

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

L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA

3° Rapporto

Il monitoraggio degli interventi
e il punto sulla residenzialità

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

© Copyright 2011 by Maggioli S.p.A.
Maggioli Editore è un marchio di Maggioli S.p.A.
Azienda con sistema qualità certificato ISO 9001: 2000

47822 Santarcangelo di Romagna (RN) • Via del Carpino, 8
Tel. 0541/628111 • Fax 0541/622020
www.maggioli.it/servizioclienti
e-mail: servizio.clienti@maggioli.it

Diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione
e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo sono riservati per tutti i Paesi.

Finito di stampare nel mese di novembre 2011
dalla Litografia Titanlito S.p.A.
Dogana (Repubblica di San Marino)

Indice

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

PARTE PRIMA

Monitoraggio dell'assistenza

1. La "bussola" di N.N.A.: lo stato dell'arte basato sui dati	»	13
<i>Carlos Chiatti, Francesco Barbabella, Giovanni Lamura, Cristiano Gori</i>		
2. Come cambia la realtà italiana	»	35
<i>Cristiano Gori</i>		
3. Le prime indicazioni sul Federalismo regionale	»	47
<i>Anna Banchemo</i>		
4. Come cambia la realtà internazionale: l'analisi dell'OCSE	»	61
<i>Francesca Colombo, Ana Lena-Nozal, Jérôme Mercier, Frits Tjadens</i>		

PARTE SECONDA

Approfondimento monografico: il punto sui servizi residenziali

5. Epidemiologia dei residenti nelle strutture	»	85
<i>Antonio Guaita, Antonio Cherubini</i>		
6. Gli standard di qualità e di personale nelle residenze	»	103
<i>Filippo Masera, Carlos Chiatti, Cristina Rocchetti</i>		
7. I sistemi di tariffazione.....	»	123
<i>Enrico Brizioli, Filippo Masera</i>		

8. La ripartizione della spesa nelle RSA	Pag.	137
<i>Franco Pesaresi</i>		
9. La collocazione nella rete dei servizi	»	155
<i>Marco Trabucchi, con la collaborazione di Fernando Anzivino, Claudio Bel- lamoli, Giuseppe Bellelli, Angelo Bianchetti, Roberto Borin, Corrado Cara- bellese, Gianni Gelmini, Antonio Guaita, Luisa Guglielmi, Maria Mastella, Sara Pea, Fausta Podavitte, Renzo Rozzini, Willy Spassini, Ermellina Zanetti</i>		
10. Quali prospettive per la residenzialità?	»	173
<i>Enrico Brizioli, Marco Trabucchi</i>		
<i>Gli Autori</i>	»	181

Prefazione

Giuseppe Zuccatelli, *Direttore generale - INRCA, Ancona*

Fabrizia Lattanzio, *Direttore scientifico - INRCA Ancona*

La terza edizione del Rapporto N.N.A. vede la luce in un momento storico particolarmente delicato, in cui gli effetti della crisi finanziaria si stanno trasmettendo ai diversi settori della vita economica e sociale europea. Nella maggior parte dei Governi occidentali sono in discussione nuove misure di austerità per il contenimento del debito pubblico. Lo scorso luglio il Parlamento italiano ha approvato il disegno legge di delega al governo per la riforma fiscale ed assistenziale contenente, tra le varie misure, indicazioni circa la revisione dello strumento ISEE, il riordino dei criteri e dei requisiti reddituali e patrimoniali per l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali e l'istituzione di un fondo per l'indennità sussidiaria alla non autosufficienza.

Poiché da queste riforme il Ministro dell'Economia ritiene debbano arrivare contributi al pareggio di bilancio di circa 17 miliardi di euro (2 nel 2013 e ben 15 nel 2014), pur in attesa di conoscere come la delega verrà tradotta operativamente in riforma, è lecito temere un calo delle risorse disponibili anche nell'ambito del settore dell'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti. Tale diminuzione di risorse giungerebbe nonostante quello dell'assistenza di *Long-term Care* (LTC) sia da sempre in Italia un settore sotto-finanziato rispetto alla media europea ed alle reali esigenze espresse dalla popolazione. A dispetto dei tagli pubblici va considerato, inoltre, che il fenomeno della non autosufficienza continuerà nei prossimi anni ad interessare sempre più persone. È allora utile corroborare questa riflessione con una rassegna delle evidenze disponibili.

L'ISTAT prevede che la popolazione ultraottantenne in Italia, quella presso cui si concentra il maggior fabbisogno assistenziale, passerà dagli attuali 2,9 a ben 7,7 milioni nel 2030 (ISTAT, 2011b). Anche considerando l'effetto positivo delle politiche di prevenzione ed il miglioramento degli stili di vita (che abbassa il rischio delle persone di divenire non autosufficienti grazie ad un invecchiamento in salute), l'aumento in termini assoluti della popolazione in stato di bisogno sarà considerevole: mantenendo ipoteticamente costante nel tempo la stima ISTAT di prevalenza del fenomeno significherebbe un numero di persone non autosufficienti pari a 3,5 milioni (contro gli attuali 2).

Aumenteranno di conseguenza le famiglie impegnate nell'assistenza informale. In Italia, più che in altre nazioni europee, la famiglia rappresenta il secondo

fondamentale attore nel panorama della LTC, poiché tradizionalmente il welfare del nostro Paese si è appoggiato ad esse per supplire le carenze del sistema di assistenza formale. L'ampliamento dello squilibrio demografico tra popolazione attiva e non incrementerà la pressione sui *caregiver* informali, ovvero coloro che si prendono cura a titolo gratuito dei propri parenti, amici o vicini. Tale sempre più evidente squilibrio rende più che rilevante la domanda "chi assisterà coloro che assistono?" (*Who will care for the carers?*).

Si deve poi aggiungere che a fronte di questa richiesta di assistenza sempre maggiore, siamo di fronte all'oramai progressivo indebolimento delle strutture familiari. Sempre secondo la fonte ISTAT, il numero di nuove forme familiari (ad esempio quelle composte da single e da monogenitori non vedovi) è più che raddoppiato tra il 1998 e il 2009 ed allo stesso modo sono cresciuti i nuclei formati da persone sole (quali i vedovi ed i separati/divorziati).

Infine, non sono solo gli anziani non autosufficienti ed i loro *caregiver* ad essere interessati dal dibattito circa il futuro del sistema di LTC, ma vanno considerati anche gli operatori dei servizi formali, professionali e non. Le stime circa il numero delle sole assistenti familiari in Italia, presentate da Pasquinelli e Ruscini nella scorsa edizione del Rapporto, parlano di oltre 840 mila persone, cui si aggiungono i professionisti che lavorano a sostegno delle persone non autosufficienti nei servizi domiciliari, residenziali ed ospedalieri. Tirando le fila, considerando tutti questi attori coinvolti a vario titolo nei processi di cura, il tema della non autosufficienza potenzialmente interessa oggi almeno 5 milioni di italiani (più di un cittadino su dodici).

Il Rapporto del Network per la Non Autosufficienza, che l'Istituto di Ricovero e Cura degli Anziani (INRCA) sostiene e promuove da oramai tre anni, rappresenta un tentativo di dare voce a queste persone. Il Rapporto tra le sue finalità ha anche quella di porre il tema dell'assistenza alle persone non autosufficienti nell'agenda politica del Paese, affinché si giunga il prima possibile ad una riforma del settore. Ricordiamo che l'Italia è l'unica tra le grandi nazioni europee a non aver realizzato una riforma complessiva dell'impianto della *Long-term Care*. Anche per questo motivo, il Rapporto N.N.A. mantiene anche quest'anno le sue oramai classiche chiavi di lettura, ovvero la prospettiva del confronto tra Regioni e dell'evoluzione temporale. Questo rappresenta un valore aggiunto del lavoro che si sforza di mostrare come oggi nel nostro paese non esista un modello unico di assistenza agli anziani non autosufficienti, ma piuttosto coesistano una molteplicità di soluzioni che variano a seconda della Regione, del contesto geomorfico (rurale o urbano), da una famiglia ad un'altra. Tali differenze si ripercuotono sull'equità del sistema, così che oggi alcuni cittadini di fronte al problema della non autosufficienza sono "più soli" di altri.

Quest'edizione del Rapporto contiene un importante approfondimento sul settore della residenzialità, aspetto non indifferente nelle politiche a sostegno

della non autosufficienza. La tematica non ha ancora trovato nel contesto italiano un unico approccio culturale. Dietro una medesima classificazione delle strutture, le cosiddette RSA, spesso si celano modelli assistenziali assai diversi tra loro, organizzati più sulla base delle singole dotazioni finanziarie a livello regionale che sulle effettive esigenze della popolazione anziana non autosufficiente. L'analisi dell'intero sistema residenziale acuisce queste differenze portandone alla luce pregi e difetti dei diversi modelli assistenziali. Un ruolo importante potrebbe essere pertanto giocato dall'INRCA in qualità di unico IRCCS dedicato agli aspetti geriatrici e gerontologici della popolazione italiana, evidenziando, nelle diverse realtà regionali e sub regionali, i migliori interventi organizzativi e diffondendo pertanto le buone prassi attive nel contesto italiano.

Un ultimo cenno, va rivolto agli operatori del settore dell'assistenza continuativa, coloro che sono impegnati tutti i giorni in un compito che pur se spesso oneroso potenzialmente può essere ragione di grandi soddisfazioni professionali e personali. Le dimensioni della sfida rappresentata dall'assistenza alle persone non autosufficienti è oramai tale per cui è sempre più necessaria la diffusione di una cultura dell'assistenza di approccio geriatrico, rivolta cioè al benessere globale del paziente, all'attenzione di lungo periodo verso il recupero degli esiti invalidanti e la valorizzazione delle autonomie residue. Questo approccio deve essere declinato in ambito operativo, scientifico e formativo. Ancora oggi in Italia, una delle nazioni più longeve al mondo, i *curricula* formativi di molte professioni sanitarie non prevedono come fondamentali insegnamenti nell'ambito delle competenze geriatriche. Il mondo della ricerca stesso, mostra una colpevole disattenzione nei confronti degli anziani: il recente studio PREDICT ha mostrato come essi spesso siano esclusi dai trials clinici e come sorprendentemente le prove di efficacia dei trattamenti e degli interventi derivino da studi su campioni diversi dalla popolazione che con più probabilità rappresenterà l'utenza finale degli stessi. Un salto di paradigma è necessario anche in questo settore. In un'epoca di risorse limitate e pressioni finanziarie quale quella attuale, la riforma del sistema di LTC italiano può sperare nel successo solo se si riusciranno ad attivare in uno sforzo coordinato le potenzialità di tutti i soggetti coinvolti nel processo di assistenza (anziani stessi, famiglie e operatori) e a coniugare un approccio culturale di tipo geriatrico sia nell'ambito assistenziale, scientifico che formativo.

Introduzione

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

Questa edizione del Rapporto del Network Non Autosufficienza (N.N.A.), la terza, propone il punto sull'evoluzione delle politiche pubbliche e un approfondimento dedicato ai servizi residenziali ⁽¹⁾. Nella prima parte si trova il monitoraggio dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia e all'estero. Inizia con un capitolo – la “Bussola” di N.N.A., appuntamento ormai fisso dei nostri Rapporti – che presenta i dati più aggiornati disponibili. I due contributi successivi fanno il punto sui più recenti cambiamenti delle politiche per gli anziani non autosufficienti e sul percorso del federalismo. Lo sguardo, infine, si pone sulla realtà internazionale – una novità per N.N.A. –, attraverso l'analisi delle trasformazioni dell'assistenza nei paesi OCSE.

Nella seconda parte c'è un approfondimento monografico sui servizi residenziali, la situazione attuale e la loro evoluzione. Si parte dai bisogni, con un quadro sull'epidemiologia dei residenti e le sue implicazioni per l'attività assistenziale. Si passa poi alla discussione delle risposte, cominciando con la disamina degli standard di qualità e di personale in varie Regioni, per poi passare ai sistemi di tariffazione e – infine – alla ripartizione della spesa tra sanità, sociale e famiglie. Dopo aver discusso le caratteristiche delle strutture, ne si esamina la collocazione nella rete dei servizi e il rapporto con gli altri soggetti coinvolti. Conclude la parte monografica un capitolo conclusivo concentrato sulle sfide future.

Come sempre, il volume è acquistabile nella versione cartacea e può venire scaricato gratuitamente da internet (www.maggioli.it/rna) al fine di promuoverne la diffusione. Sul medesimo sito si trovano anche i nostri precedenti Rapporti.

Seguendo la nostra abitudine, dopo aver progettato il Rapporto abbiamo coinvolto nella sua preparazione vari esperti, che desideriamo ringraziare: Francesco Barbabella, Antonio Cherubini, Carlos Chiatti, Francesca Colombo, Giovanni Lamura, Filippo Masera e Cristina Rocchetti.

⁽¹⁾ La presentazione di N.N.A. e dei suoi obiettivi si può trovare nella nostra introduzione al primo Rapporto. N.N.A. (a cura di), 2009, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.

Anche quest'anno, il Rapporto è promosso dall'Agenzia Nazionale per l'Invecchiamento, che ci ha fornito il suo prezioso contributo scientifico e finanziario, lungo le premesse dell'introduzione di Giuseppe Zuccatelli e Fabrizia Lattanzio. A loro va il nostro sentito ringraziamento.

PARTE PRIMA
Monitoraggio dell'assistenza

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

Carlos Chiatti, Francesco Barbabella, Giovanni Lamura, Cristiano Gori

1. Introduzione

La terza edizione del Rapporto N.N.A. vede la luce in uno scenario macroeconomico particolarmente delicato, in cui si stanno discutendo nuove misure di austerità per il contenimento del debito pubblico che con ogni probabilità impatteranno sull’impianto complessivo del welfare e sullo specifico settore dell’assistenza agli anziani (c’è attesa soprattutto per sapere che forma prenderà la delega al Governo per la riforma fiscale ed assistenziale). D’altro canto, nonostante la presenza di alcuni fattori frenanti quali l’immigrazione e la leggera ripresa della fertilità (ISTAT, 2011), non rallenterà il progressivo invecchiamento della popolazione italiana innescatosi da tempo per effetto delle oramai note cause demografiche e culturali (quali il crollo della mortalità e delle nascite, si veda in merito Robine e Michel, 2004). Sia lo scenario economico che demografico richiamano l’urgenza di necessarie riforme strutturali, in particolare nell’ambito della gestione della spesa pubblica, che siano in grado di accompagnare il sistema Paese attraverso l’attuale transizione storica.

Tali scelte dovrebbero avvenire sulla base di informazioni affidabili, che consentano di sviluppare obiettive analisi di scenario. Tuttavia, è ben risaputo come il settore della *Long-term Care* (assistenza continuativa) italiano sia caratterizzato da un’elevata dispersione delle fonti informative, sia in merito alla domanda di assistenza che all’offerta di servizi per le persone non autosufficienti. Per questa ragione, anche quest’anno, con la “Bussola di N.N.A.” si è tentato di ricostruire il migliore quadro informativo possibile del settore utilizzando le migliori fonti istituzionali esistenti in materia (Box 1).

Box 1 - Gli interventi di assistenza continuativa a titolarità pubblica per anziani non autosufficienti analizzati e le fonti utilizzate dalla “Bussola” N.N.A. 2011

Area d'intervento	Intervento	Fonte istituzionale disponibile	Ultimo anno disponibilità dati
Servizi domiciliari	Assistenza Domiciliare Integrata	Indicatori degli Obiettivi di Servizio – QSN 2007-2013 (Ministero dello Sviluppo Economico, 2011)	2009
		Annuario statistico del servizio sanitario nazionale (Ministero della Salute, vari anni)	2008
	Servizio di Assistenza Domiciliare	Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati (ISTAT, vari anni)	2007
Servizi residenziali e di assistenza ospedaliera post-acuta	Presidi sociosanitari e socio-assistenziali	Annuario statistico del servizio sanitario nazionale (Ministero della Salute, vari anni)	2008
	(Ass. regime ospedaliero: reparti lungodegenza e riabilitazione post acuzie)	Struttura e attività degli istituti di cura (ISTAT, 2010b)	2006
Trasferimenti monetari	Indennità di accompagnamento	Beneficiari delle prestazioni pensionistiche: statistiche della previdenza e dell'assistenza (ISTAT, vari anni)	2008
		Bilanci preventivi e rendiconti generali dell'INPS (INPS, vari anni)	2011
	Voucher, assegni di cura e altri trasferimenti comunali	Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati (ISTAT, vari anni)	2007

Una ricostruzione “manuale” delle diverse fonti sarà necessaria fintanto che non entrerà a regime il Sistema Informativo per la Non Autosufficienza (SINA), la cui sperimentazione è da poco terminata. Tale sistema permetterà la ricostruzione di una “anagrafica” dei cittadini non autosufficienti tramite l'interfaccia del sistema informativo centrale del Ministero della Salute, delle singole infrastrutture locali regionali e del database dell'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS).

Prima di proseguire con la lettura dei nuovi dati, va delimitato brevemente il campo di analisi: con il termine “offerta di assistenza continuativa” si fa infatti riferimento esclusivamente a quegli interventi a titolarità pubblica rivolti ad anziani non autosufficienti, anche a gestione privata ma finanziati, anche parzialmente, dall'ente pubblico (cfr. Gori, Lamura, 2009). Gli interventi analizzati, come nell'edizione precedente, sono riconducibili a tre principali tipologie (Box 1):

1. gli interventi di assistenza domiciliare di natura sociosanitaria (l'Assistenza Domiciliare Integrata, ADI) e sociale (il Servizio di Assistenza Domiciliare, SAD);

2. i servizi di assistenza residenziale (considerando tutte le diverse tipologie di presidi sociosanitari per anziani esistenti nelle Regioni italiane e le forme di assistenza in *setting* ospedaliero post-acuto⁽¹⁾);

3. i trasferimenti monetari di natura assistenziale, erogati sotto forma di indennità di accompagnamento per invalidità civile oppure sotto forma di assegni di cura, voucher o altri trasferimenti erogati dai Comuni.

Saranno mantenute le chiavi di lettura tipiche della Bussola, ovvero la prospettiva del confronto tra Regioni e la prospettiva dell'evoluzione temporale (Chiatti *et al.*, 2010). Anche la struttura del capitolo richiama la precedente edizione della bussola N.N.A., mentre una novità è rappresentata dall'ampliamento dell'appendice statistica a disposizione dei lettori per eventuali approfondimenti. I limiti di questa esposizione sono purtroppo e inevitabilmente connessi ai limiti delle fonti stesse in termini di rappresentatività, completezza e accuratezza.

2. Il bisogno di assistenza: uno sguardo al futuro

Le stime circa il fenomeno della non autosufficienza fornite dall'indagine Multiscopo dell'ISTAT mostravano nel 2005 un tasso di prevalenza presso la popolazione anziana di circa il 18,7% (ovvero oltre 2 milioni e 80 mila disabili cui si aggiungono le circa 161 mila persone non autosufficienti ospiti dei presidi residenziali) (Chiatti *et al.*, 2010). In assenza di dato di fonte ISTAT più aggiornato⁽²⁾, per questa edizione della Bussola sono stati utilizzati i dati EU-SILC⁽³⁾. Le

⁽¹⁾ L'inclusione di questi servizi rappresenta una novità rispetto alla scorsa edizione della Bussola e sarebbe per certi aspetti impropria dal punto di vista concettuale e metodologico. Tuttavia il rationale di questa scelta (come verrà meglio chiarito nella sezione monografica presente in questa edizione del volume N.N.A.) risiede nel fatto che l'analisi delle scelte regionali in materia di residenzialità deve tenere necessariamente in considerazione struttura e funzionamento del sistema post-acuzie. L'occorrenza di un episodio patologico acuto rappresenta uno dei principali fattori di rischio per l'istituzionalizzazione degli anziani: la configurazione del percorso dalla fase acuta alla dimissione, determina in gran parte, la configurazione organizzativa delle strutture residenziali chiamate a gestire il paziente nella fase di riabilitazione (prevenzione terziaria) o di mantenimento post-dimissione.

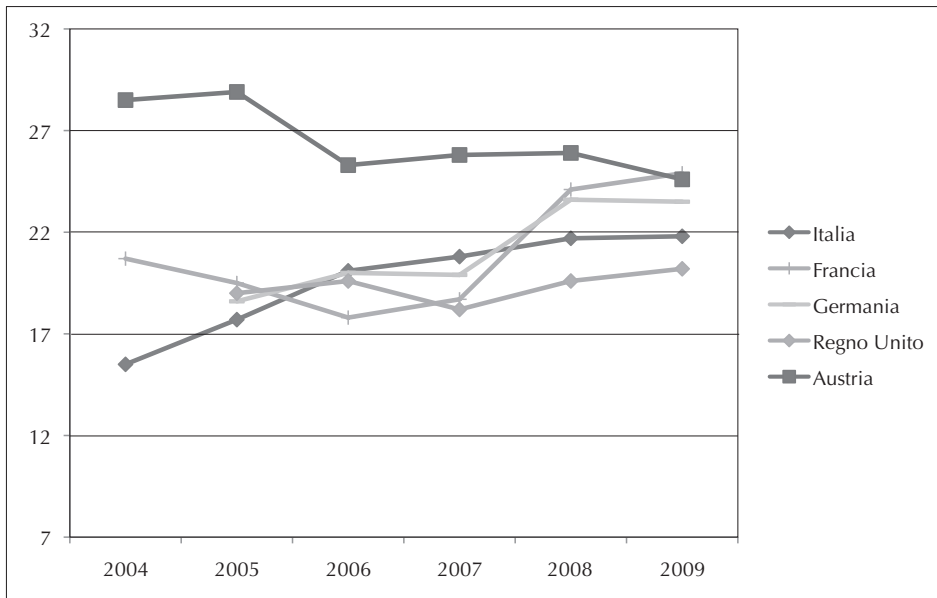
⁽²⁾ Non è stato fatto un aggiornamento dei dati Multiscopo sulla salute: nel 2012 dovrebbe uscire il *follow-up* dell'indagine sulle persone con disabilità.

⁽³⁾ La "European Union Statistics on Income and Living Conditions" (EU-SILC) è una survey finalizzata a raccogliere in maniera tempestiva e standardizzata dati di natura trasversale

differenze nel metodo di misurazione della disabilità non consentono il confronto diretto tra le due fonti; tuttavia, il vantaggio del dato EU-SILC è quello di poter osservare l'andamento del tasso di disabilità grave percepito in Europa in un arco temporale di cinque anni.

Con l'eccezione dell'Austria, dove il tasso di disabilità grave sembra diminuire nel tempo, nelle principali nazioni europee il numero degli ultrasessantacinquenni con gravi limitazioni dell'autonomia personale sembra in costante aumento. Questo *trend* trova una plausibile spiegazione nell'aumento della popolazione ultraottantenne che rappresenta (sia in termini assoluti che relativi) il segmento di popolazione europea con il più elevato tasso di crescita (Jagger *et al.*, 2011).

Figura 1 - Tassi di disabilità grave percepita nella popolazione over 65enne in cinque Paesi dell'Europa occidentale - trend 2004 - 2009



Fonte: ns. elaborazione su dati Eurostat (2011).

Il dibattito sul futuro della domanda di servizi di *long-term care* non può, tuttavia, limitarsi alle stime della popolazione anziana disabile. La domanda di assistenza espressa da questa popolazione è anche strettamente correlata alle caratteristiche dei nuclei familiari e delle altre reti di supporto. Questo è special-

e longitudinale su reddito, povertà, esclusione sociale e condizioni di vita nell'area dell'Unione europea. Questa survey rientra nell'ambito del Sistema Statistico Europeo (ESS).

mente vero in un sistema di welfare quale quello italiano, che è stato a più riprese etichettato nell'ambito delle analisi comparate come "familista" e/o "residuale" (Rostgard *et al.*, 2011). Non va quindi trascurato il fatto che, non solo cresce il numero di anziani per effetto del progressivo invecchiamento della popolazione, ma diminuisce al tempo stesso la disponibilità di assistenti informali (familiari o meno, i cd. *caregiver*) (Robine *et al.*, 2007). Questo cambiamento è ben illustrato dall'incremento dell'indice di dipendenza degli anziani⁽⁴⁾, che secondo le proiezioni dell'ISTAT passerà dal 29,4 dell'anno 2005 a circa 62,3 nel 2030. Il peggioramento dell'indice riflette la contestuale diminuzione della popolazione "attiva" (tra i 15 ed i 64 anni) e l'aumento di quella anziana: tra il 2005 e il 2030 la fascia di popolazione in età lavorativa diminuirà dai 38,8 a 30 milioni. Nel medesimo arco temporale, gli over 65enni in termini assoluti passeranno da 11,4 a 18,8 milioni di abitanti: considerando solo la popolazione ultraottantenne la variazione sarà da 2,9 a 7,7 milioni (ISTAT, 2011).

In maniera semplicistica, se volessimo applicare le attuali stime del tasso di non autosufficienza alla popolazione italiana proiettata, il numero dei non autosufficienti risulterebbe compreso tra 2,3 e 3,5 milioni⁽⁵⁾. Questi dati sottolineano l'importanza fondamentale di intervenire sui fattori di rischio modificabili, così che anche ad una lieve riduzione del tasso di prevalenza della non autosufficienza corrisponda una significativa riduzione del numero di soggetti in stato di bisogno (ipoteticamente, si consideri che una diminuzione dell'incidenza del fenomeno dell'1% significherebbe un calo della potenziale platea di utenti pari quasi a 190.000 soggetti).

Un terzo e ultimo aspetto da considerare nello scenario della non autosufficienza in Italia è il ruolo dell'immigrazione. Questo fenomeno non solo rappresenta l'unico vero "antidoto naturale" in grado di rallentare la velocità del processo di invecchiamento demografico (il 97,7% dei 4,2 milioni di stranieri regolari in Italia ha meno di 65 anni) (ISTAT, 2011), ma le politiche migratorie si intrecciano frequentemente con il dibattito sulla LTC in quanto gran parte degli stranieri presenti in Italia sono occupati come personale di cura. Nel nostro Paese gli stranieri sono impegnati principalmente nell'ambito dell'assistenza privata dome-

⁽⁴⁾ Un indicatore demografico che al numeratore considera il numero di persone over 65enni (che si presumono fuori dal mercato del lavoro) e al denominatore la popolazione ancora in età "attiva" (14-64 anni).

⁽⁵⁾ Si è ottenuta una stima conservativa (2,3 milioni) applicando alla popolazione anziana proiettata nel 2030 la media del tasso di disabilità grave stimato dalla rilevazione EU-SILC tra il 2004-2009 (le ultime rilevazioni disponibili). Si è poi calcolato il "worst care scenario" utilizzando il tasso stimato dalla Multiscopo ISTAT, che è di molto superiore (per via anche della diversità del campione e degli item utilizzati per valutare la condizione di non autosufficienza) a quelli EU-SILC.

stica (il fenomeno delle “assistenti familiari”), ma recentemente sono in misura sempre maggiore presenti nel settore di cura formale, impiegati soprattutto dalle aziende private e dalle cooperative di servizi. È evidente come la tutela e assistenza degli anziani non autosufficienti in Italia dipenderà in maniera indissolubile da come nei prossimi anni sarà regolato e gestito il fenomeno migratorio e dal successo/insuccesso delle politiche di integrazione.

3. Le aree di intervento

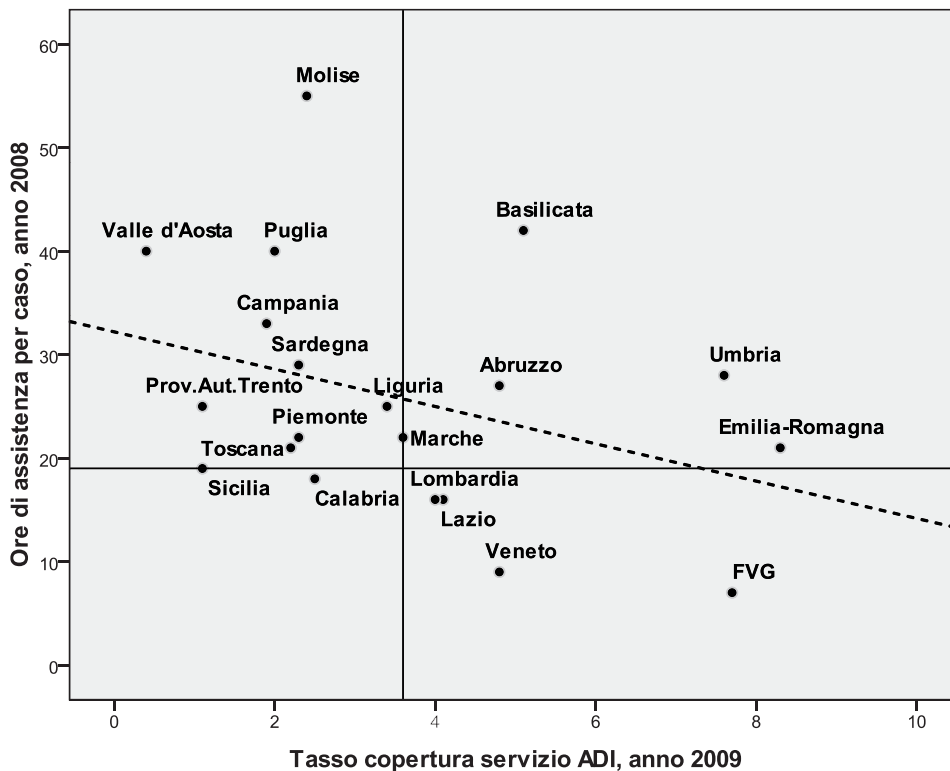
3.1. I servizi domiciliari

Il quadro dell’assistenza domiciliare⁽⁶⁾ descritto dal precedente Rapporto N.N.A. indicava come in Italia la diffusione dei servizi fosse complessivamente limitata e come l’offerta del servizio fosse disomogenea tra le Regioni. Si era osservata chiaramente l’esistenza di un “Nord-Sud” *divide*, penalizzante in termini di copertura le Regioni del Meridione.

