	1,4
PL	2,0	1,3
RO	1,9	1,3
SK	2,0	1,2
UE 15	1,57	1,5

(p) previsioni

Fonte: Eurostat

L'Unione, pertanto, è ormai priva di un “*motore demografico*”. Tra i 5 stati membri più popolosi solo la Francia e il Regno Unito aumenteranno (rispettivamente del 9,6% e dell'8%) la popolazione tra il 2005 e il 2050. Ma non c'è solo un problema riguardante il complesso della popolazione. Ciò che più preoccupa è il mutamento qualitativo che si determinerà all'interno. La popolazione complessiva diminuirà di oltre 9 milioni di unità, ma all'interno si capovolgerà la piramide delle generazioni.

L'evoluzione (anzi l'involuzione) demografica della Unione a 25 evidenzia (l'aggiunta di due nuovi Paesi aderenti non ha modificato il quadro dei trend demografici), nel prossimo mezzo secolo, un *massiccio addensamento* di persone delle fasce di

età più anziane e vecchie, a fronte di un vero e proprio *crollò delle classi dei giovani e degli adulti*. Il che porrà problemi non solo con riguardo ai modelli di welfare, ma prima ancora sul terreno del mercato del lavoro.

Entro il 2030, i 71 milioni di over 65 del 2000 nella Ue-25 diventeranno 110 milioni e la popolazione in età attiva sarà di circa 280 milioni rispetto agli attuali 303 milioni. Ciò avrà un impatto diretto sulla nostra capacità di sostenere la crescita economica a lungo termine. Gli *over 50* costituiranno la percentuale nettamente più elevata della forza lavoro potenziale mentre diminuirà il numero di giovani che faranno il loro ingresso nel mercato del lavoro (tab. 2).

Tutte le aree del mondo conosceranno il fenomeno dell'invecchiamento nel corso di questo secolo, ma in forme meno accentuate dell'Europa. Gli Usa vedranno aumentare la loro popolazione più anziana del 25,6% tra il 2000 e il 2025. In Cina il processo sarà rapido con una riduzione della popola-

Tab. 2 - *Le sfide della demografia europea. Scenario base* (v.a. tra parentesi in migliaia)

	<b>2005-2050</b>	<b>2005-2010</b>	<b>2010-2030</b>	<b>2030-2050</b>
Popolazione totale	- 2,1% (-9.642)	+1,2% (+5.444)	+1,1% (+4.980)	-4,3% (-20.066)
Ragazzi 0-14	-19,4% (-14.415)	-3,2% (-2.391)	-8,9% (-6.411)	-8,9% (-5.612)
Giovani 15-24	-25,0% (-14.441)	-4,3% (-2.488)	-12,3% (6.815)	-10,6% (-5.139)
Giovani adulti 25-39	-25,8% (-25.683)	-4,1% (-4.037)	-16,0% (-15.271)	-8,0% (-6.375)
Adulti 40-54	-19,5% (-19.125)	+4,2% (+4.170)	-10,0% (-10.267)	-14,1% (-13.027)
Anziani 55-64	+8,7% (+4.538)	+9,6% (+5.024)	+15,5% (+8.832)	-14,1% (-9.318)
Seniors 65-79	+44,1% (+25.458)	+3,4% (+1.938)	+37,4% (+22.301)	+1,5% (1.219)
Grandi vecchi 80+	+180,5% (34.026)	+17,1% (+3.229)	+57,1% (+12.610)	+52,4% (18.187)

Fonte: Eurostat

zione a partire dal 2025. All'opposto, i Paesi vicini all'Europa, in Africa e nel Medio Oriente, conosceranno questo invecchiamento assai più tardi, poiché la popolazione è molto più giovane, con un'età media di 20 anni o meno contro i 35 e più dell'Europa.

Nel 1950, l'Italia, con 47 milioni di abitanti, era al decimo posto tra le nazioni del mondo quanto a popolazione. Nel 2025 non sarà neppure tra le prime venti. Nel 1950 ben quattro Paesi europei (Russia, Germania, Regno Unito e Italia) erano tra i primi dieci. Nel 2025 vi sarà la sola Russia. Per trovare un altro paese tra i primi venti bisognerà accontentarsi della Germania al diciannovesimo posto.

In tutto il mondo la popolazione ultrasessantenne sta crescendo più velocemente di ogni altra fascia di età: questa tendenza, tuttavia, è più accentuata in Europa che, a partire dal 2025, avrà 8 dei 10 Paesi al mondo con la popolazione più anziana.

Il confronto a livello europeo vede, inoltre, la quota della popolazione di 60 anni e oltre superare (nel 2000) la quota di 1 abitante su 5 (21,6%) ma con le punte massime di persone anziane in Italia (23,9%), seguita dalla Grecia (23,1%), dalla Germania (23%) e dalla Svezia (22,2%), solo per citare i Paesi maggiormente interessati al fenomeno.

La spinta all'invecchiamento non può che crescere nel tempo, dal momento che la speranza media di vita aumenta di circa 6 mesi ogni 5 anni, grazie al miglioramento delle condizioni di vita, alle capacità accresciute di cura della medicina.

Questi processi stanno producendo e produrranno effetti e trasformazioni di grande portata sui modelli di protezione sociale. Nel campo delle pensioni (affrontiamo di sfuggita il tema in quanto non è direttamente collegato alle questioni trattate nel presente testo), l'Unione europea (Ue) ha sottolineato, nel primo testo varato nel 2003, nell'ambito del Metodo del Coordinamento Aperto (mca), l'effetto dirompente dei trend demografici.

Nei prossimi decenni – è scritto nel Rapporto – l'Ue dovrà affrontare una consistente accelerazione dell'invecchiamento demografico, dovuta a tre fattori principali:

- a) l'età del pensionamento della generazione del boom demografico;
- b) il costante aumento della speranza di vita;
- c) il calo della fertilità a partire dagli anni '70.

Il primo di questi fattori creerà uno *squilibrio demografico temporaneo*, mentre gli effetti degli altri due fattori sono costanti. Tuttavia, la combinazione di questi tre fattori porrà una notevole sfida finanziaria ai sistemi pensionistici e di protezione sociale nei prossimi decenni, quando il numero dei pensionati e degli anziani aumenterà rapidamente a fronte di una diminuzione della popolazione in età lavorativa.

## 1.2 Gli effetti sulla sanità

Più dirette sono invece le considerazioni riguardanti la sanità (la Ue peraltro si occupa di tale problematica insieme alla *Long Terme Care*). Per quanto riguarda gli effetti del solo invecchiamento sulla spesa sanitaria (in base ai tassi di consumo delle prestazioni per classi di età), la tabella 3 indica le variazioni attese nel prossimo mezzo secolo, secondo le stime del Comitato di politica economica della Ue (tab. 3). Altri studi hanno af-

Tab. 3 - *Gli effetti dell'invecchiamento sulla spesa sanitaria*

<b>Paese</b>	<b>Spesa in % su Pil 2000</b>	<b>Incremento 2000-2050 (in % su Pil)</b>
Belgio	6,1	+ 2,1
Danimarca	8,0	+ 2,7
Francia	6,9	+ 1,7
Italia	5,5	+ 1,9
Olanda	7,2	+ 3,2
Austria	5,6	+ 2,8
Finlandia	6,2	+ 2,8
Svezia	8,8	+ 3,0
Regno Unito	6,3	+ 1,8

Fonte: Epc 2001

frontato la materia arrivando sostanzialmente alle medesime conclusioni. Un Documento dell'Ocse del giugno 2006 fornisce dati molto accurati e recenti sui costi della *Long Term Care* (Ltc) in chiave comparativa con particolare riferimento, per quanto riguarda l'Europa, all'Italia, Francia, Germania, Gran Bretagna. Lo studio tiene distinti i costi sanitari da quelli della Ltc ed assume due prospettive: una di pressione sui costi (*cost-pressure*), l'altra di contenimento dei costi (*cost-containment*) (tab. 4).

In sostanza, si assume per l'Italia nell'arco del prossimo mezzo secolo un raddoppio della spesa sanitaria totale, a meno che non siano attuate misure specifiche di contenimento. Anche in questo caso, tuttavia, viene attribuito un notevole incremento (da 6 volte a più di 4 volte) alla spesa Ltc, per la quale è rilevante l'effetto demografico (tab. 5).

Tab. 4 - Spesa per la sanità pubblica e per la Long Term Care (% sul Pil)

	Spesa sanitaria			Spesa Ltc			Spesa totale		
	2005	2050 (CP)	2050 (CC)	2005	2050 (CP)	2050 (CC)	2005	2050 (CP)	2050 (CC)
Italia	6,0	9,7	7,9	0,6	3,5	2,8	6,6	13,2	10,7
Francia	7,0	10,6	8,7	1,1	2,8	2,0	8,1	13,4	10,8
Germania	7,8	11,4	9,6	1,0	2,9	2,2	8,8	14,3	11,8
UK	6,1	9,7	7,9	1,1	3,0	2,1	7,2	12,7	10,0

CP = *cost-pressure* ; CC = *cost-containment*

Fonte: Rielaborazione Caesar 2006 su dati Ocse

Tab. 5 - Scenario di spesa pubblica per Long Term Care al 2050 (% sul Pil)

Spesa per Ltc	2005	Effetto demografico 2050	<i>Cost-pressure</i> 2050	<i>Cost-containment</i> 2050
Italia	0,6	2,0	3,5	2,8
Francia	1,1	2,3	2,8	2,0
Germania	1,0	1,9	2,9	2,2
UK	1,1	2,1	3,0	2,1

Fonte: Caesar 2006 su dati Ocse

Vengono poi ipotizzati due differenti scenari: quello dell'invecchiamento in salute (*healthy ageing*) con due anni di vita in buone condizioni fisiche guadagnati ogni dieci anni (*longevity gains*) e quello, invece, dell'espansione della disabilità (con un tasso di dipendenza ipotizzato costante nel tempo) (tab. 6).

Tab. 6 - Analisi "sensitivity" di spesa pubblica per Long Term Care al 2050 in 3 Paesi europei (in % sul Pil)

	2005	2050 invecchiamento in salute	2050 espansione della disabilità
Francia	1,1	2,2	3,1
Germania	1,0	3,0	4,4
Italia	0,6	3,5	5,3

Fonte: Caesar 2006 su dati Ocse

In entrambi gli scenari, dunque, viene ipotizzato un incremento della spesa per Ltc. Va da sé che il caso dell'invecchiamento in buona salute si iscrive in una tendenza di lungo periodo che è alla base di altre valutazioni che solitamente si compiono quando si affrontano le problematiche del welfare. Verrebbe quasi da dire che lo straordinario prolungamento dell'aspettativa di vita è strettamente connesso al fenomeno dell'invecchiamento in buona salute e che il miglioramento degli stili di vita, il ricorso alla prevenzione e il progredire degli standard sanitari (per effetto dell'innovazione tecnologica e farmacologica e della ricerca) sono destinati ad allontanare l'amaro calice della non autosufficienza.

Analisi più recenti arrivano addirittura a ridimensionare l'effetto demografico sulla condizione di non autosufficienza, collegandolo, invece, in una logica più trasversale, alle patologie che determinano la morte. Si afferma, infatti, che, in generale e a prescindere dall'età, le persone perdono l'autosufficienza, nella fase terminale della vita, pochi anni prima di morire. Secondo tali teorie è questa la vera discriminante sulla quale centrare gli interventi, anziché insistere sull'aspetto dell'invecchiamento. Si tratta indubbiamente di riflessioni meritevoli di considerazione.

ne anche perché – sul piano delle forme di assistenza – pongono problemi connessi alla fase “sanitaria” della tutela dei diritti della persona.

Siamo, infatti, abituati ad immaginare le Ltc come assistenza domiciliare al “grande vecchio” allettato ed incapace di provvedere alle funzioni essenziali del vivere e magari a non considerare le esigenze del malato terminale affetto da una grave patologia (in questo campo è meritorio il lavoro di importanti strutture del volontariato). Tuttavia, se occorre allargare lo scenario della ricerca sulla base di tali riflessioni, vi sono dati di fatto che non sono (e non saranno) radicalmente modificati, tanto che le persone compiono normalmente l'intero ciclo naturale della vita e di conseguenza le patologie invalidanti e mortali si presentano solitamente negli ultimi anni (quando l'individuo “spende” anche la quota assolutamente prevalente del budget sanitario teorico pro capite).

È, quindi, corretto organizzare interventi riferiti al fenomeno dell'invecchiamento, senza dimenticare, però, che il problema della non autosufficienza ha una dimensione più trasversale, come viene ricordato (tra le altre) anche dalla Classificazione internazionale delle menomazioni della OMS (tab. 7).

Tab. 7 - *Classificazione internazionale OMS delle menomazioni*

<b>Disagio</b>	<b>Menomazione</b>	<b>Disabilità</b>	<b>Handicap</b>
La patologia o il disturbo intrinseco	Qualunque perdita o anomalia a carico di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica	Limitazione o perdita, in conseguenza della menomazione, delle capacità di compiere un'attività nel modo e nell'ampiezza considerate normali.	Condizione di svantaggio conseguente ad una menomazione o ad una disabilità che limita o impedisce l'adempimento delle funzioni normali per il soggetto interessato in relazione all'età, al sesso, ai fattori socioculturali.

Fonte: OMS

### 1.3 I limiti del sistema pubblico di tutela sociale

A fronte di tali sfide il sistema pubblico non è più in grado di fare da sé. Si modifica il ruolo dello Stato che da assicuratore diretto si trasforma in un attore della stabilità finanziaria e in un regolatore dei processi.

Cambia pure l'offerta di copertura del rischio: prima tale compito era svolto dal pubblico, ora cresce il ruolo del privato.

L'Unione europea è avvertita della questione. Nel Memorandum del Comitato di protezione sociale del 15 febbraio 2006 si leggono considerazioni generiche, ma politicamente significative. La sfida più importante tra quelle individuate, è scritto, riguarda la popolazione anziana: molte persone vivono più a lungo come risultato di una crescente aspettativa di vita e la quota di persone anziane è in crescita nella popolazione. L'invecchiamento induce nuovi modelli di morbilità e mortalità tra i quali un aumento delle malattie croniche e degenerative (neurodegenerative e muscolari). Di conseguenza l'invecchiamento accrescerà la pressione sui servizi per mettere a disposizione maggiori e migliori cure mediche ma anche maggiori cure riabilitative, di assistenza infermieristica ed interventi di carattere sociale in misura maggiore di quanto viene assicurato correntemente. Le cure mediche dovranno essere adeguate ai differenti modelli di malattia concernenti l'invecchiamento e le cure di lungo termine richiederanno miglioramenti.

In molti Paesi – prosegue il Memorandum – le misure per le cure di lungo termine (Ltc) sono allo stato insufficienti o inadeguate in vista dei cambiamenti demografici e socioeconomici. Vi sono quindi forti preoccupazioni nell'assicurare adeguate cure Ltc e i mezzi per tenere in equilibrio le cure formali ed informali. Gli Stati membri sono anche interessati a garantire sufficienti ed equilibrati finanziamenti delle Ltc. La spesa relativa non coperta da assicurazione privata o pubblica potrebbe porre un importante onere finanziario sui pazienti, in particolare su quelli con redditi più bassi e quelli con disagi cronici, soprattutto se anziani, e sui loro parenti. Così le Ltc sono una questione della protezione sociale, rappresentano un'opportunità per la creazione di lavoro nei settori interessati e nell'economia nel suo complesso.

## 1.4 Uno sguardo sui modelli europei

È il caso allora di riassumere talune delle principali esperienze in essere in Europa.

In Olanda il *Personal Budget* (Pb) è un programma di trasferimenti monetari a determinate categorie di utenti, inserito all'interno del più generale schema assicurativo di copertura dei costi sanitari particolari (*AWBZ – Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*).

Tramite l'AWBZ vengono infatti assicurate le principali forme di assistenza per periodi medio-lunghi (*Long Term Care*) sia tramite strutture residenziali che di tipo domiciliare e territoriale.

La filosofia che ha ispirato l'introduzione del Pb non è stata dunque tanto quella di assicurare forme di protezione nel *Long Term Care*, che già esistevano, quanto quella di favorire l'emancipazione degli utenti ed una loro maggiore capacità di scelta, flessibilità ed autonomia.

L'accesso al Pb è stato limitato, in questi primi anni dalla sua introduzione, agli utenti che richiedono assistenza di tipo domiciliare e non quella residenziale. *Enti erogatori* sono le casse mutue.

La domanda per l'assegnazione di un budget non è vincolata a livelli prestabiliti di necessità di cura, in termini sia temporali che di intensità. L'ammontare massimo di cure ottenibili da un utente è di 3 ore giornaliere per l'assistenza personale e nessun limite per l'aiuto alla cura della casa.

Vengono inoltre fissati dei massimali per le tariffe orarie a seconda del tipo di intervento:

- assistenza socio-sanitaria;
- cura della persona;
- aiuto nelle funzioni giornaliere;
- aiuto nella cura della casa.

In media coloro che possiedono un Pb in Olanda ricevono 8 ore di assistenza alla settimana per la cura personale ed il 37% di essi acquista direttamente tali servizi, in parte simili, da organizzazioni, private a scopo di lucro e non profit, e da singoli; per quanto riguarda invece l'aiuto nella cura della casa, la percentuale di coloro che si rivolge al mercato, principalmente composto da singole persone, sale a circa il 75%.

La riforma del Pb permette inoltre di impiegare le risorse offerte dal budget anche per pagare un familiare o parente per le cure che esso può prestare all'utente.

Non viene per ora prevista la possibilità per gli utenti di scegliere un mix fra servizi e trasferimenti monetari (Pb): nel momento in cui optano per una delle due forme non hanno la facoltà di accedere all'altra.

Un altro elemento importante e caratterizzante il Pb olandese è la capacità di acquisto che esso assicura al suo possessore: la somma di denaro assegnata viene calcolata in maniera tale da permettere l'acquisto sul mercato, composto sia da fornitori singoli che da organizzazioni a scopo di lucro e non profit, dei beni e servizi necessari all'assistenza. Ne deriva quindi una equiparazione del potere d'acquisto sia per i beneficiari dei trasferimenti monetari tramite Pb che per coloro che ricorrono ai servizi professionali dell'AWBZ.

L'importanza di tale aspetto non va sottovalutata, visto che in altri contesti, quale quello tedesco, la scelta fra denaro e servizi comporta anche un trattamento economico differente, dato che i trasferimenti monetari hanno un valore inferiore a quelli dei servizi erogati direttamente.

La somma assegnata ad ogni utente, non viene gestita direttamente dal titolare della stessa ma viene affidata in gran parte alla Banca di Assicurazione Sociale (*SVB – Sociale Verzekeringssbank*). Quest'ultima è un ente pubblico che si occupa di monitorare le modalità attraverso le quali il budget viene speso, controllando che esso venga impiegato effettivamente per far fronte ai bisogni di assistenza.

L'Organo specifico per la valutazione dei casi, è il Rio (*Regionaal Indicatie Orgaan*), che stabilisce quale sia il livello di assistenza necessario per il singolo utente, specificandolo in termini di ore e di tipo di cura (personale, nella conduzione della casa, ecc.) fornibile a livello settimanale.

Nel caso olandese quindi la valutazione da parte del Rio è strettamente orientata e plasmata sui bisogni e sulle caratteristiche del singolo ed anche sulle risorse su cui esso può fare affidamento.

In *Germania Enti erogatori* sono le Assicurazioni.

Il sistema di protezione sociale tedesco è basato su un modello assicurativo. La *Pflegeversicherung* è una assicurazione obbligatoria pubblica, finanziata tramite contributi e funzionante sulla base di un sistema a ripartizione. Viene comunque prevista l'opportunità per le fasce di reddito medio-alte di optare per una assicurazione privata, in sostituzione di quella pubblica anche essa comunque obbligatoria.

Con la riforma dell'assicurazione di cura si è cercato di raggiungere il fine di alleggerire il carico economico per l'assistenza di competenza degli enti locali.

All'interno di questo nuovo sistema di protezione quindi le assicurazioni rivestono un ruolo centrale poiché parzialmente sostituiscono le funzioni dell'ente pubblico, sotto il profilo del finanziamento e della regolamentazione.

Lo Stato, infatti, tende sempre più a limitarsi a svolgere una azione indiretta di indirizzo e controllo. Per quanto riguarda i fornitori privati, un elemento di forte novità nel panorama tedesco, promosso dalla riforma sull'assicurazione di cura, è costituito dalla facoltà di libero accesso in questo settore alle organizzazioni private a scopo di lucro, accanto alle realtà del non profit, che sono state l'attore principale in questo campo fino ad oggi.

Coloro che necessitano di una assistenza permanente o comunque prolungata, non di tipo sanitario, a seguito di una malattia o di una forma di disabilità, incapaci di svolgere autonomamente le quattro funzioni base della vita quotidiana: l'igiene personale, l'alimentazione, la mobilità e la cura della casa.

Pur coprendo tale definizione persone di tutte le età, essa interessa ed interviene in misura particolare su coloro con più di 60 anni (attualmente circa 1,5 milioni di utenti) e, fra essi, sugli ultraottantenni (850.000 circa).

Attualmente in Germania circa 1,8 milioni di persone usufruiscono dell'assicurazione di cura, ad esse ne vanno aggiunte altre 70.000 che hanno optato per schemi privati, per un totale complessivo pari a circa 1,92 milioni di utenti.

L'impianto complessivo dell'assicurazione di cura, istituita nel 1995, è caratterizzato dai seguenti elementi:

- ogni persona detentrica di un reddito deve essere assicurata;
- il sistema viene finanziato in egual misura sia dai dipendenti che dai datori di lavoro;
- i contributi versati sono correlati al reddito;
- lo Stato assicura ai dipendenti pubblici metà circa dell'ammontare a cui hanno diritto;
- oltre ai lavoratori, anche i pensionati debbono contribuire al finanziamento del sistema; metà dei contributi per questi ultimi vengono versati dai fondi previdenziali;
- la copertura assicurativa riguarda anche i componenti del nucleo familiare dell'assicurato, non in possesso di significative entrate economiche.

Un soggetto, per poter beneficiare dello schema assicurativo, deve essere non autosufficiente nello svolgimento di tutti e quattro i tipi di funzioni (alimentazione, mobilità, svolgimento delle faccende domestiche e igiene personale).

Da un punto di vista organizzativo la valutazione dello stato e del grado di non autosufficienza è compiuta da una Commissione medica.

All'utente viene lasciata una doppia possibilità di scelta in merito al tipo di cura:

- può optare per forme di assistenza presso il proprio domicilio o in alternativa presso strutture residenziali; nel caso venga preferita la permanenza presso il proprio domicilio, l'utente può decidere se ricevere direttamente un contributo in denaro, per organizzare in maniera autonoma le modalità del sostegno, lasciare che servizi professionali si occupino della sua assistenza;
- può optare per un tipo di rimborso misto che preveda una quota in denaro ed una in servizi.

Accanto ai fornitori organizzati, la *Pflegeversicherung* ha dedicato attenzione anche alla regolazione del lavoro informale da parte di coloro che prestano opera di assistenza a familiari, parenti o amici.

Per questa categoria di soggetti sono previste alcune forme di sostegno:

- il riconoscimento, a fini pensionistici, delle proprie prestazioni;

- una formazione, offerta dalle assicurazioni, per meglio assistere gli utenti;
- un periodo di ferie di quattro settimane all’anno, durante il quale l’utente può essere ricoverato temporaneamente in una struttura residenziale;
- la copertura assicurativa in caso di incidente durante il lavoro di cura.

La possibilità per tali figure di accedere agli schemi pensionistici è vincolata a due condizioni:

- i *carers* non devono essere occupati altrove o, comunque, non possono avere un lavoro regolare per più di 30 ore a settimana;
- essi devono offrire assistenza non professionale e non retribuita per almeno 14 ore a settimana.

Complessivamente i beneficiari delle prestazioni della *Pflegeversicherung* hanno optato in larga maggioranza per forme di assistenza domiciliare (1,35 milioni, pari a circa il 70% degli utenti). Il contributo in danaro è pari a 210 euro al mese, mentre l’erogazione dei servizi corrisponde a 390 euro.

Nelle strutture residenziali sono invece presenti i soggetti relativamente più anziani: circa il 5% della popolazione degli ultrasessantacinquenni vive all’interno di strutture residenziali (circa 570 mila nel 1999) e tale percentuale cresce al 18,8% se si passa alla fascia di età degli ultraottantenni.

In Francia attualmente la presa in carico delle persone anziane viene attuata per tramite di un sistema molto complesso e articolato, comprendente una pluralità di attori.

Il processo di tutela delle persone anziane non autosufficienti è stato lento, progressivo e piuttosto frammentato, dato che ha visto la presenza della Sécurité Sociale, degli Enti locali (anche con il concorso dello Stato) e di una rete associativa molto densa.

In Francia, circa un terzo degli anziani fortemente non autosufficienti convive con i figli o comunque con membri più giovani della famiglia, a parziale dimostrazione della tenuta delle reti familiari.

I regimi assicurativi propongono prestazioni monetarie a fronte dell’insorgere della dipendenza che, benché utilizzino strumenti valutativi diversi, il più delle volte è definita come in-

capacità di svolgimento delle fondamentali attività della vita quotidiana.

Gli enti locali invece finanziano alcuni servizi di aiuto domestico e le rette negli istituti attraverso l'assistenza sociale ai più poveri.

*L'assurance maladie* è il sistema assicurativo specifico che sostiene le spese mediche nelle strutture residenziali o ospedaliere di lunga durata.

*L'assurance vieillesse* si prende carico dei costi relativi ai servizi di aiuto domestico messi in opera dalle collettività locali o dalle associazioni.

L'assistenza domiciliare non sanitaria è assicurata da due tipologie fondamentali di figure professionali, afferenti a sistemi di offerta a loro volta distinti:

- *“aide-menagère”*: sono le figure professionali più diffuse nel campo dell'assistenza domestica. La loro azione è permessa fino al limite degli atti che richiedano l'intervento di una persona esercitante una professione medica o paramedica.
- *“auxiliaires de vie”*: aiuta le persone anziane o handicappate nelle loro attività quotidiane.

Con la legge 97-60 del 1997 è stata istituita la *“Prestation spécifique dépendance”* (o Psd) che consiste in una misura di sostegno rivolta ai cittadini ultrasessantenni non autosufficienti il cui reddito non superi valori annualmente prestabiliti. Può essere richiesta sia da anziani che necessitano di aiuto per continuare a vivere nella loro abitazione sia da coloro che sono già inseriti in una struttura residenziale.

Non è un trasferimento monetario tout court ma va piuttosto intesa come una prestazione “in natura”, visto che la presa in carico avviene a fronte della giustificazione formale delle spese occasionate dalla perdita di autosufficienza, siano esse relative all'impiego di persone adibite all'assistenza o per il pagamento delle rette di ricovero nelle strutture residenziali. Non può rappresentare in alcun modo del mero reddito aggiuntivo.

La sua attribuzione è, infatti, strettamente vincolata all'acquisto di servizi di cure e può essere utilizzata per:

- remunerare persone direttamente assunte dall'anziano;
- pagare servizi prestati da organizzazioni accreditate;

- retribuire i propri familiari, esclusione fatta per i coniugi o conviventi.

Solo il 10% del valore accordato può essere utilizzato per sostenere costi relativi ad altri servizi o ausili. Non possono essere invece retribuite le persone che a loro volta ricevono contributi pubblici per la vecchiaia.

Il meccanismo di attribuzione della Psd contiene però una serie di deterrenti alla domanda da parte di persone potenzialmente beneficiarie. Intanto, rientrano nella prova dei mezzi anche i redditi patrimoniali, accertati attraverso complesse e articolate dichiarazioni e documentazioni, in secondo luogo, le somme erogate sotto forma di Psd possono essere recuperate dall'asse testamentario del soggetto qualora questo superi gli 88.500.000 lire.

Lo stesso vale per le donazioni eseguite nei dieci anni precedenti alla domanda, un modo dunque di reintrodurre ciò che per legge è stato escluso, ovvero l'obbligazione alimentare.

Il valore della Psd fu fissato per legge soltanto nel suo limite massimo, pari a circa 1.700.000 di lire mensili dal gennaio 2000, la determinazione dei valori minimi dipende invece dai singoli enti locali (questo aspetto è alla base di buona parte delle critiche rivolte alla misura).

La valutazione del livello di non autosufficienza, e quindi del bisogno di cure del richiedente, è svolta da un'équipe socio-sanitaria composta da medici, infermieri ed operatori sociali; vengono prese in considerazione le condizioni complessive del richiedente, ad esempio attraverso la verifica dell'esistenza di reti informali di cura o delle condizioni di accesso all'abitazione.

La determinazione della condizione di non autosufficienza si traduce in un "piano di aiuti" (*plan d'aide*) da parte dell'équipe interveniente e che consiste nella stima del numero di ore di assistenza di cui l'anziano ha bisogno.

I beneficiari sono parte in causa nella definizione del piano di aiuti, nel senso che possono esprimersi circa la preferibilità di una soluzione rispetto ad un'alternativa e sono chiamati a sottoscrivere un contratto, chiamato "*contrat d'aide*".

La Psd deve essere finalizzata al pagamento dell'assistenza attraverso l'impiego di una persona oppure l'acquisto regolare

di servizi. Il *follow-up* del dispositivo previsto dalla legge si risolve in una visita annuale effettuata a domicilio da parte del personale adibito del dipartimento.

Salvo rari casi, coloro che ne beneficiano a domicilio si vedono accreditare mensilmente la somma corrispondente sul proprio conto corrente, poi utilizzata per remunerare “il” o “i” *carer*.

La Psd viene invece direttamente versata alle strutture residenziali nel caso in cui il beneficiario si trovi appunto ricoverato.

La messa in opera della Psd fa sì che il ruolo regolativo del soggetto pubblico sia di fondamentale importanza: dalla stesura del piano assistenziale al monitoraggio e rivalutazione del caso nel tempo.

In *Gran Bretagna* enti erogatori sono gli enti pubblici.

A partire dal 1997 è stata introdotta la possibilità per gli utenti di decidere direttamente come strutturare l’assistenza loro rivolta attraverso i *direct payments*.

Quello che contraddistingue i *direct payments* è il loro essere pensati come sostitutivi e non integrativi del sistema di fornitura di servizi, organizzati direttamente dagli enti pubblici: le risorse finanziarie destinate all’assistenza possono quindi essere impiegate attraverso il normale sistema di servizi, gestito direttamente o indirettamente tramite i soggetti pubblici, oppure date all’utente, sul quale ricade la responsabilità di organizzare l’attività di cura.

È compito dell’ente locale assicurarsi che il denaro dato all’utente venga speso effettivamente ed in modo appropriato per far fronte alle necessità assistenziali; la normativa lascia una relativa discrezionalità agli enti locali per quanto riguarda l’organizzazione del programma in termini di ammontare di risorse finanziarie da destinare per i singoli utenti.

La scelta da parte degli enti locali di concedere un trasferimento monetario deve essere basata, oltre che sulle aspirazioni dell’utente, anche su considerazioni comparate di costo; in particolare, la comparazione fra la spesa per l’ente pubblico derivante dalla organizzazione diretta del servizio e quella per il *direct payment* deve tenere conto della presenza di costi amministrativi e generali, riscontrabili solo nel primo caso; pertanto, l’ente locale è autorizzato a spendere maggiormente in termini

relativi per i trasferimenti monetari, rispetto ai servizi, visto il loro minor costo diretto; gli enti locali, inoltre, hanno il potere di permettere ai propri utenti di scegliere un mix fra trasferimenti monetari e servizi organizzati dagli enti pubblici.