L’analisi dei nuovi dati disponibili circa l’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), la cui erogazione è competenza delle Aziende Sanitarie Locali (in stretta collaborazione con i Comuni, ma spesso solo sulla carta), mostra come la situazione italiana sia sostanzialmente stabile, con un leggero allargamento della platea utenti. Si va rafforzando, infatti, il trend osservato in precedenza, tale per cui al leggero incremento della copertura dell’ADI si sta accompagnando una diminuzione dell’intensità del servizio, intesa come numero di ore di assistenza erogata per singolo caso trattato. In media in Italia il 3,6% degli anziani ha ricevuto questo servizio (contro il 3,3% nel 2008 e l’1,9% nel 2001), per un totale di 19 ore di assistenza (erano 22 secondo i dati del 2007). Il modello di ADI al Nord, come si può desumere dai dati (figura 2), è quello di un servizio che offre accessi di breve durata ed un mirato intervento sanitario prevalentemente di natura infermieristica. Questo spiega la copertura di Regioni quali l’Emilia-Romagna e il Friuli-Venezia Giulia, dove l’8,3% e il 7,7% degli anziani hanno ricevuto accessi ADI solo per rispettivamente 21 e 7 ore annue (solo 26 e 9 minuti alla settimana per utente).

⁽⁶⁾ La classificazione dei servizi domiciliari più diffusa distingue, in base alle caratteristiche dell’assistenza erogata, tra: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e Ospedalizzazione Domiciliare (OD). La Commissione Nazionale per i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ha previsto una riorganizzazione dei servizi di Cure Domiciliari (CD) a carattere sanitario, prevedendo cinque distinti profili di cura (Ministero della Salute, 2006): le CD prestazionali, le CD integrate di primo, secondo e terzo livello, e le Cure Palliative per malati terminali. Ancora ad oggi i flussi informativi esistenti forniscono dati sulla sola offerta di ADI.

Figura 2 - Copertura (2009) e intensità (2008) del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) nelle Regioni italiane



Fonte: ns. elaborazione su dati Ministero dello Sviluppo Economico (2011) e Ministero della Salute (2010).

Anche per quel che riguarda l'assistenza di tipo sociale, garantita dai Comuni attraverso i servizi di Assistenza Domiciliare (SAD) e finalizzata a supportare gli anziani con le attività strumentali della vita quotidiana (le c.d. IADL), il confronto con i dati dello scorso anno suggerisce che la situazione sia rimasta sostanzialmente invariata.

Gli anziani utenti del servizio erano l'1,8% della popolazione nel 2006, mentre secondo l'indagine ISTAT relativa all'anno 2007 sarebbero calati all'1,7%. L'intensità del servizio di SAD, che anche quest'anno può solamente essere dedotta dal costo medio per caso trattato, è il leggero aumento rispetto ai 1.646 euro del 2006, attestandosi a 1.761 euro per soggetto anziano assistito. Tale leggero aumento sembrerebbe compensare il lieve calo nel numero degli utenti, suggerendo che un trend simile a quello osservato per l'ADI possa essere rinvenuto nel caso dell'Assistenza Domiciliare Sociale.

Nel caso del SAD è inoltre ancora più marcato il “Nord-Sud” *divide*, già osservato nell’ambito dell’ADI. Nelle Regioni del Sud molte amministrazioni comunali non sono in grado di offrire il servizio: mentre nel Nord-Est il 96,1% dei Comuni eroga il servizio SAD, nell’Italia Meridionale ed Insulare sono rispettivamente l’83,0% e l’88,2% a fare altrettanto. Anche per quanto riguarda l’integrazione sociale e sanitaria nell’area domiciliare, ovvero l’integrazione tra i servizi di ADI e SAD, esistono notevoli differenze territoriali. A tal proposito, l’indagine ISTAT sugli interventi sociali dei Comuni, rileva annualmente che livello di coincidenza esista tra l’elenco dei pazienti riceventi il SAD e quello degli utenti in ADI. Il confronto tra l’utenza dei due servizi rivela una sovrapposizione (e quindi presumibilmente un’integrazione) in media nel 47,4% della casistica SAD. Se si osservano però i contesti di Sud e Isole, l’ADI raggiunge in maniera integrata solamente il 20,1% e il 4,3% della casistica SAD.

Tabella 1 - Servizio di Assistenza Domiciliare comunale: copertura, spesa media per utente e livello di integrazione con i servizi sanitari per Regione – Anno 2007

Regione	Copertura %	Spesa per utente (in €)	% integrazione con assistenza domiciliare sanitaria
Piemonte	1,4	1.135	49,2
Valle d’Aosta	4,3	4.136	11,4
Lombardia	1,9	1.624	61,1
Trentino-Alto Adige	3,8	3.779	2,4
– Bolzano	4,1	3.340	0,0
– Trento	3,6	4.219	4,9
Veneto	1,7	1.582	100,0
Friuli-Venezia Giulia	2,7	2.026	10,7
Liguria	1,3	1.877	4,0
Emilia-Romagna	1,6	2.296	38,4
Toscana	1,4	1.717	28,8
Umbria	0,5	1.500	100,0
Marche	0,9	2.070	17,7
Lazio	1,2	2.318	42,1
Abruzzo	2,3	1.357	12,9
Molise	3,2	818	6,8
Campania	2,1	1.169	10,4
Puglia	0,9	1.557	54,3
Basilicata	1,5	1.575	18,0
Calabria	1,4	815	30,6
Sicilia	2,5	1.557	3,4
Sardegna	2,5	2.928	7,3
Italia	1,7	1.761	47,4

Fonte: ns. elaborazione su dati ISTAT (anni vari).

3.2. I servizi residenziali

La momentanea sospensione dell'“Indagine ISTAT sull'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia”, in corso di revisione ed aggiornamento, non consente di verificare le variazioni rispetto ai precedenti indicatori, che nello scorso Rapporto N.N.A. mostravano una copertura dei servizi residenziali pari al 3,0% della popolazione anziana nel 2006. Tale valore, già in leggera diminuzione rispetto al 3,1% del 2001, era indicativo di come in Italia, rispetto in particolare ad altri contesti nazionali nord-occidentali, l'assistenza residenziale abbia un ruolo piuttosto marginale.

Non essendo disponibile un dato più recente di fonte ISTAT, un'alternativa potrebbe essere costituita dal flusso del Ministero della Salute. È chiaro, tuttavia, come le due fonti utilizzino classificazioni differenti di assistenza residenziale⁽⁷⁾, che rendono purtroppo i risultati finali difficilmente confrontabili (questi dati sono stati comunque inclusi nell'appendice statistica della Bussola)⁽⁸⁾.

Come accennato nell'introduzione, quest'anno è stata fatta la scelta (per certi aspetti impropria dal punto di vista concettuale e metodologico) di mostrare alcuni dati circa l'assistenza in fase ospedaliera agli anziani in fase post-acuta. Il rationale di questa scelta è connesso al fatto che l'occorrenza di un episodio patologico acuto rappresenta uno dei principali fattori di rischio per l'istituzionalizzazione degli anziani: la configurazione del percorso dalla fase acuta alla dimis-

⁽⁷⁾ Come già esposto nella scorsa edizione della Bussola N.N.A., il miglior tentativo di ricondurre l'eterogeneità del panorama residenziale in Italia in una classificazione coerente ed esaustiva è stato quello dell'ISTAT, che distingue tra:

a) Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): presidi residenziali per anziani non autosufficienti o persone disabili che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative. L'assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un elevato livello di assistenza tutelare e alberghiera;

b) Residenze Sociosanitarie (RS): presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani non autosufficienti, dotati di personale medico e infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria e perseguono l'obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile delle capacità psico-motorie degli ospiti (es. Residenze Protette e Comunità alloggio per anziani);

c) Residenze Assistenziali (RA): presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani autosufficienti. Gli ospiti delle strutture beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali (es. Case di Riposo).

⁽⁸⁾ Tale discrepanza delle fonti richiama in ogni caso la necessità di procedere ad una standardizzazione dei flussi informativi nel settore. La recente conclusione del Progetto Mattone 12, dedicato alle Prestazioni residenziali e semiresidenziali, ha proposto l'istituzione del flusso FAR (Flusso Assistenza Residenziale) e quindi di un relativo debito informativo a livello regionale. Questo flusso, una volta a regime, consentirebbe la trasmissione strutturata di informazioni circa le eventuali diagnosi (principale e secondarie con codici ICD-9 relativi), il case-mix assistenziale e (qualora pertinente) trattamenti riabilitativi e relativi outcome funzionali, condizioni socio-relazionali di ciascun utente delle strutture residenziali.

sione contribuisce a determinare l'organizzazione delle strutture residenziali, le quali sono chiamate a gestire il paziente nella fase di riabilitazione (prevenzione terziaria) o di mantenimento post-dimissione.

In Italia nel 2006 il tasso di ospedalizzazione per 100 anziani nei reparti di lungodegenza e riabilitazione sono stati rispettivamente pari allo 0,8% e al 2,5%. Il tasso di degenze nelle sole RSA (presidi residenziali per anziani non autosufficienti necessitanti di un medio-elevato supporto assistenziale e di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative) nello stesso anno è stato dell'1,2%. È interessante la lettura simultanea dei tassi per le singole Regioni (tabella 2).

Tabella 2 - Degenze in Residenze Sanitarie Assistite (% anziani), durata media e tassi di degenza nei reparti di lungodegenza e riabilitazione intensiva ospedaliera (% anziani)

Regioni	RSA	Lungodegenza ospedaliera (cod. 60)		Riabilitazione int. osped. (cod. 56)	
	Degenze x 1000 anziani	Durata media degenza	Degenze x 100 anziani	Durata media degenza	Degenze x 100 anziani
Piemonte	7,6	34,5	0,9	29,2	2,7
Valle d'Aosta	8,2	-	-	-	-
Lombardia	35,3	27,9	0,3	21,3	5,1
Trentino-Alto Adige	40,4	29,9	3,1	20,1	5,0
Veneto	5,4	25,1	1,4	22,0	2,5
Friuli-Venezia Giulia	34,9	15,0	0,1	35,6	0,6
Liguria	16,3	-	0,0	-	2,3
Emilia-Romagna	8,6	30,9	3,2	25,6	1,8
Toscana	15,4	32,1	0,3	21,1	1,3
Umbria	4,0	19,4	0,1	16,8	0,8
Marche	8,8	27,2	1,4	29,5	1,0
Lazio	4,7	84,2	0,6	38,7	3,3
Abruzzo	7,4	19,8	0,4	14,1	5,6
Molise	0	33,4	0,3	34,4	2,7
Campania	0,6	48,6	0,4	32,7	1,4
Puglia	0,3	20,0	1,0	25,1	2,1
Basilicata	0	26,6	0,4	24,3	0,8
Calabria	2,7	53,7	0,7	29,7	1,4
Sicilia	2,0	18,6	0,2	27,6	1,0
Sardegna	3,5	34,5	0,4	34,9	0,1
Italia	11,8	33,5	0,8	25,1	2,5

Fonte: ISTAT, *Struttura e attività degli istituti di cura* (2010b) e ISTAT, *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia* (2010a).

In Italia si passa da contesti dove i ricoveri e le istituzionalizzazioni sono molto frequenti quale la Lombardia (RSA 3,5%; lungodegenza 0,3%; riabilitazione 5,1%) e il Trentino-Alto Adige (RSA 4,0%; lungodegenza 3,1%; riabilitazione

5,0%) ad altri quali la Campania e la Basilicata dove non è frequente né l'uso di residenze ad elevata intensità assistenziale sanitaria (RSA: 0,1% e 0% rispettivamente), né il ricorso all'ospedale in *setting* post-acuto (lungodegenza: 0,4% in entrambe le Regioni; riabilitazione 1,4% e 0,8%). Interessante il caso del Lazio in cui, a fronte di un ricorso alle RSA molto basso (0,5%) di tassi di ospedalizzazione in lungodegenza e riabilitazione intensiva medio-elevati (0,6% e 3,3%), la durata delle degenze in questi reparti è elevatissima (84,2 giorni vs media italiana di 33,5 nella lungodegenza; 38,7 giorni vs 25,1 in riabilitazione). Quest'ultimo dato suggerisce che la carenza di RSA adeguatamente attrezzate ad accogliere pazienti in dimissione da ospedale potrebbe in qualche modo contribuire all'allungamento improprio delle degenze in post-acuzie e pertanto impedire uno spostamento di risorse dall'ospedale al territorio.

3.3. I trasferimenti monetari

I trasferimenti *cash* rappresentano la più importante misura a sostegno degli anziani non autosufficienti in Italia, sia in termini di risorse pubbliche impiegate (su questo si veda anche il successivo par. 4) che per l'ampiezza dell'utenza (Lamura, Principi, 2009; Chiatti *et al.*, 2010). Nell'ambito dei trasferimenti lo strumento con maggiore diffusione è l'indennità di accompagnamento (*ex lege* n. 18 del 1980), la quale costituisce una prestazione di sostegno economico erogata dall'INPS a soggetti che non sono in grado di deambulare autonomamente e/o richiedono un'assistenza continua per svolgere gli atti della vita quotidiana.

Il bisogno che è alla base della concessione dell'indennità di accompagnamento, considerato estremo e quindi non graduato, era valutato da parte di una commissione medica della ASL di competenza esclusivamente da un punto di vista funzionale. Oggi alla commissione della ASL si è aggiunto un medico dell'INPS, allo scopo di uniformare maggiormente criteri di concessione e valutazioni.

L'indennità, come si può chiaramente dedurre dai dati di spesa pubblicati dall'INPS, ha conosciuto nel corso dell'ultimo decennio una diffusione senza precedenti che ha in larga parte determinato l'incremento della spesa complessiva dei trasferimenti agli invalidi civili. Nel 2002 la spesa pubblica per l'indennità di accompagnamento si attestava a circa 7,5 miliardi di euro; per il 2011 l'INPS preventiva per questo intervento una spesa superiore ai 13,5 miliardi (per la maggior parte destinata ad anziani non autosufficienti). Il tasso di incremento della spesa ha mantenuto segno positivo per tutto il decennio considerato (ed allo stesso modo è incrementato il numero dei beneficiari in termini assoluti e relativi).

Nonostante negli ultimi anni il tasso di incremento della spesa sembri diminuire progressivamente (dal 7,9% del 2009 al 3,1% del 2011), è bene ricordare che

per il biennio 2010-2011 sono disponibili solo bilanci preventivi dell'INPS, i quali in passato hanno dimostrato di costituire stime al ribasso rispetto alle cifre consuntive⁽⁹⁾. È dunque logico attendersi che le cifre reali di spesa per il 2010-2011 possano risultare significativamente più elevate di quelle previste.

Tabella 3 - Andamento della spesa per prestazioni (pensioni + indennità) agli invalidi civili dal 2001 al 2011.

Anni	Spesa per invalidi civili, al netto maggiorazione ex art. 38 l. n. 448/2001	% incremento rispetto all'anno precedente	Spesa per indennità
2001	9.215.520.456	–	–
2002	10.911.516.151	18,4%	7.596.640.775
2003	11.830.407.276	8,4%	8.349.546.117
2004	12.305.422.594	4,0%	8.980.310.048
2005	12.927.329.431	5,0%	9.465.063.522
2006	13.527.158.478	4,6%	10.129.034.400
2007	14.429.944.649	6,7%	10.924.952.914
2008	15.252.518.074	5,7%	11.491.583.747
2009	16.453.790.045	7,9%	12.383.106.262
2010	17.078.873.786	3,8%	13.083.262.731
2011	17.611.528.707	3,1%	13.595.039.331

Fonti: per i dati di spesa fino all'anno 2009: *Rendiconti generali* (INPS, vari anni)⁽¹⁰⁾; per i dati di spesa degli anni 2010-2011: *Bilanci preventivi* (INPS, vari anni)⁽¹¹⁾; per i dati sulla copertura dell'indennità: *I beneficiari delle prestazioni pensionistiche* (ISTAT, vari anni).

Per quanto concerne la copertura dello strumento, nel 2008 il tasso di fruizione dell'indennità di accompagnamento per invalidità civile tra la popolazione anziana (comprendendo anche le prestazioni per non udenti e non vedenti) è stato pari al 12,5%⁽¹²⁾, in aumento dello 0,6% rispetto al 2007. A fare da capofila

⁽⁹⁾ A riguardo, basti pensare che la spesa consuntiva per l'indennità nel 2009 è stata di oltre 12 miliardi e 380 milioni, circa 300 milioni di euro in più rispetto al bilancio preventivo aggiornato. Più recentemente, la differenza tra preventivo originario e preventivo aggiornato per il 2010 sale a circa 500 milioni (12.586 milioni contro 13.083), in attesa ancora delle cifre consuntive.

⁽¹⁰⁾ I valori fanno riferimento ai bilanci consuntivi annuali.

⁽¹¹⁾ I valori fanno riferimento ai bilanci preventivi annuali: in particolare, per il 2010 si è utilizzato il bilancio preventivo aggiornato, mentre per il 2011 il bilancio preventivo originario (unico disponibile al momento).

⁽¹²⁾ Le informazioni relative alla diffusione dell'indennità di accompagnamento a livello regionale sono state tratte dall'indagine ISTAT sui trattamenti pensionistici e, sebbene siano meno recenti di quelle rilasciate dall'INPS, hanno diversi vantaggi sul versante dell'accuratez-

è l'Umbria, nella quale un anziano su cinque di fatto beneficia dell'indennità, la percentuale più alta sul territorio nazionale. Al contrario, il Trentino-Alto Adige (7,8%) ed il Piemonte (9,5%) si mantengono sotto la soglia del 10% e costituiscono le Regioni con le percentuali di beneficiari di indennità più basse.

Tra le Regioni del Centro-Nord, oltre alla già citata Umbria, solo le Marche (13,8%) e il Lazio (12,8%) sono al di sopra della media nazionale. Al Sud, sono Basilicata e Molise a registrare le percentuali di beneficiari dell'indennità più basse, mentre in tutte le altre Regioni i beneficiari oscillano tra il 13% e il 18%. Nel periodo 2004-2008 è incrementato il tasso di fruizione in tutte le Regioni italiane. La Regione meno generosa è stata il Trentino-Alto Adige, dove tra il 2007 e il 2008 la percentuale di anziani con indennità è addirittura diminuita.

Tabella 4 - Tasso di fruizione dell'indennità di accompagnamento per invalidità civile secondo Regione di appartenenza (per cento anziani), anni 2004-2008.

Regioni	Tasso di copertura degli over 65 (%)		
	2004	2008	Var. 2004-2008
Abruzzo	12,2	14,6	+ 2,4
Basilicata	10,8	12,6	+ 1,8
Calabria	14,2	18,0	+ 3,8
Campania	13,4	17,1	+ 3,7
Emilia-Romagna	9,9	11,4	+ 1,5
Friuli-Venezia Giulia	10,3	12,0	+ 1,7
Lazio	9,4	12,8	+ 3,4
Liguria	9,7	11,2	+ 1,5
Lombardia	8,8	10,2	+ 1,4
Marche	11,3	13,8	+ 2,5
Molise	8,1	12,1	+ 4,0
Piemonte	8,4	9,5	+ 1,1
Puglia	10,5	14,8	+ 4,3
Sardegna	12,3	15,9	+ 3,6
Sicilia	10,6	13,1	+ 2,5
Toscana	9,8	11,5	+ 1,7
Trentino-Alto Adige	7,0	7,8	+ 0,8
Umbria	15,9	19,9	+ 4,0
Valle d'Aosta	9,6	10,1	+ 0,5
Veneto	9,2	10,9	+ 1,7
Italia	10,2	12,5	+ 2,3

Fonte: ISTAT (anni vari), *Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. II. I beneficiari delle prestazioni pensionistiche.*

za dei dati. Per un chiarimento metodologico su quest'aspetto si veda la scorsa edizione de *La Bussola di N.N.A.* (Chiatti *et al.*, 2010).

Gli assegni di cura comunali rappresentano un'ulteriore misura di supporto erogata sotto forma di trasferimento monetario. Sebbene, come si vedrà, la spesa per questi strumenti non sia paragonabile a quella per i trasferimenti di titolarità nazionale, gli assegni di cura hanno rappresentato negli ultimi anni "un architrave delle politiche regionali" (Gori, Pasquinelli, 2008), la misura su cui maggiormente si è concentrato lo sforzo riformatore regionale. Gli assegni di cura consistono sostanzialmente in un contributo economico fornito da Comune o Asl agli anziani non autosufficienti o ai loro familiari per finanziare l'assistenza ai primi, da utilizzare liberamente.

Uno sguardo ai trasferimenti monetari comunali (esclusi quelli regionali e provinciali) rivela come la spesa per questo tipo di strumento in Italia sia molto contenuta, di poco superiore ai 78 milioni di euro nel 2007, considerando anche il costo di voucher ed altre tipologie di buoni sociosanitari (tabella IV in allegato). Gli abitanti dei Comuni del Nord hanno maggiormente usufruito di questi benefici: in Veneto, Emilia-Romagna e Lombardia, le tre Regioni con le amministrazioni comunali più "generose" in tal senso, i tassi di copertura sono stati rispettivamente di 2,53, 1,65 e 0,84 (vs una media nazionale dello 0,54%). I bassissimi tassi di copertura nelle Regioni del Sud non solo suggeriscono che in queste aree del Paese i Comuni possano disporre di minori entrate fiscali, ma anche che a livello di spesa municipale le risorse disponibili vengano prioritariamente allocate ad altri settori assistenziali, quali l'area Disagio Adulti o Minori.

4. Uno sguardo d'insieme

L'analisi dei nuovi dati disponibili circa gli interventi di sostegno rivolti agli anziani non autosufficienti in Italia rivela la presenza di una sostanziale stabilità e di un rafforzamento generalizzato degli storici trend del settore.

È leggermente aumentata l'offerta di Assistenza Domiciliare Integrata, ma non in tutte le Regioni. Anche negli ultimi anni all'allargamento della platea dei beneficiari ha avuto luogo una diminuzione dell'intensità del servizio offerto. Al contrario è leggermente diminuita la disponibilità del Servizio di Assistenza Domiciliare erogato dai Comuni, pur essendo aumentata la spesa media per singolo utente. Il carattere *cash-oriented* dell'assistenza continuativa in Italia si è ulteriormente rafforzato e la crescita dei tassi di fruizione dell'indennità di accompagnamento è stata generalizzata in tutte le Regioni (anche se è variata la dimensione di tale crescita ed in alcune Regioni l'aumento di spesa è stato più contenuto).

Dalla lettura congiunta di tutti gli indicatori disponibili emerge come la tradizionale eterogeneità dei contesti regionali si è andata ampliando. Pur in assenza di un aggiornamento della precedente *cluster analysis* (Chiatti *et al.*, 2010), è sempre più chiaro come il Nord e il Sud siano attraversati da una profonda di-

visione e che il sistema pubblico nelle Regioni meridionali deleghi in misura superiore alle famiglie i compiti di assistenza. Di ciò è un ben chiaro indicatore la carenza di strutture residenziali e la diffusione dell'indennità di accompagnamento.

I dati riguardanti la spesa complessiva per assistenza continuativa rivolta agli anziani non autosufficienti sono leggermente aumentati rispetto quelli indicati nello scorso Rapporto N.N.A. La Ragioneria Generale dello Stato indica che la spesa per *Long-term Care* in Italia nel 2010 è stata pari all'1,28%. Nel 2008 (dato presentato nell'ultima edizione della "Bussola") era pari all'1,18% (+0,1% del Pil), mentre nel 2004 era pari all'1,05%. Tra il 2004 e il 2010 l'aumento è stato dello 0,23% del Pil (tabella 5).

Di per sé questo aumento di spesa potrebbe indicare una maggiore attenzione verso il tema della non autosufficienza. Tuttavia due ordini di considerazioni sono necessarie. Prima di tutto, è aumentata la spesa, ma chiaramente è aumentato il numero di persone in condizioni di bisogno. Inoltre, non va trascurato l'aspetto qualitativo della spesa. Quella ad essere incrementata maggiormente è infatti la componente di spesa pubblica per l'erogazione dell'indennità di accompagnamento (+0,14% del Pil tra il 2004-2010). Questo dato conferma sia il rafforzamento della natura prevalentemente monetaria dell'intervento pubblico nella LTC italiana, ma anche che l'aumento di spesa è connesso principalmente all'incremento delle persone in condizioni di necessità (dato che l'indennità cresce direttamente in proporzione delle persone in stato di riconosciuta non autosufficienza). L'incremento più consistente è stato poi quello della componente sanitaria (+0,06%), mentre gli interventi di natura sociale (+0,04%) sono all'ultima posizione per investimenti del pubblico.

Tabella 5 - Andamento della spesa pubblica per *Long-term Care* per anziani non autosufficienti secondo le diverse componenti di spesa (Anni 2004-2010)

Spesa pubblica per LTC per anziani non autosufficienti	Anni		
	2004	2010	Δ 2004 - 2010
A) Componente sanitaria per LTC	0,45	0,51	+ 0,06
B) Indennità di accompagnamento	0,48	0,62	+ 0,14
C) Spesa sociale dei Comuni	0,11	0,15	+ 0,04
D) Totale	1,05	1,28	+ 0,23

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

L'importanza relativa della spesa per LTC in Italia è ben chiarita dal confronto con le altre voci di spesa pubblica nel nostro Paese. Sempre secondo la Ragioneria Generale dello Stato, nel 2008 il totale della spesa della P.A. era pari al 51,9% del Pil. Il 16,1% del Pil è assorbito dalla spesa per le pensioni, un dato che supera grandemente la media dell'Unione Europea a 15 che è di 11,7. I co-

sti di amministrazione generale rappresentano il 9% del Pil, seguiti dalla Sanità (7,1%) e dagli interessi sul debito pubblico (ben il 5,1% del prodotto interno lordo italiano!).

Queste cifre rendono evidenti gli squilibri che sono generati nel corso degli anni a livello di gestione complessiva ed indirizzo della spesa pubblica. La recente evoluzione demografica, unita agli effetti della crisi economica e finanziaria, impongono la necessità di prendere decisioni coraggiose in questo ambito, se non si desidera che le conseguenze negative del cronico sottofinanziamento degli interventi a sostegno della non autosufficienza ricadano interamente sui privati e le famiglie.

Bibliografia

- CHIATTI C., BARBABELLA F., LAMURA G., GORI C. (2010), *La "bussola" di N.N.A.: lo stato dell'arte basato sui dati*, in N.N.A. (Network per la Non Autosufficienza) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. Rapporto 2010*, Rimini, Maggioli, pp. 13-39.
- EUROSTAT (2011), *Statistics Database*, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database.
- GORI C., LAMURA G. (2009), *Lo scenario complessivo*, in N.N.A. (Network per la Non Autosufficienza) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli, pp. 17-34.
- GORI C., PASQUINELLI S. (2008), *Gli assegni di cura*, in GORI C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti: gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci, pp. 157-182.
- INPS (vari anni), *Bilanci preventivi*, Roma, Istituto Nazionale di Previdenza Sociale.
- INPS (vari anni), *Rendiconti generali*, Roma, Istituto Nazionale di Previdenza Sociale.
- ISTAT (2008), *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica, http://www.ISTAT.it/dati/dataset/20080131_00/.
- ISTAT (2010a), *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (2010b), *Struttura e attività degli istituti di cura*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (2011), *Demografia in cifre*, www.demografia.istat.it.
- ISTAT (vari anni), *I beneficiari delle prestazioni pensionistiche. Statistiche della previdenza e dell'assistenza*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (vari anni), *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- JAGGER C., COLLERTON J.C., DAVIES K., KINGSTON A., ROBINSON L.A., ECCLES M.P., VON ZGLINICKI T., MARTIN-RUIZ C., JAMES O.F., KIRKWOOD T.B., BOND J. (2011), *Capability and dependency in the Newcastle 85+ cohort study. Projections of future care needs*, in *BMC Geriatrics*, pp. 11-21.
- LAMURA G., PRINCIPI A. (2009), *I trasferimenti monetari*, in N.N.A. (Network per la Non Autosufficienza) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli, pp. 69-82.

- MINISTERO DELLA SALUTE (2006), *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e dell'assistenza ospedaliera a domicilio*, Roma, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.
- MINISTERO DELLA SALUTE (vari anni), *Annuario statistico del servizio sanitario nazionale (Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere)*, Roma, Ministero della Salute.
- MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO (2011), *Indicatori degli Obiettivi di Servizio – QSN 2007-2013*, http://www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio/dati.asp.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (vari anni), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario*, Roma, Ragioneria Generale dello Stato.
- ROBINE J.M., MICHEL J. (2004), *Looking forward to a general theory of ageing*, in "Journal of Gerontology A", 59 (6), pp. M590-M597.
- ROBINE J.M., MICHEL J.P., HERRMANN F.R. (2007), *Who will care for the oldest people in our ageing society?*, in "British Medical Journal", 334 (7593), 570-571.
- ROSTGAARD T., CHIATTI C., LAMURA G. (2011), *Tensions Related to Care Migration – The North-South Divide of Long-term Care*, in B. PFAU-EFFINGER, T. ROSTGAARD (a cura di), *Care between Work and Welfare in European Societies*, Houndmills, Palgrave Macmillan.

Appendice statistica

Tabella I - Copertura ADI per 100 anziani, intensità del servizio in termini di ore per caso trattato e incidenza della spesa per ADI sul totale della spesa sanitaria⁽¹³⁾

Ripartizioni geografiche	Copertura ADI 2009	Var. Copertura 2001-2009	Intensità ADI 2008	Incidenza spesa ADI 2008	Var. incidenza 2001-2008
Piemonte	2,3	0,9	22	1,3	0,5
Valle d'Aosta	0,4	-	40	1,0	0,5
Lombardia	4,1	1,7	16	0,7	-0,1
Trentino-Alto Adige	0,8	0,6	-	(^a)	
– Bolzano	0,4	0,3		1,3	0,6
– Trento	1,1	0,8	25	0,2	0,1
Veneto	4,8	1,8	9	1,1	0,2
Friuli-Venezia Giulia	7,7	0,1	7	3,0	0,8
Liguria	3,4	-0,1	25	0,7	0,1
Emilia-Romagna	8,3	6,4	21	2,1	1,0
Toscana	2,2	0,3	21	1,2	-0,3
Umbria	7,6	6,1	28	1,2	-0,8
Marche	3,6	-0,4	22	1,4	-1,1
Lazio	4,0	2,2	16	0,5	0,0
Abruzzo	4,8	3,9	27	1,0	0,4
Molise	2,4	-3,3	55	0,4	-0,4
Campania	1,9	1,0	33	0,4	0,1
Puglia	2,0	1,0	40	0,4	0,3
Basilicata	5,1	2,5	42	1,1	0,3
Calabria	2,5	1,9	18	(^a)	
Sicilia	1,1	0,5	19	0,4	-4,0
Sardegna	2,3	1,8	29	0,7	0,4

Fonte: Ministero per lo Sviluppo Economico (2011).