La crescita nel numero degli utenti negli interventi di tipo residenziale e la maggiore assistenza a domicilio per le persone in forte stato di necessità sono state sostenute grazie ad un aumento delle risorse finanziarie messe a disposizione degli enti locali: nel periodo compreso fra il 1994 e il 2000 la spesa corrente è infatti cresciuta del 46% e, in termini reali, di un quarto (27%); risulta relativamente rilevante la quota di risorse richieste agli utenti come forma di compartecipazione ai costi.

È importante sottolineare come la pluralizzazione dell'offerta non ha comportato una riduzione generalizzata sia del numero che del ruolo dei lavoratori pubblici nel sistema dei servizi sociali in quanto alla lenta diminuzione nel numero degli operatori dell'assistenza assunti direttamente dagli enti locali corrisponde la crescita relativamente sostenuta delle figure di coordinamento, supervisione e progettazione.

Destinatario è l'anziano o altra persona bisognosa di assistenza.

Lo Stato fornisce un contributo finanziario alle persone che perdono la loro autosufficienza. Vi sono due forme di elargizione. Il *Disability Living Allowance* viene garantito alle persone che hanno meno di 65 anni di età e che, a causa di un evento, necessitano di assistenza per problemi di mobilità o di cura di sé. L'*Attendance Allowance* è garantito a persone over 65 disabili.

Le *local authorities* contribuiscono al costo dell'assistenza se gli *assets* del cittadino non autosufficiente non raggiungono le 11.500 sterline. Il contributo è parziale tra le 11.500 e le 18.500 sterline.

La legge definisce un *direct payment* come un trasferimento monetario fatto da un ente locale ad un individuo che, in base a criteri di valutazione del bisogno, necessita di assistenza. L'ente locale provvede al trasferimento monetario, sostituendo quindi con esso la fornitura diretta di servizi; il beneficiario organizza, pertanto, da sé i servizi ritenuti rilevanti per la sua assistenza.

I *direct payments* possono essere impiegati per far fronte alle spese derivanti da servizi di tipo domiciliare o comunque territoriali e non per l'assistenza continuativa in strutture residenziali; possono, inoltre, essere impiegati per far fronte a tipi differenti di bisogno e di assistenza (intensiva/leggera, periodi brevi/lunghi di cura, ecc.), relativi comunque a compiti di tipo personale e domestico all'interno o all'esterno della propria abitazione.

Gli utenti sono responsabili direttamente delle modalità di spesa delle risorse e tale responsabilità è anche di tipo legale, in quanto l'utente deve risultare come datore di lavoro, con forti responsabilità (pagamento delle tasse e dei contributi assicurativi per i prestatori di servizi, parziale copertura delle spese nei casi di maternità o di malattia degli assistenti, ecc.); quindi, tutto ciò richiede all'utente tempo, attenzione e spesso determina stress.

La normativa non permette al beneficiario di impiegare il trasferimento monetario per pagare servizi forniti da *carers* conviventi (partner, altri parenti stretti e persone terze domiciliate nella stessa casa dell'utente).

Vi sono numerose assicurazioni private che offrono formule per la Ltc (anche se il numero degli aderenti è abbastanza ridotto). Tre sono i tipi di polizza per le Ltc.

- *Immediate need plans*: sottoscrivendo questa polizza colui che versa in cattive condizioni di salute o stia per essere ricoverato presso una nursing home, pagando un singolo premio, molto elevato (*cash lump sum*), ha la possibilità di usufruire di una polizza che garantirà il pagamento delle rette;
- *Pre-funded policies*: possono assumere due forme. La prima è un'assicurazione tradizionale nella quale si paga un premio singolo oppure periodico contro il rischio di un evento futuro. I pagamenti sono ragguagliati all'età e alle condizioni di salute. Se si interrompono i pagamenti, i versamenti non vengono restituiti.

In caso di necessità si potrà scegliere se ricevere una somma per l'assistenza domiciliare oppure per sostenere la retta di una *nursing home*.

Il secondo tipo di polizza permette di versare la somma "tutta in una volta" allo scopo di pagare i premi. In caso di mor-

te della persona senza aver ricevuto assistenza gli eredi godranno della somma residua;

- *Equity release plan*: con questa polizza si ottiene copertura cedendo dei diritti di proprietà. La cessione è solo parziale perché alla morte dell'intestatario gli eredi possono venire in possesso dell'abitazione rifondendo l'assicurazione del costo dell'assistenza finanziata. Se ciò non è possibile la casa sarà venduta e gli eredi percepiranno la somma relativa defalcata del finanziamento erogato dall'assicurazione.

In *Spagna* l'incremento del tasso di disabilità nelle persone oltre i 75 anni è del 200%. Da ciò è derivato il concetto di persona anziana fragile con la raccomandazione di rivolgere prioritariamente le cure sanitarie ad esse. Tali situazioni possono aggravarsi nel caso in cui l'anziano vive solo.

Enti erogatori sono le amministrazioni pubbliche.

Destinatari sono le persone anziane non autosufficienti.

I servizi sanitari contribuiscono, attraverso programmi specifici per le persone anziane, a prevenire le disabilità mediante programmi informativi e uno specifico *Piano Gerontologico Nazionale* i cui obiettivi sono:

- promuovere la salute anche attraverso la prevenzione;
- potenziare l'esercizio dell'attività fisica;
- garantire prevenzione e assistenza attraverso i servizi di base;
- favorire la permanenza delle persone anziane nel proprio domicilio;
- garantire assistenza specialistica nelle strutture ospedaliere e residenziali;
- attuare l'integrazione dei servizi socio-sanitari.

Il piano di attenzione per i malati d'Alzheimer e le altre forme di demenza ha a sua volta i seguenti obiettivi:

- orientare una maggiore attenzione per le diagnosi precoci;
- attuare piani assistenziali specifici;
- favorire la multidisciplinarietà;
- coordinare gli interventi anche a livello sociale;
- attuare programmi di formazione e sostegno per i familiari;
- sviluppo di forme di assistenza domiciliare.

- Le azioni specifiche sono:
- promozione di stili di vita che favoriscano il benessere: nutrizione, attività fisica, divieto di fumo e alcool;
  - abolizione delle barriere architettoniche soprattutto nei mezzi di trasporto urbano;
  - prevenzione delle forme di abuso di medicinali;
  - valutazione dei casi di non autosufficienza attraverso una équipe di medicina di base che presta attenzione soprattutto agli ultraottantenni e ai disabili gravi;
  - sviluppo di programmi specifici per prevenire stadi di aggravamento di non autosufficienza;
  - sviluppo di unità ospedaliere diurne;
  - formazione del personale medico specialistico e di appoggio agli interventi informali e familiari;
  - sviluppo e rafforzamento della rete integrata dei servizi socio-sanitari.

### 1.5 Il caso Italia

In base alle stime ufficiali le persone con disabilità sono in Italia 2 milioni 615mila pari al 5% circa della popolazione di età superiore a 6 anni che vive in famiglia. Poco più di 1,4 milioni di persone ha più di 75 e più anni (1.035 sono donne) (tab. 7).

La presenza di disabilità è correlata all'età. Tra le persone di 65 anni o più la quota di popolazione disabile è pari al 19,3% e raggiunge il 47,7% (38,7% per gli uomini e 52% per le donne) tra gli *over 80*.

Tab. 7 - Numero di persone disabili di 6 anni e più che vivono in famiglia per sesso e classi di età (val. in migliaia)

	<14	15-24	25-44	45-64	65-74	75 +	Totale
Maschi	40	27	81	153	204	389	894
Femmine	40	32	82	209	323	1.035	1.721
Totale	80	59	163	362	527	1.424	2.615

Fonte: Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali (2005)

Emerge una differenza di genere a svantaggio delle donne che costituiscono il 66% delle persone disabili a fronte del 34% degli uomini.

Tale situazione, come è facilmente intuibile, è rapportata alla maggiore longevità femminile. In sostanza, le donne vivono più a lungo, ma non in buona salute negli ultimi anni.

A livello territoriale il maggior tasso di disabilità (6%) è nelle Isole. Si passa al 5,2% al Sud, al 4,3% nel Nord Ovest e al 4,4% nel Nord Est. Nel Centro il tasso è pari al 4,8%.

Sono 4 le tipologie di disabilità:

- a) il confinamento individuale (costrizione a letto, su di una sedia o in casa). Tale grave situazione tocca il 2,1% della popolazione di 6 e più anni, mentre tra gli ultraottantenni si arriva al 25% (19% maschi e 28% femmine);
- b) disabilità nelle funzioni (vestirsi, lavarsi, mangiare, ecc.) che colpisce il 3% della popolazione. Tra i 75 e i 79 anni si arriva al 12% e ad 1 su 3 per gli ottantenni;
- c) disabilità di movimento: 2,2% della popolazione con 6 anni e più. Anche in questo caso si arriva a quote consistenti tra la popolazione anziana;
- d) le disabilità sensoriali coinvolgono il 15% della popolazione. Almeno un terzo dei disabili è affetta da due tipologie di disabilità.

Ci sono poi 180 mila persone “confinare in casa”: il 70% sono donne e il 77% sono persone con più di 75 anni. Si conferma, pertanto, una stretta connessione tra l’invecchiamento e l’esigenza di Ltc.

In Italia il quadro delle politiche sociali ha subito profonde modificazioni grazie anche alla riforma sull’assistenza con l’approvazione della L. n. 328/2000.

Gli artt. 15 e 16 della legge danno precisi riferimenti sulle prestazioni da erogare agli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie.

Gli indirizzi per la predisposizione degli interventi e dei servizi sociali sono contenuti nel Primo Piano Sociale Nazionale.

Enti erogatori sono gli enti pubblici e/o i fornitori privati.

La fase iniziale del percorso assistenziale è sostanzialmente simile: valutazione e decisione in merito alla presa in carico del

soggetto bisognoso. Le differenze riguardano le modalità con cui si assiste l'utente.

Nell'attuale contesto del welfare locale italiano è possibile individuare tre diverse tipologie di prestazioni.

- *Servizi alla persona*: si tratta delle tradizionali prestazioni, le cui modalità di erogazione sono decise dall'ente pubblico e dai suoi operatori. Loro valutano se una persona deve ricevere i servizi sociali e (nell'eventualità affermativa) decidono quali prestazioni fornire, con che modalità e da quale erogatore. Tali prestazioni possono essere fornite direttamente da Comuni ed Asl oppure (come accade prevalentemente) attraverso accordi con fornitori privati.
- *Voucher* (buoni-servizio): questi sono forniti dall'ente pubblico ed attribuiscono il diritto a determinati servizi. Il beneficiario li utilizza per "acquistare" tali servizi da uno degli erogatori (pubblici o privati), autorizzati (accreditati) dall'ente pubblico. All'utente è assegnato un buono per acquistare le prestazioni da un erogatore di sua scelta tra quelli accreditati. Si viene così a costituire un meccanismo di "quasi-mercato", dove diversi erogatori competono per attrarre l'utente nell'ambito di un sistema a (parziale) finanziamento pubblico. Gli utenti possono compiere la scelta d'acquisto autonomamente oppure con la collaborazione di operatori pubblici che offrono le informazioni e la consulenza necessari. Diversamente dall'assegno di cura, il *voucher* e, più in generale, l'ipotesi di introdurre un sistema basato sulla libertà di scelta degli utenti e sulla competizione tra erogatori accreditati ha raccolto negli ultimi anni un certo interesse nel dibattito italiano. Un importante contributo è giunto dal lavoro del gruppo di studio sulla qualità sociale insediato presso il Dipartimento per gli affari sociali (1998), il quale ha formulato una proposta in tale direzione.
- *Gli assegni di cura*: si tratta di un contributo economico fornito agli anziani (o ai loro familiari) per finanziarne l'assistenza. Tale contributo è erogato dai Comuni o dalle Asl in alternativa ai servizi alla persona, domiciliari o residenziali, e viene passato ai *caregiver* oppure utilizzato per acquistare assistenza privata.

Il target effettivo degli assegni di cura sono anziani in difficili condizioni economiche e con una situazione di dipendenza che, senza l'erogazione del contributo monetario, renderebbe assai probabile il loro ingresso in una struttura residenziale. L'elevato bisogno assistenziale di chi riceve l'assegno spiega la presenza di un terzo criterio per la sua erogazione. Sono, infatti, valutate le capacità dei familiari e/o degli altri caregiver cui (almeno parzialmente si intende girare l'assegno) di prendersi cura dell'anziano in maniera soddisfacente. Poiché si interviene in casi di anziani molto bisognosi e reti familiari sottoposte a forte pressione, diventa particolarmente importante valutare se l'erogazione dell'assegno permette di continuare ad assistere l'anziano a domicilio in maniera congrua.

Quando l'assegno viene (totalmente o in parte) utilizzato per pagare personale privato, si tratta nella grande maggioranza dei casi di persone che operano "in nero". La dominante presenza di occupazione irregolare caratterizza, più in generale, tutto l'ampio mercato dell'assistenza privata. La riflessione sulle politiche sociosanitarie e quella sulle politiche del lavoro, pertanto, si intrecciano fortemente.

Infatti, molto spesso i destinatari ultimi dell'assegno sono i familiari dell'anziano. Si tratta solitamente di persone che erano fortemente impegnate nell'assistenza di quest'ultimo anche prima di ricevere il contributo economico. La sua erogazione costituisce un incentivo per proseguire nel proprio impegno di cura e per sostenere i costi economici della non autosufficienza. La riflessione sull'assegno e le sue conseguenze per le reti informali deve partire da questo punto, dal forte gradimento che esso raccoglie tra anziani e caregiver. Esso permette, infatti, di mantenere l'anziano a domicilio, esaudendo sovente un desiderio sia suo sia della famiglia. Il contributo economico può inoltre essere utilizzato con estrema flessibilità e libertà, caratteristiche assai gradite dai caregiver.

È questa la principale novità che ha caratterizzato il welfare italiano nell'ultimo decennio: Comuni e Asl possono offrire all'anziano o a chi gli sta vicino un contributo economico, mentre sino a pochi anni fa fornivano esclusivamente servizi alla persona. Il cash in aggiunta al care. Almeno nelle intenzioni.

Sono molto importanti, dunque, le esperienze di intervento pubblico a livello decentrato, soprattutto sul piano della fornitura dei servizi alla persona non più autosufficiente. Il caso italiano si caratterizza proprio in questo modo (tab. 8).

Tab. 8 - *Stima della spesa per Ltc in Italia*

	<b>Milioni di euro</b>	<b>% del totale</b>
Componente spesa pubblica	3.883	34,7
Componente spesa privata out pocket	2.457	22,0
Valore economico aiuti familiari	4.841	43,3
Totale	11.181	100,0

Fonte: Agenzia dei servizi sanitari regionali

Un altro importante indicatore per il caso italiano è dato dall'andamento del settore dell'invalidità civile che rappresenta, allo stato, il principale intervento a protezione della disabilità e della non autosufficienza, in termini monetari.

La caratteristica principale di queste prestazioni è quella di garantire un reddito minimo a persone incapaci di procurarselo a causa di menomazioni congenite o sopravvenute o semplicemente per età avanzata. Si tratta di pensioni non collegate ad alcun sistema di contribuzione. Sono incluse, nell'aggregato, anche le indennità di accompagnamento (che peraltro non sono pensioni) corrisposte come sostegno per l'incapacità di attendere agli atti della vita quotidiana (tab. 9).

In sostanza, dal 2002 al 2006 il numero dei trattamenti di invalidità civile (nel 2006 la relativa spesa è pari a poco meno di 11 miliardi di euro) è cresciuto di 500mila unità e la spesa a carico dello Stato è aumentata di 3 miliardi di euro.

Soltanto all'inizio degli anni '80 le pensioni di invalidità civile (incluse le indennità di accompagnamento) erano poco più di 400mila: il che sta a significare che nel giro di un ventennio tali prestazioni si sono più che quintuplicate.

Un fenomeno siffatto non può essere spiegato soltanto sul versante assistenziale, anche se è vero che l'esplosione dell'invalidità civile ha proceduto parallelamente al ridimensionamento

Tab. 9 - *Invaliddità civile* (\*)

	N° pensioni al 31.12.2004	Spesa annua complessiva in euro 2004	Importo medio in euro 2004	N° pensioni al 31.12.2005	Spesa annua complessiva in euro 2005	Importo medio in euro 2005	N° pensioni al 31.12.2006	Spesa annua complessiva in euro 2006	Importo medio in euro 2006
Invalidi civili	1.755.299	8.527.369.000	4.858	1.916.915	9.096.645.000	4.745	2.016.900	9.926.789.000	4.922
Ciechi	120.281	806.864.000	6.708	123.489	854.057.000	6.916	126.375	901.999.000	7.137
Sordomuti	41.469	156.942.000	3.785	41.488	155.292.000	3.743	41.666	159.379.000	3.825
Complesso	1.917.049	9.491.174.000	4.951	2.081.892	10.105.994.000	4.854	2.184.941	10.988.167.000	5.029

(\*) compresa anche l'indennità di accompagnamento

Fonte: Inps

(in conseguenza della riforma del 1984) del settore dell'invalidità pensionabile (che aveva svolto, nei due decenni precedenti un ruolo istituzionale di lotta all'emarginazione soprattutto nelle aree impoverite da un modello di sviluppo che aveva concentrato gli insediamenti industriali e quindi anche l'occupazione nelle regioni del Centro Nord).

Non c'è dubbio che, oltre ad una maggiore consapevolezza dei propri diritti da parte delle persone handicappate, a determinare una dimensione tanto importante della spesa assistenziale, stanno anche i processi di invecchiamento della popolazione di cui si è parlato in queste pagine. I dati riportati nella sottostante tabella evidenziano, infatti, la prospettiva di un invecchiamento non generico, ma "qualificato", in quanto saranno proprio il numero degli appartenenti alle coorti più vecchie ad esplodere.

Dai dati riferiti agli andamenti della popolazione italiana nel prossimo mezzo secolo è possibile ricavare le seguenti considerazioni:

- a) le coorti comprese tra 0 e 59 anni si dimezzano;
- b) le coorti comprese tra 60 e 79 anni aumentano fino ad un picco del 30% rispetto al 2005, per scendere, poi, nel 2050 al livello del 2010;
- c) raddoppiano i cittadini con più di 80 anni e fino a 99 e si decuplicano gli ultracentenari.

La questione dell'invecchiamento, dunque, resta il driver principale della non autosufficienza e richiede la predisposizione di adeguate misure di protezione sociale (tab. 10).

### 1.6 *Le Long Term Care nell'ambito delle politiche di assistenza*

Nel campo delle politiche sociali, il comparto dell'assistenza (di cui sono parte integrante le Ltc pur confinando con la sanità) è protagonista di un singolare destino. Ha certamente un passato glorioso, nel senso che rappresenta il più antico embrione della solidarietà sociale. Fin dal suo sorgere, infatti, lo Stato nazionale moderno ha prestato attenzione ai fattori critici e destabilizzanti causati dal disagio sociale (povertà, mendicizia, mancanza di igiene, epidemie e quant'altro). I suoi interventi hanno acquistato man mano sistematicità e lo Stato si è progressivamente at-

Tab. 10 - Numeri indice (2005=100) dell'andamento della popolazione italiana per classi di età (2005-2050)

età	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
0-59	100	95,8	91,5	86,3	79,8	72,9	66,5	61,6	57,5	54,2
60-79	100	104,2	106,6	110,3	119,3	126,2	131,5	128,3	117,3	104,4
80-99	100	116,0	127,3	137,7	141,0	154,6	162,4	174,4	196,1	215,5
100 e +	100	155,6	226,5	228,1	393,1	500,0	603,6	732,8	820,3	1060,8
60 e +	100	106,5	110,6	115,6	123,6	131,8	137,7	137,5	132,8	126,2

Fonte: elaborazione di Antonio Golini su dati Onu

tribuito funzioni prima riservate, sotto forma di beneficenza e carità, alle istituzioni ecclesiastiche e religiose oppure alle comunità di appartenenza, prima fra tutte i nuclei familiari.

Quasi certamente l'assistenza ha un futuro, in quanto non è solo il comparto primordiale del welfare state, ma ne racchiude anche le maggiori possibilità di modernizzazione in direzione delle nuove esigenze di tutela emergenti da una più articolata complessità sociale. Paradossalmente, però, il settore rimane sospeso tra passato e futuro, nel senso che non ha ancora un presente.

L'evoluzione del welfare state, in questo secolo, ha imboccato altre strade. In Italia, come in altri Paesi europei, i diritti sociali hanno acquistato un'impronta professionale-occupazionale, uscendo così dalla logica residuale rivolta a combattere l'emarginazione sociale. Il contenuto della tutela si è, dunque, evoluto, passando da un nucleo originario di interventi squisitamente assistenziali (dedicati a bisogni per lo più materiali con finalità di sopravvivenza "fisica" delle persone e delle famiglie) a programmi mirati ad assicurare una soglia di benessere, di reddito e di servizi quale corollario di una condizione lavorativa.

Per comprendere la differenza è sufficiente leggere l'articolo 38 della Costituzione, laddove si stabilisce che i lavoratori hanno diritto alle classiche prestazioni previdenziali in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria; mentre spetta al cittadino, purché inabile al lavoro (e

quindi impossibilitato ad accedere al principale requisito della cittadinanza sociale) e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere, il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.

Il precetto costituzionale individua chiaramente i confini della assistenza. Le risorse attribuite al settore sono relativamente modeste. Per quanto riguarda le istituzioni pubbliche sono di gran lunga prevalenti le prestazioni sociali (in larga maggioranza in denaro) mentre le prestazioni di servizi sociali sono, in proporzione, di modesto rilievo.

In generale, le prestazioni in denaro (trasferimenti monetari) hanno una gestione centralizzata (Stato, grandi enti di previdenza), mentre i servizi (ricoveri in istituti, asili nido, colonie, distribuzione di viveri, vestiario, alloggi ecc.) sono erogati sul territorio dalle istituzioni locali.

Mentre per i trasferimenti monetari vi sono delle regole uniformi collegate a precisi requisiti anche di reddito, per quanto riguarda i servizi ogni realtà territoriale si è arrangiata come ha potuto.

Inizialmente i servizi assistenziali hanno provato a cercare appoggio all'interno dei bilanci delle Usl, in nome dell'unitarietà dell'intervento. La commistione è cessata grazie al dpcm 8 agosto 1985 che ne fece esplicito divieto. Successivamente, il problema venne risolto consentendo ai Comuni di affidare, sulla base di finanziamenti e contabilità separati, i servizi sociali dei quali sono titolari alla gestione delle nuove Aziende Usl.

Rimangono comunque insoluti diversi delicati problemi.

In primo luogo, non esiste un diritto uniforme ad usufruire dei servizi sociali; i cittadini possono avvalersi di quelle prestazioni che sono state istituite, magari in maniera disforme rispetto a quanto avviene a pochi chilometri di distanza. Basta vedere l'importo della spesa assistenziale pro capite per avere un'idea delle profonde differenze presenti.

Qualche regola comune, a proposito di servizi, ha fatto capolino in taluni provvedimenti settoriali: nella legislazione sulle tossicodipendenze, ad esempio. Ma, al dunque, la qualità amministrativa degli enti decentrati ha trovato riscontro pure nella capacità di dare attuazione alle norme, contribuendo a determinare l'esistenza di un profondo divario tra le diverse aree del Paese.

Il tentativo di riordinare il sistema assistenziale non si è proposto solamente di riorganizzare le diverse tipologie di emolumenti relativi all'invalidità, ma si è rivolto anche, attraverso un'articolazione di ruoli e competenze tra Comuni, Regioni e Stato, a stabilire gli standard di servizi e i destinatari degli stessi (prioritariamente individuati nelle persone in stato di povertà, con reddito limitato o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità fisiche o psichiche, nonché nelle persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendano necessari interventi assistenziali).

Sulla base dei piani nazionali e regionali, al finanziamento del sistema integrato concorrono Comuni, Regioni e Stato: sono a carico dei Comuni le spese di attivazione delle prestazioni e dei servizi; le Regioni provvedono alla ripartizione dei finanziamenti assegnati dallo Stato (è previsto un Fondo nazionale per le politiche sociali) per interventi di settore e concorrono a finanziare gli interventi trasferiti ai Comuni.

Un altro aspetto importante è dato dalle procedure di accreditamento e di autorizzazione a cui devono ricorrere i servizi e le strutture pubbliche e private, in conformità alle leggi nazionali e regionali che dispongono i requisiti minimi.

Gli interventi di natura particolare riguardano: i progetti per disabili; il sostegno agli anziani non autosufficienti e alle responsabilità familiari; i buoni servizio ovvero la concessione, da parte dei Comuni, agli aventi diritto di buoni per l'acquisto di servizi sociali o come sostitutivi di prestazioni economiche.

Il limite principale della legge (che ha la caratteristica dei provvedimenti legislativi più di carattere esortativo-programmatico, che effettivamente dispositivo) risiede nel compimento di un'operazione strabica, nel senso che riconosce dei diritti alle persone senza indicare con quali strumenti e risorse e da parte di quali soggetti farvi fronte. Non a caso, infatti, la legge giace dimenticata, nonostante i tentativi compiuti in almeno due legislature di rianimarla.

La legge ha necessità di una riallocazione nell'ambito del nuovo quadro istituzionale conseguente all'avvio del federalismo (con la riforma del titolo V della Costituzione). La nuova

disciplina costituzionale, infatti, attribuisce poteri primari alle Regioni (sia pure con un vasto ambito di legislazione concorrente), senza che sia stato definito un quadro appropriato di allocazione delle risorse; anzi, le ultime leggi Finanziarie hanno inciso particolarmente sulla finanza locale proprio nel momento in cui si attribuivano maggiori poteri alle Regioni e al sistema delle autonomie locali.

Per quanto riguarda il ruolo riconosciuto al terzo settore, nella legge si afferma che gli Enti locali, le Regioni e lo Stato sono tenuti a promuovere azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore (politiche formative, accesso agevolato al credito e ai fondi Ue). Ai fini dell'affidamento dei servizi a soggetti non profit, gli enti pubblici devono favorire la semplificazione delle procedure amministrative e il ricorso a forme di aggiudicazioni negoziali che tengano conto della qualità dei servizi. Si inserisce, così, nell'ambito del sistema integrato di assistenza, un nuovo soggetto (il privato sociale) che ha acquistato una funzione decisiva nel campo della assistenza.

### *1.7 Alcune significative esperienze regionali*

Sono state soprattutto le autonomie locali ad avviare iniziative di intervento nel campo della non autosufficienza: dapprima in proprio, poi nel contesto del coordinamento delle Regioni.

Nella *Regione Abruzzo* (riferimento legislativo: L.r. n. 22 del 27 marzo 1998) sono previsti servizi di assistenza domiciliare, e di assistenza residenziale anche mediante contribuzione nel pagamento della retta.

Nella *Regione Friuli Venezia Giulia* (riferimento legislativo: DGR n. 534 del 10 marzo 2000), e l'incremento della quota dei posti di accoglienza destinati agli anziani non autosufficienti stanno pari al 63%.

Nel 2005 è stato attivato un tavolo allargato alle forze sociali per programmare le tappe che porteranno alla creazione di un fondo per la non autosufficienza.

Nella *Regione Lombardia* (riferimenti normativi: Delibera Giunta reg. del 14 giugno 2002) vige l'erogazione del buono socio sanitario dal 2001 a favore degli anziani non autosufficienti residenti in famiglia di età superiore ai 75 anni, con un reddito non superiore a quello previsto dalla Giunta regionale.

Nelle Asl di Lecco e Milano 3 è stato attivato il *voucher* socio-sanitario.

I rapporti tra ASL e enti pubblici/privati per erogare prestazioni di assistenza domiciliare, nei termini di servizi ADI (prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative) per periodi di tempo definiti e di servizi SAD (prestazioni assistenziali, sociali e assistenziali) per periodi di tempo definiti.

Nella *Regione Umbria* (riferimento legislativo: Piano Regionale 2000/2002), si è operato nel senso dello sviluppo e della estensione dell'assistenza domiciliare per le famiglie con interventi di supporti strumentali, sostegno educativo e relazionale alle figure adulte. Accompagnamento e tutela di soggetti dipendenti, offerta di servizi a struttura comunitaria, sviluppo di centri di assistenza diurna.

Nella *Regione Liguria* (riferimento legislativo: ex L.r. n. 30/1998-Piano triennale dei servizi sociali 2002/2004), gli obiettivi sono quelli di sostenere le famiglie con anziani bisognosi di assistenza domiciliare, e di incrementare e innovare l'offerta di servizi attraverso Piani di zona aventi per finalità:

- potenziamento dell'assistenza domiciliare compresa la dotazione di sistemi di telesoccorso;
- attivazione di un centro diurno;
- sviluppare un'offerta di residenzialità sociale;
- potenziare servizi di sollievo per sostenere gli anziani non autosufficienti e le famiglie che li assistono.

In particolare:

Il Progetto Assegno servizi consiste in un titolo di acquisto di prestazioni assistenziali, effettuate da operatori specializzati delle cooperative sociali o da persona di fiducia assunta dalla famiglia, gratis per le famiglie a basso reddito mentre per le altre è richiesta una compartecipazione al 50%.

L'Ente responsabile del progetto a livello locale è il Comune che attiva il servizio attraverso la rete dei servizi sociali. L'assegno è una misura aggiuntiva rispetto alle prestazioni in vigore.

Attraverso la individuazione di una specifica unità previsionale di spesa, e forme di partnership tra enti territoriali, con la collaborazione del privato sociale la regione sta realizzando attività di assistenza domiciliare, in termini di sostegno abitativo e di cure sanitarie, l'attivazione di forme di sostegno a domicilio (pasti caldi, accompagnamento, forme di manutenzione della casa), forme di residenzialità flessibili con particolare riferimento ai centri diurni e alle comunità protette, definizione di modalità di presa in carico dei casi, assicurazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale.

Nella *Regione Lazio* (riferimenti normativi: Delibera Giunta comunale n. 382 del 2 luglio 2002, DGR n. 1988/2001), sono stati realizzati interventi di adeguamento di posti nelle RSA in base al fabbisogno, finanziamento di specifici progetti di SAD e ADI, ampliamento del progetto di Teleassistenza rivolto prioritariamente ad anziani parzialmente e/o totalmente non autosufficienti, un centro diurno per anziani con Alzheimer che prevede 25 posti nel Centro e un pacchetto di "ore di sollievo" con assistenza da parte di personale specializzato a domicilio dell'utente.

Nella *Regione Toscana* (riferimento normativo Piano Integrato Sociale Regionale), sussiste la sperimentazione "Alzheimer" con attivazione di servizi diurni e domiciliari e programmi di formazione per gli operatori di assistenza, sono in corso progetti specifici finanziati con fondi di investimento per strutture socio-assistenziali per anziani non autosufficienti.

Nelle *Province Autonome di Trento e Bolzano* (Decreto legislativo del 14/5/2001 n. 259 in materia di contributi obbligatori per la copertura di oneri assistenziali e sanitari) che attribuisce alle province di Trento e Bolzano il potere di disciplinare con legge l'istituzione di contributi anche obbligatori, a carico dei cittadini residenti, destinati alla costituzione di fondi assicurati-

vi volti a garantire l'erogazione di specifiche prestazioni sanitarie e socio-assistenziali.

È la L.r. 6/98, che stabilisce che ciascuna provincia autonoma istituisca un proprio fondo provinciale per la non autosufficienza al fine di garantire una funzione di controllo sistematica.