⁽¹³⁾ Non sono disponibili dati relativi alle ammissioni della Provincia di Bolzano ed in questo caso è stato impiegato il dato relativo all'anno 2005. Tale approssimazione influenza (ma in misura assai contenuta) il tasso totale per l'Italia.

Tabella II - Strutture, posti letto e utenti anziani in strutture residenziali: fonte ministeriale e ISTAT a confronto⁽¹⁴⁾

Regione	Dati Ministero, 2008				ISTAT, 2006
	Strutture	Posti letto	Utenti	Utenti × 100 anziani	Degenti × 100 anziani
Piemonte	394	16,681	19,302	1,9	5,5
Valle d'Aosta	1	5	24	0,1	5,1
Lombardia	624	55,145	75,946	4,0	3,8
Trentino-Alto Adige	-	-	-	-	6,5
– Bolzano	39	3,346	3,637	4,3	-
– Trento	56	4,338	4,626	4,7	-
Veneto	318	25,578	36,515	3,9	4,6
Friuli-Venezia Giulia	89	6,542	15,023	5,3	8,1
Liguria	93	2,733	6,839	1,6	5,2
Emilia-Romagna	351	17,231	28,386	2,9	4,4
Toscana	280	10,561	14,814	1,7	2,2
Umbria	35	1,549	2,417	1,2	1,7
Marche	37	1,394	3,629	1,0	3,1
Lazio	68	4,518	5,994	0,6	1,5
Abruzzo	34	1,666	3,253	1,2	2,1
Molise	-	-	-	-	2,3
Campania	18	563	519	0,1	0,6
Puglia	12	625	951	0,1	1,1
Basilicata	5	191	315	0,3	0,6
Calabria	26	795	1,060	0,3	0,7
Sicilia	24	679	2,184	0,2	1,0
Sardegna	27	719	914	0,3	1,8

Fonte: Ministero della Salute (2010) e ISTAT, *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia* (2010a).

⁽¹⁴⁾ Non sono disponibili dati relativi alle ammissioni della Provincia di Bolzano ed in questo caso è stato impiegato il dato relativo all'anno 2005. Tale approssimazione influenza (ma in misura assai contenuta) il tasso totale per l'Italia.

Tabella III - Degenze per 1000 anziani in RSA, posti letto, tassi di degenza, durata media ricovero e giornate di degenza per 100 anziani dei reparti ospedalieri di Lungodegenza e riabilitazione intensiva ospedaliera - Anno 2006

Regioni	RSA			Lungodegenza ospedaliera (cod. 60)			Riabilitazione intensiva ospedaliera (cod. 56)		
	Degenze x 1000 anziani	pl (x 1000 anziani)	Degenze x 100 anziani	Durata media degenza	Giornate degenza x 100 anziani	pl (x 1000 anziani)	Degenze x 100 anziani	Durata media degenza	Giornate degenza x 100 anziani
Piemonte	7,6	1,2	0,9	34,5	30,9	2,8	2,7	29,2	80,2
Valle d'Aosta	8,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	35,3	0,4	0,3	27,9	9,7	3,3	5,1	21,3	108,2
Trentino-Alto Adige	40,4	2,3	3,1	29,9	92,6	2,9	5,0	20,1	100,0
Veneto	5,4	1,1	1,4	25,1	34,3	1,7	2,5	22,0	55,2
Friuli-Venezia Giulia	34,9	0,1	0,1	15,0	0,9	0,8	0,6	35,6	20,9
Liguria	16,3	0,0	0,0	-	0,0	1,6	2,3	-	42,1
Emilia-Romagna	8,6	2,4	3,2	30,9	98,3	1,4	1,8	25,6	47,1
Toscana	15,4	0,3	0,3	32,1	10,1	0,9	1,3	21,1	27,9
Umbria	4,0	0,1	0,1	19,4	2,4	0,5	0,8	16,8	13,6
Marche	8,8	1,4	1,4	27,2	38,5	0,9	1,0	29,5	29,1
Lazio	4,7	1,7	0,6	84,2	50,6	3,9	3,3	38,7	127,1
Abruzzo	7,4	0,3	0,4	19,8	7,0	2,4	5,6	14,1	78,9
Molise	0	0,4	0,3	33,4	10,4	3,5	2,7	34,4	91,5
Campania	0,6	0,6	0,4	48,6	19,3	1,6	1,4	32,7	45,6
Puglia	0,3	0,9	1,0	20,0	20,6	1,6	2,1	25,1	52,8
Basilicata	0	0,4	0,4	26,6	9,6	0,7	0,8	24,3	18,3
Calabria	2,7	1,3	0,7	53,7	39,4	1,4	1,4	29,7	42,2
Sicilia	2,0	0,3	0,2	18,6	4,6	0,9	1,0	27,6	28,0
Sardegna	3,5	0,6	0,4	34,5	13,0	0,2	0,1	34,9	3,6
Italia	11,8	0,9	0,8	33,5	27,6	2,0	2,5	25,1	62,8

Fonte: ISTAT, *Struttura e attività degli istituti di cura* (2010b).

Tabella IV - Voucher, assegno di cura e buono sociosanitario nell'area anziani: spesa, spesa per utente, copertura e incidenza degli anziani su tot. spesa comunale, per Regione – Anno 2007

Regioni	Copertura pop. anziana (%)	Spesa per utente (in €)	Spesa complessiva (in milioni di €)	Incidenza anziani su spesa comunale per trasferimenti (%)
Piemonte	0,56	2.914	16,30	83,6
Valle d'Aosta	0,49	8.532	1,07	99,8
Lombardia	0,84	1.197	18,98	62,0
Trentino-Alto Adige	0,24	6.491	2,85	68,6
– Bolzano	0,00	-	0,00	-
– Trento	0,45	6.491	2,85	68,6
Veneto	2,53	590	13,98	87,0
Friuli-Venezia Giulia	0,51	3.659	5,18	98,1
Liguria	0,55	2.726	6,46	88,7
Emilia-Romagna	1,65	466	7,44	62,8
Toscana	0,16	1.480	2,05	88,8
Umbria	0,00	-	0,00	0,0
Marche	0,03	1.890	0,17	73,8
Lazio	0,00	3.219	0,07	23,9
Abruzzo	0,02	297	0,00	9,5
Molise	0,00	3.699	0,00	52,9
Campania	0,01	1.585	0,11	29,2
Puglia	0,04	4.481	1,21	26,9
Basilicata	0,00	-	0,00	0,0
Calabria	0,01	323	0,00	38,9
Sicilia	0,24	1.054	2,33	14,6
Sardegna	0,01	3.143	0,08	36,0
Italia	0,59	1.125	78,32	65,3

Fonte: ns. elaborazione su ISTAT, *Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati* (2011).

2. Come cambia la realtà italiana

Cristiano Gori

1. Introduzione

La fase attuale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia è – come noto – segnata da profonda incertezza. Guardando al sistema nel suo insieme, i principali punti interrogativi riguardano le conseguenze che il pacchetto di tagli, attuati e in arrivo, potrà esercitare sui percorsi di potenziamento delle politiche per la non autosufficienza avviati da molte Regioni nello scorso decennio e i possibili effetti della delega di riforma dell'assistenza sociale presentata dal Governo nell'estate 2011. A politiche regionali e delega è dedicato il presente capitolo. Cruciale sarà, inoltre, l'interazione di questi fenomeni con il processo d'introduzione del federalismo in atto nel nostro Paese, di cui si occupa Anna Banchemo nel successivo contributo.

2. Le politiche regionali ⁽¹⁾

Pur nella propria eterogeneità, gran parte delle Regioni condivide un aspetto: aver compiuto negli anni recenti un percorso di potenziamento del settore senza precedenti, per progettualità e risorse dedicate. È avvenuto, in particolare, con la legislatura regionale 2005-2010 ⁽²⁾, che ha visto l'assistenza agli anziani non autosufficienti imporsi tra le priorità delle amministrazioni. Partendo da situazioni differenti, e con sforzi di varia intensità, numerose Regioni hanno incrementato gli stanziamenti dedicati e hanno puntato sullo sviluppo dei servizi alla persona. Varie hanno legato questi sviluppi all'introduzione di un "Fondo regionale per i non autosufficienti", la cui istituzione ha assunto significati differenti. In alcune realtà sono stati introdotti o rafforzati singoli servizi, senza considerare il sistema nel suo complesso. In altre è stato ripensato l'insieme degli interven-

⁽¹⁾ Alcune parti di questo paragrafo sono tratte da C. Gori (2011), *Gli anziani non autosufficienti*, in "Welfare Oggi", 3, pp. 20-23.

⁽²⁾ La maggioranza delle Giunte regionali è stata rinnovata nella primavera del 2010.

ti rivolti alla non autosufficienza, avviando un percorso di sviluppo pluriennale, con un progetto unitario e una serie di obiettivi specifici (Ceda, Fosti e Tediosi, 2009). Progressivamente, varie Regioni partite con il primo modello si sono mosse verso il secondo (box 1) (Agenas, 2009).

Box 1 - Le politiche regionali: l'eredità 2005-2010

Una crescita diffusa

Tutte le Regioni hanno, in varia misura, aumentato i finanziamenti dedicati agli anziani non autosufficienti e incrementato l'offerta di servizi alla persona.

Due modelli di Fondo

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

- L'occasione per ridisegnare complessivamente le politiche per i non autosufficienti. Un ripensamento dell'insieme dei servizi e delle prestazioni dedicate, che ha portato a un progetto unitario di sviluppo pluriennale (ad es. Liguria, Toscana);
- l'introduzione/il rafforzamento di singoli interventi. L'attivazione o il potenziamento di uno o due interventi (prevalentemente domiciliari), senza ridisegnare il sistema nel suo insieme (ad es. Friuli-Venezia Giulia, Sardegna).

Fonte: Gori, Pelliccia e Tidoli, 2010.

Utilizzare il Fondo come lo strumento per il complessivo ripensamento delle politiche regionali di assistenza continuativa significa ridisegnare l'insieme degli interventi e sforzarsi di dare all'offerta territoriale – nell'ambito di una sua robusta crescita – la maggior articolazione possibile tra servizi residenziali, semi-residenziali, domiciliari e assegni di cura. Un simile impegno viene solitamente accompagnato da un rafforzamento dell'Unità di Valutazione Geriatrica (o altrimenti detta) e del percorso assistenziale. Il tema è da approfondire ulteriormente, ma l'impressione – basata sulle realtà conosciute – è che la combinazione di articolazione dell'offerta e rafforzamento dell'UVG produca risultati particolarmente positivi per i cittadini.

Far propria questa idea del Fondo, inoltre, vuol dire considerare per la prima volta la non autosufficienza come un'area di welfare autonoma, un settore differente rispetto alla sanità e ai servizi sociali, che li "taglia" trasversalmente ma è altra cosa, con una sua precisa specificità. Ciò ha significato attribuire all'assistenza continuativa una dignità politico-istituzionale e una visibilità mai avute prima. Dignità e visibilità si sono tradotte in un livello particolarmente alto di stanziamenti, non a caso maggiori dov'è stata compiuta questa scelta.

Per lungo tempo, l'aspettativa diffusa è stata che la legislatura regionale 2010-2015 avrebbe visto un ulteriore passo in avanti nel cammino delle riforme. Oggi, invece, diversi motivi spingono molte amministrazioni regionali a mettere in discussione la possibilità di continuare il percorso intrapreso. Primo, i tagli ai Comuni e ai Fondi sociali nazionali, in particolare al Fondo per le non auto-

sufficienze, che in numerose realtà aveva agito da volano del cambiamento. Secondo, i crescenti vincoli posti alla spesa sanitaria, che rendono sempre più problematica l'ipotesi – promossa per lungo tempo dai sostenitori del nostro settore – di spostare risorse, all'interno del bilancio regionale, dalla sanità acuta alla non autosufficienza. Terzo, la percezione che lo Stato non intenda aiutare le Regioni a sviluppare i servizi neppure nel prossimo futuro (si pensi all'assenza dei livelli essenziali dal dibattito politico sul federalismo).

2.1. *Il rischio di un arretramento*

Il quadro è in continua evoluzione ma alcuni tratti emergono con una certa chiarezza. Mentre la popolazione anziana aumenta la spesa sociale a disposizione di Comuni e Ambiti Territoriali è in fortissimo calo, la spesa sociosanitaria si trova in misura crescente sotto pressione e l'indennità di accompagnamento acquista una centralità ancora maggiore di prima. Non è chiaro quale sbocco avrà l'attuale fase di turbolenza (Trabucchi, 2010) ma è ben visibile cosa accadrà se le Regioni rinunceranno ai percorsi di riforma avviati. In questa evenienza, infatti, si vivrà un ritorno al passato e un rinnovato consolidamento del modello tradizionale di welfare, fondato su trasferimenti monetari, servizi deboli e delega alla famiglia.

Il rischio è che le diverse realtà tendano – con intensità e caratteristiche differenti – verso il seguente scenario.

Le strutture residenziali vedranno le proprie liste d'attesa ingrossarsi ancora e si focalizzeranno sempre più su casi di gravità estrema. La gran parte delle situazioni sarà affrontata nel territorio, dove ASL e Comuni avranno una strada obbligata per rispondere alle crescenti domande, quella di diminuire l'assistenza fornita a ogni singolo utente. In pratica, se prima per uno stesso bisogno si garantivano – ad esempio – tre visite settimanali ora ne verranno assicurate due. Gli operatori domiciliari saranno, pertanto, sempre più concentrati sullo svolgimento della prestazione senza il tempo di dare consigli o indicazioni alla famiglia.

Rallenterà lo sviluppo dei servizi con lo specifico obiettivo di fornire informazione e consulenza a quest'ultima – sportelli informativi, unità di valutazione professionali, indicazioni di figure cui far riferimento nel tempo – per tradizione di estrema debolezza nel nostro Paese e su cui si è particolarmente lavorato negli ultimi anni. Inevitabilmente, quando le risorse per i servizi scarseggiano le si concentra nell'assistenza diretta, a scapito di tali funzioni.

Il fulcro diventerà sempre più l'indennità di accompagnamento, 487 euro mensili forniti senza alcuna regola sull'utilizzo né tutele per chi è coinvolto (anziano, famiglia, badante). La sua erogazione non è collegata ad alcun servizio d'informazione e consulenza, e il contributo viene perlopiù utilizzato per pagare una par-

te della remunerazione delle badanti, sovente impiegate nell'economia sommersa, in assenza di vincoli alla loro assunzione regolare e alla loro qualificazione.

La gran parte degli anziani non autosufficienti, dunque, vivrà a domicilio. Il concreto lavoro di assistenza sarà suddiviso, con modalità variabili, tra assistente familiare (badante) e famiglia e la sua organizzazione risulterà a carico di quest'ultima, in misura persino superiore rispetto a quanto accade attualmente.

2.2. Le conseguenze di un eventuale arretramento

Gli effetti di un possibile "ritorno al passato" si possono sintetizzare nei seguenti punti:

Le famiglie non ricevono le competenze che chiedono. Le ricerche mostrano che le famiglie vogliono conoscenze sulle problematiche del loro congiunto anziano, su come affrontarle e su come districarsi nella rete di welfare. La realtà italiana è già precaria sotto questo profilo ma pare destinata a indebolirsi ulteriormente a causa del rallentamento ai servizi d'informazione e consulenza, e del minor contributo in tal senso che potranno fornire gli interventi domiciliari.

Un welfare delegante è di bassa qualità. La riduzione dei finanziamenti per i servizi spingerà ad abbassarne la qualità. Inoltre, non esiste alcun requisito secondo il quale le risorse dell'accompagnamento debbano essere destinate ad assistenti familiari assunte regolarmente e con un certo livello di qualificazione. La misura simile utilizzata in Austria, ad esempio, è stata riformata nel 2007 e ora può essere impiegata dalle famiglie per retribuire solo assistenti familiari adeguatamente formate e regolarmente assunte.

Una questione di donne. Le assistenti familiari sono perlopiù donne straniere, alle quali un simile sistema non garantisce tutele. I familiari forniscono direttamente assistenza e, anche quando la maggior parte di questo impegno l'assumono le assistenti familiari, il complicato compito di complessiva "regia" – laddove la debolezza delle funzioni di informazione e consulenza pesa particolarmente – si concentra su un componente della famiglia. Di solito è una donna, figlia, moglie o nuora.

Un lavoro spesso sfruttato. L'attenzione verso anziani e famiglie non deve far dimenticare la realtà, sempre più critica, di coloro i quali svolgono un'occupazione retribuita nell'assistenza. Nei servizi, l'imperativo al risparmio si scarica in parte sui lavoratori, sovente pagati assai poco e con deboli tutele. L'accompagnamento, a sua volta, può essere utilizzato dalle famiglie per remunerare le badanti in qualsiasi situazione, senza che sia prevista per loro alcuna tutela.

La non autosufficienza diviene, sempre più, fonte di diseguaglianza. Se è scarso l'investimento pubblico nei servizi residenziali, che hanno un costo elevato per le famiglie, queste ultime si dividono tra due gruppi. Una minoranza che può pagare privatamente – e lo fa in misura crescente – e la maggioranza non in grado di permettersi o che riesce a farlo solo a costo del proprio impoverimento.

Il futuro perde i pezzi. Un welfare ostinatamente tradizionale presuppone basse aspettative degli utenti verso la qualità dei servizi e familiari disponibili a un ampio impegno diretto. Entrambi i presupposti diventeranno, nel tempo, sempre più fragili perché le nuove generazioni di anziani – più istruite e consapevoli dei propri diritti – avranno maggiori aspettative di qualità e perché le possibilità di coinvolgimento diretto dei familiari diminuiranno (gli anziani avranno meno figli, che vanno in pensione più tardi, meno disposti a rinunciare a propri desideri per assistere i genitori e – se più donne – con più probabilità che lavorino).

Tabella 1 - Cosa accadrà se le Regioni rinunceranno ai percorsi di riforma avviati?

Le conseguenze	Cosa significano in pratica
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le famiglie non ricevono le competenze che richiedono 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rallentamento dei servizi di informazione/consulenza ▪ Domiciliarità sempre più prestazionale
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un welfare delegante è di bassa qualità 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La riduzione dei finanziamenti spinge ad abbassare la qualità dei servizi ▪ L'accompagnamento non prevede tutele alla qualità del <i>care</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una questione di donne 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ È donna l'assistente familiare che assiste ▪ È donna la familiare che fa "regia"
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un lavoro spesso sfruttato 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meno risorse nei servizi si scaricano (anche) sugli operatori
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non autosufficienza come origine di disuguaglianza 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nei servizi residenziali un gruppo crescente di famiglie non riesce a pagare la retta o lo fa solo a costo del proprio impoverimento
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il futuro perde i pezzi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il modello d'intervento che si prefigura prevede basse aspettative di qualità e alto coinvolgimento dei familiari. Entrambi i presupposti sono destinati, nel futuro, a indebolirsi

3. La delega assistenziale

Durante l'estate, l'Esecutivo ha presentato un disegno di legge delega per la riforma del fisco e dell'assistenza. All'assistenza sociale è dedicato l'articolo 10, i cui contenuti sono presentati nella tabella 2. Il testo è estremamente vago e neppure la relazione tecnica di accompagnamento aiuta a comprendere meglio le intenzioni dell'Esecutivo. Il punto fermo è che dall'attuazione della delega, "in particolare dal riordino della spesa in materia sociale", devono derivare risparmi per 4 miliardi di euro per il 2012 e 20 miliardi di euro a partire dal 2013. Sono risparmi infatti, che sono già considerati come acquisiti nel conteggio complessivo della manovra economica dell'estate 2011. Qualora entro il 30 settembre 2012 non sia stata approvata una delega con tali caratteristiche, si provvederà alla riduzione del 5%

per l'anno 2012 e del 20% a decorrere dall'anno 2013 dei regimi di esenzione, esclusione e favore fiscale. La situazione è – a dir poco – fluida. Di seguito si propone un commento delle parti di maggiore rilievo per gli anziani non autosufficienti, riguardanti rispettivamente la revisione dell'Isee, l'armonizzazione tra previdenza, assistenza e fisco, e la riforma dell'indennità di accompagnamento.

Tabella 2 - I contenuti della delega assistenziale, articolo 10 della delega su fisco e assistenza, commi da a) a f)

(Revisione dell'ISEE)
a) revisione degli indicatori della situazione economica equivalente, con particolare attenzione alla composizione del nucleo familiare;
(Riordino dei criteri di accesso alle prestazioni monetarie)
b) riordino dei criteri, inclusi quelli relativi all'invalidità e alla reversibilità, dei requisiti reddituali e patrimoniali, nonché delle relative situazioni a carattere personale e familiare per l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali;
(Armonizzazione tra previdenza, assistenza e fisco)
c) armonizzazione dei diversi strumenti previdenziali, assistenziali e fiscali di sostegno alle condizioni di bisogno allo scopo di: 1) evitare duplicazioni e sovrapposizioni; 2) favorire un'adeguata responsabilizzazione sull'utilizzo e sul controllo delle risorse da parte dei livelli di governo coinvolti anche, ove possibile e opportuno, con meccanismi inerenti al federalismo fiscale; 3) perseguire una gestione integrata dei servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali;
(Riforma dell'indennità di accompagnamento)
d) per l'indennità di accompagnamento, istituzione di un fondo per l'indennità sussidiaria ripartito tra le Regioni, in base a <i>standard</i> definiti in base alla popolazione residente e al tasso di invecchiamento della stessa nonché a fattori ambientali specifici, al fine di: 1) favorire l'integrazione e la razionalizzazione di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali; 2) favorire la libertà di scelta dell'utente; diffondere l'assistenza domiciliare; finanziare prioritariamente le iniziative e gli interventi sociali attuati sussidiariamente via volontariato, <i>non profit</i> , organizzazioni non lucrative di utilità sociale (Onlus), cooperative e imprese sociali, quali organizzazioni con finalità sociali, quando, rispetto agli altri interventi diretti, sussistano i requisiti di efficacia e di convenienza economica in considerazione dei risultati;
(Riforma della carta acquisti, più nota come "Social Card")
e) trasferimento ai Comuni, singoli o associati, del sistema relativo alla carta acquisti, con lo scopo di identificare i beneficiari in termini di prossimità, di integrare le risorse pubbliche con la diffusa raccolta di erogazioni e benefici a carattere liberale, di affidare alle organizzazioni non profittevoli la gestione della carta acquisti attraverso le proprie reti relazionali;
(Ruolo dell'INPS)
f) attribuzione all'Istituto nazionale della previdenza sociale delle competenze relative a: 1) erogazione delle prestazioni assistenziali quando assumono il carattere di contributo monetario diretto, in coordinamento con le Regioni e gli enti locali; 2) organizzazione del fascicolo elettronico della persona e delle famiglie attraverso la realizzazione di un'anagrafe generale delle posizioni assistenziali, condivisa tra le amministrazioni centrali dello Stato, gli enti pubblici di previdenza e assistenza, le Regioni e gli enti locali, al fine di monitorare lo stato di bisogno e il complesso delle prestazioni rese da tutte le amministrazioni pubbliche.

3.1. *Comma a) – Riforma dell'ISEE* ⁽³⁾

Il primo comma della delega, contenente la revisione dell'ISEE, non potrà accontentare chi cerca risorse per il risanamento della finanza pubblica. Tale revisione, invece, sarebbe necessaria per incrementare l'equità del nostro welfare ma la norma – così come è scritta – non rispetta il dettato costituzionale in materia di leggi delega. Vediamo meglio.

L'ISEE, Indicatore della situazione economica equivalente, serve – come noto – a misurare la condizione economica di chi richiede o di chi riceve prestazioni di welfare pubblico in modo il più aderente possibile alla sua situazione effettiva. Questo strumento prende in considerazione il reddito, il patrimonio (mobiliare e immobiliare) e le caratteristiche del nucleo familiare (numerosità e tipologia). Viene utilizzato per determinare se un cittadino ha diritto a una prestazione (ad esempio gli assegni per le famiglie con almeno 3 figli minori) o per definire l'importo della retta di un servizio (ad esempio asilo nido).

La delega si focalizza sulla composizione del nucleo familiare da considerare nel calcolo dell'ISEE, punto decisivo nella controversia in merito a come stabilire l'importo delle rette delle strutture residenziali per anziani. In questi anni è cresciuto, sempre più, il contenzioso tra chi pensa che per determinare la retta sia da considerare la condizione economica del solo anziano e coloro i quali ritengono si debba considerare anche quella dei suoi familiari (coniuge e figli). La differenza è sostanziale: nella seconda ipotesi i figli contribuiscono a pagare la struttura per i genitori altrimenti ciò non accade.

Il riordino dell'ISEE – attuato nel 1998 – indicò che lo Stato avrebbe emanato un successivo atto per dirimere il punto ma, dopo 13 anni, ancora lo si attende. Il vuoto normativo ha lasciato spazio a comportamenti difforni nelle diverse Regioni e ha causato non pochi problemi. Primo, diffuse iniquità tra i cittadini. In alcune realtà a utenti benestanti è stata richiesta una retta inferiore a quella che avrebbero potuto pagare senza difficoltà e in altre, invece, è stata richiesta una retta troppo elevata a utenti in precarie condizioni economiche. Secondo, la sostituzione della politica con la magistratura. In assenza delle necessarie regole statali, si è avuto un numero crescente di ricorsi ai tribunali amministrativi da parte di parenti cui le strutture residenziali chiedevano di contribuire alle rette degli anziani. Terzo, pressioni insostenibili sui Comuni. Se l'utente e/o la famiglia non possono pagare la retta lo fanno i Comuni, che però lo Stato non ha mai dotato degli stanziamenti necessari. Le richieste ai Comuni in proposito aumentano così come le loro difficoltà nel soddisfarle.

⁽³⁾ Questo e i successivi due paragrafi ripropongono articoli pubblicati in "Il Sole 24 Ore" rispettivamente il 10, 11 e 13 agosto 2011.

Gli esperti concordano sulla necessità di una revisione che regoli la composizione del nucleo e rafforzi la capacità dell'ISEE di fotografare la reale condizione economica delle persone (così da destinare i soldi pubblici a chi ne ha veramente bisogno). Voler agire in questo ambito, dunque, è positivo. Tuttavia, la Costituzione dispone che, in caso di delega al Governo, il Parlamento indichi oltre all'oggetto e alla durata della stessa, anche i principi e i criteri direttivi per il suo esercizio. La delega assistenziale, invece, indica l'oggetto (l'ISEE) ma non i principi e i criteri direttivi da seguire. Di fatto, una delega in bianco.

Infine, l'interesse verso l'assistenza è oggi guidato dalla ricerca di risorse per il risanamento del bilancio pubblico ma la revisione dell'ISEE non offre sbocchi in tal senso, qualunque strada si segua. Puntare sul reddito del solo utente vuol dire non chiedere contributi alle famiglie e, quindi, aumentare la pressione sui Comuni. Puntare sul reddito della famiglia consentirebbe ai Comuni di risparmiare qualche risorsa (i dati disponibili non consentono una stima), che certo lo Stato non potrebbe richiedere loro poiché non li ha mai dotati di finanziamenti per il pagamento delle rette.

3.2. *Comma b) – Riordino dei criteri di accesso alle prestazioni monetarie*

Nella delega assistenziale a suscitare maggiore interesse è il comma *b)*, che indica l'intenzione di riordinare i criteri per l'accesso alle prestazioni monetarie. Il testo è vago ma ne esiste una precisa interpretazione prevalente: "riordino dei criteri dell'accesso = loro restringimento = recupero di risorse per il risanamento della finanza pubblica". A mio avviso, però, l'equazione non funziona.

Le prestazioni sono destinate a chi possiede specifici requisiti (famiglie con figli, pensionati in difficoltà economiche, persone con disabilità e anziani non autosufficienti). Se permane la condizione di bisogno che ha motivato inizialmente l'erogazione della misura questa non può essere tolta a coloro che già la ricevono. È possibile, casomai, restringere i criteri d'accesso cosicché – a partire da domani – individui con la medesima condizione di chi oggi ne fruisce non la ottengano: ciò significa che i risparmi sono ottenibili solo diminuendo il numero di utenti futuri, un'azione realizzabile in numerosi anni mentre il Governo cerca risorse per il 2012 e il 2013.

Inoltre, valgono pure qui i dubbi di costituzionalità riferiti all'articolo 1. L'articolo 2, infatti, indica l'oggetto della delega (le regole per l'accesso) ma non i principi e i criteri direttivi per il suo esercizio, come invece la Costituzione richiede.

Tra le numerose prestazioni socio-assistenziali, il Governo sembra molto interessato alle pensioni d'invalidità, di cui pure si è già occupato intensamente lo scorso anno con l'azione contro i "falsi invalidi". Allora l'Esecutivo non modificò le soglie di reddito per riceverle, ritenendole già sufficientemente strette, men-

tre provò a elevare la percentuale d'invalidità necessaria dal 74% all'85%. Quando fu dimostrato che la pensione sarebbe stata così tolta a individui che ne hanno effettivamente bisogno, il Governo fece marcia indietro. La chiave per il contenimento della spesa sono i controlli, tesi ad assicurare che riceva la pensione solo chi ne ha effettivamente bisogno. L'Esecutivo è già intervenuto ripetutamente per rafforzarli e ha ottenuto risultati positivi. In sintesi, quello che si poteva fare lo si è già fatto, nuove azioni sull'accesso causerebbero danni sociali senza produrre risparmi.

Pare essere in esame anche la possibilità di introdurre criteri di accesso all'indennità di accompagnamento basati non solo sul bisogno assistenziale, come è oggi, ma anche sulle condizioni economiche del richiedente. In gran parte d'Europa, tuttavia, misure equivalenti all'indennità di accompagnamento sono fornite esclusivamente sulla base del bisogno, ad esempio in Germania (*Pflegegeld*), Inghilterra (*Attendance Allowance*) e Spagna (*Prestacione Economica*). Il presupposto comune è che l'assistenza agli anziani non autosufficienti – i principali utenti di queste misure – debba essere considerata un diritto di cittadinanza, indipendente dalle disponibilità economiche delle persone, come la sanità. Spesso, invece, è l'importo a essere graduato secondo il bisogno e le possibilità economiche, così da adattarsi alle diverse condizioni degli utenti: mentre in Italia è fisso a 487 euro, in Germania, ad esempio, può variare tra 250 e 1.400 euro.