Con la delibera n. 2961 del 3/9/2001 (della Provincia di Bolzano che ha ridefinito i criteri per la valutazione del grado di non autosufficienza e del fabbisogno di assistenza in base al modello adottato in Germania), la tipologia delle prestazioni di assistenza socio-sanitaria erogate sono:

– l'indennità di cura, concessa in base al reddito, è a carico del Fondo sanitario provinciale e delle Aziende sanitarie. L'accertamento del bisogno è affidato al personale infermieristico delle Asl;

– il servizio d'assistenza domiciliare, prestato direttamente o tramite Enti convenzionati dal Comune di Bolzano, l'accertamento del bisogno è affidato allo stesso ente che stabilisce il tipo e l'entità del servizio da erogare, nel 2000 sono stati erogati servizi di assistenza domiciliare a 2459 persone ultrasessantacinquenni, i finanziamenti sono a carico della Provincia, dei Comuni e degli assistiti;

– il servizio di assistenza mobile fornito dall'Associazione "*Lebenshilfe Suedtirol*" che non ha criteri formali di ammissione. I finanziamenti sono in parte a carico della Provincia e in parte a carico degli assistiti;

– l'assistenza diurna per gli anziani, fornita da strutture pubbliche e private convenzionate, che non prevede criteri formali d'ammissione riferiti al grado di non autosufficienza. I finanziamenti consistono in una tariffa giornaliera fissata dall'ente gestore che è proporzionata al reddito dell'assistito e della propria famiglia;

– la casa di riposo e centro di degenza, con assistenza di tipo residenziale. Viene fatta una distinzione tra prestazioni di ti-

po alberghiero e quelle assistenziali. L'accertamento è fatto direttamente dal gestore del servizio e le prestazioni sono fornite in base al grado di non autosufficienza.

In questo caso si adotta una classificazione articolata in quattro livelli cui a seconda della gravità corrisponde una tariffa. La tariffa è stabilita da un accordo tra l'ente gestore, il Comune e la Provincia. Il Centro di degenza fornisce assistenza solo a persone non autosufficienti in base ad un accertamento svolto da un medico dell'Asl e i Finanziamenti sono a carico degli assistiti e del Fondo sanitario provinciale;

– l'assegno di accompagnamento, erogato direttamente dalla Provincia attraverso il Fondo sociale alle persone affette da una disabilità d'origine fisica, psichica o mentale. L'assegno viene erogato a prescindere dalla situazione reddituale della persona;

– l'assistenza non residenziale, fornita alle famiglie in cui convive una persona non autosufficiente e corrisponde alla somma dell'assegno di accompagnamento più l'indennità di non autosufficienza.

Nella *Provincia Autonoma di Trento*, (riferimento legislativo: Piano Sociale assistenziale 2002-2003), si è attuato il potenziamento delle iniziative di domiciliarità integrata con i servizi sanitari per soggetti non autosufficienti attraverso l'assistenza domiciliare integrata e le residenze sanitarie assistenziali, il tele-soccorso e la teleassistenza, l'estensione della rete di servizi integrati, la costituzione del Fondo per la autosufficienza, e potenziamento delle iniziative di volontariato.

Nella *Regione Valle d'Aosta* (riferimento legislativo: L.r. n. 54/1998) l'obiettivo è quello di rendere i centri diurni in grado di risolvere situazioni di gravità e fornire sollievo alle famiglie.

Si è attivata la concessione di *vouchers* alle famiglie che hanno al loro interno persone non autosufficienti, il potenziamento dei servizi di tele-soccorso e teleassistenza, l'istituzione di un centro diurno per malati di Alzheimer, l'incremento dell'assi-

stenza residenziale con l'obiettivo di garantire il recupero di autonomia ai soggetti non autosufficienti e prevenire l'aggravamento, l'istituzione di microcomunità.

Nella *Regione Veneto* (riferimenti legislativi: D.G.R. 5021/99-D.G.R. 447/00-D.G.R. 5273/98-L.r. 28/91-L.r. 5/01-L. 388/00) si è creato un servizio di telesoccorso e telecontrollo, un osservatorio anziani, per il potenziamento dell'ADI, l'istituzione di organismi valutativi a livello distrettuale, un centro diurno socio-sanitario per anziani.

In particolare il progetto sperimentale per il sostegno delle famiglie che assistono in casa persone non autosufficienti con l'ausilio di assistenti familiari è destinato alle famiglie particolarmente bisognose.

Con la legge finanziaria 2005 la Regione ha assegnato 61 milioni di euro per la creazione di un "Fondo per la domiciliarità" delle persone non autosufficienti, gestito dalla Conferenza dei sindaci che decideranno come e dove spendere le risorse allocate. Il governo regionale ha incrementato del 5% rispetto al 2004 le quote di rilievo sanitario per le persone non autosufficienti che vivono in centri di servizio residenziale extraospedaliero.

Nella *Regione Piemonte* dal 2004 sono stati destinati 30 milioni di euro per abbattere le liste di attesa per anziani non autosufficienti, per la predisposizione di letti di sollievo, per il potenziamento dell'assistenza domiciliare e degli assegni di cura. Quanto all'assistenza residenziale i posti sono passati da 9.178 del 2000 agli 11.597 del 2004. Sono stati definiti i livelli di assistenza allo scopo di realizzare degli standard uniformi. Nel 2005 è stato creato un fondo per la non autosufficienza (14 milioni di euro) chiamato ad integrare la quota socio-assistenziale della retta per i cittadini non autosufficienti con reddito inadeguato a fronteggiare autonomamente lo stato di bisogno.

Nell'*Emilia Romagna* dal 2004 la Regione è impegnata a definire un Fondo regionale per la non autosufficienza. Nello stesso anno ha aumentato di 20 milioni di euro gli stanziamenti al settore. Il fondo viene finanziato con quota parte del fondo sa-

nitario regionale, quota parte del fondo sociale e di risorse regionali provenienti dalla fiscalità generale, nonché eventuali stanziamenti nazionali. Il fondo verrà ripartito per ogni ambito distrettuale attraverso le Asl e finalizzato in modo vincolato a piani appositi per la non autosufficienza. In ogni distretto è costituito uno strumento tecnico comune. Nel 2005 è stata messa in atto un'opera di razionalizzazione delle spese destinate alla non autosufficienza. Nel 2006 le somme erogate alle Asl per la non autosufficienza sono state 211 milioni erogate per un riequilibrio territoriale delle risorse, individuando una sorta di quota capitaria per ogni anziano over 75 (430 euro in media). Il fondo privilegia la linea dei servizi e dell'assistenza domiciliare, ma è previsto anche la corresponsione di assegni di cura (20mila all'anno circa).

### *1.8 I principali problemi da affrontare e (possibilmente) risolvere*

È evidente che per la dimensione che è destinata ad assumere la sfida della non autosufficienza non può avere una risposta limitata ad un modello di protezione pubblica. Al di là degli oneri importanti e crescenti che una siffatta impostazione comporterebbe, vi sono degli handicap strutturali, connessi ad un modello pubblico, che è bene evidenziare in grande anticipo, in particolare per quanto riguarda i criteri di finanziamento.

Sia che si ricorra a risorse derivanti dalla fiscalità generale (come si sta cercando di fare, senza risultati concreti, in Italia), sia che si tratti di un nuovo prelievo contributivo (è il caso della Germania), verrebbe ad instaurarsi un meccanismo a ripartizione con tutti i difetti e i limiti che sono stati sperimentati in altri settori.

In sostanza, non vi sarebbero solo problemi nell'immediato come l'incremento della pressione fiscale in un caso o del costo del lavoro nell'altro: percorsi entrambi preclusi nella situazione in cui versa l'Italia. L'esperienza di almeno due legislature sta a dimostrare, infatti, che non è praticamente possibile superare lo scoglio delle risorse atte a sostenere le politiche per la non autosufficienza (il relativo Fondo non è stato costituito finora né

a livello nazionale né in via generale nelle Regioni). Ma anche se, teoricamente, divenisse possibile allocare adeguate risorse pubbliche nel settore, sarebbe sconsigliabile ripetere pedissequamente una “formula” mutuata dai modelli vigenti della sanità e delle pensioni (il fondo da ripartire, i livelli essenziali da garantire a tutti i cittadini, ecc. da un lato; il finanziamento da parte dei lavoratori attivi a favore di quelli che sono usciti dal mercato del lavoro, sulla base di un patto intergenerazionale forzoso, garantito dallo Stato, dall’altro).

Anche per le Ltc è bene ed opportuno ragionare quindi di un sistema misto di ripartizione del rischio, in parte pubblico e in parte privato ovvero sostenuto da risorse vere e non solo da promesse. Il finanziamento a ripartizione è destinato, infatti, a misurarsi con i consueti difetti, ingigantiti in questo caso dai processi di invecchiamento attesi. Di qui il ruolo del mercato assicurativo. Ma qualunque ipotesi assicurativa privata per le Ltc non può non prefigurare un contesto pubblico di intervento, dal quale partire, chiamato a costituire il nucleo di base per le situazioni di non autosufficienza, ai cui limiti dovranno, in parte più o meno rilevante, sopperire le persone stesse, in termini complementari od integrativi.

Anche in questo caso, inoltre, è necessario non ripetere pedissequamente lo schema consueto per le forme integrative nel campo delle pensioni e della sanità. Alcune proposte in merito, infatti, tendono a ripetere le esperienze dei fondi collettivi anche per le Ltc, siano essi pensionistici o sanitari.

Si propone, infatti, di destinare una parte della contribuzione destinata a fini previdenziali alla protezione delle Ltc, dimenticando, però, al di là di ogni altra considerazione (anche queste soluzioni finiscono per incidere sul costo del lavoro), che vi sono delle profonde differenze tra le tutele da realizzare. Nel campo dei fondi pensione, ad esempio, i rapporti tra il lavoratore contribuente e il fondo stesso si interrompono solitamente prima (al momento delle pensioni) di quanto non si presenti l’esigenza di protezione contro la non autosufficienza. Diverso è il caso delle polizze malattia, la cui copertura si proietta lungo tutto l’arco della vita. In ogni caso, però, occorre tener conto che le soluzioni fondate sulla contrattazione collettiva prendono a

carico dei soggetti durante una fase della loro vita in cui, solitamente, la prospettiva della disabilità è avvertita come lontana. La strada da percorrere deve tener conto, allora, della peculiarità del fenomeno della non autosufficienza, che si concentra in un periodo generalmente breve, negli ultimi anni di vita, che richiede una forte concentrazione di risorse, spesso affidate alla gestione dei familiari della persona non autosufficiente. Occorre, allora, individuare strumenti idonei a realizzare tale risultato, sia sul versante pubblico che su quello privato.

### 1.9 Note sul modello pubblico in Germania

Gli interventi di mano pubblica sulla non-autosufficienza tendono a somigliarsi, e, prima o poi, vanno a finire nel *cul de sac* del finanziamento a ripartizione (sia esso a base fiscale o contributiva).

Il caso della Germania, che può essere assunto come battistrada di un possibile modello pubblico, è emblematico. Come ha rilevato l'Isvap, già a pochi anni di distanza dalla introduzione della Assicurazione sociale per l'assistenza per i non autosufficienti (*Soziale Pflegeversicherung*) nel 1995, si è aperta in Germania una stagione di critiche al sistema stesso, il quale, a fonte di una contribuzione dell'1% in una prima fase e dell'1,7% a regime sia per il datore di lavoro che per il lavoratore e l'abolizione di una festa infrasettimanale, aveva assicurato un decremento della spesa sanitaria ed un impatto immediato misurabile in 950.000 utenti con prestazioni tra i 400 ed i 1.300 marchi al mese nel 1996.

Nel 2003 l'assicurazione assisteva 2,08 milioni di utenti, 1,44 a casa e 640.000 in regime di ricovero. Della prima categoria 987.000 erano gli assistiti da parenti e 450.000 da 10.600 servizi esterni che utilizzavano 201.000 operatori. Per la seconda categoria erano in funzione 9.700 Residenze assistenziali con 511.000 dipendenti. In particolare le istituzioni specializzate erano cresciute tra il 1995 ed il 2003 in maniera accentuata, con un aumento di posti di lavoro di 250.000 unità, e oltre che delle Residenze assistenziali (da 4.317 a 9.743) anche degli ambu-

latori specializzati (più che raddoppiati da 4.000 a 10.619), dei centri di assistenza notturna o part-time (da 100 a 2.517), ecc.

Le critiche hanno riguardato in un primo momento la qualità delle prestazioni erogate, in particolare per quanto riguarda le strutture residenziali e l'eccessiva burocratizzazione del rapporto con i Comuni.

Nel 1999 veniva quindi più pesantemente denunciato un deficit di bilancio di 30 milioni di euro, saliti poi a 690 nel 2003 ed a 860 nel 2004, con previsioni molto pesanti per gli anni a venire, visto che il numero dei beneficiari dovrebbe passare da 1,9 milioni a 3,1 milioni nel 2030.

Al contempo si evidenziava nel corso degli anni una insufficienza della copertura per molte delle prestazioni previste alla luce dell'aumento dei prezzi di mercato, soprattutto nelle cure ambulatoriali.

Particolarmente pesanti risultavano, poi, i divari tra assicurazione obbligatoria per la non autosufficienza del settore pubblico e del settore privato.

Come è noto, infatti, la Germania prevede un'assistenza sanitaria obbligatoria pubblica per i lavoratori dipendenti sotto un certo reddito e per gli altri, nonché per i lavoratori autonomi, la possibilità di un *opting out* verso le assicurazioni private.

Lo stesso regime è in vigore nell'ambito della assicurazione per la non autosufficienza, col risultato dello sviluppo di differenze eclatanti: già nel 2003 gli avanzi di bilancio della assicurazione per la non autosufficienza privata avevano portato ad un abbattimento della relativa quota contributiva a 205 euro all'anno per assicurato, contro i 238 della assicurazione pubblica. Ciò a fronte di 70.853.000 assicurati nella assistenza per la non autosufficienza pubblica e 8.999.300 in quella privata, e prestazioni medie per assicurato all'anno di 248 euro per la pubblica e di 57,55 euro per la privata (30% in meno a tassi standardizzati per età).

Dato che i costi amministrativi e di transazione sono decisamente più alti nelle assicurazioni private (9% contro 4,8% nel caso di presenza di servizi anche sanitari), la spiegazione del diverso andamento dei bilanci e delle spese tra le due assicurazioni non può che essere ricercata nella differente morbilità e nei fattori di rischio dei due gruppi di popolazione.

Ciò ha portato a formulare una ipotesi di unificazione dei due regimi in una “Assicurazione contro la non autosufficienza di cittadinanza” (*Buergerversicherungspflege*), con riscossione dei contributi anche sui redditi da capitale, oltre che sui redditi autonomi e da lavoro dipendente.

Introducendo nella riforma anche l’aumento delle prestazioni per le demenze ed il miglioramento delle prestazioni ambulatoriali, le proiezioni calcolate sulla base di una simile ipotesi hanno prodotto una stima di una contribuzione in crescita dall’1,7% fino all’1,85% nel 2025 per tutte le tipologie di contribuenti, contro la previsione del 2,33% nel caso del mantenimento dello *status quo*.

L’ipotesi ha sollecitato un ampio dibattito, con posizioni fortemente divergenti tra loro. In particolare è stata sollevata l’obiezione della percorribilità legale per la Germania di una strada di unificazione dei regimi e di eliminazione dei privilegi delle categorie professionali più agiate (*Beamten*, liberi professionisti, ecc.).

Altre ipotesi formulate riguardano, ad esempio, la trasformazione del sistema in un sistema federale finanziato dalla fiscalità generale. Questa proposta è stata avanzata in particolare dal *Deutsches Paritaetisches Wohlfahrtverband*, con i seguenti corollari: abolizione della assicurazione attuale e delle relative casse, introduzione di contributi federali ai Comuni a valere sulla fiscalità generale, introduzione di maggiori possibilità assistenziali soprattutto per i ceti deboli.

La proposta è stata fortemente criticata come retroattiva, in quanto porterebbe la situazione allo stato precedente la introduzione della *Pflegeversicherung*.

Ulteriori proposte tra quelle formulate riguardano:

- la trasformazione del sistema in un sistema a capitalizzazione (*kapitalfundiert*);
- la aggiunta al sistema attuale di un finanziamento di origine fiscale da parte dello Stato federale, ad esempio per le prestazioni rivolte ai bambini;
- l’aumento progressivo della contribuzione individuale;
- l’introduzione di un contributo da parte dei pensionati, che usufruiscono del sistema senza averlo finanziato, in forma temporanea o stabilmente nel tempo.

Sembra che tra tutte le proposte formulate riscuota maggiore consenso da parte delle forze sociali l'ipotesi di un intervento "morbido", consistente in sostanza in quella che viene chiamata la "dinamicizzazione" dell'attuale sistema, senza stravolgimenti, attraverso l'introduzione di elementi compatibili tra loro a partire dalle diverse impostazioni delle proposte formulate, come ad esempio: il contributo aggiuntivo di natura fiscale da parte dello Stato federale, assieme all'ampliamento della platea degli assicurati, alla contribuzione dei pensionati ed all'aumento graduale della contribuzione.

Ad esempio, il Gruppo di lavoro sulla sanità dei Socialdemocratici (*Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratischen und Sozialdemokraten in Gesundheitswesen, ASG*) si è espresso contro le ipotesi di riforma radicale e a favore di interventi nel merito e nelle modalità dell'erogazione di servizi, quali: una migliore definizione del bisogno assistenziale, migliori criteri di diagnosi e prescrizione, intreccio tra diversi servizi e aiuti allo scopo di massimizzare l'efficacia e ridurre gli sprechi, la formazione di competenze e funzioni di Case-management, forme di ricovero temporaneo, implementazione della prevenzione e della riabilitazione, miglioramento dello status e dell'immagine del personale dedicato alla cura, utilizzazione e potenziamento delle risorse spontanee, dell'aiuto e dell'apporto della famiglia, miglioramento del counseling, delle attività di sportello, del ruolo della assistenza sociale dei Comuni, migliore programmazione edilizia ed architettonica e l'introduzione del budget personale di cura.

Analoghe sono le considerazioni espresse dal DGB, la confederazione sindacale tedesca nel medesimo periodo.

### 1.10 *Italia: un percorso di "speranze deluse"*

Le politiche di Ltc, nel nostro Paese, versano tuttora in un contesto confuso sul piano istituzionale (anche a seguito del riordino dei poteri derivanti dalle riforme costituzionali) e soffrono di una dislessia genetica, in conseguenza della quale è in atto (da alcuni anni presso l'Inps, al quale non sono stati tuttavia attribuite le funzioni di accertamento delle condizioni psicofisiche) una gestio-

ne centralizzata dei principali interventi di natura economica (le prestazioni connesse all'invalidità civile), mentre la *governance* dei servizi e delle prestazioni alla persona rimane decentrato (a misurarsi, quindi, con le complesse questioni del riordino delle competenze, in un contesto di ridotta disponibilità di risorse finanziarie).

Questi sono stati i problemi che hanno fino ad ora ostacolato la predisposizione di un quadro legislativo definito ed operante. Le iniziative legislative predisposte ricalcano il modello sanità: l'istituzione di un fondo nazionale da ripartire nelle regioni allo scopo di garantire livelli uniformi di assistenza (da definire) su tutto il territorio nazionale e per tutti i cittadini interessati e riguardanti, in particolare, l'assistenza domiciliare e il ricovero in residenze protette. Se nella sanità non è stato ancora possibile incrociare persuasivamente i Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) con le risorse disponibili nonostante decenni di esperienze risalenti alle Mutue (le prestazioni fornite dall'Inam hanno fortemente condizionato, come è noto, la definizione del "pacchetto" assicurato ai cittadini dal Ssn), a maggior ragione

#### **Schema di Disegno di legge per l'istituzione di un Fondo contro i rischi di non autosufficienza**

1. Le Regioni istituiscono un "*Fondo contro i rischi della non autosufficienza*" destinato a soddisfare i bisogni di assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale delle persone non autosufficienti, ad integrazione dei fondi pubblici esistenti. Le prestazioni sono previste nei Lea socio-sanitari come definiti dall'accordo Stato-Regioni.
2. Il Fondo è organizzato in Fondazione non profit ed è aperto alla partecipazione di altri soggetti pubblici o privati non profit (Fondi di categoria, Sindacati, Fondazioni Bancarie, altro).
3. I Fondi afferiscono ai Distretti socio-sanitari, che organizzano uno Sportello Unico per la raccolta delle domande e la presa in carico dell'assistito, corredato di una centrale operativa che attiva i servizi di volta in volta necessari ed effettua il monitoraggio attivo dei bisogni degli assistiti. Lo Sportello Unico opera per delega dei poteri delle Asl, del Comune e dell'Ospedale pertinente per territorio in modo da assicurare unitarietà di intervento, e può essere gestito direttamente dal Distretto o da un Consorzio dei 3 Enti deleganti oppure da un privato a ciò delegato dai suddetti organismi. Lo Sportello Unico/centrale operativa si può avvalere anche di servizi di prossimità (custodi sociali di quartiere) descritti nel Regolamento di cui all'articolo 6.

4. L'assistenza è articolata in 3 distinti servizi:
  - domiciliari
  - residenziali
  - misti.

Il contributo economico dello Sportello non può superare un tetto fisso di anno in anno dal Fondo e può essere sotto forma di *voucher* o di servizi o misto, a scelta dell'assistito. (modello tedesco, vedi).
5. Al fondo hanno diritto tutti i cittadini residenti indipendentemente dalle loro condizioni economiche. Nel Fondo confluiscono tutti i finanziamenti oggi previsti per l'area socio-sanitaria a Regioni e Comuni, l'assegno di accompagnamento, eventualmente anche fondi privati o di categoria.

Il fondo è sostenuto inoltre dal premio di assicurazione (polizza malattia) di tutti i cittadini di età superiore a 18 anni con reddito superiore a 35.000 euro annui (oppure è volontario con sgravio fiscale).
6. Entro il 30 giugno 2002 il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con i Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con la Conferenza Unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, definisce con apposito regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400:
  - a) i criteri di determinazione e di accertamento della non autosufficienza;
  - b) le modalità di gestione del Fondo e di erogazione degli interventi economici;
  - c) nell'ambito della definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, la tipologia delle prestazioni e servizi a carico del Fondo;
  - d) le modalità e le procedure attraverso le quali, nell'ambito del distretto socio-sanitario, di cui all'articolo 3-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, siano valutati il bisogno assistenziale e le prestazioni da erogare a favore della persona non autosufficiente;
  - e) le modalità di controllo e di verifica della qualità delle prestazioni erogate e delle spese sostenute dalle famiglie.
7. Fino all'effettiva istituzione dell'assicurazione obbligatoria è avviata una fase sperimentale del Fondo per la durata di 3 anni, ad iniziare dall'1.1.2003, in alcune Regioni e in accordo con esse.
8. La presente legge non comporta oneri aggiuntivi a carico dello Stato rispetto a quelli stabiliti con l'accordo 8.8.2001.

(22 luglio 2002)

l'inconveniente risulta ancor più di difficile soluzione per quanto riguarda il settore assistenza e, al suo interno, quello delle Ltc.

Volendo rappresentare lo schema generale solitamente adottato nei tentativi di regolare il settore delle Ltc ci limitiamo a riportare il testo a suo tempo predisposto dal ministro Girolamo Sirchia nel 2002, riconoscendo in esso un adeguato livello di elaborazione nonché le caratteristiche Comuni anche alle proposte presentate nell'attuale legislatura (vedi box).

Scorrendo l'articolato emergono tante questioni di non facile soluzione: sia per quanto riguarda il rapporto tra lo Stato e le Regioni, sia per ciò che concerne soprattutto il finanziamento dell'operazione, dal momento che un prelievo di natura contributiva (sul modello tedesco) andrebbe ad incrementare il costo del lavoro, mentre una copertura di natura fiscale sarebbe un'iniziativa in controtendenza rispetto alle intenzioni governative di ridurre la pressione fiscale. Come si può vedere, veniva proposta l'istituzione di un fondo specifico, finalizzato a soddisfare i bisogni di assistenza (domiciliare, residenziale e semi-residenziale) delle persone non autosufficienti ad integrazione dei fondi pubblici esistenti.

Le domande vengono raccolte da uno "sportello unico" presso i distretti socio-sanitari, che hanno il compito di prendersi in carico gli assistiti. Le prestazioni (domiciliari, residenziali o miste) consistono nella attribuzione di un *voucher* (provvisto di un tetto predefinito) o nell'erogazione di un servizio oppure in una soluzione mista. Per quanto riguarda il finanziamento, una delle ipotesi allo studio era quella di un'imposta sui redditi superiori a 35mila euro all'anno. Nel fondo sarebbero confluite tutte le risorse esistenti, nazionali e locali, stanziare per l'assistenza alle persone non autosufficienti, compresi gli stanziamenti per gli assegni di accompagnamento.

### 1.11 *Le cure a lungo termine nel "NAP inclusione" per la Ue*

Il governo, nell'ultimo Rapporto nazionale sulle strategie, sulla protezione sociale e l'inclusione sociale, presentato nel 2005 in sede Ue, dedica un capitolo alle Ltc, da cui emerge un

profilo pressoché esclusivo dell'intervento pubblico. Il testo recita quanto segue.

«Nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, sono particolarmente rivolti alle persone anziane affette da patologie invalidanti e ai pazienti che hanno necessità di cure a lungo termine i seguenti servizi e prestazioni:

- a) l'assistenza domiciliare integrata: sono assicurate dai servizi distrettuali dell'azienda sanitaria locale e sono destinate ai soggetti anziani o con patologie psicofisiche invalidanti. Oltre alla presenza periodica del medico di medicina generale, prevedono l'accesso al domicilio dello specialista, le prestazioni infermieristiche e di riabilitazione, l'assistenza sociale e se necessario l'aiuto domestico con il concorso dei Comuni. Il Mmg ha la responsabilità complessiva dell'intervento, coordina la presenza degli altri operatori sanitari e sociali, attiva le consulenze specialistiche.
- b) l'assistenza agli anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti in regime semiresidenziale e residenziale, presso strutture protette a diversa intensità riabilitativa e assistenziale, che garantiscono le prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi gli interventi di sollievo (D.P.C.M. 14 febbraio 2001). Le strutture residenziali che presentano una particolare valenza nell'ambito sanitario sono le Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) definite come strutture destinate a soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio. L'invio presso le suddette strutture è promosso dalle Unità di valutazione multiprofessionali, di natura multidisciplinare, attivate presso le aziende sanitarie locali. Gli ospiti delle strutture in questione sono tenuti a versare un contributo a parziale copertura della retta, come corrispettivo delle prestazioni di natura assistenziale e tutelare e di comfort alberghiero. In caso di persone con difficoltà economiche, il Comune si assume il relativo onere.

Per garantire l'accesso al servizio in maniera equa vi è innanzitutto una valutazione del paziente da parte dell'Ente pubblico sulla base della domanda cui segue la decisione riguardo alle modalità di presa in carico del soggetto bisognoso.

In seguito alla valutazione, l'ente pubblico indica le prestazioni che l'utente deve ricevere, le modalità di erogazione di tali prestazioni nonché l'ente chiamato a fornirle.

Tipologie di prestazioni sono:

- servizi alla persona: si tratta delle tradizionali prestazioni fornite direttamente alla persona dal Comune o dall'Asl di appartenenza;
- *voucher* (o buoni-servizio): sono forniti dall'ente pubblico e garantiscono il diritto a determinati servizi. Il beneficiario li utilizza per "acquistare" tali servizi da uno degli erogatori (pubblici o privati), autorizzati (accreditati) dall'ente pubblico;
- gli assegni di cura: si tratta di un contributo economico fornito agli anziani (o ai loro familiari) per finanziarne l'assistenza. Tale contributo è erogato in alternativa ai servizi alla persona, domiciliari o residenziali, e viene passato ai caregiver oppure utilizzato per acquistare assistenza privata;
- indennità di accompagnamento: si tratta della tipologia più diffusa di assegni che viene fornita a tutti coloro cui è stata riconosciuta un'invalità permanente;
- ricevono l'indennità più di 800.000 persone di cui il 70% sono anziani.

In relazione alle domande, l'Ente pubblico favorisce prioritariamente coloro che in base al reddito non possono usufruire di altre forme di sostegno.

Per le persone in situazione di disabilità, riconosciute tali in base alla legge 104/92 o a normative pregresse, i servizi addetti valutano quanto essere idoneo e adatto alla persona disabile. (D.M. 27 agosto 1999, n. 332 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale: modalità di erogazione e tariffe"). Viene altresì tenuto in considerazione l'aspetto economico e la situazione familiare dell'utente. Allo stato attuale il reddito della persona riconosciuta disabile non viene cumulato con quello della famiglia, ciò al fine di valutare il reddito esclusivamente in relazione all'interessato e non nell'ambito dei redditi complessivi della famiglia.

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha come primi destinatari i soggetti portatori di bisogni gravi.

Il criterio di accesso è quindi determinato dal bisogno.

Il mutato assetto demografico ha imposto un'accelerazione nell'attuazione delle scelte di politica sanitaria in questo campo, tenuto conto anche che agli effetti dell'invecchiamento della popolazione si sommano i cambiamenti nella struttura familiare che hanno portato ad una drastica diminuzione del ruolo tutelare della famiglia. Essa, dove è presente, si trova appesantita, soprattutto nella sua parte femminile, dalla difficoltà di affrontare, a volte da sola, problematiche complesse alle quali non sempre è preparata e che richiedono grande dispendio di tempo, energie e risorse, soprattutto in presenza di "anziani fragili", cioè coloro che sono limitati nelle attività quotidiane per effetto di pluripatologie, ritardo nei processi di guarigione e recupero funzionale. L'esperienza maturata in alcune realtà regionali dimostra che se i servizi socio-sanitari sono in grado di rispondere alle richieste di tutela che vengono dalla cronicità e dalla non autosufficienza vengono liberate risorse e disponibilità femminili per lo sviluppo e si facilita il pieno inserimento delle donne nel mondo sociale e del lavoro.

Partendo dall'esperienza di questi anni, l'obiettivo prioritario che il Ssn persegue su tutto il territorio è la garanzia per l'anziano non autosufficiente della permanenza al proprio domicilio, laddove le condizioni sanitarie, sociali, abitative e di solidarietà sociale lo rendano appropriato. Si sta implementando l'integrazione funzionale tra le varie componenti sanitarie ospedaliere e territoriali e tra i servizi sanitari e sociali, con le modalità previste dall'attuale normativa (Piani attuativi locali che recepiscono le indicazioni dei Piani di zona, e che costituiscono la base degli accordi di programma tra i Comuni e le Asl, e il Piano delle attività territoriali, articolazione dell'accordo di programma ecc.), per il raggiungimento di obiettivi comuni tramite la concertazione degli interventi e la condivisione delle risorse.

In particolare, già da tempo, lo Stato e le Regioni hanno convenuto sulla necessità di:

- Attuare per il paziente multiproblematico la valutazione multiprofessionale e multidimensionale quale approccio integra-

- to per l'analisi dei suoi bisogni sanitari, psichici, funzionali, relazionali e sociali per l'elaborazione del successivo piano personalizzato di assistenza, a cui tutti gli operatori concorrono per le proprie competenze secondo responsabilità certe;
- individuare per ogni paziente il care manager;
  - differenziare l'Assistenza Domiciliare Integrata (Adi) in gradi diversi di complessità, con attribuzione delle responsabilità in termini di risorse e risultato ai vari soggetti coinvolti;
  - adottare la cartella unica della assistenza domiciliare;
  - garantire la continuità delle cure, avvalendosi anche dell'apporto delle tecnologie informatiche e degli strumenti di telesoccorso e di teleassistenza per pazienti affetti da particolari patologie;
  - promuovere e potenziare il coordinamento delle strutture e dei servizi sanitari che entrano a far parte della rete di assistenza per i pazienti bisognosi di cure a lungotermine in modo da consentire la presa in carico globale del paziente, l'unitarietà degli interventi, il facile passaggio da un nodo all'altro della rete al mutare dei bisogni clinici ed assistenziali.
- Vanno portate avanti però alcune importanti iniziative già intraprese:
- completare il processo di classificazione delle prestazioni/prodotti e di informatizzazione delle cure domiciliari portato avanti da un ampio progetto collaborativo Stato-Regioni sulla codifica e sulla classificazione delle prestazioni (Progetto mattoni) per fini epidemiologici e gestionali;
  - definire standard di prestazioni, di processo e di esito, per la valutazione della erogazione dell'assistenza agli anziani non autosufficienti su tutto il territorio nazionale;
  - definire i requisiti di autorizzazione ed accreditamento degli erogatori;
  - promuovere l'offerta di cure intermedie (ospedali di comunità, nuclei di Rsa) per gli interventi inappropriati sia per il livello ospedaliero che territoriale;
  - garantire equità nell'accesso dell'anziano anche alle tecnologie sanitarie più avanzate allorquando è necessario ed appropriato, per non incorrere nell' "Ageism" (discriminazioni legate all'età);

- prevedere interventi di sollievo per la famiglia;
- promuovere la ricerca biomedica e clinica sull'invecchiamento ed in particolare sulle relazioni esistenti tra fragilità, patologia, morbosità, menomazioni e disabilità geriatriche, promuovendo inoltre il coordinamento delle ricerche gerontologiche attraverso una maggiore cooperazione tra i Paesi europei.

La *governance* del sistema può essere assicurata innanzitutto tramite la programmazione integrata, con il superamento della programmazione settoriale, per intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici e culturali e predisporre le risposte assistenziali. L'approccio integrato risponde, infatti, in modo adeguato alla complessità dei problemi di salute, a partire dall'analisi dei bisogni fino alle scelte di priorità di intervento.

Il metodo di programmazione rappresenta, in un'area come quella dell'integrazione socio-sanitaria facente capo a due diversi comparti istituzionali (Ssr e Comuni), il metodo fondamentale per la definizione delle scelte strategiche e delle priorità, in relazione alle basi conoscitive rappresentate dai bisogni presenti sul territorio, dal sistema di offerta e dalle risorse disponibili in capo a ciascun comparto.

Tuttavia non sempre e non dovunque la predisposizione di strumenti di programmazione si traduce concretamente in un sistema di interventi integrati e coordinati a livello di territorio, tale da orientare unitariamente il volume delle risorse esistenti sull'area socio-sanitaria (risorse del sociale, risorse sanitarie, fondi regionali finalizzati, risorse degli enti locali, rette degli utenti e altre risorse) verso le aree di bisogno e gli obiettivi ritenuti congiuntamente prioritari.

Per un'ottimale organizzazione, gestione ed impiego delle risorse sull'area dell'integrazione socio-sanitaria, occorre pertanto individuare e condividere, a livello nazionale e regionale, le regole per la cooperazione interistituzionale a livello locale, nella quale i diversi attori del sistema si confrontano, sulla base delle rispettive competenze, per addivenire a programmi e progetti sui quali investire energie e risorse.

Il sistema di offerta sull'area dell'integrazione socio-sanitaria è spesso capillare, ma diversificato sul territorio.

La diversificazione dipende dalle scelte organizzative e operative delle strutture aziendali, nonché dalla carenza, su quest'area, di profili assistenziali e di linee guida finalizzate ad orientare il lavoro interprofessionale verso percorsi appropriati finalizzati a garantire la continuità terapeutica fra ospedale e territorio.

Pertanto, dal punto di vista operativo, l'aspetto del problema non è costituito dalla tipologia e dalla qualità delle prestazioni erogate, bensì dalla persistente frammentarietà del percorso assistenziale del cittadino nell'ambito del sistema sanitario e sociale.

Nel sistema dell'integrazione socio sanitaria costituisce un problema il fatto che mentre sono stati determinati, come fondamentale elemento di unitarietà, i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie che devono essere garantiti a tutti i cittadini (D.P.C.M. 29.11.2001), sul versante sociale non esiste ancora l'atto formale di definizione dei Livelli Essenziali dell'assistenza sociale, in attuazione della legge quadro dei servizi sociali (legge 8 novembre 2000, n. 328). Tuttavia l'esperienza maturata in alcune Regioni di accordi-quadro col sistema delle autonomie locali ha consentito un rilevante sviluppo di servizi socio-sanitari integrati. Si richiama, a tal fine, la previsione degli Accordi di programma "Asl-Comuni" previsti dal decreto legislativo 18 agosto 2000 n. 267, quale strumento primario per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria atta a garantire effettivamente l'Assistenza domiciliare integrata. Si sta lavorando per promuovere la generalizzazione di tali esperienze, in modo da rendere realmente integrabili a favore del cittadino sia i livelli essenziali delle prestazioni sociali e che quelli delle prestazioni sanitarie comprese nei Lea, finalizzando, a tale scopo, una parte delle risorse destinate agli obiettivi specifici del Piano sanitario nazionale.

In questo contesto il Ssn promuove lo sviluppo di interventi integrati finalizzati a garantire la continuità e l'unitarietà del percorso assistenziale, anche intersettoriale, nelle aree ad elevata integrazione socio-sanitaria nell'ambito delle attività individuate dalla normativa vigente (salute mentale, dipendenze, malati terminali ecc.), con la diffusione di strumenti istituzionali di programmazione negoziata fra i Comuni associati e

tra questi e le Asl, per la gestione degli interventi ad elevata integrazione, lo sviluppo di ambiti organizzativi e gestionali unici per l'integrazione, operanti in raccordo con gli ambiti di programmazione».

### 1.12 *Alcune ipotesi di riforma: modelli a ripartizione pubblico/privata del rischio*

In precedenza abbiamo cercato di individuare i criteri generali a cui dovrebbe rispondere una moderna politica di tutela delle Ltc. Prima di ipotizzare delle proposte operative riteniamo utile riassumere tali principi come segue:

- a) è importante la definizione di un contesto pubblico di intervento, dal quale partire, che costituisca il nucleo di base per le situazioni di non autosufficienza, ai cui limiti dovranno, in parte più o meno rilevante, sopperire le persone stesse, in modo individuale o collettivo e in termini complementari od integrativi;
- b) avviando una nuova forma di protezione sociale non si devono seguire i percorsi di quelle tradizionali che hanno rivelato o stanno rivelando la loro insostenibilità. È necessario, allora, rendere le politiche di spesa pubblica il più indipendenti possibili dalle dinamiche dei bilanci futuri, evitando di accollarne i costi alle generazioni future. È bene, allora, che le prestazioni ed i servizi, organizzati per la popolazione non autosufficiente, siano almeno in parte finanziate non solo da imposte e/o contributi (prelevati nello stesso momento in cui vengono impiegati), ma anche da risorse accantonate e capitalizzate nel tempo (*funded*). Del resto, anche i progetti di riforma del modello tedesco vanno in direzione di forme a capitalizzazione;
- c) l'impostazione di cui al punto precedente spiega e giustifica il concorso della proposta assicurativa, la quale è per sua natura in grado di contribuire a strutturare e a definire le prestazioni da erogare e di garantire, soprattutto, la certezza nel tempo delle prestazioni assicurate ad ogni soggetto considerato individualmente, a prescindere dalle circostanze.

- ze di contesto (scelte politiche ed amministrative, problemi economici, situazioni familiari, ecc.);
- d) occorre tenere conto della specificità delle esigenze da tutelare in tema di Ltc: prestazioni particolarmente onerose, concentrate nel tempo, spesso “gestite” dai familiari dell’interessato;
  - e) è doveroso considerare, altresì, la ridotta propensione degli interessati a preoccuparsi dell’evento Ltc, che, a torto o a ragione, viene considerato “eventuale” in un contesto di protezione sociale finalizzato alla copertura di rischi “certi” (la vecchiaia, la malattia, ecc.).

Tutte queste riflessioni inducono alla ricerca di una risposta articolata, in grado di cogliere le differenti esigenze del mercato, grazie allo sviluppo certamente di misure definibili di “secondo pilastro” (ovvero di previdenza collettiva), ma soprattutto di interventi di carattere individuale.

#### a) *I trasferimenti monetari*

Come *protezione di base* di carattere obbligatorio hanno un ruolo importante i *trasferimenti monetari*, per i quali già vengono impiegate notevoli risorse per le diverse tipologie di non autosufficienza totale o parziale.

Basterebbe razionalizzare la materia e le competenze, mettendo in comunicazione i vari settori, nel quadro di un eventuale riordino dei grandi enti previdenziali nazionali.

Oggi, ad esempio, l’inabilità è tutelata da Istituti diversi a seconda dell’evento e delle caratteristiche della persona: se deriva da infortunio sul lavoro è competente l’Inail; se è determinata da un fattore generico è competente l’Inps, a cui è stata affidata anche la gestione dell’invalidità civile (ma non i relativi accertamenti).

Altre provvidenze vengono erogate a livello locale. Non è questa la sede per prefigurare ipotesi di riforma; basti osservare che la questione dei trasferimenti monetari presenta certamente dei limiti (soprattutto per quanto riguarda la tempestività dell’intervento), ma non costituisce una emergenza, al pari del problema dei servizi. È appena il caso di ricordare, dun-

que, che l'intervento privato-assicurativo (al di là della forma attraverso cui si realizza, solitamente una prestazione di carattere monetario o un *voucher*) deve essere finalizzato a concorrere all'approvvigionamento di servizi sul mercato o ad integrare le rette delle strutture pubbliche in caso di istituzionalizzazione del soggetto.

#### b) *La previdenza integrativa*

Sul versante della *previdenza integrativa collettiva* (negoziabile o non) la soluzione, sul piano teorico, è facilmente individuabile. Si tratta di destinare (con deliberazione statutaria e regolamentare) una quota (aggiuntiva al contributo al fondo pensione o del premio in caso di polizza sanitaria integrativa) ai casi di non autosufficienza.

Si tratterebbe di una *misura necessariamente solidaristica*, in quanto ne fruirebbero soltanto coloro che venissero a trovarsi in condizioni di non autosufficienza, mentre il finanziamento sarebbe obbligatorio per tutti gli appartenenti alla comunità (compresi i pensionati).

La legge dovrebbe limitarsi solamente a sancire che, ove gli statuti prevedessero forme di tutela Ltc, l'obbligo di convenzionarsi con una o più compagnie di assicurazione, proprio per avvalersi della loro specifica professionalità. La quota di contributi e di premi rivolti alle Ltc dovrebbero confluire in un capitolo specifico a sostegno di prestazioni standard (calcolate secondo criteri probabilistici ed attuariali) da erogare agli iscritti non autosufficienti.

#### c) *Il ruolo del "terzo pilastro"*

Si potrebbe, poi, immaginare una *soluzione di "terzo pilastro" concertata*, a livello nazionale e/o regionale.

Si tratterebbe, innanzi tutto, di prefigurare, sulla base di un "patto" a cui concorrono le parti sociali e le organizzazioni degli operatori interessati, coordinato dal Governo, uno strumento assicurativo a largo spettro, in grado di contenere i costi di adesione e di concentrare un buon livello di prestazioni sui soggetti bisognosi.

Per realizzare tale obiettivo sarebbe necessario allargare il più possibile la platea dei contribuenti. Nel nostro caso, essendo esclusa, almeno per il momento, l'istituzione di una forma di assicurazione obbligatoria, diventerebbe necessario individuare delle diverse modalità che consentissero, tuttavia, di perseguire un risultato analogo.

– La prima idea è quella di una *polizza contro il rischio della non autosufficienza* (una soluzione comune da parte di un pool di Compagnie). Tale polizza dovrebbe prevedere delle prestazioni standard: l'erogazione di *voucher* per l'acquisto di servizi alla persona nel caso di non autosufficienza accertata.

Va da sé che l'assistenza dovrebbe essere calibrata nella quantità e nella durata, secondo regole accuratamente stabilite al momento dell'adesione. Per realizzare una base estesa di contribuenti (il che può contenere il costo unitario della polizza) occorrerebbe ottenere la collaborazione dei grandi soggetti collettivi (sindacati, cooperazione, associazionismo di vario tipo, legato alle problematiche degli anziani, ecc.) nel senso di inserire la polizza nel novero di servizi che il soggetto stesso offre agli iscritti tramite la quota associativa o attraverso la contrattazione collettiva.

– Mentre l'ipotesi di cui sopra prende di mira il lavoratore o il soggetto organizzato, si potrebbe pensare anche a soluzioni più trasversali mirate al cittadino consumatore. La polizza contro la Ltc stessa potrebbe essere collocata liberamente sul mercato a disposizione di chiunque la voglia sottoscrivere per sé o per altri. In questo caso, però, il premio dovrebbe essere ragguagliato a particolari requisiti della persona che aderisce (età, condizione di salute, ecc.). La *governance* della materia potrebbe essere decentrata nel territorio ed affidata a Casse mutualistiche regolate a livello regionale secondo direttive nazionali (da istituire a livello regionale secondo direttive nazionali, come prevedeva la riforma Bindi del 1999 con disposizioni rimaste inattuato), rappresentative dei soggetti aderenti e delle loro famiglie.

Le Casse tutelano gli interessi degli assicurati, accreditano i soggetti fornitori, contrattano le tariffe, vigilano sulla qualità delle prestazioni. Potrebbero essere istituite casse mutue specifiche o le

prestazioni così determinate potrebbero implementare quelle già erogate da Casse o da Fondi già esistenti. Le polizze potrebbero fruire di misure di deducibilità fiscale. Le Casse mutue stipulerebbero, a loro volta, accordi con il pool di Compagnie di assicurazione. In sostanza, le Casse mutue così costituite divengono il punto di riferimento degli iscritti in modo collettivo e di quelli che hanno individualmente proceduto ad aderire. Potrebbero farsi punto di riferimento di “*banche del tempo*” attraverso le quali si acquisterebbero “titoli di assistenza futura” attraverso il lavoro di cura volontario a favore di altri. Per i primi pagano le associazioni, per i secondi loro stessi. Sarebbero possibili anche adesioni derivanti dalla contrattazione collettiva. Le casse non erogano prestazioni in proprio, ma stipulano convenzioni con i soggetti fornitori. Va da sé che a questo impianto, predisposto dal lato della domanda, devono corrispondere precise regole da lato dell’offerta di servizi (accreditamento, caratteristiche della prestazione, modalità di erogazione e di pagamento, ecc.). Per quanto riguarda il ruolo delle istituzioni pubbliche, esse hanno il compito di stabilire gli standard a cui devono rispondere le prestazioni, di certificare la loro congruità, di accreditare i soggetti fornitori.

#### d) *Il “fai da te”*

Le soluzioni ipotizzate nei punti precedenti hanno un tratto comune: tutte richiedono processi negoziali e/o di concertazione. Non è detto che tali iniziative possano realizzarsi in breve tempo ed in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale. Può essere utile, allora, che le Compagnie di assicurazione adottino linee strategiche e produttive autonome con le quali far fronte alle richieste del mercato, anche di quello non organizzato. Si arriva così a riflettere sulle caratteristiche che dovrebbe avere una polizza Ltc messa a disposizione dei singoli e delle famiglie costrette a misurarsi con l’evento non autosufficienza nel momento stesso in cui esso si verifica. Si può ignorare il problema sostenendo che non appartiene alla cultura assicurativa farsi carico di un rischio quando esso si è già verificato. Ma un ragionamento siffatto non aiuterebbe a sbloccare la situazione. Si propone pertanto di esaminare talune ipotesi rispondenti all’esigenza primaria che abbiamo più

volte ricordato, quando si affronta il tema delle Ltc: come far fronte ad un evento solitamente limitato quanto a durata, ma connotato da una forte concentrazione di costi (affidati alla gestione di familiari dell'interessato) nel periodo in cui l'evento stesso si verifica. In questo quadro, le proposte potrebbero essere le seguenti (ricavate, ma non solo, dall'esperienza inglese):

- *polizza Ltc a premio unico (immediate need plan)*: l'utente o i suoi familiari versano in un'unica soluzione un capitale (la liquidazione, per esempio) a cui corrisponde un pacchetto di servizi o di *voucher* per acquistare prestazioni da soggetti convenzionati;
- *polizza Ltc con cessione dei diritti di proprietà (equity release plan)*: la copertura della polizza è ottenuta cedendo, con criteri flessibili, i diritti di proprietà della casa di abitazione (nuda proprietà e usufrutto, solo nuda proprietà, solo usufrutto) concedendo tuttavia agli eredi, alla morte dell'intestatario, di venire in possesso dei diritti ceduti rifondendo all'assicurazione il costo dell'assistenza, maggiorato degli oneri di gestione;
- *polizza sanitaria-assistenziale "a conto individuale"*: l'interessato a fronte del pagamento continuativo di un premio, acquisisce il diritto ad un tot di assistenza che può distribuire a sua scelta durante l'intero arco dell'esistenza;
- *polizza Ltc collettiva*: un gruppo di interessati che percepiscono sussidi pubblici (indennità di accompagnamento, ecc.) sottoscrivono una polizza (il cui premio è pagato con la cessione della prestazione pubblica) che riconosce loro servizi e prestazioni presso o da parte di una struttura convenzionata.

#### e) *Il ruolo delle Fondazioni bancarie*

Un ruolo importante potrebbe essere svolto dalle *Fondazioni bancarie*, le quali hanno tra le proprie finalità istituzionali anche l'assistenza sociale. Si tratta di un consistente flusso di risorse stimabile in almeno 500 milioni di euro l'anno, ora distribuito in modo frantumato e localistico.

La disciplina vigente consente alle Fondazioni di concentrare gli interventi in alcuni settori specifici. Sarebbe possibile,

allora, indirizzare per alcuni anni, soprattutto mediante una concertazione a livello regionale e locale, i principali interventi delle Fondazioni verso l'assistenza alle persone non autosufficienti, chiedendo loro di finanziare dei programmi di interventi selezionati a livello nazionale, gestiti a livello regionale o territoriale.

Anche in questo caso, l'iniziativa delle Fondazioni potrebbe intersecarsi con i prodotti assicurativi. A questa possibile tipologia appartiene il Progetto-anziani realizzato dalla Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna, purtroppo interrotto dopo anni di positivi risultati, a seguito del cambiamento dei vertici della Fondazione dopo l'avvicendamento politico nell'Amministrazione comunale di Bologna nel 2004.

Ascrivibile ad un'innovativa forma di "sussidiarietà" tra intervento pubblico e privato, la Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna, l'istituzione collegata a Rolo Banca 1473, ha promosso ed avviato un progetto per l'assistenza domiciliare ad anziani non autosufficienti, finanziato per due anni, con un budget annuale di cinque miliardi. A regime, era previsto il coinvolgimento annuale di oltre 330 famiglie, con un impiego finale di 282 operatrici. A regime sono state 18 le imprese accreditate con 243 operatrici impegnate nell'assistenza alle famiglie. Il progetto era organizzato per avere oneri di esercizio non superiori al 5% ed operava attraverso convenzioni con soggetti pubblici (Asl, Ospedali, Comuni, Quartieri) e privati (Caritas, ANT, Parrocchie, ecc.). Del servizio era prevista l'attivazione in 48 ore, mentre quello fornito dai Quartieri cittadini richiedeva mediamente sette settimane. Il progetto si rivolgeva alle famiglie e ne pretendeva l'attiva collaborazione, fornendo al loro domicilio 11 "pacchetti" assistenziali, a seconda della gravità del caso, ma stimolandole a concorrere nella cura del congiunto come condizione per assicurare le prestazioni. Gli interventi (in media di 6,7 ore al giorno e 147,8 al mese, escludendo il servizio concorrente prestato dalla persona convivente) venivano suddivisi tra le assistenti e i parenti, anche per quanto riguarda la ripartizione dei costi.

Dopo il primo step biennale, il progetto era stato rifinanziato, anche per portare a termine il piano che, avendo scontato un

certo ritardo in partenza, era stato costretto a rimodulare i propri obiettivi. A regime era stimata una spesa media per assistito di circa 1.260 euro mensili di cui 309 euro (mediamente) a carico della famiglia (l'apporto del nucleo familiare era ragguagliato al reddito) 951 euro a carico della Fondazione. Per il finanziamento, veniva attivato un conto corrente bancario, sul quale potevano versare solo la Fondazione e la famiglia. Il familiare abilitato riceveva da questo conto soltanto dei buoni da riversare alle cooperative accreditate per l'acquisto dei servizi riconosciuti dal pacchetto assistenziale convenuto. Esisteva, quindi, la possibilità di rivolgersi all'impresa che fornisce le migliori prestazioni, anche perché, ogni mese, l'utente aveva diritto di cambiare interlocutore.

Le cooperative accreditate erano 14, quasi tutte costituite da lavoratrici extracomunitarie. Qui stava uno dei punti critici del progetto. Il personale aveva un inquadramento contestato dalle organizzazioni sindacali che rivendicavano l'applicazione di qualifiche più elevate. I responsabili del progetto anziani avevano previsto una qualifica comunemente denominata "supercolf", mentre per i sindacati si considerava corretta la qualifica di assistente. Per questi motivi (e per altri), il progetto anziani della Fondazione del Monte ha creato una situazione di rottura nel contesto socio-assistenziale bolognese. Ed è forse questo il motivo vero della fine del progetto: basti pensare che il costo di un'ora di assistenza sostenuta nell'ambito del progetto è quasi la metà di quello autorizzato dall'amministrazione comunale nelle convenzioni per l'assistenza domiciliare. La regolarizzazione dei rapporti di lavoro ha implicato una retribuzione netta mensile per operatrice pari a 821 euro. Intensa è l'attività di formazione. Mentre a Bologna si era sviluppata una certa presenza, vi erano maggiori difficoltà organizzative a Ravenna, dove erano stati segnalati alla Fondazione solo qualche decina di casi di assistenza.

Come si vede, il progetto non era soltanto un fiore all'occhiello, ma stava diventando una realtà concreta, non solo per il lavoro svolto a favore di un buon gruppo di anziani non autosufficienti, ma anche (e soprattutto) per il modello fortemente competitivo ed efficiente che prefigurava e per il fatto che l'e-

sperienza (meritevole di essere imitata) era promossa e sostenuta da una Fondazione bancaria. Positivo era pure il rapporto tra la struttura e la famiglia che è tenuta ad occuparsi del congiunto. Nel 77% dei casi non vi sono stati problemi. Quanto ai beneficiari, quasi il 60% erano donne. L'età media degli uomini assistiti era pari a 78,344 anni, quella delle donne a 81,800. Anche i parenti che prestavano assistenza (*care givers*) non erano giovanissimi (ben 212 avevano più di 65 anni). Pertanto il servizio finiva per essere utile non solo per la persona assistita, ma anche per il parente che assumeva l'onere dell'assistenza. Quanto al grado di parentela si veda la tabella 11.

Incrociando i dati si ha nuovamente conferma della maggiore disponibilità delle donne al lavoro di cura, oltretutto della loro capacità di sopravvivere al coniuge. E di doverlo assistere.

### 1.13 *Problemi e opportunità nella Long Term Care*

Per la dimensione che è destinata ad assumere la non autosufficienza non può avere una risposta limitata ad un modello di protezione pubblica. Al di là degli oneri importanti e crescenti che una siffatta impostazione comporterebbe, vi sono degli handicap strutturali, connessi ad un modello pubblico, che è bene evidenziare in grande anticipo, in particolare per quanto riguarda i criteri di finanziamento.

Sia che si ricorra a risorse derivanti dalla fiscalità generale (come si sta cercando di fare, senza risultati concreti, in Italia), sia che si tratti di un nuovo prelievo contributivo (è il caso del-

Tab. 11 - *Care givers (grado di parentela)*

	<b>Figlio/a</b>	<b>Coniuge</b>	<b>Altro congiunto</b>	<b>Totale</b>
Uomo	32	81	15	128
Donna	57	99	30	186
Totale	89	180	45	314

Fonte: Fondazione del Monte Bo-Ra

la Germania), verrebbe ad instaurarsi un meccanismo a ripartizione con tutti i difetti e i limiti che sono stati sperimentati in altri settori.

In sostanza, non vi sarebbero solo problemi nell'immediato come l'incremento della pressione fiscale in un caso o del costo del lavoro nell'altro: percorsi entrambi preclusi nella situazione in cui versa l'Italia. L'esperienza di almeno due legislature sta a dimostrare, infatti, che non è praticamente possibile superare lo scoglio delle risorse atte a sostenere le politiche per la non autosufficienza.

Ma anche se, teoricamente, divenisse possibile allocare adeguate risorse pubbliche nel settore, sarebbe sconsigliabile ripetere pedissequamente una "formula" mutuata dai modelli vigenti della sanità e delle pensioni (con, ad esempio, il Fondo da ripartire, i livelli essenziali da garantire a tutti i cittadini, ecc. da un lato; il finanziamento da parte dei lavoratori attivi a favore di quelli che sono usciti dal mercato del lavoro, sulla base di un patto intergenerazionale forzoso, garantito dallo Stato, dall'altro).

Anche per le Ltc è bene ed opportuno ragionare di un sistema misto, di ripartizione del rischio, in parte pubblico e in parte privato ovvero sostenuto da risorse vere e non solo da promesse.

Il finanziamento a ripartizione è destinato, infatti, a misurarsi con i consueti difetti, ingigantiti in questo caso dai processi di invecchiamento attesi. Di qui il ruolo del mercato assicurativo. Ma qualunque ipotesi assicurativa privata per le Ltc non può non prefigurare un contesto pubblico di intervento, dal quale partire, chiamato a costituire il nucleo di base per le situazioni di non autosufficienza, ai cui limiti dovranno, in parte più o meno rilevante, sopperire le persone stesse, in termini complementari od integrativi.

Anche in questo caso, però, è necessario non ripetere pedissequamente lo schema consueto per le forme integrative nel campo delle pensioni e della sanità. Alcune proposte in merito, infatti, tendono a ripetere le esperienze dei fondi collettivi anche per le Ltc, siano essi pensionistici o sanitari.

Si propone, infatti, di destinare una parte della contribuzione destinata a fini previdenziali alla protezione delle Ltc, dimen-

ticando, però, al di là di ogni altra considerazione (anche queste soluzioni finiscono per incidere sul costo del lavoro), che vi sono delle profonde differenze tra le tutele da realizzare.

Nel campo dei fondi pensione, ad esempio, i rapporti tra il lavoratore contribuente e il fondo stesso si interrompono solitamente prima (al momento delle pensioni) di quanto non si presenti l'esigenza di protezione contro la non autosufficienza.

Diverso è il caso delle polizze malattia, la cui copertura si proietta lungo tutto l'arco della vita. In ogni caso, però, occorre tener conto che le soluzioni fondate sulla contrattazione collettiva prendono a carico dei soggetti durante una fase della loro vita in cui, solitamente, la prospettiva della disabilità è avvertita come lontana.

La strada da percorrere deve tener conto, allora, della peculiarità del fenomeno della non autosufficienza, che si concentra in un periodo generalmente breve, negli ultimi anni di vita, che richiede una forte concentrazione di risorse, spesso affidate alla gestione dei familiari della persona non autosufficiente. Occorre, allora, individuare strumenti idonei a realizzare tale risultato, sia sul versante pubblico che su quello privato.

## 2.

### *Le esperienze territoriali<sup>1</sup>*

#### *2.1 Il progetto di Fondo per la non autosufficienza della Provincia Autonoma di Bolzano*

##### *2.1.1 L'attuale sistema di assistenza ai non autosufficienti*

Il sistema integrato dei servizi e interventi sociali della provincia di Bolzano rappresenta sicuramente una eccellenza nel panorama nazionale e tale valutazione va sicuramente estesa anche alle attività relative alle persone non autosufficienti che, secondo stime della Provincia Autonoma, sono pari a circa il 2,2% della popolazione locale.

È vero che, come in molti altri contesti, l'assistenza alle persone prive di autonomia è garantita nella maggior parte dei casi dalla rete familiare e parentale della persona non autosufficiente, ma va considerato l'importante supporto dei servizi di assistenza domiciliare e dei centri assistenziali diurni; mentre, circa un terzo dei non autosufficienti della Provincia Autonoma sono invece assistiti direttamente in strutture residenziali, come Case di riposo o anche centri di degenza.

Globalmente nel 2004 la spesa complessiva sostenuta per l'assistenza ai non autosufficienti residenti nella provincia di Bolzano è stata pari a circa 130 milioni di euro.

<sup>1</sup> Il presente capitolo è stato realizzato sulla base della ricerca svolta dal Censis per conto dell'Isvap nel 2007.

Entrando più nel merito delle tipologie di prestazioni che caratterizzano l'organizzazione operativa dell'assistenza ai non autosufficienti nella Provincia emerge che, in termini di prestazioni monetarie:

- a circa 7.500 cittadini viene erogato un assegno di accompagnamento di 450 euro al mese;
- a 3.650 famiglie che assistono persone non autosufficienti sono erogati dalle Asl gli assegni di ospedalizzazione che, per circa 2.900 famiglie, sono pari a 476 euro al mese e per 968 famiglie sono di 590 euro al mese.

Esistono, poi, altre tipologie di prestazioni di cui beneficiano i non autosufficienti e, per la precisione, si tratta di servizi ambulatoriali inclusivi di servizi di aiuto domiciliare per oltre 3.500 assistiti, di assistenza presso il centro per oltre 9 mila assistiti; poi ci sono i servizi semiresidenziali (dai centri di assistenza diurna ai laboratori per persone disabili) che hanno riguardato un'utenza che varia dai 270 circa per i centri diurni ai quasi 600 assistiti per i laboratori, infine ci sono i servizi residenziali che, come Case di riposo e centri di degenza, hanno oltre 3.500 utenti e come Convitti per persone disabili 325 utenti.

Altra prestazioni importante riconosciuta alle famiglie che assistono non autosufficienti è rappresentata dalla copertura previdenziale dei periodi di astensione dal lavoro per l'assistenza a persone non autosufficienti.

È, infatti, previsto un contributo per la prosecuzione volontaria della contribuzione volontaria alla propria cassa previdenziale qualora la persona interrompa l'attività lavorativa per dedicarsi all'assistenza ad una persona priva di autonomia; si tratta di un contributo di massimo 3.500 euro annui fino al raggiungimento della pensione stessa e ne possono beneficiare sia gli autonomi che i lavoratori dipendenti.

C'è da dire che, in pratica, a Bolzano l'assegno di cura esiste da circa venti anni e si materializza nella possibilità di beneficiare di una erogazione monetaria subordinata alla verifica del grado di non autosufficienza.

In sostanza, si fa ricorso ad uno strumento di misurazione del grado di invalidità e sotto una certa soglia di punteggio, non

si ha diritto all'assegno, oltre invece tale soglia esiste un primo livello di contributo pari appunto a 480 euro, oltre una seconda soglia che segnala un più alto grado di non autosufficienza si ha diritto ad un assegno di circa 600 euro.

Indubbiamente si tratta di una base di partenza importante, che ha saputo rispondere a lungo alle esigenze locali, integrando sostanzialmente l'azione delle singole famiglie che hanno erogato gran parte dei servizi e delle prestazioni di cura di cui avevano bisogno le persone non autosufficienti.

È chiaro che, anche a livello locale, si fanno sentire gli effetti dei trend sociodemografici di lungo periodo rappresentati dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento della non autosufficienza soprattutto tra i grandi vecchi e dalla difficoltà crescente di famiglie meno ampie, dove la componente femminile è sempre più impegnata nel mercato del lavoro e, quindi, sottoposta a pesanti sollecitazioni tra esigenze familiari, impegni lavorativi e, poi, anche domanda di cura e tutela dei membri familiari più deboli, dai minori fino ai non autosufficienti.