Tra il 2002 e il 2009 la spesa per l'indennità di accompagnamento è passata da 7,6 miliardi di euro a 12,2 miliardi (+ 60%), e la percentuale di persone con almeno 65 anni che la ricevono dal 6% al 9,5% (dati più recenti disponibili). Alcuni ritengono che introdurre un criterio di accesso basato sul reddito sia necessario per evitare che l'incremento della spesa prosegua. Il boom dell'indennità, però, è legato a motivi che vanno ben oltre l'assenza di questo criterio, motivi connessi alla recente evoluzione del welfare italiano. Nello scorso decennio, infatti, pressate da esigenze di assistenza sempre più impegnative, le famiglie degli anziani non autosufficienti si sono rivolte in misura crescente alle badanti e hanno utilizzato l'accompagnamento per contribuire alla loro remunerazione. La diffusione delle badanti, a sua volta, è legata alla scarsità dei servizi pubblici per gli anziani. L'accompagnamento richiede una riforma complessiva, che la leghi al rafforzamento dei servizi pubblici: è proprio la delega, nello stimolante comma *d*), ad indicare la strada. L'azione estemporanea sul solo accesso non porterebbe risorse, non risolverebbe alcuno tra i problemi sul tappeto e avrebbe elevate probabilità di essere iniqua.

L'atteggiamento dell'attuale Governo verso le politiche sociali è stata sinora caratterizzato dal contrasto tra il ridotto interesse verso la disamina tecnica dei temi concreti e la priorità assegnata alla riflessione sui valori. Oggi l'incontro tra il ridotto controllo tecnico della materia e la concitazione del momento rischia di produrre un esito paradossale, la "macelleria sociale senza risanamento". Esiste,

infatti, il pericolo d'interventi sui criteri di accesso capaci di danneggiare le famiglie più vulnerabili senza portare un contributo degno di nota al risanamento del bilancio.

3.3. *Comma d), Riforma dell'indennità di accompagnamento*

Il meglio della delega assistenziale si trova, a mio parere, dove non ce lo si aspetta. Il testo non offre – come da molti sperato – risorse utili alle urgenti esigenze di risanamento dello Stato mentre ospita alcune positive indicazioni per la riforma degli interventi. A partire dal comma *d)*, dedicato agli anziani non autosufficienti.

Questo articolo contiene la revisione dell'indennità di accompagnamento, asse portante delle politiche loro rivolte in Italia. Si tratta di 487 euro mensili che servono a sostenere le spese aggiuntive dovute alla necessità di assistenza continua e sono utilizzati, perlopiù, per remunerare le assistenti familiari; li riceve il 9,5% delle persone con almeno 65 anni.

Come in tutta la delega, il testo è vago, presenta diversi errori tecnici ed è impregnato di una certa venatura ideologica, ad esempio laddove rinomina la misura "indennità sussidiaria alla non autosufficienza". La strada tracciata, in ogni modo, sembra chiara e i suoi punti principali sono apprezzabili.

Primo. Il sostegno pubblico alle famiglie di anziani che vivono a domicilio è costituito principalmente dall'indennità e la presenza dei servizi è minore; lo confermano le quote di Pil dedicate, rispettivamente lo 0,62% alla prima e lo 0,24 ai secondi. Numerose ricerche – ma prima ancora l'esperienza concreta – testimoniano che le famiglie necessitano di informazioni, suggerimenti e consulenza mentre oggi l'erogazione dell'accompagnamento non è abbinata a nulla di simile. Detto altrimenti, le famiglie si trovano sole, con i 487 euro in mano, a dover capire cosa fare e a chi rivolgersi. È opportuna, pertanto, l'indicazione della delega di legare alla fruizione dell'indennità la possibilità di interpellare operatori specializzati che forniscano loro le informazioni e i consigli necessari.

Secondo. Spesso le famiglie utilizzano l'indennità per pagare in modo irregolare (parte) della remunerazione delle badanti (assistenti familiari), "facilitate" dalla carenza di controlli. Manca pure qualsiasi regola per far sì che l'assistenza fornita grazie all'accompagnamento rispetti dei criteri di qualità. La delega indica l'intenzione di sciogliere questi nodi, pur senza precisare in che modo. La strada migliore pare quella intrapresa in Austria, dove fino al 2007 è esistita una misura simile all'accompagnamento, utilizzata perlopiù per remunerare le badanti provenienti dall'Est irregolarmente e senza alcuna garanzia di qualità. La riforma lì introdotta ha reso obbligatorio l'utilizzo della prestazione per remunerare badanti assunte in modo regolare e che assicurino un livello minimo di competenze nell'assistenza (offrendo a chi ne è privo la possibilità di frequentare i corsi necessari).

Terzo. In alcune Regioni, perlopiù del Mezzogiorno, la percentuale di anziani che ricevono l'accompagnamento è superiore a quella di coloro i quali – secondo i dati Istat sulla non autosufficienza – ne avrebbero bisogno. Le Regioni, va detto, non sono incentivate a contenere la spesa: a loro spetta la decisione su quali domande per l'indennità accettare ma è lo Stato a finanziarla. La delega indica una strada per superare questo incentivo negativo al comportamento delle Regioni. Stabilisce, infatti, che lo Stato trasferisca loro le risorse necessarie, in base ai dati sulla diffusione territoriale della non autosufficienza, ma che laddove la spesa di una Regione risulti maggiore di quanto ricevuto sia essa stessa a reperire gli stanziamenti ulteriori nel proprio bilancio. Un meccanismo semplice e più efficace di tanti bizantinismi sul federalismo.

Il dibattito scientifico internazionale giudica l'indennità di accompagnamento la peggiore tra le misure simili in Europa, per equità e qualità. Alle criticità menzionate va aggiunta l'inappropriatezza dovuta alla sua rigidità: a tutti viene fornito il medesimo importo (i 487 euro) invece di modularlo – come accade all'estero – secondo i bisogni assistenziali e le condizioni economiche.

Se si deciderà di rendere gli interventi per gli anziani non autosufficienti una priorità della politica, la riforma dell'indennità rappresenterà uno dei passaggi decisivi, insieme all'incremento dei servizi pubblici (a domicilio e in case di riposo).

Bibliografia

- AGENAS (2009), *I fondi e le politiche per la non autosufficienza nelle Regioni*, Roma, Agenas, novembre.
- CEDA C., FOSTI G., TEDIOSI F. (2009), *Il fondo per le non autosufficienze: implicazioni per la governance dei servizi socio-sanitari regionali e locali*, in CANTÙ E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, Milano, Egea, pp. 349-378.
- GORI C., PELLICCIA L., TIDOLI R. (2010), *Le politiche regionali*, in N.N.A. (Network Non Autosufficienza) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Rimini, Maggioli, pp. 91-123.
- TRABUCCHI M. (2010), *Editoriale: l'organizzazione dei servizi per la persona anziana*, in "Tendenze Nuove", 2, pp. 123-126.

3. Le prime indicazioni sul Federalismo regionale

Anna Banchemo

1. L'evoluzione ed i contenuti dei provvedimenti sul Federalismo fiscale

Prima di descrivere gli effetti del Federalismo sulle **politiche regionali sociali e sanitarie** ⁽¹⁾, ritengo opportuno ridisegnare il quadro normativo e organizzativo che regola la strategia federale. Innanzi tutto, dobbiamo ricordare che il Federalismo è stato introdotto dalla legge n. 42/2009 *Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione*; questa legge ha iniziato a disegnare scenari differenti (come abbiamo avuto modo di sottolineare nel rapporto 2010), dal Federalismo tedesco ad altri disegni di autonomie decentrate; si tratta infatti di uno scenario che potenzia ed enfatizza le autonomie locali (da quelle regionali a quelle comunali) con pesanti difficoltà attuative, perché l'assetto statale/istituzionale non è stato oggetto di una profonda revisione degli assetti amministrativi e organizzativi dello Stato, ma solo di aggiustamenti, con il risultato di una difficile applicazione delle norme federali nell'attuale momento di grave crisi economica.

Le parole chiave del Federalismo italiano sono rappresentate dai seguenti concetti:

- autonomia impositiva
- costi standard
- fabbisogni standard
- superamento della spesa storica
- premi e sanzioni.

Nel senso indicato, la legge n. 42/2009, rappresentando solo una "impalcatura" della riforma federale, ha bisogno di molti provvedimenti esplicativi e attuativi.

Il decreto legislativo n. 216 del 26 novembre 2010 – *Disposizioni in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard di Comuni, Città metropolitane e Province* inizia a regolare la determinazione dei fabbisogni standard partendo dagli "obiettivi di servizio" per giungere ai "livelli essenziali delle prestazioni", che

⁽¹⁾ Questo e tutti gli altri grassetto presenti nel testo sono dell'Autrice.

devono rispondere al dettato dell'articolo 117 della Costituzione ed in particolare, alle lettere *m*) e *p*). Tutto, deve rispettare gli obiettivi di finanza pubblica ed in questo senso il Governo all'articolo 3 del decreto, elenca le funzioni fondamentali svolte dai Comuni e dalle Province, mentre all'articolo 4, indica la metodologia per determinare i fabbisogni standard. Il decreto, per valutare la spesa delle funzioni svolte da Comuni e Province, effettua una ricognizione delle attività comunali in cui include:

1. funzioni generali di amministrazione, di gestione e di controllo, nella misura complessiva del 70% delle spese come certificate dall'ultimo conto del bilancio disponibile alla data di entrata in vigore della legge 5 maggio 2009, n. 42;
2. funzioni di polizia locale;
3. funzioni di istruzione pubblica, ivi compresi i servizi per gli **asili nido e quelli di assistenza scolastica e refezione**, nonché l'edilizia scolastica;
4. funzioni nel campo della viabilità e dei trasporti;
5. funzioni riguardanti la gestione del territorio e dell'ambiente, fatta eccezione per il servizio di edilizia residenziale pubblica e locale e piani di edilizia nonché per il servizio idrico integrato;
6. funzioni del **settore sociale**.

Nella ricognizione delle attività svolte dalle Province considera:

1. funzioni generali di amministrazione, di gestione e di controllo, nella misura complessiva del 70% delle spese come certificate dall'ultimo conto del bilancio disponibile alla data di entrata in vigore della legge 5 maggio 2009, n. 42;
2. funzioni di **istruzione pubblica**, ivi compresa l'edilizia scolastica;
3. funzioni nel campo dei trasporti;
4. funzioni riguardanti la gestione del territorio;
5. funzioni nel campo della tutela ambientale;
6. funzioni nel campo dello sviluppo economico relative ai servizi del mercato del lavoro.

I costi ed i fabbisogni standard saranno dedotti dalla valutazione economica delle funzioni svolte da Comuni e Province (sopra indicate), che forniscono i dati di spesa attraverso la compilazione di appositi questionari inviati al SOSE (società per gli studi di settore). Il SOSE a partire dal 2012 e fino al 2014, elaborerà i dati individuando una "quota di spesa per abitante", tenendo conto anche di diversi fattori: spesa storica, caratteristiche geomorfologiche e territoriali, ampiezza demografica, fattori produttivi dei servizi (ivi compreso quelli esternalizzati), efficacia e qualità.

Il lavoro non è facile, soprattutto per i servizi sociali (più semplice per i nidi), perché i fattori produttivi di tali servizi sono difficilmente standardizzabili. Ben conosciamo come i diversi territori rispondano in modo differenziato, ad esempio, all'assistenza domiciliare agli anziani: erogazione diretta, esternalizzazione, forme miste tra diretta ed esternalizzata, avvalendosi di strutture come le

ASP (aziende di servizi alla persona) o altro. Quindi ricostruire una “spesa tipo” sarà una impresa non semplice. Non a caso, i servizi sociali saranno presi in considerazione nell’ultima fase, ovvero, nel 2014. Comunque, la società SOSE sarà affiancata dall’IFEL (Istituto per la finanza e l’economia locale), centro studi collegato all’ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani) che potrà fornire un valido apporto sulle analisi.

I Comuni hanno già predisposto i questionari del SOSE ed hanno provveduto ad inviarli alla Società.

In successione al decreto citato, lo Stato ha emanato il 14 marzo 2011 il decreto legislativo n. 23 – *Disposizioni in materia di Federalismo Fiscale Municipale*. Il decreto prevede di attribuire ai Comuni, già a partire dal 2011, il gettito derivante da alcuni tributi statali del comparto immobiliare, per gli immobili ubicati nel territorio comunale.

In particolare, il decreto attribuisce ai Comuni **nuove forme di entrata** derivanti dalle diverse imposte:

- a. 30% delle imposte sui trasferimenti immobiliari (imposte di registro, tributi speciali catastali, tasse ipotecarie);
- b. intero gettito dell’imposta di registro e di bollo sui contratti di locazione relativi ad immobili;
- c. gettito dell’IRPEF relativa ai redditi fondiari (escluso il reddito agrario);
- d. nuova cedolare secca sugli affitti, eventualmente riscossa in alternativa all’IRPEF per gli immobili locati ad uso abitativo;
- e. compartecipazione al gettito IVA a decorrere dall’anno 2011. La percentuale della compartecipazione, fissata, nel rispetto dei saldi di finanza pubblica, sarà stabilita con d.P.C.M., d’intesa con la Conferenza unificata.

La seconda fase della riforma sul federalismo municipale, prevede che gli attuali tributi statali e comunali che insistono sul comparto immobiliare, siano sostituiti da un numero ridotto di forme di prelievo. A decorrere dall’anno 2014, i Comuni possono istituire due nuove imposte (l’imposta municipale propria e l’imposta municipale secondaria). **L’imposta municipale propria**, sostituisce, per la componente immobiliare, l’imposta sul reddito delle persone fisiche e le relative addizionali dovute in base ai redditi fondiari attinenti beni non locati e l’imposta comunale sugli immobili (ICI).

All’imposta sopra citata, con deliberazione del Consiglio comunale, i Comuni potranno affiancare **l’imposta municipale secondaria**, che dovrà sostituire le seguenti forme di prelievo:

- taxa per l’occupazione di spazi ed aree pubbliche (TOSAP);
- canone di occupazione di spazi ed aree pubbliche (COSAP);
- imposta comunale sulla pubblicità e i diritti sulle pubbliche affissioni;
- canone per l’autorizzazione all’installazione dei mezzi pubblicitari (CIMP).

I provvedimenti citati ignorano le Regioni per le quali si provvede con successive norme, ovvero con il decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 – *Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario*. Il provvedimento è uno dei più importanti tra quelli ad oggi emanati e disciplina l'*autonomia di entrata* delle Regioni, delle Province autonome e delle città metropolitane, nonché *fabbisogni e costi standard per il settore sanitario* e prevede l'istituzione della Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica.

Il sistema disegnato dal decreto entrerà a regime nel 2013 e per il suo funzionamento di dettaglio necessita di molti altri atti prevalentemente d.P.C.M., da adottare tramite parere o intese con la Conferenza Stato-Regioni (senza escludere anche il parere delle Commissioni parlamentari). Alla data di redazione del presente articolo (settembre 2011) si sta discutendo la manovra finanziaria approvata il 13 agosto 2011 – *Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo*, in cui si prevede anche un'anticipazione dell'entrata in vigore del Federalismo al 2012, quindi la data di entrata in vigore potrà essere corretta.

Come è noto, uno dei capisaldi del Federalismo è l'autonomia di entrata degli Enti regionali e locali per poter amministrare le risorse economiche nella misura migliore e più efficace per il territorio e le materie di competenza. In questi termini, **le principali entrate delle Regioni** ⁽²⁾ determinate dal d.lgs. n. 68/2011, sono rappresentate da:

1. **Addizionale IRPEF** (la disciplina della stessa è comunque demandata a futuro d.P.C.M.) e quando sarà fissata l'aliquota potrà essere aumentata dalle Regioni fino a un massimo di 0,5% nel 2013; di 1,1% nel 2014; di 2,1% nel 2015, sono fatti salvi scaglioni IRPEF relativi ai bassi redditi. L'autonomia regionale potrà modulare anche la disciplina dell'addizionale IRPEF (da ricordare che l'addizionale IRPEF è già stata aumentata da diverse Regioni per rientrare dai debiti del sistema sanitario). Attraverso i Bilanci regionali si potranno disporre detrazioni in favore delle famiglie o misure di sostegno economico a favore dei cittadini con bassi redditi oppure detrazioni sostitutive di *voucher* per l'accesso ai servizi pubblici. Queste detrazioni **saranno interamente a carico del bilancio regionale** e non verranno compensate da trasferimenti statali.

2. **Compartecipazione all'IVA**: è basata sul principio di territorialità e va a compensare l'Ente sul cui territorio avvengono i consumi.

⁽²⁾ Va ricordato che dal 2012 tutti i Fondi nazionali sono eliminati (es: Fondo sanitario, Fondo per le politiche sociali, Fondi per la scuola, il trasporto locale, ecc.).

3. Imposta Regionale sulle Attività Produttive (IRAP): trattandosi di un'imposta regionale, ogni Regione potrà azzerarla, ridurla o limitarla con deduzioni dall'imponibile. Come le detrazioni dall'addizionale IRPEF, anche le riduzioni del gettito di questo tributo non saranno compensate dallo Stato.

4. Tributi regionali propri: le Regioni potranno ridisciplinarli con proprie leggi e se del caso, anche sopprimerli. Tra questi la tassa automobilistica. Ciascuna Regione potrà poi istituire tributi nuovi (regionali o locali), su "ricchezze" non assoggettate a imposizioni statali (è ovvio che non si tratta di misure "popolari"). Per l'attuazione, sono necessarie altre norme statali.

5. Evasione fiscale: le Regioni partecipano al gettito derivante dai recuperi sull'evasione fiscale e possono stabilire convenzioni con l'Agenzia delle entrate, per realizzare forme di cooperazione per smascherare evasione fiscale e co-gestire tributi regionali e compartecipazioni al gettito dei tributi erariali.

Tutte le entrate sopra indicate sostituiscono i trasferimenti ordinari dallo Stato alle Regioni e ai Comuni; futuri d.P.C.M. dovranno individuare la quantità di risorse che arrivano con i trasferimenti e permettono agli Enti decentrati le spese di parte corrente ed in conto capitale, che – se non finanziate in maniera corretta – imporrebbero agli Enti il ricorso all'indebitamento.

Le premesse sulla parte finanziaria sono determinanti per comprendere le risorse di cui Regioni e Comuni potranno disporre in maniera autonoma (si ricorda che l'autonomia delle entrate è un caposaldo del Federalismo). Ovviamente, è con le entrate a disposizione, che Regioni e Comuni (per la parte assistenziale), dovranno assicurare le prestazioni comprese nei **livelli essenziali delle prestazioni (LEP)**, per la sanità, i servizi sociali (che purtroppo sono individuati dai provvedimenti sul Federalismo come "assistenza", ritornando ad una definizione precedente alla legge n. 328/2000), istruzione e trasporto pubblico locale, consentendo anche gli investimenti. Come si può osservare, per Regioni e Comuni, emerge l'importanza delle ricognizioni sulla consistenza delle attività finanziate e sulle modalità che saranno adottate per la futura determinazione dei fabbisogni, cui provvederanno specifici d.P.C.M. e leggi, che saranno anche oggetto di intesa con la Conferenza unificata.

Tutto questo, ha ovviamente una pesante ripercussione sulle prestazioni a favore della non autosufficienza che devono confrontarsi con due problemi:

a) scarsa definizione delle prestazioni specifiche per la non autosufficienza (come si evidenziava nel rapporto 2010 sono definite dal d.P.C.M. del 29 novembre 2001 solo le prestazioni sanitarie: assistenza medica, infermieristica domiciliare, residenzialità e semiresidenzialità, senza indicare quantità e condizioni di erogazione);

b) come risultanza di quanto indicato alla lettera a), elevata eterogeneità di erogazione da parte di Regioni e Comuni.

È ovvio, che solo la quantità delle entrate e la capacità politico-programmatica delle Amministrazioni, potrà orientare le scelte a favore dei non autosufficienti.

I percorsi per giungere ai Livelli essenziali delle prestazioni (LEP) nelle materie assistenza e istruzione (per la sanità i livelli sono già stati fissati con il d.P.C.M. 29 novembre 2001), secondo l'articolo 13 del d.lgs. n. 68/2011, sono abbastanza complessi e prevedono una serie di "passi" così riassumibili:

I. nel rispetto dei **vincoli di finanza pubblica** e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, nonché della cornice finanziaria dei settori interessati, la **legge statale** stabilisce le modalità di determinazione dei livelli essenziali di assistenza e dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale, in base all'articolo 117, secondo comma, lettera *m*), della Costituzione;

II. i LEP sono stabiliti prendendo a riferimento macroaree di intervento, omogenee al proprio interno per tipologia di servizi offerti, indipendentemente dal livello di governo erogatore;

III. per ciascuna delle macroaree sono definiti i costi e i fabbisogni standard, nonché metodologie di monitoraggio e di valutazione dell'efficienza e dell'appropriatezza dei servizi offerti;

IV. il Governo, nell'ambito della legge di stabilità, in coerenza con il Documento di Economia e Finanza e previo parere della Conferenza Unificata, propone norme di coordinamento dinamico della finanza pubblica, per realizzare la convergenza dei costi e dei fabbisogni standard dei diversi livelli di governo, nonché un **percorso di convergenza tra gli obiettivi di servizio ed i LEP**;

V. con **d.P.C.M. e d'intesa con la Conferenza Unificata** e previo parere delle Commissioni della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica competenti per i profili di carattere finanziario, è effettuata la ricognizione dei LEP nelle materie dell'assistenza, dell'istruzione e del trasporto pubblico locale;

VI. fino alla legge che disciplina i LEP, **tramite intesa in sede di Conferenza Unificata sono stabiliti i servizi da erogare**, aventi caratteristiche di generalità e permanenza, e il relativo fabbisogno, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica;

VII. SOSE e ISTAT, avvalendosi della Struttura tecnica di supporto alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (CINSEDO), effettuano una ricognizione dei LEP che le Regioni a statuto ordinario effettivamente garantiscono e dei relativi costi;

VIII. i risultati della ricognizione sono comunicati alle Camere e alla Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica. I risultati confluiscono nella banca dati delle amministrazioni pubbliche (art. 13 legge n. 196/2009);

IX. in base alle rilevazioni effettuate da SOSE il Governo adotta linee di indirizzo per la definizione dei LEP in apposito allegato al Documento di Economia e Finanza ai fini di consentire l'attuazione degli stessi dei costi standard e degli Obiettivi di Servizio.

Come possiamo osservare, prima di arrivare ai LEP c'è molta strada da percorrere... forse anni, ma nel frattempo, abbiamo la possibilità per i **servizi sociali** di un consolidamento (almeno della situazione in essere) con l'**intesa** prevista al sopracitato punto VI, che, se Regioni e autonomie locali sapranno utilizzare nella maniera migliore, può porre un primo punto fermo sulla uniformità, sulla diffusione e sulla permanenza delle prestazioni sociali, in oggi, fortemente a rischio per la grave situazione economica delle Regioni e dei Comuni.

In questo panorama, **la sanità** ha un percorso "facilitato" sia per la spesa che per i LEP, come si diceva in precedenza, già definiti dal d.P.C.M. 29 novembre 2001 (LEA sanitari e sociosanitari). Sulla spesa, il decreto fa rinvio a dati e parametri di valutazione in oggi già disponibili e provenienti dalle "Regioni virtuose". Lo Stato, dovrà indicare le cinque Regioni che hanno conseguito i risultati economici migliori nella garanzia dei livelli essenziali di assistenza sanitaria. Di queste cinque, tre (la migliore e altre due), scelte dalla Conferenza Stato-Regioni, diverranno le **Regioni di riferimento**, ed i loro valori di costo rappresenteranno il parametro utile alla determinazione del fabbisogno delle altre Regioni e quindi orienteranno la distribuzione delle risorse destinate a finanziare la spesa sanitaria.

Il fabbisogno sanitario nazionale, sarà determinato tramite intesa tra Stato e Regioni, "in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria" (art. 26, comma 1). I **valori standard** delle Regioni virtuose saranno utilizzati come criteri di distribuzione tra tutte le Regioni delle risorse finanziarie corrispondenti al fabbisogno nazionale. In sintesi, **i costi medi pro capite** delle prestazioni sanitarie erogate nelle Regioni di riferimento, saranno moltiplicati per la popolazione che dovrebbe essere pesata per classi di età. Il fabbisogno standard di ogni Regione diverrà una percentuale nell'ambito del fabbisogno nazionale e andrà a determinare le risorse finanziarie da assegnare a ciascuna Regione. Già dal 2011 il riparto del Fondo Sanitario si è orientato verso una spesa capitaria bilanciata sui consumi delle Regioni con migliori performance, ma l'applicazione dei criteri esposti dovrà partire dal 2013, se, come precisato in precedenza, non si anticiperà il Federalismo con la manovra economica.

Un altro elemento di grosso rilievo inserito nel decreto è il **fondo di perequazione**, che concorrerà con le entrate regionali illustrate a garantire che ciascuna Regione disponga di risorse pari ai fabbisogni standard. Il fondo sarà alimentato dalla compartecipazione all'IIVA. Il fondo provvederà anche alla perequazione delle spese **per funzioni diverse** da quelle dei livelli essenziali, ma per queste altre funzioni, la perequazione sarà solo parziale.

La perequazione avverrà tenendo conto delle differenze tra il gettito dell'addizionale IRPEF nelle singole Regioni e la media nazionale. Le Regioni con un gettito superiore alla media contribuiranno al "fondo", mentre quelle con un gettito inferiore saranno finanziate dal fondo che non provvederà al 100%, ma almeno al 75%. Per stabilire la perequazione si dovrà tenere conto dei costi medi delle diverse Regioni. Appositi correttivi sono previsti per le Regioni di minor dimensione demografica.

Nel decreto sono disciplinati anche i **rapporti finanziari tra Regioni e Comuni**: da un sistema di trasferimenti dalle prime ai secondi, si passerà ad un sistema analogo a quello regolato tra Stato e Regioni, ovvero, compartecipazione dei Comuni ai tributi regionali (principalmente all'addizionale IRPEF), oppure sarà posta in essere una *devolution* di alcuni tributi regionali a favore dei Comuni. Ogni Regione provvederà per la materia ad un'intesa con i Comuni del proprio territorio. Ciascuna Regione dovrà anche istituire un fondo sperimentale di riequilibrio, cui dovrà destinare almeno il 30% delle risorse da ripartire tra i Comuni.

Infine il decreto legislativo n. 68/2011 prevede anche:

- le linee fondamentali sull'autonomia di entrata delle Province e delle istituzioni metropolitane;
- l'istituzione di un altro fondo perequativo a livello statale (per le Province), alimentato dalla compartecipazione all'IRPEF;
- l'organizzazione e il funzionamento della Conferenza permanente per il "coordinamento della finanza pubblica", di cui fanno parte rappresentanti dello Stato, delle Regioni e degli Enti locali, che deve concorrere alla **ripartizione annuale degli obiettivi di finanza pubblica** tra centro e periferia, esprimendo parere anche sul Documento di Programmazione Economica. La concreta istituzione della Conferenza è demandata al successivo decreto sotto illustrato.

Nello stesso mese di maggio 2011, viene licenziato dal Governo il decreto legislativo 31 maggio 2011 – *Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42*, che si propone di armonizzare i sistemi contabili e gli schemi di bilancio di Regioni ed Enti locali, nonché dei loro enti e organismi strumentali, per consentire una maggior omogeneità nell'ambito della classificazione delle spese e dei conti e quindi un più facile controllo degli stessi.

Il quadro dei decreti è completato dal d.lgs. – *Meccanismi sanzionatori e premiali relativi a Regioni, Province e Comuni, nonché istituzione della Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica ai sensi degli articoli 2, 5, 17 e 26 della legge 5 maggio 2009, n. 42*, che il Consiglio dei Ministri ha approvato in via definitiva il 28 luglio 2011. Si tratta dell'ottavo e ultimo decreto attuativo della legge delega sul federalismo.

Scopo del decreto è evidenziare la distinzione tra enti virtuosi e inefficienti,

tramite le sue disposizioni le Regioni “deficitarie” subiranno una sorta di “processo” di fronte alla Commissione bicamerale per gli affari regionali, che giudicherà a maggioranza dei due terzi.

Tra le sanzioni a carico degli amministratori locali degli Enti sono previste:

- la decadenza automatica dei Presidenti delle Regioni che presentino bilanci gravemente dissestati;
- la nomina di un commissario *ad acta* nell’ipotesi in cui il bilancio regionale non presenti un deficit grave;
- la **non possibilità** a candidarsi di Sindaci e Presidenti delle Province che chiudano il mandato con bilanci in rosso;
- la **decadenza automatica** dei manager della Sanità (Direttori generali, Direttori amministrativi, Direttori sanitari) nell’ipotesi di chiusura del bilancio in passivo, e interdizione degli stessi per 10 anni da qualunque carica pubblica;
- l’obbligo, per gli amministratori di Enti locali (Province e Comuni con più di 5.000 abitanti) e delle Regioni, di presentare un rendiconto finanziario di fine mandato che sarà sul sito ufficiale della Regione e di ogni Ente locale.

Il decreto va a verificare anche la responsabilità dei Ministri che “spendono più di quanto sia necessario”. Si prevedono premi per le Regioni che, nella sanità, introducono centrali acquisti e favoriscono l’applicazione di tutte le norme che possono aumentare la virtuosità.

Il decreto sta causando grosse polemiche e il Presidente della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e P.A., Vasco Errani, ha preso le distanze: “Siamo favorevoli ai contenuti, ma il modo con cui si applicano non è costituzionale perché manca la «reciprocità con il governo»”. Nessuna delle principali indicazioni fornite dai Presidenti delle Regioni è stata presa in considerazione e nell’attuale stretta economica con i tagli che le amministrazioni regionali e locali stanno subendo, sarà inevitabilmente compromessa la tenuta del sistema delle relazioni istituzionali e quindi la leale collaborazione tra Enti prevista dalla Costituzione e dalla stessa legge sul Federalismo.

2. Le Azioni delle Regioni per accompagnare i processi del Federalismo

In materia di sanità e servizi sociali si sono avviati percorsi di analisi e proposizione da parte delle Regioni. Per la **sanità**, a parte i LEA già definiti, non sono ancora individuate ufficialmente le 5 Regioni (e su queste le 3) che dovranno fungere da punti di riferimento per i costi ed i fabbisogni standard ⁽³⁾.

⁽³⁾ Solo studi ministeriali hanno individuato tra le Regioni italiane alcune che hanno performance migliori, sia in termini di costo dei servizi, che come risposta ai Livelli di assistenza.

Per i **servizi sociali** esiste ancora una forte disomogeneità erogativa e la prima tappa da raggiungere è quella della definizione dei macro **obiettivi di servizio**. Questo concetto deriva dalla programmazione strategica nazionale a favore delle Regioni che fruiscono di fondi europei (Obiettivo 2) il suo significato è quello di fissare obiettivi da raggiungere in termini di particolari prestazioni: assistenza domiciliare e asili nido.