Sono, poi, andate emergendo problematiche relative al funzionamento stesso degli strumenti di tutela, ad esempio il criterio di classificazione della non autosufficienza fondato su due livelli appare inadeguato, sia perché taglia fuori da qualsiasi supporto le persone che non raggiungono la soglia di accesso al primo livello che è piuttosto elevata (e rimangono fuori dall'assistenza una quota di persone che, comunque, ha bisogni assistenziali importanti), sia perché le prestazioni monetarie erogate sono progressivamente apparse insufficienti.

Inoltre, esistono diversità non indifferenti tra i criteri di accesso all'assegno di accompagnamento e quelli per l'assegno di cura.

In sintesi le prestazioni sulle quali si fonda l'attuale articolato sistema di tutela dei non autosufficienti nella provincia di Bolzano sono:

- l'indennità di accompagnamento;
- l'assegno di cura;
- il finanziamento delle case di riposo e dei centri di degenza attraverso il Fondo sanitario ed i Comuni;

- il finanziamento dei convitti, delle comunità alloggio, dei centri di assistenza diurna e dei laboratori protetti per portatori di handicap attraverso il fondo sociale;
- il finanziamento dei centri diurni per anziani attraverso il fondo sociale;
- il finanziamento del servizio di aiuto domiciliare attraverso il fondo sociale ed i comuni.

A livello provinciale, come rilevato, la spesa complessiva per i non autosufficienti nel bilancio è pari a circa 130.000.000 di euro. A questo budget va poi aggiunta la spesa per le prestazioni sanitarie, da quelle mediche e infermieristiche alle prestazioni riabilitative alla spesa per farmaci che, ovviamente, sono a carico del Fondo sanitario.

È chiaro che le fonti di finanziamento di questo articolato set di servizi e prestazioni sono diversificate; e non poteva essere altrimenti visto che solo di recente il sistema di *welfare* locale si è dovuto confrontare in modo più stringente con la condizione specifica rappresentata dalla non autosufficienza, come portato di una serie di fenomenologie sociodemografiche ed epidemiologiche che, intrecciandosi, hanno generato una domanda di cura e assistenza ad alta intensità.

### *2.1.2 Il passaggio verso una valutazione più dettagliata dello stato di non autosufficienza*

Nell'elaborazione progettuale relativa all'avvio di una nuova fase dell'assistenza alle persone non autosufficienti nella Provincia Autonoma basata su un modello di Fondo per il finanziamento dei servizi, un passaggio cruciale è rappresentato dalla definizione dello stato di non autosufficienza e, più in particolare, dall'individuazione dell'effettivo fabbisogno di assistenza di ciascun utente.

Come rilevato in precedenza, nel sistema ancora vigente si riscontrano due livelli di non autosufficienza che corrispondono anche a due diversi livelli di prestazione monetaria; è, però, diffusa la convinzione che la soglia di accesso sia piuttosto elevata con la conseguente ingiustificata esclusione di un numero eccessivo di persone che, invece, avrebbero bisogno di assistenza.

Nel progetto di nuovo Fondo è previsto un metodo di rilevazione dello stato di non autosufficienza particolarmente accurato, che include per ciascuno dei livelli individuati anche la definizione del corrispondente peso assistenziale che ricade sulla famiglia e sulla rete parentale della persona.

In concreto, per persona non autosufficiente si intende *chi, a causa di patologie o disabilità fisiche, mentali o psichiche è incapace di svolgere gli atti della vita quotidiana e necessita dell'aiuto regolare di un'altra persona.*

È una definizione di cui viene quindi proposta una vera e propria operazionalizzazione che conduce all'individuazione di quattro livelli assistenziali:

- il livello 1, con due ore in media di assistenza al giorno;
- il livello 2 con quattro ore in media di assistenza al giorno;
- il livello 3, con sei ore in media di assistenza al giorno;
- il livello 4, con otto ore in media di assistenza al giorno.

È chiaro che sessanta ore mensili sono il fabbisogno assistenziale minimo per potere rientrare dentro il concetto di fabbisogno assistenziale che, nel caso più elevato, raggiunge un monte ore mensili pari a 240 ore.

Di estremo interesse è l'analisi di cosa accadrebbe nella Provincia Autonoma di Bolzano qualora si passasse concretamente dall'attuale criterio di valutazione a quello basato sui quattro livelli.

Esistono vari studi in proposito e da uno di questi effettuato su un gruppo di persone che sono definite non autosufficienti secondo la metodologia attualmente in vigore basata sui due livelli, ben il 90% delle persone collocate nella prima fascia si andrebbe a collocare nel Livello 2 della nuova metodologia rilevatoria con un fabbisogno mensile di assistenza di 120 ore.

Inoltre, una quota importante che nella vecchia metodologia era tagliata fuori, con la nuova rientrerebbe nel novero dei beneficiari delle prestazioni.

Infatti, i dati indicano che circa il 75% delle persone che nella valutazione fondata sulla legge per l'assegno per l'assistenza a domicilio aveva totalizzato tra 40 e 49 punti, quindi ben sotto la soglia di accesso di 60 punti, entrerebbero a pieno titolo

nei nuovi livelli assistenziali e, in una quota non irrilevante, addirittura in livelli superiori al primo.

D'altro canto, degli attuali beneficiari dell'indennità di accompagnamento nella provincia di Bolzano, si stima che circa il 14% non raggiungerebbe il livello 1 di assistenza e, quindi, non peserebbe sul Fondo.

È, comunque, chiaro dagli studi effettuati che il numero complessivo di beneficiari delle prestazioni per non autosufficienti crescerebbe rispetto all'attuale situazione.

Secondo stime effettuate dalla Provincia Autonoma le persone che dovrebbero essere inquadrate come non autosufficienti e, quindi, beneficiare delle prestazioni del nuovo Fondo sono circa 10.500, incluse le persone disabili; attualmente, invece, sono circa 8.000 persone le persone che beneficiano di almeno una delle due prestazioni previste per la non autosufficienza.

Di queste, circa 7 mila hanno l'assegno di accompagnamento (4.835 assistite a domicilio e 2.215 ricoverate in strutture residenziali) e 3.500 percepiscono l'assegno per l'assistenza a domicilio.

In realtà di queste ultime circa 1.000 sono da considerare come ulteriori percettori di prestazioni per la non autosufficienza, in quanto circa 2.500 sono già contabilizzati tra i percettori di assegno di accompagnamento.

Esiste poi, una stima di come si distribuirebbero le persone attualmente definite non autosufficienti, sia in ambito domiciliare sia in quello residenziale, nei quattro livelli assistenziali (tab. 6).

I dati evidenziano fenomeni interessanti perché se i malati in assistenza domiciliare si collocano in misura maggiore, rispetto a quelli in ambito residenziale, nei due livelli più bassi, tuttavia è proprio tra i non autosufficienti in ambito domiciliare che si registra la quota più alta di persone nel livello quattro, a cui corrisponde la quota più alta di ore di assistenza.

L'applicazione della metodologia valutativa per la non autosufficienza rinvia poi ad un modello organizzativo e operativo preciso che è di estrema importanza per l'efficace funzionamento del nuovo Fondo.

Infatti, responsabile della valutazione è una unità che fa capo al distretto sociosanitario e che, quindi, è territorialmente competente in relazione alla residenza della persona interessata.

Tab. 6 - *Distribuzione delle persone attualmente considerate non autosufficienti nella Provincia di Bolzano secondo la nuova classificazione dei livelli assistenziali fissata dal progetto sul Fondo per la non autosufficienza (val. %; v.a.)*

Livello	Assistenza in ambito domiciliare		Assistenza in ambito residenziale	
	Ripartizione %	Numero	Ripartizione %	Numero
I	21%	1.470	20%	700
II	39%	2.730	30%	1.050
III	25%	1.750	40%	1.400
IV	15%	1.050	10%	350
Totale	100%	7.000	100%	3.500

Fonte: Provincia Autonoma di Bolzano

L'unità di valutazione è composta da un infermiere e da un operatore socioassistenziale ed è chiamato ad effettuare una o più visite direttamente al domicilio della persona interessata, possibilmente in presenza della famiglia o delle persone che prestano aiuto.

I compiti di questa unità valutativa che, appunto opera a livello distrettuale, sono di rilevamento dello stato di non autosufficienza e della situazione assistenziale, di informazione alla famiglia ed alla persona direttamente coinvolta sulla rete dei servizi esistenti, nonché di consulenza sull'organizzazione della cura all'interno della rete familiare e sulle possibilità di utilizzo dei servizi socioassistenziali e sociosanitari.

L'unità di valutazione, poi, ha anche compiti di controllo e verifica nonché la possibilità di prescrivere buoni di servizio. Peraltro, l'azione del tandem di valutazione dovrebbe essere successiva ad una diagnosi del medico di medicina generale che dovrebbe, poi, essere sottoposta a verifica.

La scheda di valutazione del fabbisogno fa riferimento a sei ambiti della vita quotidiana, si compone di quaranta items e non include la valutazione del tempo di assistenza erogata dai caregivers familiari.

### 2.1.3 *Le prestazioni previste dal Fondo*

La valutazione del bisogno di assistenza come proiezione del grado di non autosufficienza è, ovviamente, propedeutica al-

la individuazione delle concrete prestazioni che, poi, saranno erogate con le risorse del Fondo. Le prestazioni del Fondo sono di natura economica e di esse viene definito un importo base, indipendente dalla situazione di reddito e patrimoniale della persona.

In sostanza, le prestazioni monetarie non sono sottoposte a verifiche di reddito e sono specificamente legate alla condizione di privazione dell'autonomia che caratterizza le persone.

È interessante rilevare che nella proposta progettuale sono evidenziate le due opzioni che possono caratterizzare la vita di una persona non autosufficiente, vale a dire la permanenza nel proprio ambito familiare oppure il ricovero presso strutture residenziali. Tuttavia, come si rileva dalla tabella di riferimento, le prestazioni monetarie associate ai livelli assistenziali sono identiche per le due opzioni.

In concreto, si registra che per il livello 1 sono erogati 480 euro al mese, per il livello 2 900 euro al mese, per il livello 3 si sale a 1.350 euro al mese e si arriva a 1.800 euro al mese per il livello 4 (tab. 7).

Va sottolineato che per l'assistenza domiciliare, in determinate condizioni, è prevista l'erogazione di buoni di servizio al posto delle erogazioni monetarie; per le persone che sono ospiti presso Case di riposo o centri di degenza all'importo base, che come rilevato non è *means tested*, può essere aggiunta una ul-

Tab. 7 - Prestazioni monetarie per livello di assistenza secondo il progetto del nuovo Fondo per la non autosufficienza

<b>Livello assistenziale</b>	<b>Assegno di cura nel caso di assistenza in ambito familiare</b>	<b>Assegno di cura nel caso di ricovero in strutture residenziali</b>
0 *	nessun assegno di cura	nessun sostegno a copertura dei costi gestionali della struttura da parte del fondo
1	480 € al mese	480 € al mese
2	900 € al mese	900 € al mese
3	1.350 € al mese	1.350 € al mese
4	1.800 € mese	1.800 € al mese

Fonte: Provincia Autonoma di Bolzano

riore prestazione legata invece alla verifica della situazione economica della persona e delle sua famiglia e che può raggiungere un importo massimo di 900 euro mensili. Tale prestazione agiuntiva va a copertura dei costi generali.

Va detto che le prestazioni del Fondo non sono solo di natura economica, ma includono anche attività di consulenza alle famiglie sul sistema dei servizi; i costi di queste attività, così come quelli delle attività di valutazione, sono a carico del Fondo stesso che, quindi, deve necessariamente tenerne conto nel definirne i propri fabbisogni finanziari.

Quali sono le finalità delle prestazioni economiche previste dal nuovo Fondo? Dipende, ovviamente, dalla modalità con cui viene garantita l'assistenza alla persona interessata; infatti, qualora il *care* sia garantito dalla rete familiare, la prestazione monetaria può essere il riconoscimento di tale attività proprio per coloro che prestano assistenza; oppure può essere utilizzata per pagare le prestazioni continuative di assistenza garantite da badanti o servizi di sorveglianza; nei casi in cui, invece, per l'assistenza alla persona non autosufficiente si fa ricorso a servizi professionali, allora le prestazioni monetarie servono al pagamento delle tariffe per il gestore del servizio.

Risulta evidente che il modello proposto attiva un meccanismo di scelta da parte dell'utenza che disporrà delle risorse economiche per effettuare la scelta del *provider* di servizi considerato più adeguato; d'altro canto, la Provincia Autonoma dovrà garantire la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati mediante meccanismi di accreditamento degli operatori, fissando quindi parametri e criteri trasparenti.

È un modello molto innovativo di quasi mercato o mercato sociale, laddove gli acquirenti dispongono delle risorse e vengono riforniti anche delle informazioni e dei servizi di consulenza e orientamento che facilitano la ricerca della soluzione più adeguata relativamente al proprio fabbisogno assistenziale.

È importante sottolineare come il modello proposto connetta in modo molto stretto le prestazioni monetarie e quelle di consulenza dentro una logica di potenziamento della capacità concreta di scegliere degli utenti.

#### 2.1.4 *Il finanziamento del Fondo*

L'obiettivo dichiarato del nuovo Fondo è quello di potenziare i servizi e le prestazioni per la non autosufficienza nel territorio della provincia di Bolzano e ciò, sia modulando l'offerta di servizi e prestazioni sulle esigenze individuali delle persone coinvolte e delle loro famiglie, sia ampliando il numero di persone che finiscono per beneficiare delle prestazioni monetarie e di consulenza erogate.

È chiaro che ciò significa affrontare un problema delicato di reperimento delle risorse per finanziare il Fondo, cosa che non può certo essere realizzata semplicemente ridefinendo alcune delle prestazioni attualmente esistenti.

La base finanziaria di partenza per il Fondo è rappresentata dalla spesa provinciale per gli assegni di cura e per altre prestazioni per i non autosufficienti che risulta annualmente pari a circa 130 milioni di euro.

Una ulteriore quota del finanziamento di base del Fondo dovrebbe provenire dalla Regione ed è stata quantificata in circa 25 milioni di euro annuali.

Si tratta di un impegno preso dall'istituzione regionale nei confronti delle Province Autonome di Bolzano e di Trento che, all'avvio dei Fondi per la non autosufficienza, sarebbero stati impegnati 25 milioni di euro per ciascun territorio ad integrazione del finanziamento del progetto.

La cifra globale di 155-160 milioni di euro annui è considerata come attualmente sufficiente a coprire le spese correnti legate all'erogazione delle prestazioni del Fondo, mentre rimarrebbe irrisolto uno dei problemi strategici e di lungo periodo dell'assistenza per i non autosufficienti nella Provincia autonoma: la sostenibilità finanziaria nel lungo periodo del sistema, visto che il rapporto tra spesa e finanziamento è destinato a peggiorare nel tempo.

È su questo punto che il progetto dovrebbe innovare, recuperando forse uno degli aspetti più interessanti dell'esperienza tedesca, vale a dire la capitalizzazione di una quota delle risorse del Fondo, così da generare un surplus utilizzabile in futuro proprio per il finanziamento dei servizi e delle prestazioni.

Se, come rilevato, la base di partenza finanziaria di circa 155 milioni di euro serve a coprire le spese correnti, il progetto prevede la costituzione di una quota ulteriore di risorse del Fondo che, invece, dovrebbe essere oggetto di capitalizzazione.

In particolare, è prevista una somma annuale di circa 54 milioni di euro ottenibile come gettito di un contributo di solidarietà per la non autosufficienza che, in pratica, è una tassa di scopo da applicare a tutti i soggetti Irpef con una differenziazione per livello di reddito.

In concreto sono previste tre fasce:

- quella dell'esenzione per le persone con redditi inferiori al Reddito minimo di inserimento locale;
- quella con un reddito piuttosto basso che dovrebbero pagare un contributo annuale di 90 euro;
- e, la grande maggioranza, dei redditi medi e alti che, invece, sarebbero chiamati a contribuire con 180 euro l'anno.

Quindi, il gettito globale del nuovo contributo sarebbe di 54 milioni circa di euro appunto da destinare a capitalizzazione.

Secondo le stime degli Uffici della Provincia Autonoma la capitalizzazione delle risorse dovrebbe proseguire, per i primi dieci anni generando un accumulo di risorse non lontano da 500 milioni di euro, con la creazione di risorse aggiuntive proprio per il finanziamento dei servizi e delle prestazioni previste dal Fondo.

Più precisamente, le previsioni degli Uffici studi della Provincia Autonoma prevedono che per i prossimi dieci anni la spesa corrente e gli interessi provenienti dalla quota capitalizzata siano in grado di coprire le spese correnti globali ascrivibili al Fondo; però, la quota aggiuntiva capitalizzabile è destinata ad essere progressivamente erosa dall'accrescimento della spesa globale, finché per coprire quest'ultima sarà necessario intaccare anche il capitale.

In pratica, la soluzione proposta consente di avere un periodo piuttosto lungo di tempo durante il quale le risorse disponibili saranno in grado di rispondere finanziariamente alle esigenze assistenziali dei non autosufficienti, senza dovere annualmente procedere ad aggiustamenti di bilancio per evitare buchi e/o tagli.

In sintesi, in tema di finanziamento gli aspetti cruciali da considerare sono:

- con risorse già attualmente disponibili per le persone non autosufficienti, integrate con risorse provenienti dalla Regione, verrebbe finanziato il costo corrente del Fondo;
- con un contributo annuale di solidarietà applicato a tutti coloro che dispongono di un reddito soggetto a Irpef sarebbe finanziata una quota del Fondo che, secondo stime della Provincia, per i prossimi dieci anni confluirebbe in una componente capitalizzata del Fondo stesso.

La logica è quella del “paga chi ha reddito, ma beneficiano tutti”, laddove per tutti si intende ovviamente le persone che finiscono nella categoria della non autosufficienza, nella nuova, più ampia, accezione.

È chiaro che il modello proposto dalla Provincia di Bolzano obbliga a valutare almeno due elementi che, sinora, nel nostro Paese sono rimasti oggetto di discussioni di carattere generale: vale a dire, la ricerca di soluzioni innovative, originali, di reperimento di risorse aggiuntive rispetto alle modalità più tradizionali fondate sulla tassazione e l'applicazione di una tassa di scopo dove viene creato un nesso stretto tra prelievo fiscale e sua destinazione e utilizzo.

Sul primo aspetto, si consideri che la capitalizzazione rappresenta una strada praticata in altri Paesi, in particolare in Germania e, in Italia quello di Bolzano rappresenta sicuramente un tentativo, sia pure ancora a livello progettuale, importante di forzare l'orizzonte ristretto imposto dai vincoli di bilancio e, soprattutto, di rispondere alla sfida della scarsità di risorse nel lungo periodo, a fronte delle dinamiche sociodemografiche ed epidemiologiche.

Per quanto riguarda l'applicazione di una tassa di scopo è chiaro che essa ha dovuto fare fronte alle resistenze diversamente motivate dei cittadini che, anche nella Provincia, si mostrano riluttanti ad accettare nuove tasse. Tuttavia, è da questa nuova fonte di entrata che dovrebbero arrivare le risorse per praticare l'innovazione finanziaria essenziale per sottrarre il Fondo al rischio annuale dell'insufficienza delle risorse.

### 2.1.5 *Le difficoltà nel passare all'operatività*

È indubbio che il progetto di Fondo elaborato dalla Provincia Autonoma di Bolzano presenta numerosi aspetti di grande innovatività, e quindi si qualifica come uno degli esperimenti più avanzati nel panorama nazionale. Tuttavia, esso sta incontrando difficoltà nel percorso che dovrebbe portarlo dalla sua elaborazione e condivisione politica e tecnica alla sua approvazione normativa e successiva concreta implementazione.

Va, però, precisato che non tutte le difficoltà sono ascrivibili alle caratteristiche del Fondo perché, ad esempio, è indubbio che il Servizio sanitario locale è stato impegnato negli ultimi tempi in una complessa ridefinizione della sua organizzazione con il passaggio da quattro ad una sola Azienda sanitaria locale.

D'altro canto, l'attivazione del Fondo vuol dire un ripensamento importante del modo di operare di ampi segmenti del *welfare* locale, con un trasferimento di fatto di potere verso l'utenza che avendo a disposizione direttamente le risorse monetarie per comprare l'assistenza, e utilizzando al meglio l'attività consenziale delle *équipe* di valutazione sulla tipologia e qualità di servizi di cui la persona non autosufficiente ha bisogno, può incidere profondamente sull'azione dei *provider*, obbligando questi ultimi a importanti processi di ristrutturazione delle modalità operative.

Il progetto dopo essere stato definito nei suoi tratti più caratterizzanti è stato anche oggetto di una consultazione diffusa sul territorio, portata avanti da un Comitato guida che ha raccolto i punti di vista istituzionali e, quindi, elaborato un parere proprio a partire dai risultati della consultazione effettuata.

Al di là dei problemi che vanno emergendo, è indubbio che quella del Fondo è una questione tecnicamente e politicamente matura sulla quale le istituzioni locali, presumibilmente, saranno chiamate entro tempi non troppo lunghi ad esprimersi.

Qual è il punto più "caldo", quello che sinora ha provocato le maggiori perplessità e sul quale non appare una forzatura immaginare un'attenta valutazione delle implicazioni tra i cittadini?

Si tratta indubbiamente dell'ipotesi di introdurre una tassa

di scopo *ad hoc*, finalizzata ad alimentare la parte di risorse del Fondo da capitalizzare; quindi, è la parte finanziariamente più innovativa del progetto che sta incontrando ostacoli in termini di consenso sociale e politico e, del resto, ciò è in linea con quanto emerge a livello nazionale dalle indagini del Censis dalle quali risulta che gli italiani vogliono il Fondo per la non autosufficienza purché finanziato con quote della spesa sanitaria o socioassistenziale già esistente.

D'altro canto, anche le soluzioni tecniche relative alle fasce di reddito che dovranno contribuire hanno generato diffidenza; infatti, secondo alcuni la soglia di accesso alla seconda fascia che deve contribuire con 90 euro annuali è troppo bassa e, quindi, nella terza fascia che deve contribuire con 180 euro annui si ritrova la gran parte delle persone e delle famiglie di Bolzano con un impatto chiaramente poco equo.

Le resistenze alla soluzione fiscale per alimentare il Fondo fanno balenare la duplicità del progetto di attivazione del Fondo stesso; infatti, come ampiamente rilevato in precedenza, tale progetto è sostanzialmente diviso in due parti:

- la prima è quella che è possibile definire “corrente” in cui con risorse già disponibili nel bilancio provinciale, integrate con una quota di risorse regionali, sarebbe possibile attivare subito un diverso sistema di tutela dei non autosufficienti, innalzando gli standard assistenziali rispetto alla situazione attuale;
- la seconda, di capitalizzazione, lega il drenaggio di risorse fiscali attuali con la produzione di servizi futuri che, appunto, gli interessi prima e il capitale poi di questa parte di Fondo dovrebbe finanziare.

Non è una forzatura immaginare che i due aspetti del Fondo abbiano tempi di attivazione diversificati, laddove per la parte corrente appare molto più facile ottenere il consenso sociale e politico, mentre per la parte a capitalizzazione occorre superare il non facile sbarramento del rigetto per ogni nuova tassa che, ormai, sembra caratterizzare i residenti di molte Regioni.

L'avvio del Fondo, poi, potrebbe rappresentare il punto di partenza, soprattutto in ambito finanziario, per una riflessione più approfondita anche sulle fonti alternative di finanziamento

della *Long Term Care*.

Infatti, la Provincia nella progettazione del Fondo ha scelto un'opzione forte per la soluzione pubblicistica della sostanza del sistema di tutela per i non autosufficienti, puntando molto sul nuovo potere degli utenti e, eventualmente, sulla competizione per la qualità delle strutture e dei *provider* di servizi.

Molto ridotta è stata, invece, l'attenzione per strumenti assicurativi individuali di *Long Term Care*, che sono considerati come puramente integrativi rispetto allo *stock* di assistenza di base che deve necessariamente arrivare da fonte pubblica.

Questo è un punto importante: le polizze assicurative così come altri eventuali strumenti di tutela diversi dal Fondo sono considerati come integrativi, e nel prossimo futuro non è improbabile che anche su questa questione si aprano spazi di riflessione e sperimentazione, che, invece, allo stato attuale sono molto ridotti.

La vicenda di Bolzano, però, induce ad una riflessione importante: l'opzione nettamente pubblicista del Fondo passa attraverso l'applicazione di un contributo di solidarietà che incontra forti resistenze nei cittadini, tanto da rendere difficile l'attivazione di quegli aspetti progettuali legati appunto alle risorse provenienti dalla nuova tassa.

È qui che, presumibilmente, si creano le condizioni per ripensare altre modalità di finanziamento della *Long Term Care*, visto che la stessa erogazione di una spesa corrente necessariamente crescente rende inevitabili processi annuali di aggiustamento delle risorse sicuramente non scontati.

## 2.2 *La Fondazione "Opera Immacolata Concezione" di Padova*

### 2.2.1 *L'importanza dell'esperienza della Fondazione "Opera Immacolata Concezione"*

L'attivazione di risposte assistenziali adeguate alla non autosufficienza richiederà un notevole sforzo di innovazione e mutamento negli aspetti organizzativi e finanziari, è però al contempo indispensabile un mutamento copernicano nella cultura relativa al ruolo degli anziani nella società, e al contenuto dei

servizi di cui sono destinatari.

L'esperienza dell'“*Opera Immacolata Concezione*” (Oic) di Padova e dell'*Istituto nazionale per la longevità attiva e la non autosufficienza* (Implana) sono di estremo interesse perché rappresentano la materializzazione di nuovi e originali paradigmi relativi proprio ai due aspetti sopra citati, vale a dire il ruolo degli anziani nella società e, soprattutto, le modalità operative con le quali è necessario rispondere alle esigenze della non autosufficienza.

Va, poi, precisato che esiste una connessione stretta tra il paradigma culturale relativo agli anziani, sia quelli autosufficienti che quelli non autosufficienti, l'organizzazione della rete di servizi e prestazioni e le esigenze di finanziamento che a questo sono connesse; ecco perché l'esperienza padovana va attentamente studiata, perché un effetto imitazione che consenta di diffonderne la filosofia e la prassi operativa avrebbe riflessi importanti anche sulle esigenze di finanziamento e sulle concrete modalità di risposta a questo difficile problema.

### 2.2.2 *Longevità attiva e investimento nelle potenzialità residue dei non autosufficienti: una nuova filosofia dell'anzianità e dell'assistenza*

L'universo degli anziani è estremamente variegato e l'attivazione di soluzioni semplificatorie finirebbe per generare costi troppo elevati vista l'intensità delle dinamiche demografiche dell'invecchiamento attese per il prossimo futuro.

A questo proposito, ferma restando l'esigenza che, operativamente, si tenga conto della personalizzazione dei percorsi di vita che tra gli anziani risulta particolarmente intensa, appare fondamentale considerare almeno due grandi subuniversi:

- gli over65 con buono stato di salute per i quali è necessario attivare servizi e prestazioni finalizzati al mantenimento dell'autonomia e della voglia di fare;
- gli anziani effettivamente deboli e fragili, in situazione di non autosufficienza stabile o temporanea, per i quali sviluppare una rete di servizi e prestazioni *ad hoc*.

Si tratta di due subuniversi, ovviamente, molto variegati al

loro interno che, però, consentono di esprimere in modo sintetico e chiaro l'evoluzione sostanziale della terza e quarta età e dei connessi bisogni assistenziali.

Non esiste solo l'anziano fragile, incerto, marginale, ma piuttosto gli effetti combinati di stili di vita salutari, sviluppo della medicina, innalzamento del benessere generale della popolazione da un lato, e diffusione di patologie cronico degenerative dall'altro, hanno prodotto due archetipi antropologici piuttosto evidenti e, ormai, grandi protagonisti della vita sociale nonché dei media: appunto, l'anziano forte, benestante, in buona salute, attivo e il non autosufficiente, affetto da patologie croniche e, per questo, bisognoso di aiuto nelle attività del quotidiano.

Avvicinandosi, però, all'esperienza padovana dell'Oic un altro aspetto culturale e anche metodologico importante che va tenuto presente quando si parla di anziani e di non autosufficienza risiede nella delimitazione dell'ambito sanitario di intervento; infatti, attualmente esiste una tendenza culturale e operativa (visibile, ad esempio, nella morfologia dei servizi esistenti) che porta a collocare in ambito sanitario gran parte degli interventi relativi agli anziani.

Invece, è dentro la logica e la filosofia dell'Oic lo sviluppo di prestazioni e servizi non sanitari di accompagnamento e supporto agli anziani, visto che si parte dall'idea che l'invecchiamento non è una patologia e, quindi, il disagio ad esso associato non necessita ad ogni costo di risposte medico-infermieristiche.

Al centro della nuova filosofia di organizzazione dei servizi per gli anziani, dalla formazione al socioassistenziale, dall'animazione culturale al supporto all'imprenditorialità ad altre nuove e originali forme, deve collocarsi la valorizzazione dell'autonomia della persona, della sua capacità e voglia di mettere in azione le risorse di cui dispone, in una prospettiva progettuale della propria vita.

È dentro questa nuova visione dell'anzianità che si colloca anche un approccio del tutto nuovo alla non autosufficienza, in cui la persona anziana non autosufficiente esprime un bisogno di autonomia in funzione dell'insorgere di fattori fisici, sensoriali, intellettivi che, di fatto, limitano le sue capacità e potenzialità.

Infatti, il grado di autonomia di una persona, in particolare

nell'anzianità, non ha necessariamente la forma di un bivio, un *in-out* secco; rimanda piuttosto ad un percorso che va dall'autonomia completa alla non autosufficienza totale, dove gli stadi intermedi sono molti (sovente reversibili ed eliminabili specie se provenienti dal post acuzie ospedaliero) e, soprattutto, tali da richiedere modalità di intervento e supporto *ad hoc*.

Inoltre, la non autosufficienza degli anziani è assimilabile a quella derivante da incidente, infortunio, patologie di nascita o malformazioni evolutive, ossia alla disabilità, e questa declinazione, duplice ma omogenea, rappresenta la nuova centralità nella domanda di servizi.

Quindi un approccio positivo alla situazione "non autosufficienza-disabilità" impone la generalizzazione delle funzioni con il superamento della logica dell'età come discriminante: l'approccio non è con un periodo dell'esistenza, ma con una condizione umana, appunto quella della non autosufficienza.

Ne consegue anche la centralità di un nuovo metro dell'efficienza dell'intervento sulla persona: la misura dello sviluppo delle potenzialità residue e l'ampiezza dei margini di autonomia recuperati.

È chiaro che si è di fronte ad un modello interpretativo e di approccio rivoluzionario rispetto alle impostazioni precedenti; infatti, ancora oggi prevalgono approcci in cui la non autosufficienza viene affrontata con un supporto assistenziale di pura sostituzione delle facoltà del singolo o con un approccio sanitario di quasi accanimento terapeutico al recupero.

Peraltro, già nei primi stadi la non autosufficienza viene affrontata con approccio di pura sostituzione delle facoltà del singolo, mentre sarebbe necessario un approccio pro attivo, mirato a individuare e valorizzare le potenzialità residue della persona perché, ad ogni stadio di autonomia effettiva, esiste una quota, da identificare e valorizzare, di risorse individuali che possono esprimersi se messe in condizioni di svilupparsi.

Ciò, però, richiede una progettazione fortemente individualizzata, una fase di valutazione partecipata che consenta di focalizzare cosa, come e in che modo, nell'essere e nel voler essere della persona, può operare come base di un percorso di

nuova valorizzazione della propria soggettività.