Pertanto, prendendo a riferimento lo scenario della programmazione strategica la Commissione Politiche Sociali in seno alla Conferenza dei Presidenti delle Regioni, ha elaborato uno studio consegnato ai Presidenti nel luglio 2011 che prevede oltre che gli Obiettivi di Servizio, al loro interno, anche delle **linee strategiche di intervento**, ovvero gruppi di prestazioni omogenee da assicurare ai cittadini. Lo studio prende in considerazione gli attuali scenari delle Politiche Sociali, nel contesto della stretta economica valutando particolarmente la eliminazione dei fondi nazionali, che impone una riorganizzazione della spesa e degli investimenti verso:

- una **rete di protezione sociale**, che accolga le **persone e famiglie** in difficoltà (povertà, disagio personale e familiare, disabilità, non autosufficienza, immigrazione, ecc.) per orientarle e sostenerle con le soluzioni più idonee e costruttive atte ad uscire dal bisogno;
- l'impostazione di un sistema erogativo secondo la "**welfare society**", con un ruolo di indirizzo e di governo affidato al pubblico, assegnando alla sussidiarietà orizzontale larga parte nell'erogazione dei servizi;
- la **promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza**, sostenendo le responsabilità familiari e provvedendo agli interventi obbligatori ed essenziali per l'accoglienza dei minori privi di famiglia.

In questo scenario, i "servizi sociali" propriamente detti, non possono ignorare un assetto sistemico con "salute", "istruzione" e "lavoro" perché il mancato accesso alle politiche della salute e del lavoro aumenta l'*esclusione* e quindi il ricorso a *prestazioni riparative*.

L'obiettivo delle politiche socio-economiche, secondo le teorie degli economisti più avanzati, deve essere quello dello sviluppo locale e nazionale, mirando ad un *sistema* di ben-essere della persona, della famiglia e del gruppo sociale, come gli indicatori innovativi di qualità sociale che misurano insieme agli indici di qualità ambientale lo sviluppo produttivo (PIL).

Secondo queste premesse, Regioni e Autonomie locali, preso atto dei vincoli di finanza pubblica, che rendono difficilmente praticabile nel breve periodo la definizione di **livelli essenziali** in termini di **diritti soggettivi**, e consapevoli della necessità di avviare un percorso per la riforma federalista, scelgono in ottemperanza al d.lgs. n. 68/2011, di iniziare con la definizione di "**macro livelli**" che raggruppano gli "**obiettivi di servizio**" da garantire ai cittadini, **partendo dalla spesa attuale**.

Si è giunti alla definizione dei macro obiettivi analizzando le attività svolte nei diversi territori regionali e valutando la spesa per sostenerli da parte di Comuni, Regioni, Stato per il triennio ⁽⁴⁾ 2006/2008:

Spesa sociale 2006/2008 ripartita per soggetto che concorre al finanziamento

Anno	Spesa (euro)	% Stato	% Regioni	% Comuni
2006	5.954.085.998	11,2 (*)	8,4 (*)	80,4 (*)
2007	6.399.384.297	12,0	18,1	70,0
2008	6.662.383.600	7,8	17,3	74,9

(*) Dato stimato, mancando le informazioni di 3 Regioni e di una PA

A questa spesa vanno aggiunte anche le misure economiche erogate dallo Stato per contrastare la povertà e le disabilità gravi (assegno sociale, assegni per l'invalidità e indennità di accompagnamento), che ammontano complessivamente a circa 19 miliardi di euro, per le quali da tempo, le Regioni hanno avanzato proposte di riordino, secondo gli orientamenti già espressi nell'articolo 24 della legge n. 328/2000.

Sotto il profilo di sviluppo delle politiche di welfare è da considerarsi anche il rapporto con il Patto di Stabilità, che analogamente ai servizi sanitari, non dovrebbe gravare sui servizi sociali, così come nel prosieguo della riforma federale, il **fondo perequativo**, agendo sulla sperequazione delle dotazioni economiche da parte delle diverse Regioni dovrebbe poter incrementare le politiche sociali particolarmente nelle Regioni del Sud.

La proposta delle Regioni non si ferma ad una riorganizzazione/razionalizzazione dei servizi alla persona, ma intende rivedere anche le regole per la **compartecipazione** alla spesa da parte dei cittadini, il consolidamento del **sistema informativo**, per migliorare il governo dei servizi e aumentarne l'efficacia e l'efficienza. A questo, va aggiunta la **dimensione territoriale**, anche in relazioni alle recenti proposte di revisione dell'assetto istituzionale dello Stato (accorpamento piccoli Comuni, ruolo delle Province), che diventa determinante, sia sotto il profilo dell'organizzazione, che per la spesa. In sintesi, l'occasione posta dalla legge n. 42/2009, deve essere oggi colta nei termini di sostenibilità della spesa e dell'efficientamento organizzativo del sistema sociale. Si indicano di seguito **Macro Livelli** e gli **Obiettivi di servizio**, le **linee di intervento** e la **condivisione delle prestazioni** con il sistema sanitario, come ipotizzati dalle Regioni:

⁽⁴⁾ I dati utilizzati sono stati quelli della *Indagine sulla spesa sociale* ISTAT, Regioni, Ministeri.

Macrolivello	Obiettivi di servizio	Linee di intervento	Condivisione con sanità ⁽⁵⁾	
Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale	Accesso	Azioni di sistema (Punto unico di accesso) Segretariato sociale	Sì	
	Presa in carico	Servizio sociale professionale		
		Funzioni sociali per la VMD	Sì	
	Funzioni sociali per affido/adozioni minori	Sì		
Pronto intervento sociale	Interventi per emergenza sociale			
Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio	Assistenza domiciliare	Supporto domiciliare per aiuto domestico/familiare	Sì	
		Assistenza tutelare OSS (ADI)	Sì	
		Misure di sostegno alla NA e disabilità grave		
	Assistenza Educativa Domiciliare	Sì		
Servizi di prossimità	Interventi di Prossimità (forme di solidarietà a favore delle fasce fragili)	Sì		
Servizi territoriali comunitari e per la prima infanzia	Asili nido e altri servizi per la prima infanzia	Asili nido e servizi innovativi prima infanzia		
		Centri di aggregazione e polivalenti		
Servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità	Comunità/residenze a favore dei minori e persone con fragilità	Comunità educativo-assistenziali	Sì	
		Centri semiresidenziali sociosanitari e socio-riabilitativi	Sì	
		Residenze per anziani	Sì	
		Residenze sociosanitarie per non autosufficienti	Sì	
		Strutture per disabili privi di sostegno familiare	Sì	
Misure di inclusione sociale e di sostegno al reddito	Interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia	Trasporto per fruire dell'assistenza socio-sanitaria e socio riabilitativa (Disabili gravi, Anziani NA)	Sì	
		Misure di sostegno al reddito per il contrasto alla povertà ⁽⁶⁾		
	Misure nazionali inclusione/sostegno al reddito	Assegni per Invalidità civile, sordità, sordomutismo		
		Indennità di accompagnamento		
		Assegno sociale		
Assegni maternità e ai nuclei familiari con 3 figli				

⁽⁵⁾ Condivisione delle prestazioni già stabilita d.P.C.M. 29 novembre 2011 – *Definizione dei Livelli di Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria*; d.P.C.M. 14 febbraio 2001 – *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie*.

⁽⁶⁾ Attualmente si tratta di interventi differenziati attivati da Comuni e Regioni. Si dovrebbe provvedere ad una misura di sostegno al reddito che dovrà allineare l'Italia alle misure già adottate nella quasi totalità dei Paesi membri dell'UE per facilitare l'inclusione sociale, provvedendo in termini economici anche alla revisione delle misure nazionali già attive, sopra indicate.

3. Conclusioni

Quanto illustrato offre al lettore una panoramica della complessità del federalismo e delle difficoltà in cui si trovano oggi le politiche sociali, quelle sanitarie e conseguentemente anche quelle sociosanitarie. Tutto ciò ha inevitabili ripercussioni sulle persone non autosufficienti che dal 2011 non solo hanno perduto il Fondo nazionale per la non autosufficienza, ma nel complesso anche l'83% del Fondo per le Politiche Sociali. La sanità "regge" ancora, ma anche qui i tagli si fanno sentire: dalla re-imposizione del ticket sulla specialistica alle restrizioni annunciate dalle manovre economiche dell'estate 2011.

Il momento non è solo serio, ma cruciale, anche per il futuro del Federalismo e, se non si attiverà una *governance* reale e concreta tra i livelli istituzionali, chi avrà maggiori problemi saranno proprio le fasce più deboli. Certamente può essere utile una rilettura del welfare e le Regioni con le autonomie locali hanno già iniziato, ma la riorganizzazione deve garantire almeno le risorse in atto insieme ad una riconversione delle prestazioni monetarie verso obiettivi più innovativi ed appropriati.

La proposta di legge che intende riordinare le prestazioni monetarie assistenziali che accompagna la manovra finanziaria, intraprende una strada troppo stretta e finalizzata ai soli tagli della spesa. L'invalidità civile va certamente attualizzata, nei 40 anni che sono trascorsi dalla legge n. 118 del 1971, moltissime cose sono cambiate, nei confronti dell'handicap e della stessa disabilità, agli emolumenti riparativi hanno fatto seguito prevenzione, riabilitazione, re-inserimento sociale, utilizzando strumenti che facilitano l'inclusione sociale: accompagnamento per la scuola, facilitazioni per il lavoro, ecc. Tutto ciò ha un costo, che può essere alternativo ad una prestazione monetaria di mera assistenza.

Per i non autosufficienti o le disabilità gravi è necessario prevedere ancora supporti economici, ma più coerenti alle condizioni psico-fisiche, rispetto la stessa indennità di accompagnamento. Tutto, però, deve essere inserito in un quadro globale che riguarda salute e supporto alla vita quotidiana dove anche il reddito ha un ruolo, perché ci troviamo di fronte ad una situazione economica che impone una selezione dei diritti, con risposta prioritaria ai più deboli.

Bibliografia

- BALDUZZI R. (2010), *Fabbisogni standard e decisioni di finanza pubblica nell'attuazione del federalismo fiscale*, Atti Commissione bicamerale per l'Attuazione del Federalismo Fiscale, 19 ottobre.
- PETRETTA A. (2011), *Osservazioni sul Federalismo Fiscale*, Istituto Regionale di Programmazione Economica della Toscana, febbraio.

Documentazione della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome (2011), www.regioni.it; marzo.

BRUNO E. (2011), *7 anni dall'avvio del Federalismo*, in "Il Sole 24 Ore", 27 marzo.

GIANNINI S., GUERRA M.C. (2011), *Un fisco da riformare*, in *Lavoce.info*, aprile.

4. Come cambia la realtà internazionale: l'analisi dell'OCSE

Francesca Colombo, Ana Llana-Nozal, Jérôme Mercier, Frits Tjadens

Nel maggio 2011 l'OCSE ha pubblicato un'ampia e autorevole analisi dell'attuale situazione dell'assistenza continuativa alle persone anziane non autosufficienti a livello internazionale (Help wanted? Providing and paying for long-term care, di Francesca Colombo, Ana Llana-Nozal, Jérôme Mercier e Frits Tjadens). Se ne ripropongono qui i principali contenuti, organizzati in tre parti. La prima presenta ampi passaggi tratti dalla conclusione. La seconda parte propone una riflessione sull'Italia in prospettiva comparata scritta da Francesca Colombo appositamente per il Rapporto N.N.A. La terza parte, infine, presenta alcune tabelle e figure tratte dalla pubblicazione dell'OCSE.

1. Come cambia la realtà internazionale? Le conclusioni dell'OCSE

Francesca Colombo, Ana Llana-Nozal, Jérôme Mercier e Frits Tjadens

Traduzione di Rosemarie Tidoli ⁽¹⁾

1.1. Il crescente bisogno di assistenza continuativa ⁽²⁾ ha importanti implicazioni sui finanziamenti e sul mercato del lavoro

Il bisogno di assistenza continuativa cresce in linea con l'invecchiamento della popolazione.

Se si considerano l'invecchiamento della popolazione, l'assenza di chiari segni di riduzione della disabilità tra gli anziani, l'allentamento dei legami familiari e la crescente partecipazione femminile al mercato del lavoro, non deve sorprendere che il bisogno di assistenza per gli anziani fragili e persone con disabilità stia aumentando ⁽³⁾. La crescita delle coorti di età più avanzata è il mo-

⁽¹⁾ Si presenta qui la traduzione di ampi passaggi tratti da "Summary and Conclusions", pagine 19-35 del citato rapporto OCSE. Si ringrazia l'OCSE per aver acconsentito alla pubblicazione.

⁽²⁾ I termini long-term care e assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti vengono qui utilizzati come sinonimi.

⁽³⁾ Il focus principale di questa pubblicazione sono le implicazioni dell'invecchiamento della popolazione sui mercati del lavoro e sul finanziamento dei servizi LTC. È importante ricordare che anche le persone più giovani affette da disabilità hanno bisogno di cure a lungo termine e che

tore principale dell'aumento della domanda di assistenza continuativa nei Paesi OCSE. Infatti il dibattito di policy sulla riforma dell'assistenza continuativa s'inquadra nel contesto delle pressioni che nascono nelle società che invecchiano. Le statistiche parlano da sole: nel 1950 meno dell'1% della popolazione mondiale superava gli 80 anni. Nei Paesi dell'OCSE si prevede che la quota di ultra 80enni passi dal 4% del 2010 a quasi il 10% del 2050.

... e questo avrà enormi effetti sia sul finanziamento dell'assistenza continuativa sia sull'offerta di cure

Il rapido invecchiamento della popolazione e i cambiamenti sociali avranno un rilevante impatto sia sulla fornitura sia sul finanziamento dell'assistenza continuativa. Da un lato, essi influenzeranno la disponibilità di soggetti disponibili a prestare assistenza continuativa, sia formale che informale. La schiera dei potenziali *caregiver* familiari è destinata a ridursi perché le persone si trovano a dover lavorare più a lungo e la partecipazione femminile al mercato del lavoro è in aumento. Attualmente le figure infermieristiche e parainfermieristiche e gli operatori sociali impegnati nel settore rappresentano tra l'1 e il 2% della forza lavoro totale. In molti Paesi questa quota potrebbe più che raddoppiare entro il 2050.

Dall'altro lato, la spesa LTC (che, escludendo il valore dell'assistenza prestata da familiari e amici attualmente nell'OCSE rappresenta in media l'1,5% del PIL) entro il 2050 potrebbe come minimo raddoppiare. Ma questa proiezione potrebbe anche essere una sottostima, anche alla luce della prevista minore disponibilità di *caregiver* familiari. Considerando questo e altri aspetti difficili da prevedere oggi, entro il 2050 la spesa LTC potrebbe addirittura triplicare.

Affrontare queste sfide richiede una visione globale dell'assistenza continuativa.

Dedicarsi a queste sfide future sarà difficile ma non impossibile. Sarà necessario un approccio globale, capace di considerare contemporaneamente l'assistenza informale assicurata da familiari e amici e l'offerta di servizi formali LTC, e il relativo finanziamento.

1.2. Tutti i paesi OCSE hanno bisogno di un sistema che offra servizi formali LTC

Nonostante i caregiver familiari rappresentino la spina dorsale dell'assistenza, tutti i Paesi OCSE necessitano di efficienti sistemi formali LTC.

Anche se i caregiver familiari assicurano la maggior parte degli interventi di assistenza, ci sono – soprattutto nel caso di persone con dipendenza molto grave

in alcuni Paesi i sistemi di assistenza continuativa sono rivolti ad entrambi i gruppi (anziani e disabili). Il presente rapporto non affronta gli specifici aspetti che riguardano l'equità tra i due gruppi (ad es. le risorse disponibili e i sostegni per finanziare le cure), il mercato del lavoro e l'integrazione sociale dei disabili più giovani, né l'adeguatezza dei servizi ad essi rivolti.

– limiti a ciò che i familiari possono fare. Fare un eccessivo affidamento sui caregiver familiari produce conseguenze indesiderabili dal punto di vista sociale, sanitario e sul mercato del lavoro. Tutti i Paesi OCSE necessitano di servizi formali di assistenza continuativa, sia residenziali che domiciliari, e di una buona collaborazione tra i sistemi di cura formale e informale. Le future, crescenti necessità di assistenza produrranno maggior pressione sui governi e sul settore privato affinché forniscano servizi di assistenza continuativa di qualità. La definizione del mix tra finanziamenti pubblici e finanziamenti privati e l'organizzazione della forza lavoro impegnata nel sistema formale sono passaggi chiave che tutti i governi devono affrontare. I modelli e gli approcci variano notevolmente.

1.3. *Andare verso un sistema universalistico di assistenza continuativa è sempre auspicabile*

Esistono ragioni di equità ed efficienza che portano a preferire un sistema di LTC universalistico.

Per ragioni di equità ed efficienza la maggioranza dei governi OCSE ha istituito sistemi a finanziamento collettivo per la copertura dei costi di assistenza personale e infermieristica. Molti paesi si stanno orientando anche verso il diritto universale alla copertura delle spese di assistenza continuativa.

Solo pochi Paesi OCSE, a basso reddito, fanno affidamento unicamente sulla famiglia o su reti informali per la copertura dei costi di LTC. Negli altri la copertura pubblica LTC può essere ricondotta a tre modelli che riflettono i criteri di accesso utilizzati:

a) un terzo dei Paesi ha una *copertura universale con un unico programma di LTC*, o come parte di un sistema finanziato dalla fiscalità, come avviene nei paesi nordici (con una spesa LTC compresa tra il 2 e il 3,6% del PIL), oppure attraverso apposite assicurazioni sociali, come avviene in Germania, in Giappone, in Corea, nei Paesi Bassi e in Lussemburgo (con una spesa LTC variabile dallo 0,3% del PIL in Corea al 3,5% dei Paesi Bassi), o – ancora – prevedendo la copertura LTC perlopiù all'interno del sistema sanitario (Belgio);

b) pur non avendo uno specifico "sistema LTC", un gran numero di paesi ha prestazioni di natura universalistica per la cura della persona, in denaro (Austria, Francia, Italia) oppure in servizi (Australia, Nuova Zelanda). In questo secondo gruppo di paesi il finanziamento dell'assistenza continuativa è frammentato in diversi sistemi e tra vari meccanismi;

c) infine, due paesi (il Regno Unito, esclusa la Scozia, e gli Stati Uniti) hanno sistemi di assistenza ai non autosufficienti fondati sulla prova dei mezzi (*means-tested*).

Una persona non può sapere se, quando e per quanto tempo avrà bisogno di assistenza continuativa; a causa di questa incertezza costruire programmi collet-

tivi di finanziamento dell'assistenza continuativa rappresenta una soluzione più efficace che quella di affidarsi unicamente a pagamenti diretti (out-of-pocket) da parte dei singoli. In assenza di programmi collettivi, i costi economici dell'assistenza continuativa possono rapidamente diventare insostenibili, e non solo per gli anziani a basso reddito. Fatta eccezione per chi si trova nel quintile superiore della distribuzione reddituale ⁽⁴⁾, la spesa media LTC può arrivare a rappresentare fino al 60% del reddito disponibile. I grandi anziani e le persone con le maggiori necessità assistenziali sono particolarmente a rischio.

Quindi, programmi universalistici di assistenza continuativa sono in grado di garantire alle persone un accesso maggiore e più equo all'assistenza rispetto ai programmi basati sulla prova dei mezzi (means-tested), benché questo abbia un costo per la collettività. Nel corso degli anni nella maggior parte dei Paesi OCSE vi è stata una convergenza verso la costruzione di programmi universalistici (anche se con ampiezza e adeguatezza assai variabili).

Anche nei sistemi univocalistici è auspicabile concentrare gli sforzi verso i casi con bisogni più elevati.

Per gli utenti di LTC con disabilità media o grave i costi dell'assistenza possono essere causa d'impoverimento; questo vale anche per chi prima dell'insorgere della dipendenza non era disagiato. Comunque molte persone con necessità assistenziali moderate affrontano spese abbastanza sostenibili e alcuni utenti di LTC hanno redditi elevati e/o patrimoni. Ciò significa che l'universalità del diritto alla copertura LTC non esclude il fatto di concentrare *gli sforzi verso i casi con bisogni più elevati*. Infatti, alla luce della prevista crescita della spesa connessa all'invecchiamento, *l'universalismo selettivo* ha le potenzialità per offrire una sufficiente protezione in maniera fiscalmente sostenibile. Tale approccio comporta universalità nel diritto all'accesso e maggiori sforzi pubblici rivolti ai casi più complessi.

Un certo numero di paesi sembra muoversi verso l'universalismo selettivo, benché in modi molto differenti e partendo da posizioni diverse. Tale approccio impone ai paesi di bilanciare con attenzione tre caratteristiche dei sistemi di copertura LTC:

- l'individuazione del livello di bisogno che fa scattare il diritto alla copertura;
- la definizione della quota di compartecipazione dell'utente ai costi delle prestazioni LTC;
- l'adeguatezza della copertura, cioè l'individuazione del tipo d'interventi da includere.

L'universalità dei diritti non implica che l'intero sistema LTC debba essere gratuito. Infatti tutti i paesi prevedono una partecipazione dell'utente ai co-

⁽⁴⁾ Cioè il 20% delle persone e delle famiglie con reddito più elevato.

sti dell'assistenza continuativa, benché all'interno dell'area OCSE l'entità possa variare notevolmente. Ad esempio, in Francia gli utenti LTC con elevate necessità assistenziali e basso reddito possono ricevere il pagamento di prestazioni monetarie fino a euro 1.235 mensili, che possono scendere a 27 euro per gli utenti dal reddito più alto. Benché sia più gravoso da gestire sul piano amministrativo, pagare maggiori interventi alle persone in condizioni di più elevata dipendenza e con reddito modesto (come avviene in Francia, Austria e Australia) è uno dei possibili modi per garantire l'accesso all'assistenza a chi ne ha bisogno senza un'eccessiva spesa pubblica.

Non è realistico pensare che tutti i costi alberghieri dell'assistenza residenziale possano essere sostenuti dai governi, che possono però contribuire a mobilitare le risorse private per pagarli.

Le spese di vitto e alloggio possono essere molto gravose. In alcuni paesi nordici le rette relative alle spese alberghiere sono correlate al reddito o al patrimonio; invece negli Stati Uniti, nel Regno Unito, in Belgio, in Francia e in Germania l'ente pubblico interviene quando gli utenti – in alcuni casi considerando anche le loro famiglie – non sono in condizione di coprire queste spese. Le ragioni per chiedere alle persone di contribuire ai costi alberghieri vanno oltre le considerazioni di convenienza dei governi. Tutti dovrebbero essere tenuti a pagare almeno una cifra minima per le proprie spese di vitto e di ricovero, indipendentemente da dove si trovano; si può prevedere che, ovunque viva l'utente, una parte di spesa venga sostenuta attingendo al proprio patrimonio (mobiliare e immobiliare). Inoltre, la copertura totale dei costi alberghieri nelle strutture potrebbe incoraggiare gli utenti LTC a preferire l'istituzionalizzazione anziché l'assistenza domiciliare.

L'inclusione del patrimonio nelle misure di accertamento dei mezzi utilizzate per stabilire la ripartizione dei costi alberghieri (o per determinare il diritto di accedere ai sostegni pubblici) rispecchia meglio la distribuzione del benessere economico tra le persone ma può essere complicata da gestire operativamente e può costituire un disincentivo al risparmio individuale. Indipendentemente dalla quota da corrispondere, per rendere il meccanismo più corretto e accettabile per gli utenti è necessario che le modalità di calcolo siano trasparenti.

Il possesso dell'abitazione può offrire agli utenti la strada per recuperare risorse da impiegare per il pagamento della retta alberghiera delle strutture di ricovero. I possibili meccanismi già in uso presso alcuni Paesi OCSE sono:

- schemi di prestito senza interessi basati su obbligazioni/*equity release* ⁽⁵⁾ o tipologie simili,

⁽⁵⁾ Tipologia di credito ipotecario noto anche come "reverse mortgage" (vedi nota seguente).

- schemi pubblici per posticipare il pagamento dei costi di ricovero (Irlanda o alcuni enti locali del Regno Unito),
- prodotti del settore privato, quali programmi basati sui *reverse mortgage* ⁽⁶⁾ e combinazioni di polizze assicurative vita e LTC.

Per finanziare l'assistenza continuativa si possono adottare diversi approcci, ma per affrontare l'incremento della spesa atteso nel futuro è auspicabile un insieme lungimirante di politiche e di innovazioni nei modelli di finanziamento.

Per finanziare le politiche di LTC i Paesi OCSE si basano su approcci diversi, che spesso rispecchiano le differenze nelle modalità di finanziamento dell'assistenza sanitaria. Infatti, i paesi che hanno sistemi sanitari finanziati dalla fiscalità o basati su assicurazioni sociali adottano soluzioni analoghe anche per l'assistenza continuativa. Indipendentemente dal modello preferito, i sistemi di finanziamento LTC sono spesso costruiti senza considerare adeguatamente gli scenari futuri. Ci si preoccupa troppo di affrontare le criticità del momento e non si prendono le decisioni strategiche necessarie a costruire il giusto equilibrio tra responsabilità pubbliche e private.

Per prepararsi alla futura crescente domanda di finanziamento della LTC i governi devono prendere in considerazione alcune possibilità. Tra queste rientrano:

- *un ampliamento delle fonti di finanziamento fiscale*, che significa che il finanziamento deve andare oltre quello derivante dai redditi della popolazione in età lavorativa. Giappone, Paesi Bassi, Belgio e Lussemburgo completano i contributi provenienti dagli stipendi con fonti di entrata alternative;
- *una migliore suddivisione della spesa* tra le diverse generazioni, che significa evitare di far indebitamente pagare alle coorti di popolazione giovane i costi per l'assistenza continuativa di una schiera crescente di anziani. In Giappone, ad esempio, i premi per finanziare il LTC vengono riscossi a partire dai 40 anni.

⁽⁶⁾ Il *reverse mortgage* ("mutuo inverso") è un prestito vitalizio ipotecario, presente da anni negli Stati Uniti e in altri paesi europei ed introdotto in Italia dalla legge n. 248/2005. Si tratta di uno strumento finanziario che include anche una componente assicurativa e mira a sostenere i consumi degli anziani senza obbligarli a privarsi dell'abitazione di proprietà. Mentre con un normale contratto di mutuo si prende a prestito una somma per acquistare un'abitazione e la si restituisce poi con rate periodiche, il *reverse mortgage* consente a chi è già proprietario dell'abitazione di ottenere una somma a fronte del suo valore. Solitamente il debitore può scegliere con quale modalità ricevere il prestito: un vitalizio, una linea di credito, un capitale in unica soluzione o una combinazione tra queste. L'ammontare del prestito dipende dal valore dell'immobile, dal tasso di interesse e dall'età del debitore. Più è elevato il valore, maggiore è il prestito. All'aumentare del tasso di interesse, cresce anche il valore del capitale da restituire. Infine, più anziano è il debitore, minori sono gli anni in cui si accumuleranno gli interessi e maggiore è l'ammontare del prestito. Talora il debitore è tenuto al pagamento degli interessi, ma in genere nulla è dovuto alla banca fino a quando il debitore (o il coniuge superstite) muore o vende la casa. Il prestito e gli interessi sono restituiti dal debitore o dal suo erede con i proventi della vendita e/o con altri fondi.

In Germania sono tenuti a contribuire ai premi dell'assicurazione sociale LTC non solo i soggetti in età lavorativa ma anche i pensionati, che pagano in base all'ammontare della loro pensione;

- *approcci innovativi*. Negli Stati Uniti è in via d'introduzione un programma innovativo di partnership pubblico-privato che prevede l'iscrizione automatica del lavoratore a un fondo LTC e poi la scelta da parte sua se rimanere nel fondo o uscirne (il Class Act, introdotto nel 2010 dal Presidente Obama nell'ambito della riforma sanitaria); un programma simile è stato introdotto a Singapore. Queste iniziative mutuano alcune caratteristiche dalle assicurazioni pubbliche e altre dalle assicurazioni private, anche se la natura volontaria dell'iscrizione pone numerosi problemi da affrontare.

In alcuni paesi le assicurazioni private LTC hanno le potenzialità per giocare un ruolo ma, a meno che non diventino obbligatorie, è probabile che restino un mercato di nicchia.

Nella maggior parte dei Paesi OCSE il mercato delle assicurazioni private per l'assistenza continuativa è di piccole dimensioni. Anche negli Stati Uniti e in Francia, dove esistono le coperture più ampie, meno del 10% della popolazione ultra 40enne ha un'assicurazione privata LTC. Con l'eccezione degli Stati Uniti e della Germania, nella maggior parte dei Paesi OCSE viene finanziato con assicurazioni private LTC meno del 2% della spesa totale per l'assistenza continuativa. Nelle assicurazioni private, i programmi assicurativi sottoscritti da gruppi di persone sono quasi la metà del mercato in Francia mentre negli Stati Uniti rappresentano il 30% del totale.

Anche nei paesi con una quota relativamente significativa di finanziamenti per le assicurazioni private LTC, i fenomeni noti in letteratura come "fallimenti del mercato assicurativo" e "miopia dei consumatori" (mancanza di pianificazione inter-temporale da parte dei consumatori) contribuiscono a limitare il ruolo delle polizze private nel settore dell'assistenza continuativa. Le politiche pubbliche messe in atto per incentivare l'accesso alle assicurazioni private LTC (come trattamenti fiscali preferenziali o partnership pubblico-privato) hanno avuto un successo limitato, come dimostra l'esperienza americana.

1.4. *Con la crescente pressione sulla spesa, la ricerca del miglior rapporto tra risultati e costi è una priorità dell'assistenza continuativa*

La domanda di assistenza, sempre più ampia e di qualità sempre più elevata, è destinata a crescere e ciò porrà pressioni sempre maggiori sui governi affinché migliorino il rapporto costi-benefici degli interventi erogati.

Benché l'assistenza continuativa assorba ancora una quota abbastanza piccola del PIL in confronto alle altre spese legate all'invecchiamento (pensioni e sanità), nei prossimi decenni la spesa per questo settore dovrebbe registrare un più rapido incremento. Le discussioni sull'efficienza dell'assistenza continuati-

va hanno ricevuto un'attenzione piuttosto modesta rispetto, ad esempio, all'assistenza sanitaria.