### 2.2.3 *Residenzialità e famiglia: nuovi criteri di valutazione della collocazione ottimale per i non autosufficienti*

Come rilevato in precedenza, in una logica di intervento sulla non autosufficienza fondata sul concetto di supporto, soprattutto nei casi di persone anziane a bassa autonomia, è alto il rischio di appiattare la persona verso le dimensioni più regressive, quelle dove la dipendenza è via via maggiore sino a diventare totale.

Va, invece, considerato che la longevità attiva non è solo un modo di vivere la terza età di chi è perfettamente in salute, ma può avere una modulazione operativa concreta anche per stadi di autonomia ridotta, purché si effettui un investimento finalizzato a individuare e poi valorizzare le potenzialità residue della persona che non è più completamente autosufficiente.

In questa ottica anche l'assistenza nelle famiglie, che pure in questi anni ha rappresentato una risposta decisiva al carico assistenziale crescente legato appunto agli stati di dipendenza con costi materiali e psicologici spesso molto alti per coloro che si sono impegnati, rischia di generare risultati paradossalmente non positivi, addirittura creando nuova e maggiore dipendenza nelle persone care più di quanto aiuti a risolverne.

È, invece, cruciale collocare le persone non autosufficienti in contesti stimolanti, laddove le potenzialità residue abbiano i presupposti per potersi manifestare.

Non è una forzatura sottolineare come troppo spesso la logica da “casa di riposo” tradizionale, fatta di pura sussistenza alla dipendenza, si sia pienamente trasferita all'interno delle famiglie, offrendo così un contesto residenziale e relazionale positivo, ma privo di quegli incentivi all'attività compatibile con l'effettivo stato di salute della persona.

Questo è un aspetto ancora poco considerato, poiché l'attenzione non poteva che concentrarsi sul decisivo contributo di prestazioni sociali prodotte dalle famiglie in risposta ai bisogni dei non autosufficienti; non può, infatti, essere sottovalutato nel modo più assoluto come i nuclei familiari abbiano internalizza-

to l'offerta di servizi e prestazioni svolgendo un ruolo di supplenza nei confronti di servizi territoriali praticamente assenti.

Eppure ora che dell'assistenza ai non autosufficienti si comincia a parlare in termini più operativi, di allocazione delle risorse rispetto alle scelte anche nei modelli assistenziali, allora dall'esperienza di Padova proviene lo stimolo a riflettere su questo aspetto che, ovviamente, finisce per incidere in modo decisivo anche sulla dimensione dei costi e degli investimenti da effettuare per adeguare la rete dei servizi.

A questo proposito, va considerato che dare assistenza ad un non autosufficiente è solo il primo, sia pure importante, passo per offrire un'opportunità di vita adeguata, che non deve mai essere deprivata di senso, di contenuto, ma deve avere uno o più obiettivi che la persona percepisca come propri, significanti, che vale la pena praticare.

In altre parole, non è possibile immaginare che la pluralità crescente di attività che ormai caratterizza la vita degli anziani sia appesa al filo della totale autosufficienza, perché altrimenti ben si capisce come la riduzione dello stato di autonomia finisca per fare agli italiani più paura della morte.

Operativamente, la progettazione degli interventi per i non autosufficienti non può diventare una deresponsabilizzazione comunitaria che, di fatto, trasferisce sulle spalle delle famiglie anche il contenuto dell'assistenza da erogare; e ciò non tanto perché le famiglie rischiano di essere travolte dal peso di un'attività complessa, difficile, prolungata nel tempo, ma perché le famiglie da sole non possono dare quella progettazione di investimento sulle potenzialità residue dell'anziano che è la vera risposta operativa.

Questo è un punto decisivo che la vicenda dell'Oic pone al centro del dibattito sulla non autosufficienza e che, invece, è attualmente molto sottovalutato: non basta individuare uno o più soggetti che si prendono cura del non autosufficiente, garantendogli quei supporti nelle attività della vita quotidiana in cui non è più autonomo, occorre entrare nel merito del contenuto e della qualità delle prestazioni sociali erogate, ovunque, anche all'interno degli ambiti familiari.

Non basta l'amore verso i propri familiari assistiti per atti-

vare una risposta assistenziale adeguata alle esigenze di una persona priva di autonomia, laddove l'obiettivo primario diventa quello di attivare un percorso di "lotta alla non autosufficienza" che significa tutelare le capacità residue, spingere costantemente per ampliarle, valorizzarle, renderle il perno di una vita degna, senza entrare però nel pericoloso vortice dell'accanimento che, spesso, non è puramente sanitario.

Quindi, se il pendolo della responsabilità primaria per l'assistenza sta andando dalle case di riposo e dagli istituti di lungodegenza alle famiglie, la questione è non semplicemente arricchire queste ultime di servizi territoriali che ne allevino il costo dell'assistenza (cosa che pure è rilevante), ma promuovere una cultura e una pratica della valorizzazione delle potenzialità attive del non autosufficiente che significa offrire le strutture adatte, la residenzialità con le dotazioni adeguate, con le professionalità e le competenze capaci di rimotivare la persona, di offrirgli gli strumenti per non cadere in via definitiva nella psicologia (oltre che nella pratica) della dipendenza totale, che significa passività.

È un passaggio culturale con ricadute fondamentali sulle scelte e le progettualità in materia di assistenza alla non autosufficienza; non basterà un'assistenza come supporto, non si tratterà nemmeno di puntare più o meno sulle famiglie o sulla residenzialità; piuttosto sarà indispensabile creare ambiti adeguati alla nuova cultura della longevità attiva modulata per i vari gradi di non autosufficienza, tanto che la residenzialità non potrà assolutamente rimanere quella che ancora oggi è dominante in Italia, né tantomeno le famiglie potranno limitarsi ad offrire una assistenza che, come rilevato, in molti casi finisce per approfondire la mancanza di autonomia.

#### 2.2.4 *Le nuove tipologie di strutture residenziali*

Il portato diretto di quanto emerge dall'esperienza dell'Oic di Padova e, più in particolare, dalla cultura di cui essa è espressione operativa, è la necessità prioritaria del superamento delle strutture e dei servizi per anziani come sono stati concepiti sinora.

In altre parole, il primo riflesso del nuovo approccio alla

non autosufficienza è l'obsolescenza delle tradizionali "Case di riposo per anziani" fondate appunto su un'assistenza sostitutiva delle capacità ormai logore della persona e, quindi, nei fatti su una progressiva creazione di dipendenza.

Diventa essenziale lo sviluppo di una nuova forma di residenzialità per non autosufficienti, marcata intimamente dalla necessità di massimizzare e ottimizzare le capacità di integrazione sociale, di costruire e praticare la relazionalità umana e professionale della persona.

Nelle nuove forme di residenzialità, quindi, si punta sulla valorizzazione delle potenzialità residue a partire dalla convinzione che l'integrazione è legata all'autonomia della persona, intesa come bene da conseguire anche mediante una rete di prestazioni che contribuiscono a rendere la vita valevole di essere vissuta, al di là delle condizioni di status e di salute.

Le strutture devono, inoltre, essere in grado di collegare le situazioni dell'intero arco temporale della vicenda umana in tutte le manifestazioni, da quelle biologiche a quelle intellettuali, lavorative, contemplative, religiose, di svago, di studio, ecc.

Quindi, è necessaria la presenza di servizi e di stimoli affinché ciascuno sia sempre se stesso, liberando al meglio il proprio potenziale, diventando così la risorsa primaria di un ambiente che lo valorizza e perciò risulta attraente.

Perché ciò sia possibile, le residenze devono attivare un'ampia gamma di prestazioni, concepite e realizzate secondo schemi articolati ma sinergici, erogate in strutture differenziate ma raccordate organicamente; l'obiettivo è quello di consentire la personalizzazione delle modalità di fruizione dentro, però, un approccio relazionale completo, globale.

Il traguardo consiste nel ricostruire l'identità soggettiva del non autosufficiente nel nuovo contesto in cui si trova dopo aver lasciato il proprio ambiente, la propria casa: la residenza, quindi, non può essere un posto dove vegetare, ma una realtà dove vivere, con nuovi stimoli e nuove aspirazioni.

È a partire da questa nuova concezione dell'assistenza ai non autosufficienti che sono state avviate importanti esperienze di Centri residenziali ad elevato contenuto sanitario dove però la novità più importante risiede proprio nel potenziamento del

contenuto sociale, di relazionalità e tecnologico, appunto verso l'obiettivo dell'investimento nelle potenzialità residue.

È chiaro che questi centri residenziali devono avere una conformazione spaziale, organizzativa, di dotazione infrastrutturale e tecnologica nonché di attività erogate tali da rendere praticabile l'obiettivo stesso.

In particolare, essi dispongono di:

- attività formative per il proprio personale per affiancare alla dimensione sanitaria, quelle della capacità relazionale e di gestione e utilizzo delle tecnologie;
- centri di educazione alla promozione delle potenzialità residue;
- centri di ospitalità per persone non autosufficienti con reparti specializzati per le vari tipologie;
- centri di ospitalità per lungodegenze irreversibili (*hospice* per malati terminali, reparti per persone in coma, ecc.)
- centri di accoglienza per lungodegenze reversibili con il ricupero di condizioni di autosufficienza;
- abitazioni con appartamenti per persone anziane autosufficienti, alla ricerca di condizioni di vita improntate alle opportunità di socializzazione, con la possibilità di ricorrere a presidi e supporti medico infermieristici in casi di emergenza;
- strutture di animazione e di pratica religiosa;
- strutture di collegamento intergenerazionale (asili nido, centri infanzia);
- centri di ricerche per prodotti/servizi atti a migliorare la qualità della vita degli ospiti.

In pratica, questa offerta di residenzialità pone al centro un approccio sistemico innovativo alla non autosufficienza dove conta la progettazione globale dei luoghi, degli ambienti e delle attività.

### 2.2.5 *La storia e le attività della Fondazione*

Un punto importante da sottolineare è che per gli aspetti operativi legati alle risposte residenziali alla non autosufficienza non si è ad uno stadio progettuale, di pura elaborazione, ma esistono numerose esperienze che hanno materializzato i nuovi ap-

procci.

Ad esempio, il “Civitas vitae” dell’Oic ha una storia di mezzo secolo e può essere considerato come una applicazione operativa della longevità attiva e del trattamento della non autosufficienza secondo la logica della valorizzazione delle potenzialità residue.

È, infatti, un’esperienza di eccellenza, dal basso, profondamente radicata nel contesto locale e, al contempo, capace di sviluppare una vera e propria cultura e metodologia di approccio trasferibile e generalizzabile.

Relativamente ai concreti filoni operativi già attivati nella struttura è possibile richiamare:

- la riabilitazione post acuzie ospedaliere;
- la formazione e il monitoraggio di attività assistenziali rese al domicilio di persone non autosufficienti;
- il centro diurno volto all’informazione, formazione, supporto e sostegno a nuclei familiari che al loro interno sono colpiti dalla presenza di persone non autosufficienti;
- la cura integrale di persone non autosufficienti;
- l’accompagnamento, anche alloggiativo, di persone anziane con percorsi di longevità sana ed attiva per un loro efficace reinserimento organico nel tessuto civile;
- la promozione di attività di comunità e di solidarietà anche nei confronti degli altri anziani;
- lo stimolo alla dimensione culturale e spirituale delle persone della Terza Età;
- l’implementazione del versante relazionale e tecnologico degli operatori;
- la promozione di attività intellettuali e creative delle persone anziane;
- campus di soggiorno e cicli residenziali per aggiornamenti tecnologici, professionali ecc. a persone disabili per infortuni sul lavoro.

Proprio il percorso e l’innovazione che lo sta caratterizzando rende l’Oic una istituzione di fatto; non per la sua natura giuridica quindi, ma per la funzione di utilità pubblica che svolge e che ne rende l’esperienza di valore nazionale, ben oltre gli steccati della specificità territoriale in cui è radicata.

Questa logica altamente innovativa permea anche altre resi-

denze per non autosufficienti che appartengono alla rete dell'Oic.

### 2.2.6 *Sperimentare la libertà di scelta: l'ipotesi di polizze assicurative per le nuove Residenze*

Un altro aspetto importante che viene sottolineato nell'esperienza dell'Oic è la libertà di scelta della persona, la possibilità di decidere dove vivere qualora insorgesse lo stato di non autosufficienza.

Attualmente, è noto che la residenzialità disponibile non sarebbe assolutamente sufficiente a rispondere alla domanda eventuale dei non autosufficienti; però, anche ammesso che vi fossero posti sufficienti, il loro contenuto e le caratteristiche dell'assistenza erogata le renderebbero assolutamente poco attraenti, non "competitive" rispetto alla permanenza nei contesti familiari.

Eppure, come rilevato, la residenzialità può giocare un ruolo centrale dentro la nuova logica della valorizzazione delle potenzialità residue; la creazione di spazi già pensati per stimolare la persona alla ri/conquista della propria autonomia può incidere in modo determinante proprio sul grado effettivo di diffusione dei fenomeni di non autosufficienza.

Immaginare che una persona che perde una parte della propria capacità di assolvere alcune funzioni della vita quotidiana entri in un percorso senza ritorno, di progressiva perdita, magari in tempi relativamente rapidi, del complesso della propria autonomia, vuol dire creare una curva dei costi e della domanda di assistenza pericolosamente orientata verso l'alto; e, d'altro canto, appare fatalistico e rinunciatario immaginare che il *gap* tra speranza di vita libera da disabilità e speranza di vita *tout court* possa essere affidato solo ed esclusivamente al progresso delle medicine e della tecnologia sanitaria.

L'esperienza di Padova mostra come l'attivazione di strategie aggressive di risposta alla non autosufficienza, che si appellano alle risorse disponibili della persona, alla sua voglia di preservare e valorizzare la propria soggettività, possono dare risultati importanti, che impattano sull'andamento di lungo periodo dei costi associati alla persona stessa.

In altre parole, appare evidente la necessità di un investi-

mento iniziale consistente nell'adeguare strutture e attività delle residenze alla filosofia della valorizzazione delle potenzialità residue per poi ottenere risultati positivi non solo sulla qualità della vita delle persone, ma anche sui costi e sulla domanda di assistenza nel lungo periodo.

È chiaro che una volta creata una rete di residenze capaci di stimolare le persone, quindi luoghi dove vivere, compatibilmente con il proprio stato di salute effettivo, non alienanti o addirittura causa, più o meno, sommersa di deterioramento psichico o fisico, allora è importante offrire in primo luogo alla persona non autosufficiente direttamente coinvolta dall'evento ed, eventualmente anche alla famiglia di riferimento, la possibilità di scegliere come e dove affrontare la patologia e le sue conseguenze.

In altre parole, si può immaginare una residenzialità "attraente", competitiva, capace di stimolare scelte di collocazione al suo interno non solo come portato finale dell'assenza di alternative, ma perché composta da luoghi ove affrontare in modo deciso, professionale, con azioni di grande impatto la non autosufficienza.

È questa la base a partire dalla quale potrebbero giocare un ruolo molto importante strumenti capaci di offrire ai cittadini la possibilità di scegliere dove e come vivere l'eventuale insorgenza dello stato di non autosufficienza.

È chiaro che l'esperienza padovana, le sue conseguenze culturali e operative, sono molto interessanti rispetto al ruolo possibile dei prodotti assicurativi, poiché proprio le Compagnie di Assicurazione su questo terreno possono praticare importanti interventi innovativi a cominciare dalla possibilità di offrire ai propri clienti la possibilità di scegliere il posto in cui andare a vivere se e quando diventassero non autosufficienti, trovando nella residenzialità prescelta tutte le condizioni (fisiche, ambientali, sociali, sanitarie, assistenziali, relazionali, tecnologiche ecc. ecc.) per vivere quella fase della propria vita nel rispetto della propria soggettività.

A questa centralità della persona e della sua possibilità di scegliere ben si attaglia una ipotesi di polizza assicurativa a copertura reale dei rischi della non autosufficienza nell'anzianità, che offra una ospitalità completa in residenze sanitarie assistite

convenzionate sul modello del “Civitas Vitae”.

Al momento dell’insorgenza della condizione di non autosufficienza l’assicurato potrebbe trovare collocazione nelle strutture residenziali, ed il corrispettivo dei costi di ospitalità verrebbe pagato dalla Compagnia di Assicurazione direttamente alla residenza sanitaria.

Per lo sviluppo della nuova residenzialità e per offrire alla persona priva di autonomia una condizione di dignità liberandolo dal laccio stretto rappresentato dal dilemma tra un servizio pubblico dove l’assistenza, almeno allo stato attuale, ha un carattere troppo seriale (situazione presumibilmente destinata a peggiorare di fronte al nodo scorsoio della scarsità delle risorse e dell’incremento della domanda) e un costoso e algido servizio privato ove è sempre forte il rischio di un prevalere di logiche di produzione del profitto piuttosto che di centralità della persona e dei suoi bisogni, appare importante delineare un ruolo attivo, anche delle Assicurazioni.

Nella riflessione avviata dai protagonisti dell’esperienza padovana, però, il ruolo assicurativo è pensato in stretta connessione con l’affermarsi di alcuni dei fattori in precedenza citati, vale a dire:

- la difficoltà per lo Stato di farsi carico dell’assistenza per tutti coloro che ne avranno bisogno;
- la fragilità strutturale delle famiglie che non potranno continuare ad essere quel fulcro assistenziale che sono state negli ultimi anni;
- la diffusione di desiderio di scelta per ogni aspetto della propria esistenza, anche nei casi estremi.

Viene, inoltre, sottolineato come ci siano dati, peraltro molto simili nei diversi Paesi europei, secondo cui lo stato di non autosufficienza vissuto in residenza assistita dura mediamente 3 anni, e tende a ridursi per la disponibilità crescente di sussidi tecnologici che consentono una più lunga permanenza nella propria abitazione. Quindi, sotto il profilo assicurativo, il rischio può essere calcolato.

D’altro canto, viene sottolineato come le polizze *Long Term Care* che si limitano alla pura erogazione di soldi nel caso dell’insorgenza dello stato di non autosufficienza nei fatti, in Italia,

non hanno avuto un riscontro di mercato adeguato, presumibilmente perché non sono state in grado di dare certezza agli assicurati di potere contare su condizioni di vita dignitosa di fronte all'evento, anche perché la gestione dei soldi finirebbe per essere nelle mani di un terzo.

Invece, dall'esperienza padovana matura una proposta di schema innovativo nel quale le persone che raggiungono un'età compresa tra un minimo di quaranta ed un massimo di cinquanta anni dovrebbero avere la facoltà di scegliere dove essere accolte se e quando diventassero non autosufficienti, maturando così la certezza di vedere garantita la propria dignità di persona. È chiaro che nel nuovo modello è cruciale la possibilità per l'assicurato di scegliere a priori dove vivere in caso di perdita di autonomia.

Quindi, la sottoscrizione della polizza avviene nella consapevolezza che così facendo si può costruire una vecchiaia dignitosa, serena ed attiva, grazie al pagamento di un premio annuo che serve a coprire tutti i costi (da quelli alberghieri a quelli sanitari) dell'ospitalità per il periodo della non autosufficienza trascorsa nella residenza convenzionata, a partire dal momento in cui venisse accertato lo status di non autosufficiente.

È chiaro che sarebbe essenziale definire un elenco di servizi potenzialmente da includere nella polizza, che vanno dal posto letto in stanza singola climatizzata con servizi al vitto, ai servizi di supporto, all'assistenza infermieristica per 24 ore, alle prestazioni di rilievo sanitario come medicazioni, prelievi, iniezioni, ecc., ai servizi di animazione, all'assistenza sociale, allo psicologo, nonché alle attività di cura estetica della persona ed altri aspetti ancora.

Una definizione dettagliata dei servizi utili sarebbe ovviamente facilitata dall'esperienza già maturata dall'Oic e dalle altre strutture residenziali che ne hanno applicato la filosofia e l'operatività; sarebbe inoltre possibile una quantificazione dei costi, che costituisce un fattore decisivo per rendere praticabile la strada delle polizze per la non autosufficienza.

Questo è un aspetto che nel caso padovano è essenziale: le strutture devono trovare modelli gestionali e di controllo dei costi che valorizzino al massimo competenze e professionalità, ma non lascino spazio a sprechi, duplicazioni, a quelle dinamiche

crescenti dei costi che, invece, sono un aspetto costitutivo del mondo dei servizi, in particolare di quelli alla persona.

Affinché il reddito generato dai premi cumulati con le polizze possa finanziare strutture di qualità con quell'ampiezza di prestazioni e servizi, descritta in precedenza, l'esperienza padovana mostra che è centrale la capacità gestionale, organizzativa, di utilizzo oculato di tutte le risorse a cominciare da quella principe dei servizi alla persona, appunto il personale.

Poco si capirebbe della vicenda dell'Oic se non si sottolineasse questo aspetto poco visibile, ma assolutamente decisivo: il modello di nuova residenzialità non è indifferente alla razionale e oculata gestione delle risorse, e proprio perché vuole diventare un modello trasferibile e replicabile esso si pone in termini innovativi anche rispetto al rapporto con i costi e con l'economicità dei servizi.

Entrando ancora di più nelle caratteristiche dello schema innovativo di prodotto assicurativo, il tipo di polizza immaginato dovrebbe prevedere che, qualora non fossero disponibili posti letto in residenze convenzionate o la patologia richiedesse un ricovero, la possibile erogazione di una rendita di denaro.

Peraltro, appare trasparente l'esigenza di un nuovo meccanismo di accreditamento delle strutture e di loro accesso alle convenzioni con il pubblico; in particolare, dovrebbe essere applicato in modo diffuso il criterio della nuova risposta alla non autosufficienza, essenziale per rendere "attraente" la sottoscrizione delle polizze da parte di persone che non sono ancora anziane e non vivono nell'immediato nemmeno la percezione dei rischi della non autosufficienza.

Questo è un passaggio cruciale: l'attrattività delle polizze è legata non solo alle loro caratteristiche come prodotto (costo, durata ecc.) ma all'affermarsi della convinzione sociale che esistono risposte adeguate alla non autosufficienza, per le quali vale la pena investire e, anzi, che si tratta di una scelta importante da fare per poi potere affrontare serenamente la vecchiaia e i suoi rischi.

La penetrazione delle polizze, in pratica, dipende dalla capacità di creare e fare conoscere una nuova residenzialità dove diventa uso sociale diffuso quello di "prenotarsi" per quando se

ne avrà bisogno.

Peraltro, è possibile ipotizzare una linea di convenzionamento tra Assicurazioni e residenze per posti letto diversi da quelli accreditati dalla Regione; ciò potrebbe avere anche ricadute economiche importanti in termini di contenimento dei costi in sanità e nel comparto socioassistenziale.

Infatti, l'assicurato impegnando un posto nelle corsie convenzionate con le Compagnie di Assicurazione, si garantirebbe servizi al di fuori delle corsie regionali, di fatto "rinunciando" alla relativa quota.

Ciò potrebbe determinare un "risparmio" di spesa pubblica importante, rendendo evidente l'interesse della Pubblica Amministrazione a facilitare la diffusione di tali polizze, magari con il ricorso ad incentivi fiscali.

Operativamente è possibile immaginare che la compagnia assicurativa definisca periodicamente, magari con scadenza triennale, una convenzione con la Residenza di riferimento, individuando il costo/prezzo dei servizi prestati e, a partire da tale base, determinare il premio della polizza.

### *2.2.7 Le potenzialità future del nuovo schema assicurativo*

Secondo i dati di un'indagine informale realizzata in Veneto tra persone con età compresa tra 45 e 55 anni, parenti di ospiti di Residenze assistite, oltre il 33% sarebbe disponibile a pagare 200 euro al mese per avere la copertura di servizi reali per la non autosufficienza scegliendo la sede ove eventualmente risiedere.

Non appare una forzatura immaginare che proprio tra le persone che stanno vivendo direttamente, per tramite dei propri familiari, l'esperienza difficile dell'assistenza alla non autosufficienza sia più forte la propensione a sottoscrivere polizze di questo tipo, dove sarebbe visibile "il prodotto finale" dei versamenti, vale a dire cosa si otterrebbe al momento del bisogno di assistenza.

Nello schema descritto una parte di questi posti letto dovrebbe essere convenzionata con le Compagnie di Assicurazione; è, però, indispensabile che i posti letto convenzionati e lega-

ti alle polizze abbiano le caratteristiche, in termini di superficie coperta e scoperta e di attività disponibili, compatibili con gli *standard* dei nuovi modelli assistenziali descritti e, quindi, diventa essenziale un investimento d'avvio, altrimenti le polizze non assumeranno mai quella capacità attrattiva che, invece, si è visto è cruciale.

Naturalmente, nello schema descritto le residenze devono garantire la gestione del complesso di attività di cui ha necessità la persona non autosufficiente, mettendo a disposizione degli assicurati i relativi posti letto.

Però, è chiaro che la commercializzazione di queste polizze non può che accompagnarsi ad una fase di creazione di nuove residenze che abbiano tutti i requisiti per esercitare in modo adeguato i nuovi modelli assistenziali e di tutela e, per questi, non è sicuramente sufficiente la semplice ridefinizione delle attuali case di riposo o degli istituti di lungodegenza.

## 2.3 *Il Progetto Anziani della Fondazione del Monte di Bologna*

### 2.3.1 *Un obiettivo condiviso*

Obiettivo essenziale del Progetto Anziani della Fondazione Del Monte di Bologna è quello di modulare un'offerta di assistenza a persone non autosufficienti mettendo insieme le competenze professionali degli operatori e la relazionalità "calda" nonché la voglia di fare dei familiari malati.

È questa interazione virtuosa tra motivazioni e capacità operative diverse il primo aspetto rilevante di questa esperienza che ha permesso di dare, appunto, supporto a non autosufficienti ed alle loro famiglie; si tratta, senza dubbio, di una esperienza di grande rilievo, che va ben oltre il territorio cittadino.

È interessante comprendere come funziona il progetto, quali sono le modalità di accesso, cosa viene offerto, come concretamente funziona la cooperazione tra i diversi soggetti coinvolti e come è stato possibile garantire l'assistenza con costi contenuti.

In primo luogo, l'accesso nel sistema dipende da soggetti

terzi rispetto alla Fondazione, che possono essere pubblici, come medico di medicina generale, Unità di valutazione geriatrica dei Comuni, delle Asl e delle Aziende Ospedaliere, o privati, che però hanno un ruolo consolidato nel comparto, come la Caritas.

I *provider* e la Fondazione, hanno fissato criteri di selezione condivisi. Vincolo essenziale per l'accesso è, oltre ovviamente al conclamato stato di non autosufficienza, la disponibilità attiva di un familiare a dare assistenza (tab. 11 p. 68).

Il secondo passaggio cruciale è rappresentato dalla definizione del pacchetto di prestazioni di cui la persona dovrebbe beneficiare; nel corso dell'esperienza è stata effettuata una standardizzazione delle prestazioni con l'individuazione di undici pacchetti, che rappresentano un'importante e approfondita differenziazione delle prestazioni stesse.

Ciascun pacchetto prevede ore di lavoro erogate da assistenti di base, che garantiscono la gran parte delle prestazioni più qualificate, nonché l'attività di operatrici di assistenza generiche, che può arrivare sino a 24 ore al giorno: può anche essere prevista la possibilità di frequentare centri di socializzazione, dove si svolgono attività gestite da assistenti di base, volontari e familiari anche con la consulenza di personale sanitario.

Una volta definite le prestazioni, la Fondazione offre alla famiglia un contratto di assistenza domiciliare che formalizza il pacchetto di prestazioni concordato, l'impegno (in ore giornaliere) di assistenza diretta all'anziano da parte della famiglia stessa e la quota di compartecipazione della famiglia al costo del pacchetto in funzione del reddito del nucleo familiare.

La Fondazione ha definito cinque fasce di reddito, cui corrispondono percentuali di compartecipazione (a partire da un minimo del 5%) crescenti in funzione del reddito e diversificate tra i vari pacchetti.

Chi ha un reddito superiore al tetto stabilito per la quinta fascia può ugualmente partecipare al programma, ma sostenendo interamente il costo del pacchetto concordato.

La famiglia "compra" quindi da una delle imprese accreditate dalla Fondazione i servizi definiti nel pacchetto, utilizzando un *voucher*, o buono. Complessivamente, quindi, la Fonda-

zione offre un ventaglio di 66 possibili *vouchers* (11 pacchetti per 6 fasce di reddito), che rappresenta una notevole articolazione di soluzioni capaci di aderire alle situazioni assistenziali e di reddito.

### 2.3.2 *Gli strumenti dell'empowerment della domanda*

Stipulato il contratto, la Fondazione apre a nome dell'anziano un conto corrente bancario, il Conto di Solidarietà, che viene alimentato dai contributi della Fondazione e della famiglia per i rispettivi importi come definiti nel contratto.

Dal conto si possono effettuare prelievi solo nella forma di “buoni” mensili con cui la famiglia paga, per i servizi compresi nel pacchetto, l'impresa da essa stessa scelta. La famiglia può utilizzare l'intero monte ore del pacchetto o solo una parte e deve pagare le imprese per le ore effettivamente utilizzate al prezzo concordato. Il prezzo non può essere superiore a quello stampato sul “controbuono” con il quale l'impresa è autorizzata a fornire il servizio.

Il valore del buono mensile è comunque inferiore alla somma che la famiglia ha a disposizione sul proprio Conto di Solidarietà: la differenza dà luogo a ulteriori buoni, cosiddetti ordinari, che possono essere utilizzati per acquistare ore di servizio supplementari, da spendere, nel fine settimana; a questo stesso scopo possono essere utilizzate le ore eventualmente non utilizzate nel buono mensile; inoltre, se la famiglia non utilizza interamente la somma stanziata sul Conto di Solidarietà, può chiedere un rimborso pari alla sua quota parte (la quota parte della Fondazione rientra naturalmente sul conto di quest'ultima).

È stato, inoltre, istituito uno sportello presso la Fondazione, dove le famiglie e i *provider* possono segnalare gli abusi; sono state anche previste specifiche sanzioni per le imprese che non rispettano i criteri di qualità, con l'eventuale esclusione dal mercato organizzato dalla Fondazione.

Uno degli obiettivi dell'esperienza risiede nella promozione della creazione di nuove imprese capaci di sfruttare le economie di scala, differenziare e migliorare l'offerta, realizzare il

coordinamento tra singoli operatori e promuovere l'efficienza complessiva nell'erogazione del servizio, offrendo migliori condizioni ai lavoratori stessi.

Dal punto di vista delle famiglie, la scelta di puntare sulla fornitura del servizio da parte di strutture organizzate piuttosto che singoli lavoratori comporta un significativo vantaggio dal punto di vista della qualità del servizio.

Rispetto agli adempimenti, l'impresa garantisce la continuità e si fa carico degli impegni burocratico-amministrativi, la Fondazione sceglie le imprese accreditate sulla base di requisiti tra i quali spiccano: l'impiego di lavoratori con contratti regolari, la formazione e la qualificazione professionale e l'adeguata copertura assicurativa per infortuni o danni ai dipendenti collaboratori, terzi.

L'accreditamento, però, non implica che l'impresa possa presentarsi direttamente al consumatore: per poter erogare il servizio l'impresa deve essere in possesso di uno stock di controbuoni emessi dalla Fondazione, cosa che dà all'impresa il diritto a poter essere scelta dalle famiglie e a essere pagata per il servizio fornito; al tempo stesso, il controbuono è per l'impresa un'obbligazione a fornire il servizio a richiesta della famiglia e al prezzo massimo indicato sul controbuono stesso. Infatti, solo esibendo il controbuono insieme al buono con cui la famiglia ha comprato il servizio (a un prezzo che, come si è detto, può essere inferiore a quello scritto sul controbuono), l'impresa ottiene il controvalore monetario della cifra scritta sul buono.

È evidente che si tratta di servizi ad elevatissima intensità di lavoro che includono un'assistenza per molte ore quotidiane (in due dei pacchetti predisposti dalla Fondazione l'assistenza si estende all'intero arco delle 24 ore) e con orari diversificati. Le imprese che operano nel mercato organizzato dal Progetto Anziani, in gran parte cooperative sociali, utilizzano il rapporto di lavoro dipendente per i casi in cui si richiedono non più di 4 o 5 ore al giorno di assistenza, mentre ricorrono negli altri casi al lavoro a progetto in modo da evitare la turnazione e garantire un'adeguata estensione del servizio.

La Fondazione ha predisposto a tal fine delle linee guida per la stipulazione dei contratti di lavoro la cui applicazione è

obbligatoria per le imprese accreditate.

### 2.3.3 *Le regole di quasi mercato*

Il meccanismo attivato dalla Fondazione fa leva sulla concorrenza “nel” mercato.

Vi è, poi, un secondo meccanismo concorrenziale utilizzato dalla Fondazione: i controbuoni vengono ripartiti in lotti e assegnati alle imprese attraverso un sistema di gare; ogni lotto consta di un certo numero di controbuoni attinenti a un particolare insieme di prestazioni e vince la gara per un lotto l'impresa che offre il prezzo più basso.

Va considerato che la quantità di controbuoni contenuta nel singolo lotto è sufficientemente contenuta da consentire la partecipazione anche a imprese di modesta dimensione e al tempo stesso sufficientemente ampie da sollecitare un'adeguata strutturazione organizzativa delle imprese partecipanti.

Va detto che il sistema è andato a regime gradualmente: perché nella fase di avvio del progetto la Fondazione si è limitata a fornire alle imprese accreditate determinati ammontare di controbuoni sulla base della presumibile capacità di ognuna di esse di servire il mercato; solo successivamente, è stato attivato il meccanismo delle gare.

Il prezzo d'asta è uguale al valore del pacchetto definito con la famiglia, cosicché il prezzo di aggiudicazione del controbuono sarà sicuramente inferiore e il numero dei controbuoni aggiudicati risulterà maggiore del numero dei buoni in mano alle famiglie. Grazie a questa procedura, le famiglie possono scegliere il proprio fornitore, e il servizio è il prodotto di un processo competitivo tra le imprese.

Il prezzo, dunque, non viene stabilito dal regolatore (la Fondazione) a tavolino sulla base delle informazioni a sua disposizione, ma emerge dalla competizione tra le imprese, che conoscono i propri costi effettivi, in sede di gara.

Una volta che i lotti sono stati aggiudicati e i prezzi massimi che ogni impresa può praticare stabiliti, la concorrenza “nel” mercato è chiamata a offrire alle famiglie la possibilità sia di scegliere il proprio fornitore sia di spuntare eventualmente un

prezzo più basso di quello emerso dalla gara e scritto sul controbuono. Ecco perché il prezzo emerso dalla gara costituisce un valore massimo per l'impresa.

Nella gara successiva il prezzo base viene stabilito sulla base delle informazioni ottenute nella gara precedente e viene stabilito come prezzo base d'asta il prezzo medio di aggiudicazione dei lotti precedenti maggiorato di una percentuale. Il risultato è una graduale convergenza dei prezzi di aggiudicazione ai veri costi medi dell'impresa.

È previsto anche un mercato secondario dei controbuoni: un'impresa che abbia richieste eccedenti i controbuoni a sua disposizione può comprare da altre imprese i controbuoni mancanti.

#### 2.3.4 *Verso una qualità più alta*

Tre sono i fulcri del progetto:

- le procedure di accreditamento;
- la specificazione delle prestazioni previste nei pacchetti di cui vengono messi a gara i controbuoni;
- la concorrenza tra *provider* “nel” mercato, che consente alle famiglie di rivolgersi a un altro fornitore se insoddisfatte di quello che gli eroga il servizio.

Naturalmente, è importante anche la possibilità assicurata alle famiglie di rivolgersi alla Fondazione e alle persone da questa incaricate per segnalare disfunzioni e carenze di qualità dei servizi, ed è prevista, su richiesta della famiglia, la figura del *tutor*, un volontario che la aiuta a gestire i rapporti con l'impresa e che interagisce con quest'ultima per risolvere eventuali problemi.

La regolazione della qualità avviene dunque in tre stadi: nel primo, quello dell'accREDITAMENTO, la Fondazione garantisce che le imprese curino la formazione e qualificazione dei lavoratori; nel secondo, quello della gara, quest'ultima viene aggiudicata al massimo ribasso ma nel rispetto obbligatorio degli standard di qualità del servizio stabiliti nei pacchetti rappresentati nei controbuoni; nel terzo stadio, sono le famiglie stesse, poste di fronte a una pluralità di offerte in concorrenza “nel” mercato, a selezionare l'impresa che giudicano offrire il servizio per loro più adeguato. Le gare sono costruite in modo da

prevedere necessariamente vincitori plurimi per ogni tipo di servizio.

Il fatto, poi, che le imprese sanno di essere sottoposte in un secondo momento a una valutazione comparativa da parte delle famiglie fa sì che già in sede di gara le imprese siano portate a ribassare i prezzi solo nella misura in cui ciò corrisponda a effettive economie aziendali, ma non a detrimento della qualità.

Allo scopo di verificare l'andamento e l'impatto del progetto, la Fondazione ha istituito il CURA (*Centro Unificato Ricerca Anziani*), con il compito di condurre uno studio longitudinale su una popolazione di assistiti nel "Progetto Anziani" e, parallelamente, su di una popolazione di anziani che usufruisce di altre forme di assistenza.

Nello studio sono analizzati indicatori di efficacia dell'assistenza nelle due situazioni menzionate ed i risultati sin qui registrati (*in primis* quelli riferiti alla mortalità) sono estremamente confortanti per il Progetto della Fondazione.

Come ulteriore meccanismo di controllo e verifica, in particolare riguardo all'appropriatezza dell'intervento assistenziale, sono previste visite geriatriche semestrali.

### 2.3.5 I rapporti con altri soggetti

Il progetto è al centro di un fitto intreccio di relazioni tra una pluralità di soggetti. Infatti nel progetto le strutture del Ssn svolgono una funzione importante di segnalazione dei casi e di selezione dell'accesso, partecipano alla realizzazione del programma e assicurano le necessarie prestazioni sanitarie.

Il Comune, tramite i suoi assistenti sociali, segnala i casi e opera come punto di riferimento per le famiglie coinvolte nel programma.

Sono previsti anche periodi di soggiorno presso strutture residenziali pubbliche e private al fine di assicurare ai familiari fasi di sospensione della loro attività di assistenza.

In generale, il Progetto si caratterizza per la trasparenza dei criteri di accesso e l'affidabilità delle procedure attivate con la delega a soggetti pubblici e del privato-sociale e, soprattutto, per il coinvolgimento della famiglia nella definizione del pac-

chetto di prestazioni in un quadro incentivante comportamenti economicamente rigorosi.

Il pacchetto viene concordato tra un professionista, incaricato dai soggetti terzi che hanno ricevuto per questo la delega della Fondazione, e la famiglia che, come rilevato, è chiamata a compartecipare alla spesa e anche a fornire direttamente al congiunto alcune ore di assistenza.

Il contratto nei fatti è come uno strumento di rivelazione delle preferenze effettive della famiglia. D'altra parte, la differenziazione di prezzo in funzione del reddito consente di includere nella fruizione dei servizi anche famiglie in condizioni economiche disagiate.

Anche la disponibilità di 11 pacchetti di servizi e l'articolazione delle percentuali di compartecipazione alla spesa in 6 fasce di reddito contribuisce all'allargamento della platea di soggetti beneficiari dei servizi.

Il ricorso ai *vouchers* permette alla Fondazione di orientare effettivamente, al contrario di quel che accadrebbe con un generico trasferimento di denaro alla famiglia, la domanda verso i servizi per la non autosufficienza.

Inoltre, l'attribuzione alla famiglia di un Conto di Solidarietà che gli mette a disposizione, sotto forma di *vouchers*, un potere d'acquisto che può utilizzare per comprare servizi entro il tetto massimo stabilito dal pacchetto, costituisce un esempio di "carta di credito sociale", che è indubbiamente uno strumento di potenziamento della libertà di scelta del consumatore.

Inoltre, l'utilizzo dei *vouchers* garantisce che le famiglie si rivolgano, per l'acquisto dei servizi, alle imprese accreditate dalla Fondazione, col risultato sia di sostenere lo sviluppo di soggetti di offerta che sfruttano le economie di scala, sia di indurre la regolarizzazione dei rapporti di lavoro.

Infine, costituisce un rafforzamento della domanda la presenza di una pluralità di imprese in concorrenza tra loro e la possibilità per la famiglia di cambiare, anche solo dopo un mese, l'impresa che fornisce i servizi.

Come rilevato, possono partecipare al progetto come *provider* solo imprese e non lavoratori singoli; e ciò spinge nei fatti verso una strutturazione dei soggetti di offerta su dimensioni

più adeguate a sfruttare le economie di scala consentite dall'organizzazione di impresa e, quindi, verso un guadagno di efficienza produttiva.

Al tempo stesso, la scelta è opportunamente temperata dall'assenza, tra i criteri di accreditamento, di indicatori di dimensione aziendale.

La scelta di puntare sulla fornitura del servizio da parte di imprese è indispensabile anche per ottenere importanti miglioramenti della qualità del servizio dal punto di vista delle famiglie, in quanto solo l'impresa, assumendosi la responsabilità del servizio, può garantire la continuità delle prestazioni attraverso l'organizzazione per turni e la sostituzione di lavoratori in malattia o in ferie, e l'alleggerimento dell'anziano da tutti gli impegni di natura burocratico-amministrativa, come la messa in regola del lavoratore, la stesura del contratto di lavoro, l'ottemperanza degli obblighi contributivi.

Non va poi sottovalutato l'impatto positivo per la qualità del servizio, oltre che per la tutela dei lavoratori coinvolti, il posto assegnato nei criteri di accreditamento alla regolarità dei rapporti di lavoro e alla formazione del personale.

Come anche decisivo, per attivare forme organizzative adeguate alla peculiarità dei bisogni da soddisfare nel settore della non autosufficienza, risulta il ricorso da parte delle imprese, sulla base degli schemi di contratto predisposti dalla Fondazione, a un *mix* di rapporti di lavoro subordinato per le situazioni in cui non si richiede una presenza per più di 8 ore giornaliere dell'operatrice di assistenza e di rapporti di lavoro a progetto per le situazioni che richiedono una presenza più prolungata.

Ciò determina conseguenze positive per i lavoratori in termini di maggiori tutele e di possibilità di formazione e qualificazione professionale.

In pratica, la logica del progetto prevede che una volta aggiudicatasi in gara un lotto di controbuoni una impresa non si colloca comunque in una posizione di monopolista nei confronti delle famiglie residenti in una certa area territoriale, perché deve comunque guadagnarsi i "clienti" in concorrenza con le altre imprese che, sempre tramite gara, si sono aggiudicate lotti di controbuoni.

Il Progetto Anziani ha, dunque, scelto di aggiudicare la ga-

ra per ognuno dei lotti al massimo ribasso. Ma è a questo proposito che il sistema di doppia concorrenza attivato dal Progetto Anziani presenta una caratteristica di grande interesse. Infatti, non solo il bando di gara predefinisce in modo vincolante per l'impresa la tipologia di pacchetti di servizi che compone il lotto, cosa che significa la definizione degli standard di qualità sulla cui base le imprese sono chiamate a presentare le proprie offerte di prezzo, ma le famiglie scelgono le imprese che sono, quindi, incentivate a offrire qualità superiore a quella predefinita nei controbuoni: sia garantendo una buona qualità del servizio domiciliare, sia offrendo servizi aggiuntivi nel rispetto del prezzo massimo fissato nel controbuono.

Un altro aspetto da sottolineare che costituisce una economia esterna del progetto è che il valore massimo stabilito dalle gare organizzate dalla Fondazione può costituire un punto di riferimento anche per il mercato esterno a quello del Progetto.

La questione forse più delicata, che resta da mettere a punto nella sperimentazione del meccanismo indicato sta probabilmente nell'intervallo temporale tra un *round* di gare e il successivo; infatti, un intervallo troppo breve potrebbe scoraggiare le imprese, che hanno bisogno, per strutturarsi adeguatamente e investire in formazione e organizzazione, di una prospettiva sufficientemente affidabile di operatività sul mercato; un intervallo troppo lungo potrebbe allentare la tensione competitiva. È chiaro che l'equilibrio più opportuno tra queste due esigenze potrà risultare solo dalla sperimentazione del meccanismo attivato.

### 2.3.6 *I principali risultati economici*

La sperimentazione del progetto ha sicuramente dato risultati positivi. Dal 2001 al 6 aprile 2004 il numero di casi seguiti è stato complessivamente di quasi 700 anziani, mentre quelli seguiti a quella data erano 268.

È una platea di ampiezza non indifferente per un progetto organizzato da un soggetto locale diverso dalla Pubblica Amministrazione, tanto più se si pensa che gli interventi di assistenza domiciliare attivati dal Comune di Bologna coinvolgono circa

2.000 famiglie.

In secondo luogo, l'ammontare di prestazioni erogate appare molto più consistente di quanto fin qui realizzato dagli interventi tradizionali di offerta pubblica: le ore di servizio erogate giornalmente in media per assistito nell'ambito del Progetto Anziani sono state 6,7 e mensilmente 147,8.

Peraltro il dato può essere considerato sottostimato perché sono state escluse dal computo della media le famiglie che usufruiscono di uno dei due pacchetti con assistenza estesa sulle 24 ore giornaliere (circa il 36% del totale); tenendo conto anche di questa tipologia di pacchetti, le ore di servizio erogate giornalmente in media aumentano.

Un altro dato di confronto con le *performance* degli interventi di offerta pubblica segnala che l'assistenza domiciliare attivata dal Progetto Anziani si colloca su uno standard di prestazioni nettamente superiore. È sufficiente ricordare che nell'esperienza del Comune di Bologna le ore di assistenza assicurate in media per anziano non autosufficiente non raggiunge i 60 minuti al giorno.

Anche la qualità delle prestazioni percepita dalle famiglie appare più che soddisfacente visto che oltre il 90% delle famiglie che utilizzano il Progetto si dichiara molto o abbastanza soddisfatta del servizio offerto e del pacchetto di prestazioni concordato; inoltre, quasi l'80% si dichiara molto o abbastanza soddisfatto della fascia di contribuzione in cui è stato collocato.

A fronte di questo rilevante ammontare di prestazioni e della loro buona qualità, il Progetto presenta costi unitari contenuti: 1.260 euro mensili in media per assistito, di cui 309 a carico della famiglia e 951 a carico della Fondazione (comprensivi del 30% di integrazione del prezzo a favore dell'impresa), un costo orario dell'assistenza di 8,5 euro (anche questo comprensivo dell'integrazione del 30%), contro i 18 euro circa per ora erogata ottenuti nell'intervento realizzato dal Comune di Bologna.

Il contenimento dei costi dipende dalla struttura di mercato costruita: concorrenza tra le 18 imprese accreditate e crescita della loro dimensione.

Un ulteriore aspetto positivo del "Progetto Anziani" è rappresentato dalla incidenza minima delle spese amministrative, che non superano, il 5% a fronte di tassi di incidenza che nel

settore pubblico sono nettamente superiori.

In sintesi, i dati ora richiamati segnalano che:

- le famiglie optano per un ammontare di assistenza superiore a quello di cui dispongono nell’ambito dell’offerta pubblica; inoltre, migliora anche la capacità di scegliere le prestazioni più appropriate senza scaricare esigenze sulla sanità;
- la spesa media per assistito risulta inferiore alla metà della spesa media per un anziano ricoverato in una struttura residenziale. È chiaro che il contenimento dei costi, in un mercato regolato dei servizi per la non autosufficienza, sarebbe in grado di estendere in misura considerevole la platea dei beneficiari e la quantità di prestazioni erogate;
- questo risultato è reso possibile dalla riduzione dei prezzi conseguente alla riduzione dei costi dovuta alla strutturazione dei soggetti erogatori dei servizi in vere e proprie imprese, in grado di sfruttare le economie di scala e di differenziazione, e al sistema di regolazione proconcorrenziale del mercato;
- la regolarizzazione dei rapporti di lavoro imposta nel Progetto Anziani mostra come sia possibile costruire un mercato del lavoro per questo tipo di servizi con maggiori tutele per i lavoratori e una più alta formazione senza perdere in adattabilità alle esigenze peculiari degli anziani non autosufficienti.

Tuttavia, malgrado i citati risultati positivi, il progetto è stato bloccato, soprattutto perché era previsto il ricorso ad una qualifica (“supercolf”) che i sindacati consideravano inadeguata, rispetto a quella corretta di assistente.

Va comunque sottolineato che il progetto, nella sua breve stagione di esistenza, ha rappresentato una esperienza altamente innovativa.

## 2.4 *Le iniziative sulla non autosufficienza della Regione Liguria*

### 2.4.1 *Aspetti sociodemografici, epidemiologici e di organizzazione dei servizi sociosanitari*

Le dinamiche di popolazione in Liguria sono caratterizzate da un fortissimo invecchiamento, rappresentato dall’indice di

vecchiaia, che mostra valori quasi doppi rispetto alla media italiana: infatti, se il paese presenta 134 anziani ogni cento giovani (valore di per sé già molto elevato), in Liguria gli anziani sono 242. In breve, la Liguria è la regione più vecchia del paese, l'Italia, più vecchio del mondo.

L'analisi dei dati per sesso e fasce d'età riferita agli ultimi quattro censimenti (tab. 9), evidenzia tra il 1971 e il 2001 la diminuzione della fecondità e l'aumento della vita media, la prevalenza della popolazione femminile, soprattutto nelle classi di età anziana e senile, e registra questo fenomeno in modo pressoché uniforme nelle quattro province liguri. Al momento la presenza di immigrati non sposta in modo significativo queste dinamiche: infatti il relativo incremento demografico è compensato dall'aumento della vita media che interessa tanto i nativi quanto gli immigrati.

I bassissimi livelli di fecondità, la struttura per età estremamente invecchiata e deformata rispetto alla "norma", sono le caratteristiche che individuano una situazione di malessere demografico. La Liguria vive in maniera evidente questa condizione di malessere, che si auto-alimenta: bassa fecondità ed elevato invecchiamento continuano a produrre pochissime nascite e molte morti.

Questi fenomeni, oltre a incidere in maniera profonda sulla crescita e sulla struttura della popolazione, modificano profondamente aspetti e comportamenti degli individui nei confronti

Tab. 9 - *Popolazione residente fasce d'età al 1-1-2005 (v.a.)*

	minori 0-17	adulti 18-64	minori 65-69	adulti 70-74	minori 75-79	adulti >= 80	minori tot	adulti tot
Provincia Imperia	29.746	129.751	15.295	14.228	11.609	14.962	56.094	215.591
Provincia Savona	36.146	170.125	20.810	18.697	15.582	20.260	75.349	281.620
Provincia Genova	115.376	529.313	61.969	56.848	49.776	66.041	234.634	879.323
Provincia La Spezia	28.098	131.296	14.102	13.136	12.162	16.981	56.381	215.775
Regione Liguria	209.366	960.485	112.176	102.909	89.129	118.244	422.458	1.592.309

Fonte: elaborazione su dati Istat

della famiglia, incidendo così sulla sua stessa struttura.

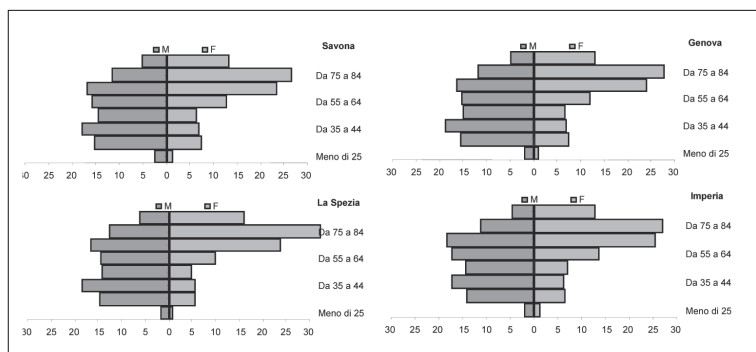
L'alta proporzione di persone sole (fig. 1), cioè di famiglie unipersonali, è fra le maggiori conseguenze di queste dinamiche e costituisce una realtà in crescita. Attualmente le persone sole di sesso maschile hanno, in leggera prevalenza, un'età compresa tra i 35 e i 45 anni (cioè single e benestanti), mentre quelle di sesso femminile si osservano per lo più nelle età più avanzate, 75-84 anni (quindi nella maggior parte donne rimaste vedove, che generalmente fruiscono di redditi relativamente bassi).

La comparazione di alcuni indicatori (tab. 10) riassume lo specifico ligure rispetto alla situazione nazionale, evidenziando un indice di vecchiaia quasi doppio di quello nazionale, una spesa di protezione sociale ed una spesa sanitaria significativamente superiori alla media nazionale (rispettivamente + 4,9% e + 1,3%) e indicatori che registrano condizioni economiche superiori alla media del Paese.

La legge regionale 12/2006 "Promozione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari" ha profondamente mutato l'assetto della rete dei servizi sociosanitari e sociali, facendo confluire Zone Sociali e Distretti Sanitari, per costituire il Distretto Sociosanitario quale dimensione territoriale in cui si integrano le funzioni sociali complesse e sociosanitarie (fig. 2).

La rete è ripartita come segue:

Fig. 1 - *Persone sole per sesso e classe d'età nelle province liguri (val.% su ogni sesso)*



Fonte: Censimento 2001

- 5 Aziende Sanitarie;
- 19 Distretti Sociosanitari;
- 69 Ambiti Territoriali Sociali vale a dire associazioni intercomunali per la gestione dei servizi sociali di base, ricompresi nel territorio del Distretto Sociosanitario.

La forte incidenza della popolazione anziana costituisce il presupposto del bisogno assistenziale legato alla non autosufficienza.

Il fabbisogno assistenziale è stato stimato in base ai criteri dello studio epidemiologico di E. Buiatti, F. Ferrucci e altri del 2001<sup>1</sup>, applicati alla popolazione ligure over 65 al 31-01-2005 (tab. 11).

Il raffronto della proiezione con la situazione attuale dei servizi indica che, mediamente il sistema regionale risponde al 60% della domanda, in larga misura attraverso le forme tradizionali (ADI, RP, RSA e Centri Diurni).

Data la dimensione e la complessità del fenomeno della

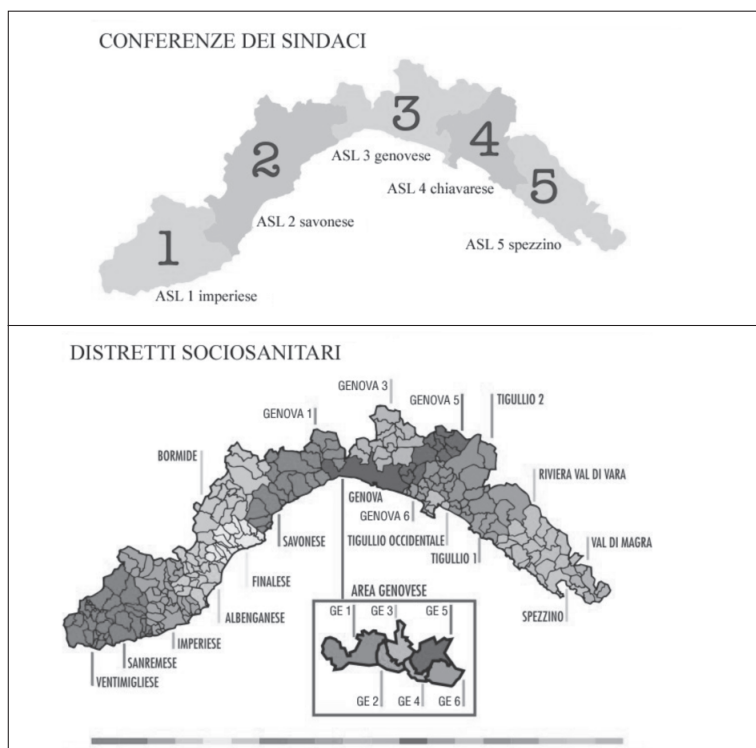
Tab. 10 - *Comparazione Liguria/Italia*

	<b>Liguria</b>	<b>Italia</b>
Famiglie	765.752	23.310.604
N.ro medio componenti famiglia	2,1	2,5
minori (0-17)	13	17,1
>= 65 anni su cento residenti	26,3	19,2
>= 75 anni su cento residenti	13,00	8,8
Indice di invecchiamento	242,00	134,40
PIL pro-capite	19.898	18.138
Spesa protezione sociale su PIL Regionale	26,5	21,6
Spesa sanitaria su PIL	8,00	6,7
Indice di povertà Regionale	7,7	13,2

Fonte: Istat

<sup>1</sup> *Dall'epidemiologia alle decisioni: un modello di studio per la programmazione dei servizi per gli anziani.* Eva Buiatti ... [e altri]. In: *Tendenze nuove*. N. 4 (novembre-dicembre 2001). Bologna, Il Mulino, 2001.

Fig. 2 - Rete dei servizi socio-sanitari e sociali



Fonte: Regione Liguria, 2006

non autosufficienza, è ragionevole pensare, anche in base ai risultati delle esperienze descritte in seguito, che, oltre all'insufficienza della risposta assistenziale, vi sia anche un problema di appropriatezza della risposta, e quindi dell'uso delle risorse.

In altri termini, non pare sufficiente potenziare i servizi esistenti, ma occorre introdurre nuovi modelli di offerta, capaci di modulare e diversificare l'intervento in relazione alle specificità della domanda.

Considerando i dati demografici ed epidemiologici e la

Tab. 11- *Stima del fabbisogno assistenziale della popolazione ultrasessantacinquenne*

		<b>almeno 3 IADL perdute 10,2%</b>	<b>1 ADL perduta 6,9%</b>	<b>2 ADL perdute 1%</b>	<b>Almeno 3 ADL perdute 1,9%</b>	
	popolazione >=65	AD, residenze a bassa intensità assistenziale	AD, ADI, Centri diurni, residenze a bassa e media intensità assistenziale	ADI, centri diurni, residenze a media intensità assistenziale	ADI, Residenze per non autosufficienti	Totale per Asl
Asl 1	56.094	5.72	3.870	561	1066	11.219
Distretto 1	13.936	1.421	962	139	265	2.787
Distretto 2	23.370	2.384	1.613	234	444	4.674
Distretto 3	18.788	1.916	1.296	188	357	3.758
Asl 2	75.349	7.686	5.199	753	1.432	15.070
Distretto 1	14.718	1.501	1.016	147	280	2.944
Distretto 2	14.993	1.529	1.035	150	285	2.999
Distretto 3	10.907	1.113	753	109	207	2.181
Distretto 4	34.731	3.543	2.396	347	660	6.946
Asl 3	194.017	19.790	13.387	1.940	3.686	38.803
Distretto 1	25.867	2.638	1.785	259	491	5.173
Distretto 2	34.143	3.483	2.356	341	649	6.829
Distretto 3	28.315	2.888	1.954	283	538	5.663
Distretto 4	39.968	4.077	2.758	400	759	7.994
Distretto 5	39.902	4.070	2.753	399	758	7.980
Distretto 6	25.822	2.634	1.782	258	491	5.164
Asl 4	40.617	4.143	2.803	406	772	8.123
Distretto 1	9.375	956	647	94	178	1.875
Distretto 2	19.367	1.975	1.336	194	368	3.873
Distretto 3	11.875	1.211	819	119	226	2.375
Asl 5	56.381	5.751	3.890	564	1.071	11.276
Distretto 1	30.143	2.075	2.080	301	573	6.029
Distretto 2	15.774	1.609	1.088	158	300	3.155
Distretto 3	10.464	1.067	722	105	199	2093
<b>Totali</b>	<b>422.458</b>	<b>43.091</b>	<b>29.150</b>	<b>4.225</b>	<b>8.027</b>	<b>84.492</b>

Fonte: Regione Liguria, 2006

complessità del fenomeno della non autosufficienza, la Regione ha da tempo individuato la centralità del sostegno a domicilio, che tutela, oltre all'assistenza, anche il mantenimento delle abitudini di vita e delle relazioni, fattori cruciali per il benessere della persona anziana. In proposito sono state sperimentate due misure: l'*Assegno Servizi* e i *Servizi di prossimità*.

L'Assegno Servizi è una specifica modalità di erogazione dei "titoli di acquisto dei servizi sociali" introdotti dalla L. 328/2000, e costituisce una forma di offerta di servizi a sostegno della famiglia, che si iscrive nel concetto di *welfare* leggero, per le esigenze di tutela a domicilio delle persone anziane "fragili", anche con alto grado di dipendenza. Sul piano dell'innovazione, l'Assegno Servizi si caratterizza per:

- una risposta unitaria, attraverso l'integrazione dei diversi interventi di carattere sociale, socio-sanitario e sanitario che consentono di evitare il ricovero;
- l'attivazione, attraverso il concorso alla spesa, delle risorse del nucleo familiare, che si affiancano alle risorse pubbliche in base al principio della sussidiarietà orizzontale, con l'obiettivo di favorire la sostenibilità della spesa;
- consentire la scelta tra forme diverse di erogazione delle prestazioni, attivando una partecipazione dinamica della persona e della famiglia alla soluzione dei problemi;
- favorire lo sviluppo di nuovi lavori che attuano politiche di inclusione sociale, anche contribuendo al superamento del lavoro irregolare e sommerso.

La Regione ha avviato la sperimentazione dell'Assegno Servizi nella seconda metà del 2002 nei comuni di Imperia, Savona, Genova e La Spezia e nei distretti sociali di Loano e Lavagna. Nel 2003 la sperimentazione è stata estesa a 14 distretti sociali intercomunali montani o di vallata.

A partire dalla seconda metà del 2004 l'Assegno Servizi è accessibile in tutto il territorio regionale. La fase di "messa a sistema" ha impegnato tutto il 2004, che ha visto un'implementazione graduale della misura in tutti i Comuni/Ambiti Sociali della Regione.

Il 2005 costituisce pertanto il primo anno di piena e regola-

re disponibilità dell'Assegno nella rete dei servizi. Nel corso dell'anno sono stati erogati circa 2500 assegni.

Il soggetto di riferimento per la destinazione dei finanziamenti ed il coordinamento delle attività sono i Distretti Socio-sanitari (già Zone Sociali).

L'importo dell'assegno varia da 1.550 euro a 3.100 euro a 5.170 euro, in relazione al bisogno di assistenza dell'anziano, e viene erogato con compartecipazione alla spesa del 20% o del 35% o del 50% del valore dell'assegno. L'aliquota di compartecipazione è determinata in base alla valutazione Isee della situazione reddituale e patrimoniale del richiedente (tab. 12).

Per i redditi sino a 8.300 euro, nel caso in cui il cittadino non sia in grado di concorrere alla spesa, il Comune può farsi carico della sua quota di compartecipazione.

L'assegno può essere utilizzato per acquisire prestazioni di aiuto domestico (governo della casa) o tutelare (ad esempio igiene personale, cura alimentazione, cura semplice di decubiti, mobilitazione). Per le persone che necessitano anche di cure sanitarie, nel piano assistenziale vengono inseriti gli interventi degli operatori sanitari (specialisti, infermieri, fisioterapisti, ecc.); queste prestazioni sono completamente a carico delle Aziende Sanitarie.