Eppure, in un contesto in cui anche le altre grandi voci di spesa correlate all'età (pensioni e sanità) sono destinate a crescere, sarà difficile perseguire l'espansione dei servizi di assistenza continuativa senza dimostrare il rapporto particolarmente favorevole tra i loro costi e i benefici che producono. Ma la ricerca su questo versante rimane scarsa mentre, allo stesso tempo, c'è un gran bisogno che l'attenzione delle politiche pubbliche si concentri sui possibili incrementi di efficienza del settore. Le ricerche e le collaborazioni internazionali sul rapporto costi-benefici e per lo sviluppo di indicatori di efficienza e di efficacia dell'assistenza continuativa meritano un'alta priorità.

Per gli utenti è auspicabile che venga incoraggiata l'assistenza domiciliare; tuttavia in certe condizioni l'assistenza residenziale ha un migliore rapporto costo-efficacia.

In quasi tutti i Paesi OCSE il bilanciamento tra i servizi domiciliari e residenziali è al centro delle misure di policy riguardanti l'assistenza continuativa. Nel 2008 l'assistenza residenziale nei paesi dell'OCSE ha rappresentato il 62% della spesa totale per LTC benché in media solo il 33% degli utenti abbia ricevuto assistenza negli istituti. Sia l'utilizzo sia il costo dell'assistenza residenziale sono destinati a crescere di pari passo con l'aumento degli utenti delle strutture e del loro livello medio di gravità. Nel frattempo in molti casi gli utenti LTC preferiscono soluzioni domiciliari.

Lo sviluppo di alternative all'assistenza residenziale può compensare parzialmente la crescita dei costi e rispondere al desiderio degli utenti di restare a casa propria. A tale scopo sono stati adottati diversi approcci, che spaziano dalla diretta espansione dei servizi di assistenza domiciliare (Canada, Irlanda, Giappone, Nuova Zelanda, Svezia e Polonia) all'introduzione di nuove legislazioni per favorire l'assistenza domiciliare (Australia, Svezia) e regole più stringenti per determinare l'ammissione alle strutture (Finlandia e Repubblica Ceca); oppure sono stati istituiti pagamenti aggiuntivi, assegni di cura o incentivi finanziari che incoraggino l'assistenza domiciliare (Austria, Germania, Giappone, Paesi Bassi, Svezia, Regno Unito e Stati Uniti).

Negli ultimi anni la quota di utenti LTC ultra 65enni che riceve assistenza a domicilio è aumentata in molti paesi ma numerose sfide restano ancora aperte. Il mercato dei soggetti erogatori di assistenza domiciliare può essere inesistente o l'offerta può essere inadeguata. Nei casi in cui da uno stesso utente si recano più erogatori, l'organizzazione e il coordinamento dell'assistenza possono essere a rischio. I servizi d'informazione e supporto per affiancare gli utenti nella scelta dei fornitori di assistenza domiciliare sono ben sviluppati in certi paesi (ad esempio quelli nordici) e meno in altri.

Restano dubbi sull'appropriatezza e sul rapporto costo-efficacia della domiciliarità per gli utenti con elevati bisogni, che richiedono assistenza e supervi-

sione continua; lo stesso vale per gli utenti residenti in aree isolate e con un supporto domiciliare limitato. Vi è spazio affinché i governi monitorino e valutino servizi alternativi, ed è importante che gli utenti ricevano il sostegno necessario per compiere scelte appropriate.

Pochi paesi hanno cercato il modo di migliorare la produttività nel settore LTC.

Nonostante la speranza di migliorare la produttività nell'assistenza continuativa (che significa produrre più assistenza di qualità migliore a un determinato costo), le ricerche disponibili su quali strade funzionino per ottenere tale risultato, a quale costo, e in quali condizioni, sono ancora scarse. Secondo le proiezioni OCSE, gli incrementi di produttività potrebbero portare a una diminuzione del 10% circa nella spesa pubblica stimata per il LTC nei prossimi decenni. In pratica, però, nell'assistenza continuativa non avviene quasi nessuna valutazione della produttività, cosa che in parte deriva dalla difficoltà di misurare i risultati in questo settore. Infatti le iniziative volte a misurare la produttività nella LTC e a incrementarla sono ancora agli inizi.

In certi paesi gli operatori dei servizi domiciliari sono remunerati a prestazione mentre in alcuni sistemi di *managed-care* (7) americani i pagamenti avvengono per quota capitaria. Questi meccanismi sono ben conosciuti perché premiano il volume anziché i risultati dell'assistenza. I sistemi pubblici di LTC tipicamente rimborsano i fornitori sulla base delle giornate (*per diem*), a volte con adeguamenti al rischio prospettico degli utenti. D'altra parte, dove i budget sono negoziati *ex-ante* i fornitori lamentano il rischio di sfiorare il budget; questo può accadere perché i bilanci pubblici non vengono progressivamente adeguati ai cambiamenti sopraggiunti nel livello di disabilità degli utenti ricoverati.

Per premiare risultati e prestazioni invece di prodotti e volumi le politiche sanitarie pongono nuova enfasi sulla modifica degli incentivi rivolti ai fornitori. Nell'assistenza continuativa, però, le iniziative "*pay-for-performance*" (8) si limitano a qualche esempio rintracciabile negli Stati Uniti nell'ambito di Medicaid. Le valutazioni di questo programma effettuate in alcuni stati americani mostrano ri-

(7) Il termine *managed care*, usato negli USA, si riferisce a tecniche e programmi volti a "ridurre inutili costi sanitari attraverso svariati meccanismi, tra cui: incentivi economici per medici e pazienti per selezionare forme meno costose di cura, programmi per la revisione della necessità medica di servizi specifici; maggiore ripartizione dei costi per il beneficiario; controlli sulle ammissioni e sulla durata dei ricoveri, individuazione di incentivi di ripartizione dei costi per la chirurgia ambulatoriale; contratti selettivi con i fornitori di assistenza sanitaria, gestione intensiva di casi sanitari ad alto costo. Tali programmi possono essere declinati in molteplici impostazioni" (fonte: United States National Library of Medicine).

(8) Il metodo *Pay-for-performance* (P4P) rapporta il compenso finanziario al miglioramento dei risultati finali delle prestazioni e paga importi diversi ai fornitori in base alle differenze nelle loro performance.

sultati promettenti per quanto riguarda la soddisfazione dei ricoverati e dei dipendenti. Tuttavia cambiare i meccanismi di pagamento dei fornitori è difficile.

Promuovere la competizione tra gli erogatori di LTC può essere un modo per stimolare miglioramenti di efficienza. Tuttavia, la competizione può anche ostacolare il coordinamento del care erogato da fornitori diversi, a meno che la funzione di coordinamento non venga espressamente incoraggiata. Nel 2000 l'introduzione dell'assicurazione sociale LTC in Giappone ha portato all'entrata sul mercato di numerosi erogatori in concorrenza tra loro, con risultati positivi per la possibilità di scelta degli utenti e maggiori incentivi all'efficienza gestionale. Alcuni paesi nordici (Svezia, Danimarca e Finlandia) hanno adottato voucher che consentono agli utenti di LTC di scegliere liberamente l'erogatore tra vari concorrenti accreditati; generalmente il livello di soddisfazione degli utenti è alto, anche se esiste una scarsa valutazione dell'impatto sulla qualità e sul rapporto costo-efficacia.

Un aumento dell'intensità del capitale nell'offerta di LTC potrebbe migliorare la produttività lavorativa. Gli ausili, ad esempio, facilitano l'auto-cura, la centralità del paziente e il coordinamento tra servizi sanitari e assistenza continuativa. L'ICT⁽⁹⁾ può essere una fonte importante d'informazione e sostegno emotivo per gli operatori, per gli utenti e per le loro famiglie. Anche se gli studi sono ancora contenuti, i risultati di alcune ricerche hanno mostrato una correlazione positiva tra l'introduzione della tecnologia, la soddisfazione lavorativa degli operatori e i risultati per gli utenti (Australia e Finlandia). In ogni caso la tecnologia funziona bene quando, anziché sostituirsi all'intervento del personale, costituisce un'integrazione che permette agli operatori di dedicare più tempo agli utenti LTC che richiedono maggior assistenza. La maggior parte degli studi in merito restano comunque programmi pilota e sono, dunque, necessarie ulteriori valutazioni sistematiche, in particolare riguardo agli utenti che potrebbero trarre i maggiori vantaggi dall'utilizzo della tecnologia.

L'invecchiamento sano ("healthy ageing") e la prevenzione potrebbero produrre grandi benefici, ma occorre colmare il gap di conoscenza esistente sul rapporto costo-efficacia degli interventi in questi ambiti.

Invecchiare in modo sano e prevenire il deterioramento fisico e mentale delle persone con necessità di assistenza continuativa sono azioni potenzialmente efficaci per promuovere risultati positivi di salute e per ridurre i costi. Secondo le proiezioni OCSE l'invecchiamento sano e gli incrementi di efficienza nei servizi potrebbero compensare parzialmente la futura crescita dei costi di LTC, riducendo gli aumenti di spesa previsti del 5-10% circa entro il 2050. Gli sforzi in materia di prevenzione e di promozione della salute possono influenzare lo stile di

⁽⁹⁾ L'acronimo ICT, Information Communication Technology, indica l'insieme delle tecnologie che consentono il trattamento e lo scambio delle informazioni in formato digitale.

vita, aiutare a identificare i gruppi a rischio e individuare precocemente modelli di morbilità. Gli interventi innovativi a favore d'invecchiamento sano e prevenzione sono ancora rari; inoltre, esistono grandi incertezze su quali siano le specifiche azioni capaci di produrre i migliori frutti o di presentare il miglior rapporto costo-efficacia nel gestire l'utilizzo di assistenza continuativa e nel prevenire la dipendenza. Rafforzare le conoscenze in merito attraverso una rigorosa ricerca scientifica sarebbe molto importante.

Per migliorare efficacia ed efficienza nell'assistenza continuativa occorre migliorare la collaborazione con la sanità.

I legami tra sanità e assistenza continuativa sono rilevanti e la gestione delle loro interazioni – se opportunamente condotta – può portare a guadagnare in efficienza. In vari Paesi OCSE, ad esempio, anziani con bisogni di assistenza continuativa sono seguiti in strutture o servizi per le acuzie, che risultano più costosi e meno adeguati alle loro esigenze. Le politiche per facilitare l'appropriato coordinamento tra servizi sanitari e assistenza continuativa possono includere le seguenti opzioni:

- la predisposizione di un'adeguata offerta di servizi e supporti post-ospedalieri (Australia, Ungheria, Regno Unito e Svezia),
- la modifica delle modalità di remunerazione degli erogatori così da scoraggiare l'utilizzo di servizi per le acuzie in presenza di bisogni di assistenza continuativa (ad esempio, il sistema “*pay-for-performance*” del programma Medicaid negli USA).

Un'altra importante area è quella del miglioramento del coordinamento dei percorsi assistenziali così da assicurare la continuità del *care*. In diversi Paesi OCSE l'assistenza continuativa è frammentata tra molteplici regole, numerosi servizi e vari momenti assistenziali tra loro non adeguatamente coordinati. Al fine di affrontare queste situazioni molti paesi hanno istituito specifiche funzioni di coordinamento o hanno previsto meccanismi *ad hoc* per guidare gli utenti nel percorso di cura. Queste esperienze spaziano da:

- punti unici di accesso alle informazioni (Canada),
- assegnazione della responsabilità di coordinare l'assistenza ai fornitori (Australia, Francia, Svezia) o al care manager (Giappone, Germania, Danimarca, Regno Unito),
- strutture di *governance* dedicate al coordinamento dell'assistenza (Belgio, in Francia la *Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie*, Giappone),
- integrazione tra comparto sanitario e comparto del LTC per facilitare il coordinamento del *care* (alcune esperienze negli Stati Uniti, Canada e Svezia).

Nonostante questi meccanismi, in numerose realtà restano vari problemi nel coordinamento del care tra sistemi LTC e sanità. Il loro coordinamento per il futuro merita una considerevole attenzione da parte delle politiche. Adottare una visione globale, capace di considerare congiuntamente sanità e LTC porterebbe risultati positivi in termini di efficienza e di efficacia.

2. Un approccio più lungimirante all'assistenza continuativa: tre proposte per l'Italia

Francesca Colombo

All'interno dei Paesi OCSE, l'Italia presenta alcune tra le sfide maggiori in materia di assistenza continuativa. Proprio per questo sarà di vitale importanza provvedere non solamente a una adeguata mobilitazione finanziaria per far fronte ai costi futuri, ma anche e soprattutto ad un ripensamento strategico delle politiche pubbliche mirato ad attribuire la giusta priorità all'organizzazione dei servizi ed alle risorse umane impegnate nel settore.

L'analisi dell'esperienza italiana in prospettiva comparata individua tre possibili linee di azione per il nostro paese. Vediamo.

Primo: una maggiore attenzione allo sviluppo dei servizi e alla formazione del personale del settore

La mano d'opera è il fattore di produzione più critico nel settore delle cure continuative. Troppo spesso, tuttavia, il dibattito di politica pubblica e le riforme in materia di "care" si focalizzano sugli aspetti finanziari, e troppo poco spesso sulle risorse umane impiegate del settore. Sono diversi i fronti sui quali potrebbero articolarsi delle politiche pubbliche a questo riguardo. Innanzi tutto, l'evoluzione dei bisogni futuri, non solo in termini quantitativi ma anche e soprattutto in termini di severità e tipo di bisogni – per esempio con l'aumento della popolazione affetta da demenze o malattia Alzheimer – richiede un'attenzione più marcata alle politiche di formazione del personale. In questo senso, la Francia, la Germania, l'Olanda ed il Giappone hanno già messo in atto meccanismi di formazione, qualificazione, e valorizzazione delle risorse umane nel settore.

In secondo luogo, tenuto conto del numero assai elevato d'immigrati nel settore delle cure agli anziani ed ai disabili, l'Italia dovrebbe cercare di migliorare le politiche migratorie, per esempio fornendo permessi di lavoro in numero proporzionale alle necessità del mercato del lavoro di questo settore. In mancanza di tale azione, diversi lavoratori continuerebbero a operare senza regolare permesso di soggiorno o senza contratto regolare.

Nel lungo termine, uno sviluppo adeguato e di qualità di servizi assistenziali agli anziani ed ai disabili – a domicilio come in istituzioni specializzate – è fortemente auspicabile. Ciò contribuirebbe ad evitare l'uso dei servizi ospedalieri per esigenze legati alle cure degli anziani o dei disabili.

Secondo: una migliore determinazione del target dell'indennità di accompagnamento

Le prestazioni in denaro quali l'indennità di accompagnamento hanno l'indubbio vantaggio di lasciare la più ampia libertà di scelta agli utenti, permettendo di massimizzare l'indipendenza delle persone che necessitano cure di lungo

periodo. Diversi sono i Paesi OCSE che hanno recentemente posto l'accento su questo tipo di prestazioni – Stati Uniti, Inghilterra, Spagna, Olanda, Austria, per menzionarne alcuni.

Tuttavia, l'indennità di accompagnamento non è un meccanismo perfetto: alcune riforme della prestazione permetterebbero di meglio soddisfare bisogni di equità e di sostenibilità finanziaria. Ad esempio, un'applicazione non uniforme dei criteri di eleggibilità in diverse località e Regioni rischia di lasciare numerosi anziani e disabili con bisogni insoddisfatti, a scapito dell'equità nella ripartizione delle prestazioni. Altri Paesi OCSE si sono trovati di fronte a simili situazioni. In Giappone, ad esempio, la definizione di bisogno è valutata secondo un algoritmo uniforme su tutto il territorio. Ovviamente, non è sempre facile coniugare esigenze di uniformità con la necessità di tenere in giusta considerazione le caratteristiche e la situazione particolare di ogni individuo.

Sotto il piano della sostenibilità finanziaria, tenuto conto delle proiezioni dei futuri bisogni e dei futuri costi del "care" – potrebbe essere opportuno subordinare il valore della prestazione d'indennità non solo alla severità del bisogno, ma anche al reddito dell'utente. In Francia, per esempio, il valore della prestazione APA riflette il livello di bisogno di "care", oltre che la capacità economica della persona bisognosa di assistenza. Un tale approccio offrirebbe il vantaggio di garantire una migliore sostenibilità delle finanze pubbliche, e, al contempo, manterrebbe un'adeguata protezione per le persone più bisognose di cure.

Infine, una migliore regolamentazione delle prestazioni in denaro, al fine di istituire un controllo efficace di come i fondi sono utilizzati, contribuirebbe a limitare lo sviluppo di mercati del lavoro di badanti irregolari o operanti nel mercato sommerso. In Olanda, ad esempio, i beneficiari delle prestazioni in denaro sono tenuti a dichiarare le spese per "care" ed a restituire i fondi non utilizzati per l'assistenza continuativa.

Terzo: politiche di welfare più ampie a supporto di un adeguato sviluppo del settore

In terzo luogo, è necessario situare le politiche di assistenza continuativa all'interno di politiche di più ampio respiro. Ad esempio, è necessario promuovere politiche più lungimiranti per incoraggiare la partecipazione al mercato del lavoro dei famigliari coinvolti nelle prestazioni di cure ad anziani e disabili. Analogamente a quanto accade in altri Paesi dell'Europa del Sud, le persone (famigliari o amici) che prestano cure informali agli anziani e disabili hanno una probabilità molto più elevata di abbandonare il mercato del lavoro rispetto ad altre parti d'Europa, l'Australia o gli Stati Uniti. In questo senso, la parola chiave è la flessibilità del mercato del lavoro, al fine di permettere a chi si occupa di persone in assistenza continuativa di continuare a lavorare – attraverso contratti di flexitime o di part-time, ad esempio.

Un altro aspetto importante è quello del coordinamento. I servizi di assi-

stenza agli anziani e persone con disabilità in Italia sono organizzati attraverso molteplici meccanismi o istituzioni e coinvolgono amministrazioni di diverso livello, senza tuttavia un vero unico quadro giuridico generale. Migliorare il coordinamento tra i servizi del sociale e del sanitario, e tra diverse autorità locali e centrali, sarebbe oltremodo opportuno. La Francia, ad esempio, ha istituito la *Caisse nationale de solidarité pour l'Autonomie* con il compito, tra gli altri, di facilitare il coordinamento e di adottare standard comuni.

Infine, il dibattito sul finanziamento delle cure continuative continuerà a rivestire una forte importanza. In tutti i Paesi OCSE, il finanziamento avviene principalmente attraverso fondi pubblici. Le assicurazioni private potrebbero rivestire un ruolo maggiore a complemento dell'assistenza pubblica, ma, poiché si basano su meccanismi di partecipazione volontaria e a causa degli alti costi amministrativi, è opportuno sottolineare che continueranno probabilmente a giocare un ruolo minore all'interno della gran maggioranza dei Paesi OCSE.

In conclusione, le sfide con le quali l'Italia deve confrontarsi sono ampie. È possibile mettere in atto risposte adeguate, anche prendendo a modello alcune delle esperienze di altri paesi. È tuttavia imperativo muoversi celermente, senza subordinare i bisogni del settore ad altre politiche pubbliche, e senza troppo tardare nel preparare le riforme non solo sul finanziamento, ma anche quelle concernenti la prestazione dei servizi.

In questo settore rimandare o ritardare nel tempo ogni azione potrebbe provocare, nei prossimi decenni, conseguenze indesiderabili sia sulla qualità dei servizi di assistenza continuativa sia per le finanze pubbliche. Bisogna evitare di compiere alcuni degli errori già fatti nel campo delle riforme delle pensioni, dove il ritardare le riforme ha aggravato i problemi in diversi Paesi dell'OCSE. Prendere rapidamente atto delle esigenze e dell'importanza futura del sistema di "care" in Italia è non solo possibile, ma anche necessario per raggiungere gli obiettivi di qualità, equità e sostenibilità finanziaria del sistema.

3. Alcune tabelle e figure tratte dal rapporto OCSE

Di seguito si presentano alcune tabelle e figure dell'OCSE. Tra le tante contenute nella pubblicazione ne sono state selezionate alcune ritenute di particolare rilievo per i nostri lettori. Dove possibile vengono presentate tabelle e figure contenenti pure il dato sull'Italia anche se in varie occasioni non potrà essere così poiché un'ampia parte delle comparazioni del rapporto non contengono il dato sul nostro paese.

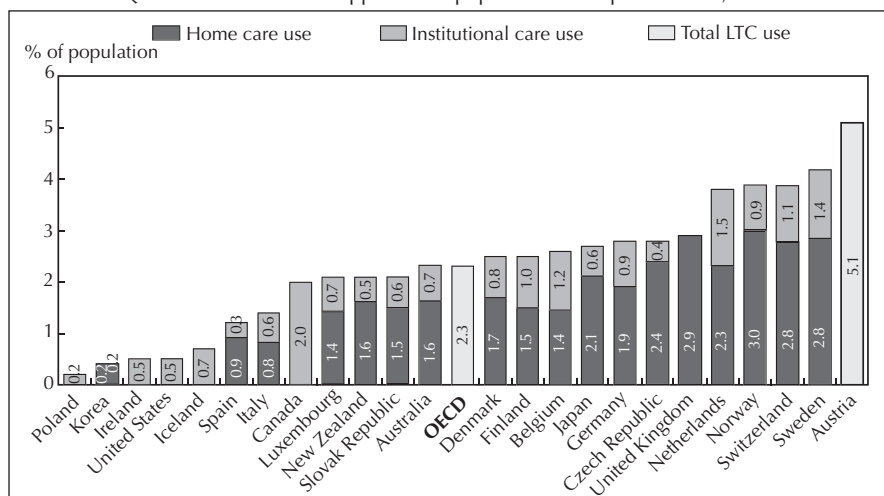
3.1. I servizi

Tabella 1

Title of policy or reform	Coverage			Use		Carer support	Provision	
	Financing	Cost sharing	Access (eligibility) and changes in services	Benefits	Choice		Workforce	Quality
Australia		♦	♦	♦	♦		♦	♦
Austria				♦			♦	
Belgium	♦							
Canada				♦		♦	♦	
Czech Republic	♦		♦	♦	♦			♦
Denmark							♦	♦
Finland			♦	♦				♦
France	♦	♦	♦		♦	♦	♦	♦
Germany	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦
Ireland	♦	♦	♦					
Iceland		♦	♦		♦		♦	♦
Japan	♦	♦		♦			♦	
Korea	♦	♦	♦	♦			♦	♦
Luxembourg			♦	♦	♦			♦
Mexico								
Netherlands	♦		♦	♦			♦	♦
New Zealand		♦	♦			♦	♦	♦
Portugal	♦		♦	♦				
Slovakia				♦	♦	♦		
Spain	♦	♦	♦		♦	♦	♦	
Switzerland							♦	
United Kingdom								
United States	♦	♦		♦	♦		♦	

Figura 1 - Un maggior numero di utenti LTC riceve cure al domicilio anziché nei servizi residenziali

Quota di utenti LTC in rapporto alla popolazione nei paesi OECD, 2008

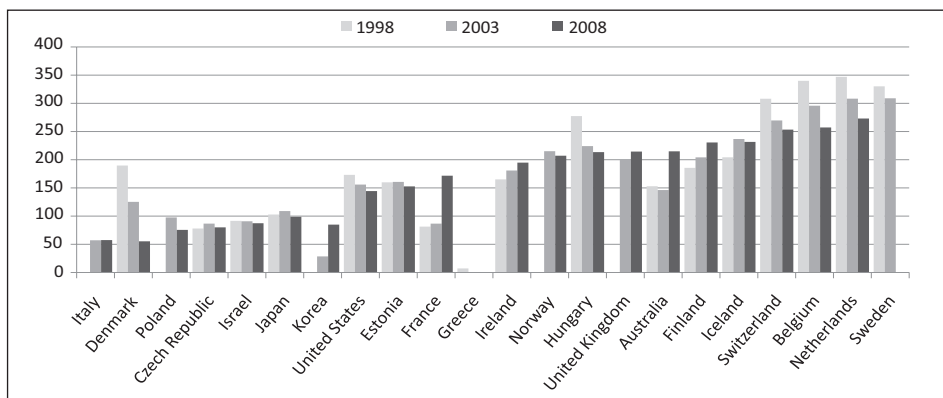


Nota: I dati per Canada, Lussemburgo, Danimarca, Belgio e Paesi Bassi si riferiscono al 2007, per la Spagna al 2009. I dati per il Giappone si riferiscono al 2006. I dati per il Giappone sottostimano il numero di utenti ricoverati perché molti anziani ricevono assistenza a lungo termine negli ospedali. Secondo Campbell *et al.* (2009), il Giappone offre prestazioni pubbliche al 13,5% della popolazione di età superiore ai 65 anni. L'assistenza domiciliare Ceca include 300.000 beneficiari dell'indennità di accompagnamento. I dati polacchi sottostimano gli utenti LTC totali. I dati austriaci si riferiscono ai beneficiari delle prestazioni in contanti.

Fonte: OECD Health Data 2010, rete informatizzata amministrativa coreana e ulteriori dati australiani e svedesi.

Figura 2 - La percentuale di posti letto LTC in strutture residenziali negli ultimi dieci anni è diminuita

Posti letto LTC nelle strutture residenziali ogni 1.000 persone di 80 e più anni, 1998-2008

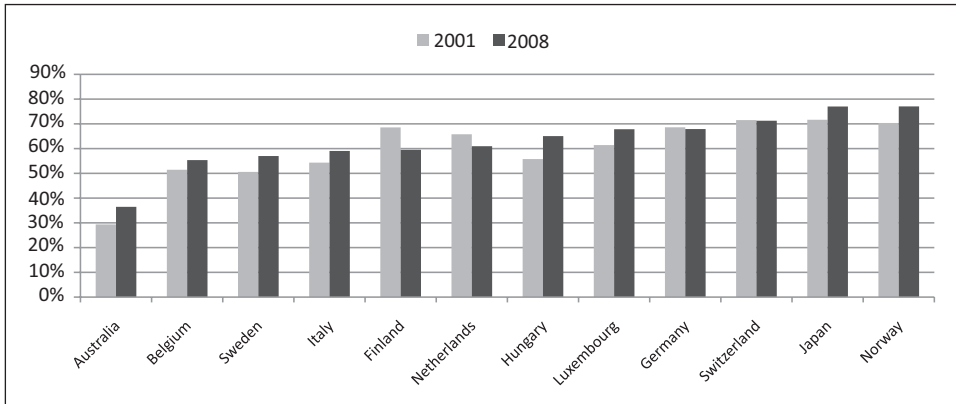


Nota: i dati del 1998 si riferiscono al 2000 per la Repubblica Ceca e al 1999 per la Germania. I dati del 2003 si riferiscono al 2004 per la Norvegia. I dati del 2008 si riferiscono al 2006 per il Belgio, al 2007 per Lussemburgo, Germania e Australia. Le medie dei Paesi OECD sono basate sui dati di 14 paesi per il 1998, di 20 paesi per il 2003 e di 22 paesi per il 2008.

Fonte: OECD Health Data 2010.

Figura 3 - La quota di utenti dei servizi domiciliari è aumentata in tutta l'area OECD

Quota di utenti dei servizi domiciliari in rapporto al totale degli utenti LTC, 2001 e 2008

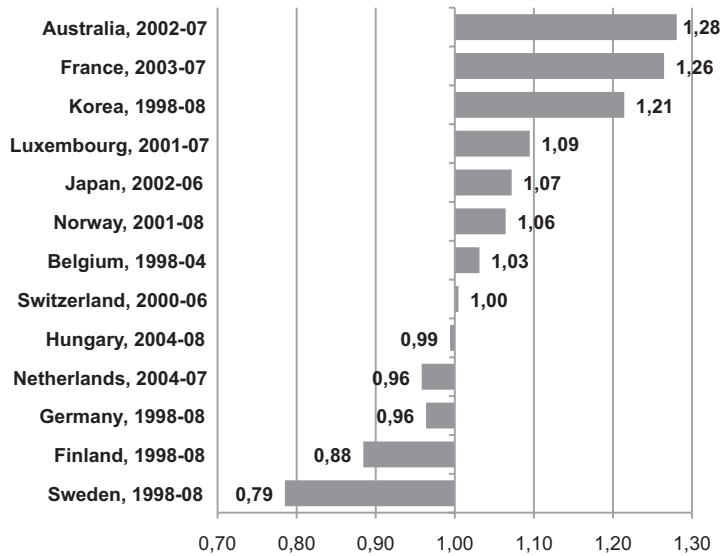


Note: i dati per l'Austria si riferiscono al 2007 anziché al 2008. I dati per il Belgio si riferiscono al 2007 e al 2001. I dati per la Svezia si riferiscono al 2006. I dati per i Paesi Bassi si riferiscono al 2007 e al 2004. I dati per il Lussemburgo si riferiscono al 2007. I dati per il Giappone si riferiscono al 2006 e al 2001.

Fonte: OECD Health Data 2010.

Figura 4 - Trend nei tassi di istituzionalizzazione dei Paesi OECD

Variatione della quota di utenti LTC ultra 65enni che ricorrono a servizi residenziali, indice primo anno=1



Fonte: OECD Health Data 2010.

Tabella 2 - Durata media del soggiorno per demenza e per morbo di Alzheimer nei servizi per le acuzie (in giorni)

Countries	Dementia				Alzheimer's disease			
	1994	1999	2004	2008	1994	1999	2004	2008
Australia ¹	44,8	42,3	27,8	24,4	51,4	48,2	30,5	27,4
Austria	48,4	17,2	15,5	14,9	27,4	11,5	13,5	12,8
Canada ¹	48,6	33,2	36,5	41,2	47,8	33,5	34,6	42,3
Denmark			14,2	10,3			11,3	8,8
Finland		121,9	116,3	118,7		89,7	68,0	83,9
France		12,9	14,0	13,1		11,0	12,7	12,2
Germany			17,7	16,1			18,7	17,5
Greece ²		60,0	76,0	77,0				
Ireland		50,1	43,1	39,9		22,1	37,0	51,6
Italy ¹			11,2	10,7			8,6	8,7
Luxembourg ¹		20,5	17,4	21,2		19,7	15,7	19,0
Netherlands	44,3	48,0	27,0	21,7	31,6	22,0	17,0	22,8
New Zealand			310,0				309,8	
Norway			8,6	7,0			7,6	5,3
Portugal			13,0	17,8			10,5	14,3
Spain	90,1	104,5	63,7	66,3			38,1	37,1
Sweden ¹		19,8	16,4	14,6		27,7	23,7	21,8
Turkey				8,5				7,9
United Kingdom			74,3	62,2			77,5	66,9
United States ²	13,4	11,3	10,5	9,0		8,2	8,4	8,0
OECD Average ³	29,1	26,8	19,2	16,7	51,4	28,2	19,5	17,7
OECD Average ⁴	29,1	31,0	24,3	23,2	34,4	25,5	25,4	24,2

1. I dati per il 2008 si riferiscono al 2007. Dati per il Canada: un'interruzione nella serie dei dati del 2006 porta alla segnalazione di durate medie di soggiorno più lunghe.