Le prestazioni assistenziali possono essere fornite o da operatori delle cooperative sociali o da un assistente familiare (badante) assunto dalla famiglia.

Nel primo caso l'assegno viene erogato sotto forma di buoni, ciascuno corrispondente ad un'ora di assistenza. Nel secondo caso, l'assegno viene erogato sotto forma di contributo a rendiconto, in base alla verifica periodica della regolarità del rapporto di lavoro.

Si ritiene di segnalare questa esperienza, anche se non è direttamente riconducibile alle misure economiche a sostegno della non autosufficienza, in quanto rappresenta un nuovo modello "soft" di intervento, rispondente a finalità di prevenzione e monitoraggio, che ha dimostrato di contenere significativamente il ricorso ai servizi sanitari.

Inoltre, pur essendo indirizzato prioritariamente ai soggetti "a rischio" individuati come descritto di seguito, possono accedere al servizio anche gli anziani che ne fanno richiesta, indi-

Tab. 12 - *Aspetti finanziari*

<b>Finanziamenti regionali</b>	
1 <sup>a</sup> <i>Sperimentazione</i> - 2002	5.138.725,34
Comuni di Imperia, Savona, Genova, La Spezia, Distretti di Loano e Lavagna	
<i>Estensione sperimentazione</i> - 2003	1.443.500,00
14 distretti intercomunali	
Messa a sistema - 2004	4.000.000,00
2005	3.500.000,00
<b>Totale</b>	<b>14.082.225,34</b>
<b>Erogazione media per utente (2004 - luglio 2006: n. 3346 domande)</b>	
Valore assegni	14.963.620
Compartecipazione utenti	5.167.720
Differenza	9.795.901
Costo medio per utente	2.928

Fonte: Regione Liguria, 2006

pendentemente dalle condizioni di salute, ad una tariffa concordata tra la Regione ed il soggetto gestore.

Quest'opportunità coglie l'indicazione dei dati demografici sulla consistente presenza di anziani soli che, in questo modo, possono disporre di un supporto, anche solo per ragioni di sicurezza, attraverso un operatore certificato e coordinato alla rete dei servizi.

A partire dall'estate 2004 la Regione ha predisposto un *programma integrato* per contrastare le emergenze determinate da eventi climatici che possono pregiudicare le condizioni di salute e di sicurezza della popolazione anziana, che ha interessato l'intero territorio regionale.

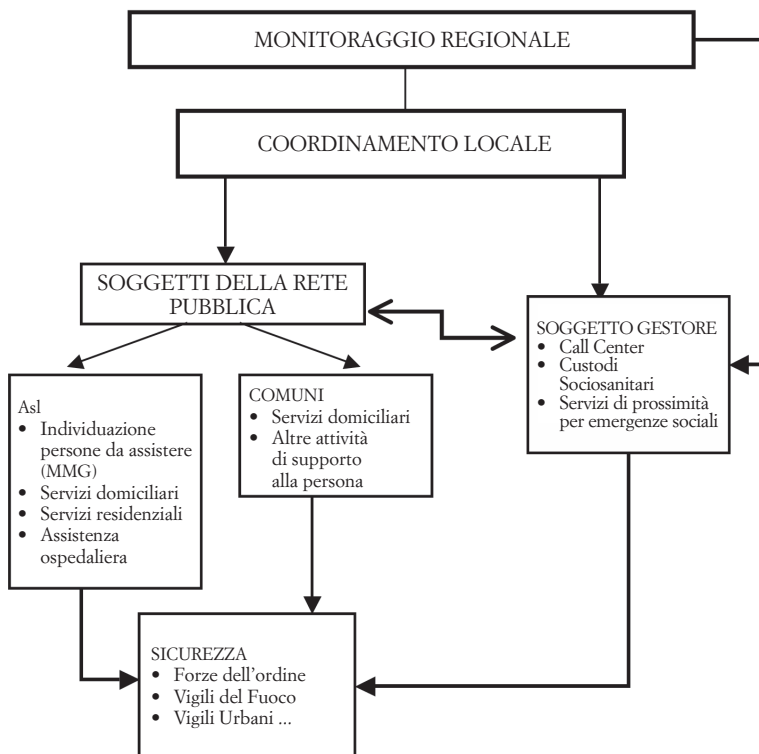
Focus del programma è stata la sperimentazione nel Comune di Genova del progetto *Estate Anziani*, realizzato in collaborazione tra Regione, Ministero della Salute, Comune di Genova, Asl 3 genovese e Terzo Settore.

Nel 2006 il programma, sulla base dei significativi risultati della sperimentazione, è stato consolidato come sviluppo della rete dei servizi di prossimità, quale modello assistenziale a favo-

re della non autosufficienza, stabilizzandosi in un servizio assistenziale “a bassa soglia” nei confronti delle persone, anziane o comunque in condizione di fragilità. Il servizio, coordinato a livello di Distretto Sociosanitario per l’intero ciclo annuale, estende a tutta la Regione il modello assistenziale, che prevede (fig. 3):

- a) l’accesso ad un call center regionale (numero verde per la popolazione anziana) per informazioni, orientamento, aiuto e compagnia telefonica;
- b) l’individuazione dei soggetti “a rischio”, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale;
- c) il controllo giornaliero e il monitoraggio (per gli ultrasettan-

Fig. 3 - *Modello assistenziale dei servizi di prossimità*



Fonte: Regione Liguria, 2006

- tacinquenni a rischio) da parte dei custodi sociosanitari;
- d) il collegamento operativo con i servizi sociali, sociosanitari e sanitari, compresa la possibilità di ricoveri temporanei in strutture diurne e residenziali;
  - e) la continuità assistenziale, nelle dimissioni ospedaliere protette;
  - f) il supporto di una rete informale da soggetti del terzo settore e della solidarietà sociale;
  - g) l'accesso al servizio dei custodi sociosanitari da parte degli anziani che ne fanno richiesta, alla tariffa concordata di 85 euro al mese.

Dal monitoraggio della sperimentazione 2005 sono emersi risultati significativi sull'efficacia di questa modalità di intervento, risultati che hanno persuaso la Regione dell'opportunità di "mettere a sistema" il servizio, orientando la rete sociosanitaria ad intercettare le situazioni di rischio e di bisogno prima che questi siano conclamati.

Durante l'estate 2005 gli anziani segnalati dai MMG ed inseriti nel "Programma Anziani 2005" sono stati circa 600. Dal confronto tra gli indici di ricovero e di mortalità degli anziani seguiti dai custodi sociosanitari e della popolazione anziana genovese, risulta quanto segue:

- percentuale di decessi sul totale della popolazione ultra 75enne: 1,42%;
  - percentuale di decessi sul totale del campione seguito: 0,74%.
- La percentuale di decessi rilevati nel campione risulta nettamente più bassa rispetto alla popolazione generale. In termini percentuali si rileva una riduzione pari al 47,9%. Essendo il numero di eventi nel campione molto basso non si possono trarre conclusioni generalizzate, ma il trend è senz'altro positivo.
- percentuale di ricoveri sul totale della popolazione ultra 75enne: 6,64%
  - percentuale di ricoveri sul totale del campione seguito: 3,88%.

Un dato di maggiore solidità statistica riguarda il numero dei ricoveri ospedalieri registrati nel campione seguito dai custodi sociosanitari, che risulta, rispetto al tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana over 75 di Genova, ridotto del 41,5%. In questo caso si può affermare con ragionevole sicurez-

za che l'intervento preventivo di monitoraggio eseguito dai custodi ha avuto pesanti favorevoli ripercussioni sul ricorso al ricovero ospedaliero.

Il contesto ed il percorso per giungere alla costituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) sono delineati principalmente da:

- 1) Quadro Strategico Regionale 2005;
- 2) Legge regionale 24 maggio 2006 n.12 “Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari”;
- 3) Progetto finalizzato “Riorganizzazione della rete integrata per la non autosufficienza e sperimentazione dei livelli di assistenza sociosanitaria nelle Asl liguri”<sup>2</sup>;
- 4) Protocolli d’Intesa con le Amministrazioni locali e le Parti sociali.

Il QSR, che recepisce gli obiettivi comunitari della *coesione*, della *crescita* e dell’*occupazione* derivati dalla strategia di Lisbona e della *sostenibilità dello sviluppo*, pone particolare attenzione alle fasce più fragili della popolazione (anziani e disabili), attraverso i sottoindicati “punti di forza”:

- strutture insediative e qualità della vita;
- rafforzamento della qualità del sistema urbano;
- sviluppo e crescita delle comunità locali;
- governance tra Enti.

La dimensione territoriale assume nel QSR un ruolo centrale anche nelle piattaforme tematiche da sviluppare:

- piattaforma delle infrastrutture e del territorio;
- piattaforma dei diritti di cittadinanza e dell’inclusione sociale;
- piattaforma delle città e dei sistemi urbani.

Le ridotte dimensioni territoriali della regione, unite alle peculiarità della struttura di popolazione, facilitano per la Liguria il ruolo di “regione laboratorio” per nuove politiche di *welfare* coniugate con lo sviluppo locale, la crescita delle capacità delle persone e la promozione della loro autonomia, indirizzandosi verso un *welfare* delle responsabilità, dove il cittadino è chiamato ad un impegno prioritario nell’adottare stili di vita che

<sup>2</sup> Trattasi dei Progetti finalizzati collegati al Piano Sanitario Nazionale 2005.

facilitano la prevenzione e il benessere. Tutto questo deve senz'altro essere accompagnato anche da un miglior accesso ai servizi, dall'incremento della domiciliarità e residenzialità socio-sanitaria e da un consolidamento della rete di supporto alla qualità urbana e rurale.

La L.r. 12-2006 "Promozione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari" pone le basi per la reale integrazione dei servizi sociali e sanitari, condizione indispensabile per un approccio unitario alla non autosufficienza.

L'istituzione del *Distretto Sociosanitario* (dimensione territoriale in cui si integrano le funzioni sociali complesse e le funzioni sociosanitarie e che garantisce al cittadino la risposta ai bisogni sanitari e sociosanitari di tipo non ospedaliero) con i suoi strumenti operativi (lo *Sportello integrato sociosanitario* per l'accesso unificato alle prestazioni e la presa in carico, le *Unità di Valutazione Multidisciplinari* per la valutazione dei bisogni sociosanitari, il *Piano Individualizzato di Assistenza*, il *case manager*) fornisce il contesto strutturale in cui sviluppare politiche coerenti, in grado di mettere in sinergia le diverse tipologie di intervento e di risorse rispetto alle specificità dei bisogni assistenziali.

La L.r. 12/2006 disciplina inoltre gli interventi a favore della non autosufficienza, a partire dalla valutazione e dalle prestazioni correlate, ed istituisce il *Fondo Regionale per la Non Autosufficienza*, quale componente del Fondo Regionale per le Politiche Sociosanitarie.

Il progetto, "Riorganizzazione della rete integrata per la non autosufficienza e sperimentazione dei livelli di assistenza sociosanitaria nelle Asl liguri" realizzato con i finanziamenti 2005 del PSN, indicato più semplicemente come *Programma Anziani 2006-2007*, rappresenta l'occasione e lo strumento per ripensare e ridisegnare il *welfare* per la Terza Età e la non autosufficienza tra riorganizzazione e innovazione.

Il progetto individua i seguenti obiettivi:

- 1) sperimentare in quattro Asl un modello assistenziale che possa anticipare le linee di Piano Sanitario e Sociosanitario regionale, con un progetto organico a favore della terza età e della non autosufficienza, come previsto anche dalla L.r.

- 12/2006 ed in relazione alla costituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza;
- 2) attivare in un'Azienda Sanitaria, d'intesa con le Amministrazioni locali e con le organizzazioni sociali, un sistema di azioni preventive atte a modificare gli stili di vita, per mantenere il più a lungo possibile l'autosufficienza;
  - 3) organizzare un registro regionale per la non autosufficienza e la disabilità, provvedendo alla formazione dei Membri delle Commissioni di accertamento attraverso la metodologia ICF;
  - 4) favorire la governance tra Enti (Asl, Comuni e Organismi del Terzo Settore), unitamente alla sussidiarietà orizzontale.

Le Aziende Sanitarie hanno predisposto i progetti esecutivi ed avviato le attività per l'attuazione del programma, che si articola nella sperimentazione nelle Asl di *5 modelli assistenziali* relativi a:

- “Prevenzione e miglioramento degli stili di vita” nella Asl 4 Chiavarese;
- “Continuità assistenziale” nella Asl 3 Genovese;
- “Diversi livelli di assistenza domiciliare integrata (ADI)” nella Asl 1 Imperiese;
- “Livelli di residenzialità e riabilitazione” nella Asl 2 Savonese;
- “Tipologie e performance organizzative dell'assistenza diurna” nella Asl 5 Spezzina;

Si prevede di poter predisporre, attraverso la metodologia “Bottom-up”, modelli organizzativi e performance che possono orientare la pianificazione sanitaria del triennio 2006/2008, nonché valutare:

- l'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni erogate, anche per riconvertire la spesa ospedaliera a favore di interventi più idonei per gli anziani e le fragilità in generale;
- modelli ottimali per l'accesso ai servizi e per garantire l'informazione, l'appropriatezza e la continuità della cura, la qualità e gli outcomes, in ordine allo stato di salute delle persone;
- le competenze e l'assunzione di responsabilità da parte delle famiglie e dei cittadini come “risorse” *attivabili e non sostituibili*;
- un nuovo ruolo del MMG come “case manager” e orienta-

tore di domanda e offerta all'interno della rete di servizi per la non autosufficienza;

- le competenze professionali all'interno della rete dei servizi.

Dalla progettualità alla costituzione del FRNA sono intercorsi confronti con le Organizzazioni Sindacali Confederali e dei Pensionati, che hanno portato alla sottoscrizione il 3 agosto 2006 di un *Protocollo d'intesa*, i cui contenuti sono pienamente recepiti nel provvedimento regionale di disciplina del FRNA.

Con la rappresentanza dei Comuni è stato sottoscritto in data 5 ottobre 2006 un *Protocollo d'intesa* che, oltre a confermare gli orientamenti regionali, specifica il rapporto tra le misure del FRNA e i servizi in atto, nei termini seguenti:

- il FRNA non è sostitutivo degli altri investimenti e dei servizi già avviati dai Comuni a favore degli anziani e dei disabili;
- le misure che derivano dal FRNA intervengono in maniera coerente, complementare e integrata con gli attuali interventi sociali e sociosanitari gestiti dai Comuni e dalle Asl, integrando gli aiuti in un unico piano assistenziale individuale, onde evitare all'utente la frammentazione dei percorsi assistenziali.

Il FRNA costituisce il contenitore e lo strumento per razionalizzare e valorizzare le risorse economiche ed organizzative a sostegno delle persone non autosufficienti, superando la dispersione derivante dalla compartimentazione dei settori di intervento e dei canali di finanziamento.

L'obiettivo è la ricomposizione delle risorse nella risposta unitaria ai bisogni specifici della persona.

Il Fondo finanzia prioritariamente l'assistenza territoriale domiciliare, l'assistenza residenziale e semiresidenziale di mantenimento (LEA), gli interventi sociali e il sostegno alle cure familiari.

Con la DGR 20 ottobre 2006 n. 1106 la Giunta regionale ha approvato gli "Indirizzi per il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza".

Data la dimensione e la complessità della non autosufficienza in Liguria e la necessità di implementare gradualmente la rete dei servizi, il provvedimento individua a partire dal novembre 2006, gli impegni e le scadenze per un primo semestre di utilizzo del FRNA, considerato periodo sperimentale.

Gli elementi di maggior rilievo del provvedimento riprendono ed esplicitano i contenuti della L.r. 12/2006 e delle Intese con le OO.SS. ed i Comuni.

Preliminarmente, in relazione alla L.r. 12/2006 e alle acquisizioni in materia da parte della letteratura internazionale e nazionale, la non autosufficienza è definita nei termini di “disabilità grave e permanente, che comporta l’incapacità della persona a svolgere le funzioni essenziali della vita quotidiana”, quali:

- attività per la cura di sé (*Activities of Daily Living - ADL*), consistenti nel lavarsi, vestirsi, andare alla toilette, essere continenti, alimentarsi, muoversi nella casa, ecc.;
- attività strumentali (*Instrumental Activities of Daily Living - IADL*), consistenti nel fare la spesa, usare il telefono, prepararsi il cibo, avere cura della casa, fare il bucato, usare i mezzi di trasporto, prendere farmaci, gestire il denaro, ecc.

Tra le misure per il potenziamento della rete dei servizi si citano:

- a) sostegno alla domiciliarietà quale obiettivo strategico del programma. Le Aziende Sanitarie ed i Comuni sono chiamati ad orientare le scelte verso azioni e interventi di ampliamento della rete e di potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare e ADI, anche in sinergia con la riorganizzazione ospedaliera, con un incremento percentuale di assistenza sulla popolazione ultrasessantacinquenne, che parte dal 4,1% nel 2006 per giungere al 7% nel 2008;
- b) potenziamento della residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria e sociale pubblica, accreditata e privata, con un incremento che parte da una base di rapporto tra popolazione anziana e residenzialità del 2% nel 2006 per giungere al 3% nel 2008. Negli incrementi dovranno essere valorizzati i ricoveri semiresidenziali e residenziali a carattere temporaneo come misura di sollievo;
- c) interazione tra la rete servizi e il lavoro di cura svolto a domicilio dai familiari e da assistenti familiari a favore di anziani non autosufficienti e disabili gravissimi, prevedendo azioni che facilitino il mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti attraverso l’istituzione di una mi-

sura economica per la non autosufficienza, che maggiora l'indennità di accompagnamento di 350,00 euro mensili ed è riconosciuta in maniera permanente.

La nuova misura economica per favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, indicata alla precedente lettera c), modulata in base alle risorse economiche della persona e collegata all'acquisizione di prestazioni assistenziali, si colloca sul piano della sussidiarietà orizzontale, nell'ambito di un concetto di *welfare* delle responsabilità, che vede il cittadino partecipe delle scelte, in base ai propri bisogni e alle proprie risorse.

L'esigibilità della misura collega il sostegno alla non autosufficienza con l'esercizio dei diritti di cittadinanza, non solo dal punto di vista della cura, ma anche della promozione dell'autonomia individuale.

Nell'ottica del *welfare* delle responsabilità, la misura economica prevede il concorso alla spesa collegato all'applicazione omogenea su tutto il territorio ligure, dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), che consente di stabilire un rapporto tra la contribuzione fiscale e l'acquisizione di servizi, integrando e valorizzando la spesa delle famiglie per il lavoro di cura a domicilio.

Le attività a sostegno della non autosufficienza sono gestite dal Distretto Sociosanitario, che assicura, con modalità uniformi sul territorio regionale, l'accertamento e la valutazione della non autosufficienza attraverso:

- a) lo Sportello Integrato Sociosanitario, come unico accesso per i richiedenti la valutazione di non autosufficienza;
- b) l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) per la valutazione della non autosufficienza *per gli anziani*, composta da medico specialista della materia, medico di medicina generale, assistente sociale del Comune di residenza della persona da valutare, (infermiere e fisioterapista se richiesti). L'UVM effettua la valutazione attraverso la scheda multidimensionale (AGED PLUS), che comprende l'esame dei parametri di autonomia, la comorbilità e i disturbi comportamentali;
- c) l'Unità di Valutazione Multidisciplinare per i *portatori di*

- handicap*, che si avvale delle schede di valutazione di handicap grave effettuate dalle Commissioni ex Legge 104/92;
- d) il Registro della Non Autosufficienza, nel quale vanno a confluire le valutazioni delle UVM;
  - e) la richiesta di accertamento della non autosufficienza viene presentata dalla famiglia o da chi ne fa le veci allo Sportello, corredata della scheda regionale di segnalazione del Medico di Medicina Generale, della documentazione di accertamento dell'invalidità al 100% o di handicap grave e della certificazione ISEE;
  - f) il Distretto Sociosanitario accerta il grado di non autosufficienza entro 30 giorni dalla data di presentazione della domanda, procedendo quindi alla compilazione di graduatorie separate per anziani e disabili, che sono aggiornate mensilmente;
  - g) accedono alle graduatorie le persone ultrasessantacinquenni con almeno 3 ADL perdute, presenza di comorbilità e disturbi comportamentali ed i portatori di handicap (minori e adulti) che presentano una valutazione della minorazione "grave-progressiva" o "grave-stabilizzata", capacità individuale "marcatamente ridotta" e difficoltà "totale" nell'autonomia personale. Per anziani e portatori di handicap, alle disabilità rilevate va aggiunta l'esigenza di almeno 5 ore di assistenza nelle 24 ore;
  - h) unitamente alla valutazione di non autosufficienza, viene redatto dall'UVM il Piano Individualizzato di Assistenza (PIA), in cui sono evidenziate le prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali da erogare e le verifiche da effettuare;
  - i) il PIA è affidato al responsabile del caso, che interagisce con la persona assistita, la famiglia e la rete assistenziale per assicurare le risorse necessarie alla realizzazione del Piano e procede alle verifiche, indicate nel PIA stesso, sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie individuate e sull'utilizzo, coerente con l'esperienza dell'Assegno Servizi, della misura economica eventualmente assegnata;
  - l) la misura per la non autosufficienza viene assegnata al richiedente con la sottoscrizione di un "patto assistenziale" con la famiglia o chi ha in carico l'anziano o il disabile, in

cui risulti che il destinatario viene assistito a domicilio e che non accede contemporaneamente a forme di residenzialità permanenti a carico del Servizio Sanitario Nazionale, con l'eccezione di ricoveri temporanei di sollievo e dei ricoveri ospedalieri.

L'assegno di 350,00 euro mensili, rimodulato con l'ISEE, viene erogato mensilmente, con controlli semestrali. L'erogatore è tenuto a procedere con il massimo di semplificazione delle procedure, ai fini di garantire il sostegno economico in tempi brevi e con cadenza regolare.

Alle persone in attesa dell'indennità di accompagnamento può essere erogato l'intero importo mensile di 800,00 euro. Con la concessione dell'indennità e delle somme arretrate, il Distretto provvederà al recupero delle somme già erogate a titolo di anticipazione, in ragione della decorrenza della stessa.

Gli interventi a sostegno della non autosufficienza sono monitorati dal Settore Politiche sociali e sociosanitarie, avvalendosi di un Gruppo di lavoro costituito da operatori esperti della rete sociosanitaria.

Ogni Distretto Sociosanitario dovrà provvedere al debito informativo, attraverso appositi flussi sulle misure del Programma.

L'avvio sperimentale del programma prevede entro sei mesi, la valutazione congiunta dei primi risultati con la rappresentanza dei Comuni liguri e le Organizzazioni sindacali firmatarie dei protocolli d'intesa, al fine di valutarne l'omogeneità regionale ed introdurre, se del caso, eventuali correttivi. Effettuata la verifica indicata, la misura economica andrà a regime, entrando a tutti gli effetti nella pianificazione regionale.

Prima di ipotizzare sviluppi e nuove modalità di utilizzazione del FRNA occorre ovviamente verificare i risultati del semestre di sperimentazione, in particolare per la misura economica.

Anche l'attivazione del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza influenzerà i risultati e la loro evoluzione.

Nel corso dei lavori che hanno preceduto la disciplina del FRNA sono comunque già emersi alcuni temi che presumibilmente saranno approfonditi e sviluppati in futuro, tra cui si segnalano i principali:

– come descritto in precedenza, nella fase di avvio del Fondo

possono accedere alla misura economica gli anziani non autosufficienti con comorbidità e disturbi comportamentali ed i disabili gravi, che necessitano di almeno 5 ore di assistenza nelle 24 ore. Per la sostenibilità della spesa è stato infatti necessario definire una soglia di non autosufficienza “grave” e “complessa”;

Uno sviluppo ipotizzabile per l’organicità della risposta alla non autosufficienza, è l’individuazione di misure economiche mirate stabili, accessibili anche a persone che hanno forme meno “severe” di disabilità, a fini preventivi dell’aggravamento, per facilitarne, comunque, la permanenza a domicilio, collocandosi nello scenario di esperienze simili a quelle del Fondo attuato in Germania, per le quali, potrà essere prevedibile, in relazione al reddito della persona, anche il concorso di forme assicurative;

- un secondo aspetto è collegato all’incremento di servizi alla persona; infatti, il consolidamento del FRNA potrà permettere un utilizzo dello stesso anche a favore della componente alberghiera della residenzialità, favorendo in tal senso una minor spesa da parte dei comuni. Tutto ciò, dovrà porre un vincolo all’ente locale: “reimpiegare” le risorse *risparmiate*, per potenziare i servizi alla persona. Si tratterebbe in questo caso di un risultato virtuoso, risultante dalla messa a sistema di risorse pubbliche e private.



## Indice

### Introduzione

Integrazione, chiave di volta per la “buona vita” dei soggetti più deboli	p. 5
1. La non autosufficienza in Europa: il contesto e le risposte possibili	9
1.1 La sfida demografica	9
1.2 Gli effetti sulla sanità	13
1.3 I limiti del sistema pubblico di tutela sociale	17
1.4 Uno sguardo sui modelli europei	18
1.5 Il caso Italia	29
1.6 Le <i>Long Term Care</i> nell’ambito delle politiche di assistenza	35
1.7 Alcune significative esperienze regionali	39
1.8 I principali problemi da affrontare e (possibilmente) risolvere	45
1.9 Note sul modello pubblico in Germania	47
1.10 Italia: un percorso di “speranze deluse”	50
1.11 Le cure a lungo termine nel “NAP” inclusive per la Ue	53
1.12 Alcune ipotesi di riforma: modelli a ripartizione pubblico/privata a rischio	60
1.13 Problemi e opportunità nella <i>Long Term Care</i>	68
2. Le esperienze territoriali	71
2.1 Il progetto di Fondo per la non autosufficienza della Provincia Autonoma di Bolzano	71
2.1.1 L’attuale sistema di assistenza ai non autosufficienti	71

2.1.2	Il passaggio verso una valutazione più dettagliata dello stato di non autosufficienza	74
2.1.3.	Le prestazioni previste dal Fondo	p. 77
2.1.4	Il finanziamento del Fondo	80
2.1.5	Le difficoltà nel passare all'operatività	83
2.2	La Fondazione "Opera Immacolata Concezione" di Padova	85
2.2.1	L'importanza dell'esperienza della Fondazione "Opera Immacolata Concezione"	85
2.2.2	Longevità attiva e investimento nelle potenzialità residue dei non autosufficienti: una nuova filosofia dell'anzianità e dell'assistenza	86
2.2.3	Residenzialità e famiglia: nuovi criteri di valutazione della collocazione ottimale per i non autosufficienti	89
2.2.4	Le nuove tipologie di strutture residenziali	91
2.2.5	La storia e le attività della Fondazione	93
2.2.6	Sperimentare la libertà di scelta: l'ipotesi di polizze assicurative per le nuove Residenze	95
2.2.7	Le potenzialità future del nuovo schema assicurativo	100
2.3	Il Progetto Anziani della Fondazione del Monte di Bologna	101
2.3.1	Un obiettivo condiviso	101
2.3.2	Gli strumenti dell' <i>empowerment</i> della domanda	103
2.3.3	Le regole di quasi mercato	105
2.3.4	Verso una qualità più alta	106
2.3.5	I rapporti con altri soggetti	107
2.3.6	I principali risultati economici	110
2.4	Le iniziative sulla non autosufficienza della Regione Liguria	112
2.4.1	Aspetti sociodemografici, epidemiologici e di organizzazione dei servizi socio-sanitari	112

Finito di stampare nel mese di ottobre 2008  
dalla Rubbettino Industrie Grafiche ed Editoriali  
per conto di Rubbettino Editore Srl e Leonardo Facco Editore



## Policy

1. Kendra Okonski, Carlo Stagnaro (a cura di), *Dall'effetto serra alla pianificazione economica. Il riscaldamento globale e il dirigismo economico*
2. Alberto Mingardi (a cura di), *Antitrust. Mito e realtà dei monopoli*
3. Helen Disney (a cura di), *No al protezionismo! Idee per una globalizzazione migliore*
4. Silvio Boccalatte, *La proprietà e la legge. Esproprio e tutela della proprietà nell'ordinamento giuridico italiano*
5. José Piñera, *Pensioni: una riforma per sopravvivere. Prospettive europee per il modello a capitalizzazione*
6. Carlo Stagnaro, Margo M. Thorning (a cura di), *Più energia per tutti. Perché la concorrenza funziona*
7. Alberto Mingardi, Paolo Zanetto, *Colpirne uno per educarne cento. Il caso Microsoft e il futuro della concorrenza in Europa*
8. Antonio Martino, *Milton Friedman. Una biografia intellettuale*
9. Wilfried Prewé, *Oltre lo Stato assistenziale. Autonomia personale, responsabilità individuale e vera solidarietà*
10. Paolo Zanotto, *Cattolicesimo, protestantesimo e capitalismo. Dottrina cristiana ed etica del lavoro*
11. Pascal Salin, *Globalizzazione o barbarie. Piccolo manuale contro i protezionismi*
12. James V. DeLong, Richard A. Epstein, Henri Lepage, Tom Palmer, *La proprietà (intellettuale) è un furto? Riflessioni su un diritto per il futuro*
13. Álvaro Vargas Llosa, *Libertà per l'America Latina. Come porre fine a cinquecento anni di oppressione dello Stato*
14. Richard A. Epstein, *Overdose. Come una regolamentazione eccessiva mette a rischio le medicine del futuro*
15. Carlo Stagnaro (a cura di), *Sicurezza energetica. Petrolio e gas tra mercato, ambiente e geopolitica*
16. Alberto Mingardi (a cura di), *Cartello a perdere. Assicurazioni, Antitrust e scambio d'informazioni*
17. Massimo Beccarello, Francesco Piron, *La regolazione del mercato del gas naturale. Aspetti metodologici e operativi sul piano economico e giuridico*
18. Silvio Boccalatte (a cura di), *L'abolizione delle Province*
19. Silvio Beretta, *Il pendolo italiano. Note fra economia e politica*
20. Giuliano Cazzola, Carla Collicelli, *Long Term Care e soluzioni integrate*



L'Istituto Bruno Leoni (IBL), intitolato al grande filosofo del diritto Bruno Leoni (1913-1967), nasce con l'ambizione di stimolare il dibattito pubblico, in Italia, esprimendo in modo puntuale e rigoroso un punto di vista autenticamente liberale.

L'IBL intende studiare, promuovere e divulgare gli ideali del libero mercato, della proprietà privata e della libertà di scambio.

Attraverso la pubblicazione di libri, l'organizzazione di convegni, la diffusione di articoli sulla stampa nazionale e internazionale, l'elaborazione di brevi studi e *briefing papers*, l'IBL mira a orientare il processo decisionale, ad informare al meglio la pubblica opinione, a crescere una nuova generazione di intellettuali e studiosi sensibili alle ragioni della libertà.

L'IBL vuole essere per l'Italia ciò che altri *think tank* sono stati per le nazioni anglosassoni: un pungolo per la classe politica e un punto di riferimento per il pubblico in generale. Il corso della storia segue dalle idee: il liberalismo è un'idea forte, ma la sua voce è ancora debole nel nostro Paese.

Legati a questioni concrete, i volumi della collana *Policy*, promossi dall'IBL presso gli editori Facco e Rubbettino, si caratterizzano per combinare il rigore teorico con uno stile accessibile a tutti, mai verboso, sempre lontano dalle volute fumose degli "esperti" di professione.

Istituto Bruno Leoni  
Via Bossi 1  
10144 Torino  
Italy  
Tel. 011-070.2087  
Fax: 011-437.1384  
E-mail: [info@brunoleoni.it](mailto:info@brunoleoni.it)  
[www.brunoleoni.it](http://www.brunoleoni.it)