2. I dati per il 2008 si riferiscono al 2006.

3. Media non ponderata sui dati trasmessi dai paesi, per anno.

4. Media non ponderata su tutti i paesi che riportano dati del 1994 (sei per la demenza, cinque per la malattia di Alzheimer).

Fonte: OECD Health Data 2010.

3.2. Il care informale

Figura 5 - Il caregiving varia secondo il paese e il tipo di aiuto fornito

Tavola A. Percentuale di persone che riferisce di prestare assistenza informale per sostegno nelle ADL

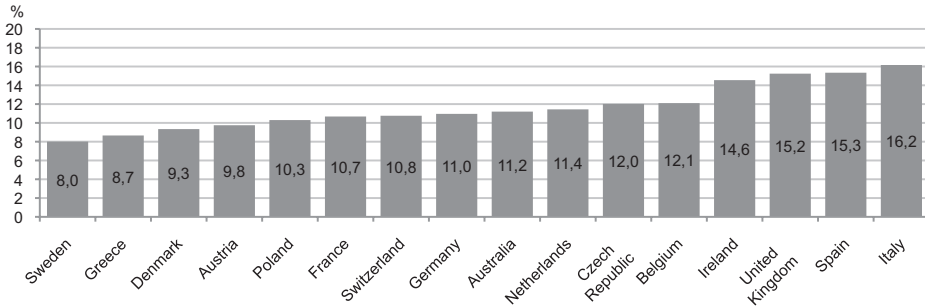


Tavola B. Percentuale di persone che riferisce di prestare assistenza informale per sostegno nelle IADL

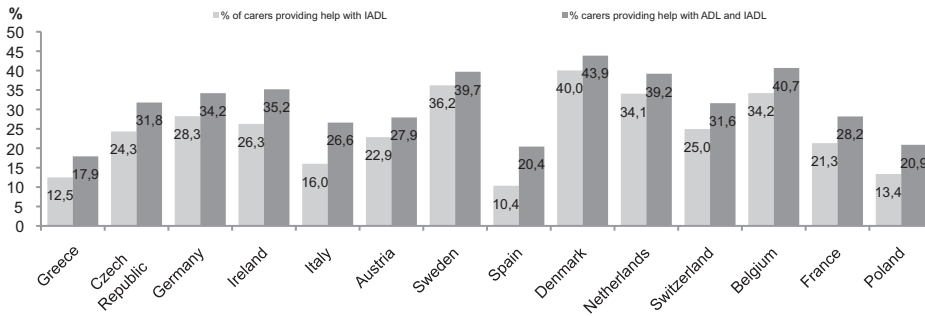
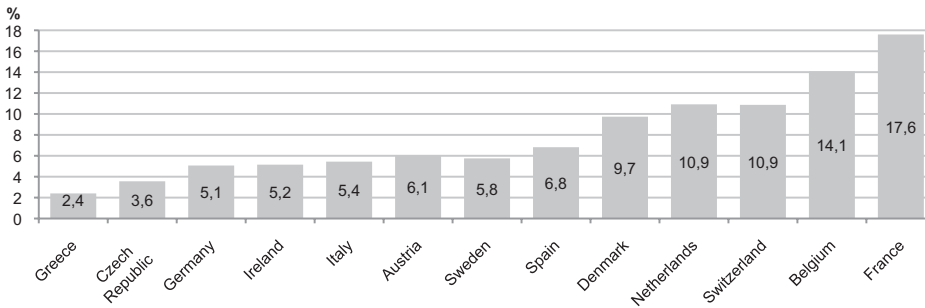


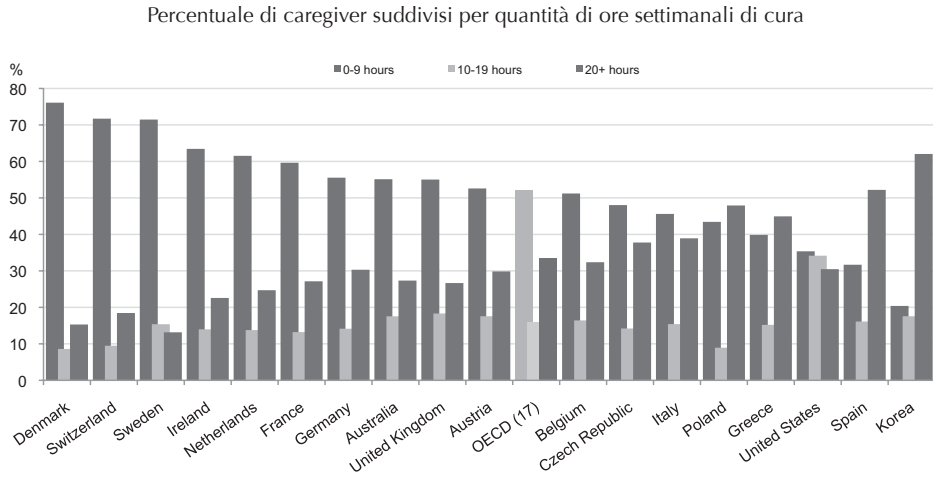
Tavola C. Percentuale di popolazione che riceve assistenza formale a domicilio



Nota: i campioni includono persone dai 50 anni in avanti. Gli Stati Uniti includono solo le cure prestate ai genitori. Per ogni paese vengono presi in considerazione i seguenti anni: 2005-07 per l’Australia; 1991-2007 per il Regno Unito; 2004-06 per gli altri paesi europei, 1996-2006 per gli Stati Uniti. ADL: attività della vita quotidiana; IADL: attività strumentali della vita quotidiana.

Fonte: stime OECD basate su HILDA per l’Australia, BHPS per il Regno Unito, Indagine su Salute, Invecchiamento e Pensioni in Europa (SHARE) per gli altri paesi europei, e HRS per gli Stati Uniti.

Figura 6 - I caregiver tendono a fornire un numero contenuto di ore di cura

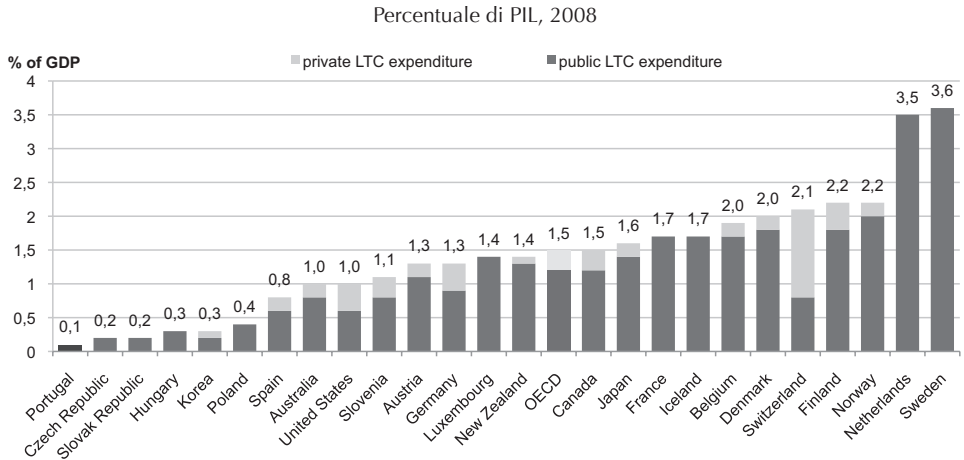


Nota: i campioni includono persone dai 50 anni in avanti (tranne la Corea, dai 45 anni in avanti). Per ogni paese vengono presi in considerazione i seguenti anni: 2005-07 per l'Australia; 1991-2007 per il Regno Unito; 2004-06 per gli altri paesi europei; 2005 per la Corea e 1996-2006 per gli Stati Uniti.

Fonte: stime OECD basate su HILDA per l'Australia, BHPS per il Regno Unito, Indagine su Salute, Invecchiamento e Pensioni in Europa (SHARE) per gli altri paesi europei, KLoSA per la Corea e HRS per gli Stati Uniti.

3.3. La spesa pubblica e privata

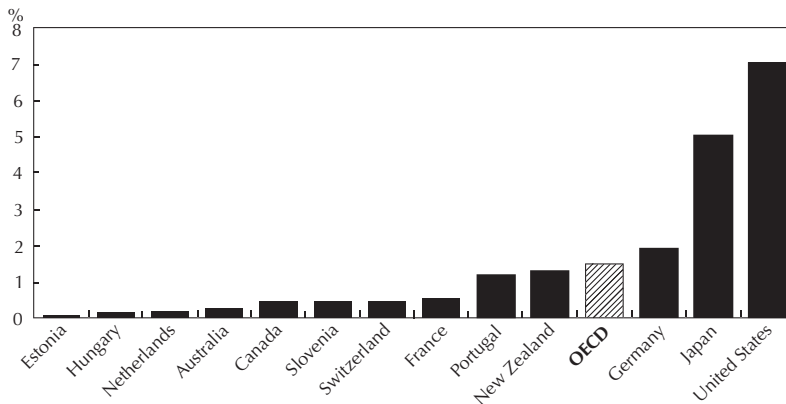
Figura 7 - La quota di spesa pubblica per l'assistenza continuativa nei paesi OECD è superiore a quella per la spesa privata



Nota: i dati per Austria, Belgio, Canada, Repubblica Ceca, Danimarca, Ungheria, Islanda, Norvegia, Portogallo, Svizzera e Stati Uniti si riferiscono solo alle spese per le cure continuative di natura sanitaria. Negli altri casi la spesa per le cure continuative si riferisce sia all'assistenza sanitaria (infermieristica) che a quella sociale. La spesa sociale LTC nella Repubblica Ceca è stimabile nell'1% del PIL (Fonte: Ministero della Salute Ceca, 2009). I dati per l'Islanda e gli Stati Uniti si riferiscono soltanto all'assistenza infermieristica a lungo termine nelle strutture residenziali. I dati degli Stati Uniti sottostimano la spesa per le soluzioni di cura interamente private. I dati della Polonia escludono le spese per le infrastrutture, pari a circa 0,25% del PIL nel 2007. I dati dei Paesi Bassi non riflettono i co-pagamenti degli utenti, stimati nell'8% della spesa totale AWBZ nel 2007. I dati dell'Australia si riferiscono al 2005, i dati della Repubblica slovacca e del Portogallo si riferiscono al 2006, i dati per Danimarca, Giappone e Svizzera si riferiscono al 2007.

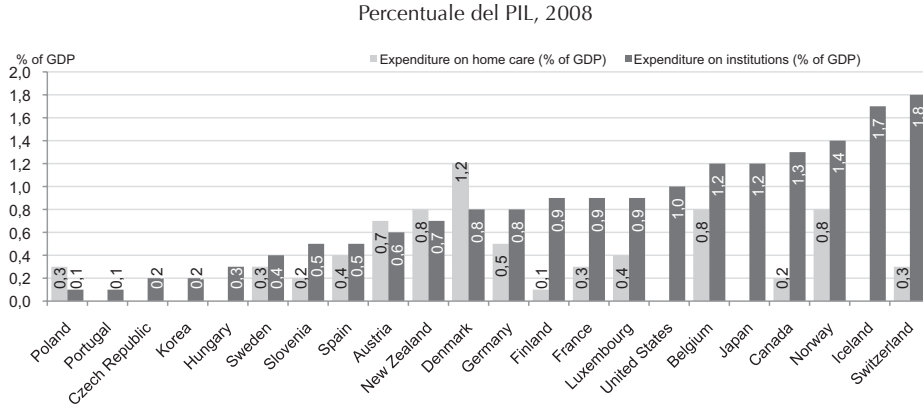
Fonte: OECD Health Data 2010.

Figura 8 - Il mercato delle assicurazioni private LTC



Fonte: OECD System of Health Accounts, 2010 e US Department of Health and Human Services, 2010.

Figura 9 - La spesa per LTC nelle strutture residenziali nei paesi OECD è più alta di quella domiciliare



Nota: L'assistenza domiciliare include le spese per i centri diurni. I dati per Danimarca, Giappone e Svizzera si riferiscono al 2007; i dati per il Portogallo si riferiscono al 2006; dati per il Lussemburgo si riferiscono al 2005. I dati per la Polonia escludono le spese per le infrastrutture, pari al 0,25% del PIL (2007). I dati provenienti dalla Repubblica Ceca si riferiscono solo alle spese LTC di natura sanitaria. La spesa sociale LTC è stimata nell'1% del PIL (Fonte: Ministero della Salute Ceco, 2009).

Fonte: OECD Health Data 2010.

PARTE SECONDA
Approfondimento monografico:
il punto sui servizi residenziali

5. Epidemiologia dei residenti nelle strutture

Antonio Guaita, Antonio Cherubini

Introduzione

I servizi sanitari hanno in questi anni assistito ad uno spiccato aumento della numerosità dei problemi clinici e del loro intreccio nei pazienti anziani. Questa situazione ha determinato una pressione notevole sul sistema di assistenza continuativa che è ancora poco sviluppato in Italia, come dimostrato dalla bassissima percentuale di popolazione ultrasessantacinquenne che riceve assistenza a domicilio o in strutture residenziali (poco più del 2% in entrambi i settori). La situazione è peggiorata dopo il 1995, quando è stato introdotto negli ospedali italiani il sistema di rimborso "DRG" (Diagnosis Related Groups).

Peraltro, il sistema dei servizi sanitari assistenziali per gli anziani italiani è eterogeneo e frammentato, con estrema eterogeneità non solo in diverse Regioni, ma anche in differenti aree della stessa Regione, e ciò è fortemente in contrasto con la crescente ed omogenea complessità dei pazienti assistiti.

Allo stesso tempo, sono disponibili pochi dati che possano documentare il cambiamento delle caratteristiche dei pazienti anziani e la capacità del sistema assistenziale di soddisfarne i bisogni. Durante gli ultimi due decenni del XX Secolo, tramite lo studio GIFA (Gruppo Italiano di Farmacoepidemiologia nell'Anziano) si è ottenuto un numero consistente di dati riguardanti i pazienti anziani ammessi negli ospedali italiani (Carosella *et al.*, 1999). Particolarmente scarse sono invece le informazioni disponibili relativamente ai servizi territoriali residenziali. Per colmare queste lacune e fornire dati utili ci si baserà quindi sia sui dati ISTAT nazionali riguardanti le residenze, sia su ricerche condotte in territori specifici (Umbria), e sullo studio U.L.I.S.S.E. (Un Link Informatico sui Servizi Sanitari Esistenti per l'anziano). Questo progetto di ricerca osservazionale, prospettico, multicentrico, ha fornito dati che descrivono sia la tipologia dei pazienti che oggi ricevono cure ospedaliere, assistenza domiciliare o assistenza nelle residenze per anziani in Italia, sia le caratteristiche e la qualità del servizio che viene fornito.

1. Le caratteristiche dei residenti come emergono dai dati ISTAT

L'analisi delle tabelle pubblicate dall'ISTAT sulle residenze, pur con alcuni limiti riguardanti la metodologia di raccolta dei dati, che non prevede controlli sulle autocompilazioni dei questionari, costituisce tuttavia un quadro nazionale di riferimento sulle caratteristiche di base dei residenti, che offre diversi punti di interesse, qui verranno analizzati i dati dei residenti riguardanti i flussi, le età, le condizioni di autosufficienza/non autosufficienza, il genere.

1.1. Considerazioni sui flussi

I dati ISTAT (ISTAT, 2006) permettono un confronto fra la situazione del 2003 e del 2006. Sono passati pochi anni ma è possibile vedere alcuni cambiamenti che potrebbero essere significativi di una tendenza e dei nuovi bisogni che la popolazione anziana porta alle residenze.

Il turn over nelle residenze avviene per decesso o per dimissione (ad altra struttura, a casa). Fra il 2003 e il 2006 vi è una diminuzione di mortalità e un aumento delle dimissioni. La mortalità si riduce del 10% e le dimissioni aumentano del 10% con una corrispondenza quasi perfetta. La distribuzione del dato nel territorio non è omogenea, per cui la diminuzione di mortalità è del 9% al nord, 3% al centro e quasi 20% al sud e isole. Poiché le Regioni del nord da sole rappresentano l'80% del totale dei residenti, in numeri assoluti la tendenza è fortemente determinata dalle residenze di tale area.

Quale significato dare? L'interpretazione di una minor gravità dei residenti appare semplicistica e non corrispondente ai dati (vedi paragrafi successivi), inoltre non spiegherebbe l'aumento delle dimissioni. Qualche cosa deve essere successo nel significato del tempo di ricovero, cioè del ricovero stesso.

Intanto vi è stato un cambiamento nella composizione della tipologia dei posti letto, per cui fra il 2003 e il 2006 sono diminuiti i posti di RA (residenza assistenziale, a bassa intensità sanitario assistenziale) da 80.481 a 75.300 circa del 2006, mentre le RSA, Residenza Sanitaria Assistenziale a più alta intensità di assistenza sanitaria, passano da 87.919 a 93.330. Molte Regioni prevedono per le RSA dei limiti di tempo nella degenza e questo può spiegare il dato riportato. Per opposto in Centro Italia, dove si registra un aumento delle RSA, si registra solo un modestissimo aumento delle dimissioni, mentre in Regioni dove tale limite non è previsto, come in Lombardia, si registra un aumento dei dimessi rispetto ai deceduti.

Una riflessione su questi cambiamenti è stata condotta in una vasta area di questa Regione come la Provincia di Milano (Facchini, Guaita, 2004). Da questa analisi risultò che vi era un diverso ruolo delle residenze, con aumento dei ricoveri temporanei specie dopo dimissione dall'ospedale. Questo avveniva sia per affrontare la instabilità clinica (vedi paragrafo dedicato al tema) che per l'oppor-

tunità di accedere in tempi brevi, anche se temporaneamente, verso le strutture con minor lista di attesa. In molti casi le due cose si potenziavano, perché le strutture più grandi avevano contemporaneamente minor lista di attesa e più capacità di affrontare l'instabilità clinica per la maggior presenza di personale sanitario, ma anche costi decisamente più elevati. Molti di questi venivano quindi poi dimessi per un'altra struttura, spesso più vicina a casa, meno costosa e anche più "leggera" dal punto di vista sanitario. È probabile che questa analisi dettagliata sia applicabile almeno in parte al Nord e al Sud d'Italia e possa spiegare questo cambiamento. In centro Italia è più difficile capire il dato della sostanziale stabilità dei numeri assoluti di dimessi e deceduti, anche considerando che fra 2003 e 2006 in quell'area si sono modificate la numerosità e la tipologia delle residenze più che nel resto d'Italia (i posti totali passano da 31.444 del 2003 a 35.327 del 2006, con un aumento di 5.000 posti per le Residenze socio sanitarie-RSA e diminuzione delle residenze assistenziali); di conseguenza nel Centro risulta diminuito il numero degli accolti in residenza (14.069 nel 2003 contro 13.624 nel 2006).

Tabella 1 - Deceduti 2003/ 2006 nelle residenze a confronto

	Deceduti 2003	Deceduti 2006
Nord	46.867	42.531
Centro	6.787	6.583
Sud e Isole	4.759	3.823
Totale	58.413	52.937

Tabella 2 - Dimessi 2003/ 2006 nelle residenze a confronto

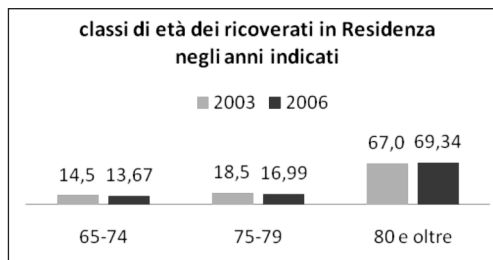
	Dimessi 2003	Dimessi 2006
Nord	44.364	50.381
Centro	6.530	6.681
Sud e Isole	3.991	4.353
Totale	54.885	61.415

1.2. Età

Vi è un aumento della età dei residenti, tutta a carico degli ultra 80enni. Tutti i servizi sociosanitari per gli anziani si rivolgono ormai a popolazioni di età avanzata, cure domiciliari comprese, come emerge anche dal secondo Rapporto (vedi secondo Rapporto N.N.A.). Nelle residenze questa tendenza è in atto da mol-

ti anni, ma si sta profilando una situazione in cui anche i 75enni sono “giovani” per questa area di assistenza che si rivolge ormai quasi solo agli ultra ottantenni che sono più dei 2/3 dei ricoverati e sono in continuo aumento relativo. Dal 2003 al 2006 passano dal 67% a quasi il 70% della popolazione dei residenti; l’età media della popolazione del progetto U.L.I.S.S.E. è risultata superiore a 83 anni ($83,5 \pm 8,1$ anni) mentre i dati stimati nazionali ISTAT 2006 appaiono leggermente inferiori (81,5).

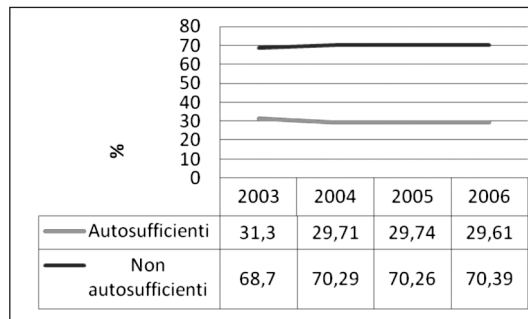
Tabella 3 - Confronto delle distribuzioni dei quintili di età dei ricoverati in Residenza nel 2003 e nel 2006



1.3. Autosufficienza/non autosufficienza

La presenza di residenti non autosufficienti è maggioritaria ma anche sostanzialmente stabile nel tempo. Fra il 2004 e il 2006 i dati nazionali non registrano variazioni significative. Da una parte questo indica che il 70% rappresenta probabilmente la quota che caratterizza il servizio, dall’altra che le residenze, comunque, continuano a svolgere un ruolo anche di rifugio sociale, pur se ampiamente minoritario ma probabilmente non destinato ad estinguersi, a meno che non crescano reali servizi alternativi di tipo residenziale.

Tabella 4 - Andamento della percentuale di anziani auto o non autosufficienti in residenza negli anni indicati



1.4. Genere

Il genere femminile è prevalente senza eccezioni, fra i residenti delle strutture per anziani, in modo simile in tutte le zone d'Italia.

Tabella 5 - Distribuzione percentuale per genere dei residenti (anno 2006)

	Maschi %	Femmine %
Nord-ovest	22	78
Nord est	23	77
Centro	24	76
Sud	30	70
Isole	30	70
Totale	24	76

Questo non riflette solo la maggior presenza di donne fra gli ultra sessantacinquenni, ma anche un maggior tasso di ricovero in rapporto alle rispettive popolazioni di provenienza, tasso per altro stabile nel tempo.

Tabella 6 - Tasso di ricoverati per mille abitanti ultra65enni

anni	Maschi /1.000 abitanti	Femmine/1.000 abitanti	Totali/1.000 abitanti
2004	11,16	25,65	18,40
2005	11,26	25,9	18,58
2006	11,11	25,82	18,46

Questo dato non sorprende, essendo le donne la maggior parte largamente maggioritaria della popolazione delle residenze in tutti i paesi, senza eccezioni.

Le donne ricoverate sono in maggior numero anche fra i residenti non autosufficienti, anche in questo caso con una tendenza stabile nel tempo, semmai in leggero aumento.

Tabella 7 - Percentuale di residenti non autosufficienti ultra65enni per genere e anno.

anni	Maschi	Femmine	Totali
2004	66,55	71,44	70,29
2005	66,27	71,49	70,26
2006	66,11	71,82	70,39

La possibile spiegazione di questo dato potrebbe essere nella maggior età media delle donne ricoverate, con media stimata superiore a 84 anni, contro gli 81 dei maschi e diversamente distribuita nelle classi dei residenti in struttura:

Tabella 8 - Distribuzione per età e genere dei residenti (2006)

età	Maschi %	Femmine %
65-74	25,33	10,07
75-79	22,27	15,37
80 e oltre	52,40	74,56
totale	100	100

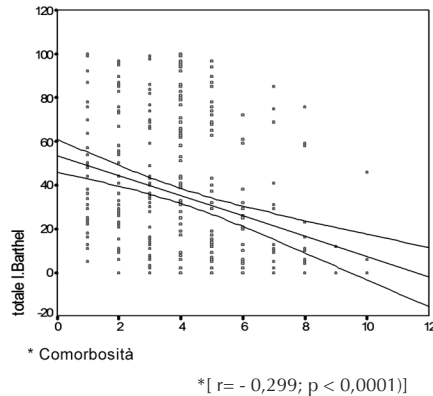
Inoltre la prevalenza della solitudine e della vedovanza (le vedove sono la maggioranza della popolazione femminile a partire dai 78 anni, e il 72% a 85 anni) (ISTAT, 2010). Forse può essere considerato anche il ruolo di cura ancora poco congeniale ai maschi (per cui per un maschio dipendente c'è una moglie che assiste, mentre non è vero il contrario), anche se la presenza maschile fra i care giver è in aumento (Facchini, 2007); resta comunque il fatto che anche a domicilio e parità di età le donne sono più fragili (ad esempio: tra le persone di 65 anni o più la quota di popolazione con disabilità è del 18,7%, e raggiunge il 44,5% (35,8% per gli uomini e 48,9% per le donne) tra le persone di 80 anni e più (ISTAT – disabilità, 2004-2005).

2. Le caratteristiche cliniche dei residenti

2.1. Patologie e comorbilità

Si è visto come la quota di persone non autosufficienti costituisca l'assoluta maggioranza dei residenti con un andamento che si conferma nel tempo. È nota da tempo (Guaita, 2002) una relazione fra la non autosufficienza e il numero di condizioni cliniche rilevanti nei residenti, per cui la comorbosità cresce con il diminuire della autonomia in modo altamente significativo. Nella stessa popolazione l'analisi con la regressione multipla evidenziava che le patologie psichiche e quelle muscolo scheletriche erano le più importanti, seguite da quelle del tratto inferiore gastroenterico, sistema nervoso centrale, genitourinario (le altre, una per tutte quelle cardiache, non rientravano neppure nell'equazione, a riprova della diversa gerarchia patologica fra cause di morte e le cause di disabilità permanente).

Figura 1 - Relazione fra autonomia (totale I. Barthel) e indice di comorbidità della Cumulative Illness Rating Scale (Comorbidità)



Sui dati dei residenti in RSA della Regione Lombardia vi è una analisi recente dell'andamento della reciproca distribuzione fra perdita di autonomia motoria, presenza di comorbidità rilevante, disturbi psico comportamentali (Guerrini, 2011), così come vengono classificati dalle classi SOSIA ⁽¹⁾. L'autore così analizza i dati confrontando il quadro dei residenti del 2003 e del 2007:

“... Tra il 2003 ed il 2007 (ultimo anno per il quale sono disponibili i dati relativi) la percentuale degli ospiti appartenenti alle classi 1 e 3 del SOSIA – le classi più rappresentate, e a più elevato carico assistenziale – passano infatti dal 52,7% al 59,5% ... mentre calano dal 28,3% al 26,6% quelli appartenenti alle classi 7 ed 8, relative agli ospiti meno impegnativi...

Questo dato, se da una parte rispecchia il progressivo aggravamento

(¹) Classificazione SOSIA della fragilità.

Classe	Mobilità	Capacità cognitiva comportamento	Severità comorbidità
1	Grave	Grave	Grave
2	Grave	Grave	Lieve
3	Grave	Lieve	Grave
4	Grave	Lieve	Lieve
5	Lieve	Grave	Grave
6	Lieve	Grave	Lieve
7	Lieve	Lieve	Grave
8	Lieve	Lieve	Lieve

Per approfondire il metodo di classificazione:

C. DOTTI, G. CASALE, V. ZACCHI, P. LOVAGLIO, U. FAZZONE, La Classificazione SOSIA degli anziani ospiti delle residenze sanitario-assistenziali lombarde Ann Ig 2006; 18: 439-451.

dell'utenza delle RSA (con tutte le conseguenze già citate in termini di livelli assistenziali), conferma anche l'utilizzo appropriato di questi servizi, più strutturati e «pesanti», a favore degli anziani più in difficoltà.

Merita peraltro una riflessione anche quel 26.6% di ospiti delle RSA appartenenti alle classi 7 e 8 di SOSIA, persone cioè che solo per le condizioni sanitarie (classe 7) o nemmeno per quest'ultima (classe 8) sono giudicate portatrici di bisogni rilevanti. È importante premettere che in queste classi a «bassa intensità assistenziale» finiscono per essere collocati anche pazienti con patologie psichiatriche, espulsi dalla rete dei servizi psichiatrici per l'età, spesso in condizioni cliniche tutt'altro che stabilizzate; quando non addirittura persone affette da demenza negli stadi iniziali, in condizioni di autonomia funzionale ancora discrete, ma non per questo meno bisognose di sorveglianza e di assistenza finalizzata proprio al mantenimento dei margini di autonomia residui (vedi oltre). Resta però nelle RSA una quota di persone che, talvolta anche a seguito di un recupero funzionale promosso dalla struttura, hanno minori bisogni assistenziali e potrebbero giovare di alternative residenziali più «leggere» e meno costose (uso della domotica, vicinato solidale, alloggi protetti, comunità alloggio, ...)."

2.2. Dati U.L.I.S.S.E.

Lo studio U.L.I.S.S.E. è stato condotto tra il 2003 e il 2006. La metodologia dello studio in dettaglio è stata già descritta (Lattanzio *et al.*, 2010) ⁽²⁾. Quando è stato progettato lo studio, solo una minoranza di residenze aveva posti disponibili per accogliere ospiti a degenza breve, quindi nello studio sono stati inclusi solo i lungodegenti. I pazienti deceduti durante l'anno di follow-up, sono stati sostituiti a 12 mesi da nuovi pazienti, selezionati casualmente tra quelli ricoverati nell'ultimo anno.

Complessivamente, hanno partecipato allo studio 31 residenze per anziani e sono stati valutati 1.764 ospiti al basale (95,5% lungodegenti e 3,6% a ciclo breve), di questi 1.478 hanno completato il follow-up a 6 mesi e 1091 anche il follow-up a 12 mesi. Alla valutazione basale l'età media dei soggetti valutati è risultata superiore a 80 anni ($83,5 \pm 8.1$ anni), con una percentuale pari al 43,5% di età > 85 anni. Come è logico attendersi in questa fascia di età, le donne costituiscono la parte più rilevante del campione (71%), non solo in rapporto al fatto che la loro aspettativa di vita è mediamente superiore di circa 5 anni rispetto agli uomini, ma anche per la maggior prevalenza di condizioni che favoriscono la istituzionalizzazione, quali la vedovanza (66,8% vs 31,4%) e la disabilità. Il livello di scola-

⁽²⁾ Antonio Cherubini ha partecipato al gruppo di ricerca dello studio U.L.I.S.S.E. ed ha elaborato i dati commentati nel paragrafo.

rità media è pari a 4,7 anni. Inoltre gli ospiti presentano una elevata complessità clinica, come documentato da un numero medio di malattie pari a circa 4 e da un punteggio medio all'indice di comorbilità CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) di 9,7. In relazione a tale dato è presente una rilevante polifarmacoterapia, con un numero medio di farmaci assunto pari a 5 (range 0-18). Elevata è anche la prevalenza della disabilità severa in quanto relativa alle attività basilari della vita quotidiana (mobilità a letto, trasferimenti, deambulazione nella stanza, nel corridoio, all'interno del modulo/reparto, al di fuori del modulo/reparto, vestirsi, mangiare, usare i servizi igienici, igiene personale) con la perdita in media di 4 su un totale di 7 attività basilari della vita quotidiana misurate dalla scheda VAOR.

Dal punto di vista delle condizioni di salute un particolare rilievo assume il fatto che ben il 70,4% presenta un qualche grado di deterioramento cognitivo, definito sulla base di un punteggio >2 alla scala di valutazione delle funzioni cognitive (Cognitive Performance Scale, CPS), ed il 42% dei soggetti un deterioramento cognitivo di entità severa (CPS >5). Per quanto riguarda le singole patologie croniche la più frequente è appunto la demenza interessando il 44% degli ospiti; al secondo posto in ordine di frequenza c'è la cardiopatia ischemica cronica con il 24,5%, poi la broncopneumopatia cronica ostruttiva con il 22,3%, le malattie cerebrovascolari con il 18,1%, ed il diabete con il 17,5%.

Tabella 9 - Prevalenza di patologie nel campione totale al basale (dati studio U.L.I.S.S.E.)

Patologie	Prevalenza
Demenza	44.0
CIC	24.5
BPCO	22.3
Malattie Cerebrovascolari	18.1
Diabete	17.5
Anemia	10.2
SCC	8.0
IRC	7.1
Cancro	6.7
IVR	2.2

* CIC= cardiopatia ischemica cronica, BPCO= bronco pneumopatia cronico-ostruttiva, M. Cereb.= Malattie cerebrovascolari, SCC = scompenso cronico congestizio, IRC = insufficienza renale cronica, IVR = infezioni vie respiratorie.

** Le variabili sono espresse in %.

Nei soggetti residenti è stata osservata un'elevata prevalenza di sindromi geriatriche, a conferma della elevata fragilità della popolazione istituzionalizzata. Circa il 13% era caduto almeno una volta nei 6 mesi precedenti (il 12% ad 1 an-

no); quasi il 20% presentava indicatori di stato confusionale acuto o delirium al momento della valutazione basale (il 21% ad 1 anno); il 10% presentava lesioni da decubito al basale e la percentuale rimaneva pressoché stabile ad 1 anno mentre l'incidenza a 6 mesi di nuove lesioni era dell'8% circa; il 70% presentava incontinenza urinaria (con differenza significativa tra uomini e donne: 75% nelle donne vs 59% negli uomini, $p < 0.0001$) (66% ad 1 anno); l'utilizzo di mezzi di contenzione si aveva nel 22% del campione (20% ad 1 anno); l'8% dei residenti andava incontro a perdita di peso intesa come $> 5\%$ negli ultimi 30 giorni o $> 10\%$ negli ultimi 180 giorni (9% ad 1 anno).

Per quanto riguarda la relazione tra complessità clinica e disabilità, non è stata riscontrata una forte associazione trasversale, ancorché significativa ($r = 0,16$; $p < 0,0001$) in rapporto alla dimensione del campione, tra la comorbilità (misurata tramite la scala CIRS) e la disabilità nelle ADL (Long Form MDS scala ADL, data dalla somma delle risposte alle sette ADL ed ha un punteggio che va da '0' a '28') (Morris *et al.*, 1999).

Tuttavia, quando siamo andati a verificare i determinanti del declino funzionale nel corso del follow-up è emerso che la comorbilità è un fattore predittivo di declino funzionale, insieme all'età avanzata, alla depressione, all'uso degli antipsicotici; mentre la presenza di geriatra nelle residenze come una maggiore assistenza infermieristica ne riduce il rischio.

Andando a valutare in modo più approfondito il contributo delle singole patologie, è emerso che la demenza, la frattura di femore ed il Parkinson sono le principali determinanti della disabilità.

2.3. La instabilità clinica

La condizione di non autosufficienza e di cronicità non significa automaticamente condizione stabile nel tempo. La diminuzione della riserva funzionale complessiva e la comorbosità in realtà potrebbero rendere più probabili gli eventi acuti (scompensi) e la necessità di monitoraggi medico infermieristici. I dati sull'andamento clinico dei residenti basati su questa ipotesi, ancorché ragionevole, non sono numerosi, ma tuttavia convergenti. Già negli anni '90 alcuni dati pionieristici sugli "eventi clinici avversi" (ACE = Adverse Clinical Events) (Bernardini, 1993) misurati in residenze di Milano, dimostravano che non esisteva solo una condizione lineare di non autosufficienza, cui dovevano rispondere gli staff di cura delle residenze, ma che la necessità di rispondere a mutamenti improvvisi e impegnativi delle condizioni clinico funzionali erano ben presenti. Più recentemente uno studio su più residenze di una ASL della Provincia di Milano, ha cercato di misurare sia gli ACE che la "instabilità clinica" concetto forse di evidente definizione teorica (la presenza di una condizione clinica evolutiva, che può cambiare nel breve periodo) ma di difficile definizione operazio-

nale. Sono stati adoperati quindi dei criteri mutuati dall'ambiente ospedaliero e piuttosto selettivi (nati in realtà per la definizione della instabilità dei malati di polmonite), tuttavia la presenza della instabilità clinica risulta rilevante, sia prevalente che incidente. Infatti nei 450 residenti delle 44 strutture gli ospiti clinicamente instabili durante tre mesi di osservazione sono il 52% complessivo, con percentuale di instabilità all'ingresso in residenza del 36,67% e dopo tre mesi del 44,67%. Si sono inoltre registrati 932 ACEs, per l'83% avvenuti negli "instabili" (Lopez *et al.*, 2008).

Si è rilevato infine quali fossero, nei 234 ospiti complessivamente instabili, le diagnosi principali ritenute dai medici di RSA responsabili di instabilità clinica. Le diagnosi sono state raggruppate secondo le voci della scala CIRS: le patologie di tipo psichiatrico-comportamentale (36,75%), unitamente alle patologie respiratorie (15,81%) e neurologiche (20,94%), rappresentano ben il 73,5% degli inquadramenti diagnostici. Le categorie ATC di farmaci maggiormente utilizzate dai medici RSA nei 234 pazienti instabili sono state quelle per apparato gastrointestinale e metabolismo (65,82%), sangue ed organi emopoietici (64,95%) cardiache (64,10%). Altresì, considerando anche le categorie per antiipertensivi, farmaci per il sistema nervoso ed ansiolitici/ipnoinducenti che sono utilizzate in percentuali oscillanti dal 30 al 40% degli anziani, si conferma il dato sulla presenza del fattore di fragilità "farmaci > 4", pari al 71,82% sulla coorte dei 426 pazienti clinicamente complessi (Lopez *et al.*, 2009).

Un'ulteriore conferma della relazione tra complessità clinica ed instabilità proviene dallo studio U.L.I.S.S.E.

Durante l'anno di follow-up 170/1466 (11,6%) residenti sono stati ricoverati in ospedale almeno una volta (Cherubini *et al.*, 2011). Tra i vari fattori di rischio, la comorbilità riveste un ruolo importante, infatti i soggetti che andavano incontro ad ospedalizzazione presentavano una maggiore comorbilità rispetto a coloro che non venivano ricoverati (punteggio CIRS del 12,0 e 9,0, rispettivamente, $p < 0,0001$). Tra le diverse patologie, risultano più frequentemente associate a ricovero la cardiopatia ischemica cronica, le aritmie, la bronco pneumopatia cronica ostruttiva, l'insufficienza renale cronica, le infezioni del tratto urinario ed il cancro. Dall'analisi di regressione logistica, è emerso che un numero maggiore di ore di assistenza del personale ausiliario, infermieristico e medico è associato ad una minore probabilità di essere ricoverato in ospedale. In altri termini la risposta alla complessità clinica non può che essere quella di garantire una maggiore assistenza sanitaria a tutti i livelli, in modo da prevenire o curare tempestivamente le condizioni che, aggravandosi, possono determinare la necessità di ricovero ospedaliero.

2.4. Demenze

2.4.1. La prevalenza della patologia

Tutti i dati pubblicati, sia in ambito nazionale che internazionale, mettono in luce l'alta percentuale di presenza di demenze fra i residenti delle strutture per anziani, in particolare tanto più presente quanto più la residenza accoglie non autosufficienti. Ad esempio nel Regno Unito quasi il 5% della popolazione ultra65enne è ricoverata in una residenza, e il 62% (intervallo di confidenza: 52-71) di questi ha una diagnosi di demenza (Matthews, Denning, 2002). A Taiwan nelle residenze per persone non autosufficienti la prevalenza della demenza è il 64,5%, nelle strutture per semi-non autosufficienti 26,8% (Chen *et al.*, 2007). In Israele si passa da una prevalenza della demenza del 22,9% nelle unità residenziali per autonomi fragili, al 97,7% delle residenze per i gravi non autosufficienti (Feldman, *et al.*, 2006).

In Italia nel piccolo campione di residenti studiato per il lavoro del "mattoncino 12" – assistenza residenziale e semiresidenziale del Ministero della Salute (Progetto Mattoni), lo stato cognitivo viene suddiviso in tre classi di gravità crescente, e i residenti risultano distribuiti all'incirca in modo simile, un terzo cioè per ogni classe. Nello studio U.L.I.S.S.E. un particolare rilievo assume il fatto che ben il 70,4% presenta un qualche grado di deterioramento cognitivo, definito sulla base di un punteggio >2 alla scala di valutazione delle funzioni cognitive (Cognitive Performance Scale, CPS), ed il 42% dei soggetti un deterioramento cognitivo di entità severa (CPS >5), mentre la diagnosi accertata di demenza interessa il 44% degli ospiti (47,3% nelle donne vs 35,8% negli uomini). Dai dati raccolti nel già citato studio lombardo su di una coorte di residenti clinicamente complessi la demenza è risultata presente nel 74% dei casi (Lopez *et al.*, 2009).

Nello studio U.L.I.S.S.E. e nel progetto Umbria la prevalenza complessiva della diagnosi di demenza secondo i codici ICD-9 è stata del 50,7% (n = 1123). Le caratteristiche descrittive del campione in base alla presenza o assenza di demenza sono presentati nella tabella 10. I residenti con una diagnosi di demenza erano leggermente più anziani rispetto ai residenti senza demenza (84 vs 83 anni, $p = 0,0001$), avevano una maggiore comorbidità (punteggio mediano del CIRS di 10 vs 9, $p = 0,007$), mentre il numero medio di farmaci era inferiore rispetto ai residenti senza demenza (4 vs 5, $p < 0,0001$). Inoltre, avevano disabilità più gravi (mediana punteggio ADL di 23 vs 11, $p < 0,0001$). Avevano più spesso problemi comportamentali come vagabondaggio (20% vs 8%, $p < 0,0001$), aggressività fisica (18% vs 8%, $p < 0,0001$), aggressività verbale (24% vs 18%, $p < 0,0001$) e comportamento socialmente inappropriato (27% vs 11%, $p < 0,0001$); erano più spesso trattati con farmaci antipsicotici (40% vs 23%, $p < 0,0001$) e meno spesso con benzodiazepine (24% vs 28%, $p < 0,035$), antidepressivi (17% vs 25%, $p < 0,0001$) e farmaci ipnotici (14% vs 18%, $p < 0,022$).

Tabella 10 - Caratteristiche cliniche e demografiche dei residenti con o senza diagnosi di demenza secondo l'ICD9

Variabili	Campione totale (n= 2215) (% or mediana ± IQ)	Demenza (n= 1123) (% or mediana ± IQ)	No demenza (n= 1092) (% or mediana ± IQ)	p
Sesso (femminile)	83,9	82,9	85,4	ns
Età (anni)	83,6 (78,1-89,7)	84,4 (79,7-90,3)	82,7 (76,2-89,2)	<0,0001
Scolarità (anni)	5,0 (3,0-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	ns
CIRS (0-56)	9,0 (5,0-14,0)	10,0 (6,0-15,0)	9,0 (5,0-13,5)	<0,007
N°farmaci	5,0 (3,0-7,0)	4,0 (2,0-6,0)	5,0 (3,0-7,0)	<0,0001
ADL (0-28)	19,0 (6,0-26,0)	23,0 (12,0-28,0)	11,0 (2,0-23,0)	<0,0001
CPS (0-6)	3,0 (1,0-5,0)	5,0 (3,0-6,0)	2,0 (1,0-3,0)	<0,0001
Patologie				
SCC	7,5	6,0	9,2	<0,005
Cancro	7,5	6,1	8,9	<0,015
IRC	6,7	5,3	8,1	<0,011
BPCO	22,3	19,4	25,4	<0,001
CIC	27,4	28,2	26,6	ns
Diabete	18,1	16,8	19,4	ns
Ictus	19,0	17,6	20,3	ns
Parkinson	6,5	7,3	5,6	ns
Ansia	12,3	10,2	14,4	<0,004
Depressione	22,3	17,7	26,9	<0,0001
Incontinenza	58,6	75,8	40,9	<0,0001
Disturbi comportamentali				
Vagabondaggio	14,4	20,5	8,1	<0,0001
Aggressività verbale	21,2	24,2	18,1	<0,0001
Aggressività fisica	12,7	17,7	7,6	<0,0001
Comportamento socialmente inappropriato	19,2	27,1	11,1	<0,0001
Uso di psicofarmaci				
Uso di antipsicotici	31,7	40,0	23,0	<0,0001
Uso di benzodiazepine	26,1	24,1	28,2	<0,035
Uso di antidepressivi	21,0	16,9	25,2	<0,0001
Uso di ipnoinducenti	15,8	14,0	17,7	<0,022

* IQ= range interquartile, ADL= activities of daily living, CPS= cognitive performance scale, SCC= scompenso cardiaco cronico, IRC= insufficienza renale cronica, BPCO= Broncopneumopatia cronico-ostruttiva, CIC= cardiopatia ischemica cronica.

Nonostante la demenza sia un problema rilevante nelle residenze per anziani, diversi autori hanno riportato un elevato tasso di sottodiagnosi e sottotrattamento di questa condizione.

Nella casistica già citata, si ha sottodiagnosi nel 27,3% dei soggetti. La diagnosi di demenza è una condizione indispensabile per progettare e implementare un piano individualizzato di assistenza sanitaria, in termini di assistenza e trattamento; per la formazione del personale infermieristico al fine di migliorare il riconoscimento, la valutazione, il trattamento della demenza. Ancora più sorprendente è l'estensione di sottotrattamento, i farmaci antidemenza vengono prescritti solo al 5% di coloro che potrebbero potenzialmente essere curati nonostante siano numerose le evidenze dei benefici del trattamento, anche in fase avanzata.

2.4.2. *La natura dei problemi posti dai non autosufficienti con demenza nelle residenze*

La consistenza numerica che disegna un quadro per cui la maggioranza dei residenti nelle strutture per non autosufficienti è oggi affetto da patologie demen-tigene si associa ad una diversa natura dei problemi assistenziali. Che si possono così riassumere:

- la autosufficienza non è immobile: la perdita delle funzioni motorie è tardiva nelle persone con demenza, che spesso mantengono una buona mobilità. In un confronto fra residenti con e senza demenza condotto in una struttura di ricovero ad esempio la dipendenza totale nel cammino riguardava il 50% dei non dementi e poco più del 6% dei dementi (Guaita, 2002). Quando il quadro motorio poi si fragilizza, i problemi possono aggravarsi perché permane una iniziativa motoria acritica e afinalistica non sostenuta da abilità sufficiente, con raddoppio del rischio di cadute (Van Doorn *et al.*, 2003).
- la prevedibilità, la stabilità di solito associata alla condizione cronica non si applica alle persone con demenza. Le persone con demenza non sono "più sane" delle altre come in passato è stato ipotizzato, ma al contrario sono portatrici di maggior quota di patologie e di maggior impegno per curarli (Guaita, 2005). D'altra parte il grave disturbo cognitivo, associato al mantenimento delle capacità di deambulazione, porta al costante pericolo di iniziative incongrue e potenzialmente lesive o auto lesive, tutto ciò si aggrava in relazione alla comparsa dei disturbi del comportamento che rendono la gestione assistenziale ancora meno "programmata".

Le conseguenze di questi due aspetti sulle strategie e l'organizzazione dell'assistenza sono evidenti:

- non vi è più una relazione lineare fra "peso" dell'assistenza e riduzione delle capacità motorie. Su questo assunto si basano molte delle valutazioni che poi si traducono in una tariffa di contributo sanitario (ad esempio le classi SOSIA del-

la Regione Lombardia), che quindi in generale potrebbero sovrastimare il peso della dipendenza motoria e sottovalutare quello della dipendenza da deficit cognitivo.

- L'assistenza si associa alla sorveglianza. La necessità di aiutare le persone nella vita quotidiana per quelle funzioni che non riescono a svolgere, attività tradizionalmente ben consolidata nelle strutture assistenziali, si modifica profondamente di fronte ai bisogni delle persone con demenza. Da una parte infatti questo aiuto spesso non è compreso e vi può essere opposizione a tutte le manovre (fare il bagno, ma anche alimentarsi, indossare gli abiti ecc.), dall'altra occorre anche sorvegliare che non vi siano iniziative pericolose o comportamenti lesivi che richiedano l'intervento. Questo tempo di "sorveglianza" aumenta con la gravità della demenza ed è quello che più volentieri al domicilio viene delegato alla assistenza privata (AIMA CENSIS, 2007), perché è problematico per molti aspetti che si possono riassumere in:
 - continuità, cioè impossibilità di interrompere la sorveglianza nell'arco delle 24 ore;
 - bassa gratificazione, legata al fatto che nella "assistenza" l'operatore ha la percezione di "portare aiuto" e di rispondere ad un bisogno, mentre nella "sorveglianza" il suo compito è di "impedire" delle cose che il malato vorrebbe fare, con la percezione quindi di ridurre la sua qualità di vita.

Lo stress aumenta, condizionato non solo dal numero delle operazioni assistenziali necessarie, cioè dalla dipendenza, ma anche dalla loro prevedibilità, come conseguenza della prevalenza dei disturbi comportamentali. Infatti la maggior parte dei pazienti sviluppano nel corso della malattia questi disturbi non cognitivi che spesso sono causa principale dell'istituzionalizzazione, cosicché rappresentano anche un'importante problematica dal punto di vista assistenziale all'interno delle residenze. Essi infatti causano notevoli difficoltà di gestione, sia per le problematiche create nella vita di relazione con gli ospiti, che per la frustrazione nello staff, soprattutto quando si tratta di aggressività fisica o verbale; inoltre potrebbero causare danni all'ospite o agli altri (es. cadute). Spesso diventa inevitabile il ricorso a misure di contenzione, sia sul piano farmacologico che fisico (contenzione), soprattutto quando l'assistenza non è adeguata dal punto di vista qualitativo o quantitativo a fornire risposte assistenziali alternative. Per quanto riguarda i farmaci antipsicotici, essi vengono utilizzati nel 40% dei soggetti con demenza (studio U.L.I.S.S.E.), nonostante i loro rilevanti effetti collaterali e la modesta efficacia, mentre la contenzione fisica si riscontra in ben il 34% dei soggetti dementi. Un'ulteriore conferma viene ad esempio dallo studio condotto da Facchini su caregiver di anziani gravemente disabili, sia ricoverati che al domicilio, l'indice di stress aumenta del 50% fra i "molti interventi programmabili" e gli interventi "non programmabili" (Facchini, 2007). È altresì dimo-

bile che un setting residenziale adeguato può ridurre lo stress degli operatori, a confronto con quello di chi opera in ambienti residenziali non specifici (Facchini, Guaita 2006).

Conclusioni

I dati riportati in questo capitolo hanno analizzato in modo più emblematico che esaustivo i bisogni dei residenti nelle strutture di ricovero per anziani non autosufficienti. Emergono con chiarezza alcuni fatti che sono confermati dalla loro stessa evidenza e non necessitano di un "plus" interpretativo per essere compresi:

1. i residenti sono sempre più vecchi e l'età di moda statistica si avvicina ai 90 anni: questo "invecchiamento dei vecchi" nelle residenze è particolarmente acuto e causa esso stesso una somma di fragilità biologiche che affliggono anche i settori dell'organismo non colpiti dalle malattie, ma si accompagna anche a fragilità di tipo sociale, psicologico-culturale ed economico;

2. il genere femminile è preponderante: a prescindere dalle geografie regionali e dalle tipologie delle residenze, 2/3 delle persone sono donne. Se l'invecchiamento è un problema femminile, l'invecchiare in una residenza lo è ancora di più. Inoltre la presenza femminile si accentua con il crescere delle età;

3. i residenti sono malati, e malati di più patologie contemporaneamente: la non autosufficienza non è la conseguenza di un evento patologico che si è esaurito ma accompagna una o più patologie croniche che persistono, è un segno della patologia e non una sequela;

4. la associazione fra patologia e disabilità avviene sia sul piano fisico che su quello psichico. A seconda di quello che consideriamo come "problema patologico psichico", dal deterioramento cognitivo alla demenza, dalla depressione alla psicosi variano le percentuali: comunque la si conti oggi la maggioranza (ma in molti casi quasi la totalità) dei/delle residenti ha come causa principale o associata di non autosufficienza quella psichica, sia di tipo cognitivo che affettivo.

Tutto questo non ha lasciato intatto il ruolo e l'organizzazione delle residenze, per quanto in quel mondo si registri un evidente ritardo a prendere atto di questi cambiamenti. D'altra parte gli stessi sistemi di tariffazione regionale paiono ancora oggi sopravvalutare la dipendenza motoria e sottovalutare quella psico-cognitiva, che ha comportato la rottura del meccanismo della linearità fra perdita di capacità motorie e necessità di assistenza che è alla base di molti sistemi di erogazione tariffaria. Oggi il problema sono proprio quelli che non hanno perso le capacità motorie ma non sanno elaborare in modo critico il proprio comportamento nello spazio, come conseguenza della demenza.

La instabilità clinica e motoria e la presenza delle demenze hanno già com-

portato ad esempio che la quota di persone che eseguono ricoveri temporanei, una volta quasi assenti, sia in costante aumento. Le famiglie cercano risposte più veloci e di “partnership” di fronte a compiti di cura che chiaramente vanno al di là di semplici pratiche assistenziali. Oppure cercano di fronteggiare l’instabilità con momenti di “sollievo” e con l’uso sempre più esteso della assistenza privata, quasi sempre erogata da personale immigrato. Purtroppo anche molte strutture faticano a elaborare nuove strategie di cura, che sappiano coniugare in modo intelligente le necessità di sorveglianza con quelle di assistenza, la sicurezza e la libertà degli assistiti, ponendo attenzione a tutta la qualità delle cure che erogano: dalle caratteristiche degli ambienti alla preparazione e numerosità del personale, allo sviluppo delle attività programmate.

Bibliografia

- AIMA CENSIS, *I costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer: che cosa è cambiato?*, 20 marzo 2007, Roma (http://www.alzheimer-aima.it/img/costieconomici_sintesi.pdf).
- BERNARDINI B., MEINECKE C., ZACCARINI C., BONGIORNI N., FABBRINI S., GILARDI C., BONACCORSO O., GUAITA A. (1993), *Adverse Clinical Events in Dependent Long Term Nursing Home Residents*, in “J Am Geriatr Soc” 41:105-111.
- CAROSELLA L., PAHOR M., PEDONE C., ZUCCALÀ G., MANTO A., CARBONIN P. (1999), *Pharmacovigilance in hospitalized patients in Italy. Study design of the ‘Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell’Anziano’ (GIFA)*, in “Pharmacol Res.”, 40:287-295.
- CHEN T.F., CHIU M.J., TANG L.Y., CHIU Y.H., CHANG S.F., SU C.L., CHEN S.J., LIN C.W., SHIH W.Y., CHEN T.H., CHEN R.C. (2007), *Institution type-dependent high prevalence of dementia in long-term care units*, in “Neuroepidemiology”, 28:142-9.
- CHERUBINI A., EUSEBI P., DELL’AQUILA G., LANDI F., GASPERINI B., BACUCCOLI R., MENCULINI G., BERNABEI R., LATTANZIO F., RUGGIERO C., *Predictors of Hospitalization in Italian Nursing Home Residents: The U.L.I.S.S.E. Project.*, J Am Med Dir Assoc. 2011 May 27 (Epub ahead of print).
- FACCHINI C., GUAITA A. (2006), *Professionnalisme et stress dans une unité spéciale de soin aux maladies Alzheimer*, in PITAUD P., *Exclusion, maladie d’Alzheimer et troubles apparentes: le vécu des aidants*, Editions Eres, Ramonville Saint Agne, pp. 211-230.
- FACCHINI C., GUAITA A. (2004), *Tramonto o crisi di crescita delle RSA di grandi dimensioni? Considerazioni in margine ad una ricerca della Provincia di Milano*, in “I luoghi della cura”, 1:11-15.
- FACCHINI C. (2007), *I ‘care-givers’ degli anziani affetti da Alzheimer: tra stress e autovalorizzazione*, in “Politiche sociali e servizi”, luglio-dicembre, pp. 191-209.
- FACCHINI C. (2007), citata; elaborazioni personali ricavate dallo studio.
- FELDMAN H., CLARFIELD A.M., BRODSKY J., KING Y., DWOLATZKY T. (2006), *An estimate of the prevalence of dementia among residents of long-term caregeriatric institutions in the Jerusalem area*, in “Int Psychogeriatr.”, 18:643-52.

- GUAITA A. (2002), *La RSA come protesi di sostegno del benessere degli anziani*, in TRABUCCHI M., BRIZIOLI E., PESARESI F., *Residenze Sanitarie per anziani*, Bologna, Il Mulino, pp. 517-530.
- GUAITA A. (2002), *La RSA come protesi di sostegno del benessere degli anziani*, in TRABUCCHI M., BRIZIOLI E., PESARESI F., *Residenze Sanitarie per anziani*, Bologna, Il Mulino, pp. 517-530.
- GUAITA A. (2005), *Riconoscere la presenza di problemi clinici associati alle fasi moderate e severe della demenza*, *Demenze*, VIII (2), pp. 37-43.
- GUERRINI G.B. (2011), *I Servizi Residenziali*, in GORI C. (a cura) *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Rimini, Maggioli, p. 225.
- ISTAT - disabilità (2004- 2005) http://www.disabilitaincifre.it/prehome/stima_numerodisabili.asp.
- ISTAT (2007), *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari*.
- ISTAT (2010) <http://demo.istat.it/>.
- L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia*, anno 2006, pubbl: 11 febb 2010, [Http://www.istat.it/dati/dataset/20100211_00/](http://www.istat.it/dati/dataset/20100211_00/)
- LATTANZIO F., MUSSI C., SCAFATO E., RUGGIERO C., DELL'AQUILA G., PEDONE C., MAMMARELLA F., GALLUZZO L., SALVIOLI G., SENIN U., CARBONIN P.U., BERNABEI R., CHERUBINI A.; U.L.I.S.S.E. STUDY GROUP (2010), *Health care for older people in Italy: The U.L.I.S.S.E. Project (Un Link Informatico sui Servizi Sanitari Esistenti per l'Anziano; a computerized network on health care services for older people*, in "J Nutr Health Aging", 14:238 e 242.
- LOPEZ S., SIBILANO A., CASTELLI M., COLOMBO R., ALSEMI E., GUAITA A. (2008), *La complessità e l'instabilità clinica*, in "RSA G Gerontol", 61:490-91.
- LOPEZ S., SIBILANO M.G., STEFANONI G., GAZZARDI R., BALCONI R., GUAITA A. (2009), *La complessità e l'instabilità clinica nell'anziano istituzionalizzato*, in "G. Gerontol.", 57:23-32.
- MATTHEWS F.E., DENING T. (2002), *UK Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Prevalence of dementia in institutional care*, in "Lancet", 360:225.
- MORRIS J.N., FRIES B.E., MORRIS S.A. (1999), *Scaling ADLs within the MDS*, in "J Gerontol. A" 54:M546-53.
- Omnibus Budget Reconciliation Act, (1987), OBRA.
- Progetto Mattoni: <http://www.nsis.salute.gov.it/mattoni/paginaInternaMenuMattoni.jsp?id=15&menu=mattoni>.
- U.S. Bureau of the Census (2007), *International Data Base*, <http://www.census.gov/compendia/statab/tables/08s1300.xls>.
- VAN DOORN C., GRUBER-BALDINI A.L., ZIMMERMAN S., HEBEL J.R., PORT C.L., BAUMGARTEN M., QUINN C.C., TALER G., MAY C., MAGAZINER J. (2003), *Epidemiology of Dementia in Nursing Homes Research Group. Dementia as a risk factor for falls and fall injuries among nursing home residents*, in "J Am Geriatr Soc.", 51:1213-8.

6. Gli standard di qualità e di personale nelle residenze

Filippo Masera, Carlos Chiatti, Cristina Rocchetti ⁽¹⁾

1. Il tema della qualità dell'assistenza nelle strutture residenziali

Il capitolo illustra le attuali politiche nazionali e regionali nell'ambito della qualità e degli standard di personale nelle strutture residenziali per anziani, ricorrendo all'analisi dei più aggiornati riferimenti normativi in materia. L'analisi riguarda un sottocampione di Regioni scelte in base ad un criterio geografico: Lombardia e Veneto per il Nord Italia, Marche ed Umbria per il Centro e Campania e Sicilia per il Sud. L'approfondimento sulla normativa in materia di standard di personale si lega alla consapevolezza che l'assistenza all'anziano rappresenta un settore produttivo *labour-intensive* (ad elevato impiego di capitale umano), dove esiste una stretta correlazione tra adeguatezza delle risorse professionali impiegate e qualità dell'assistenza (tra i tanti studi in letteratura si veda la *review* di Bostick e colleghi, 2006).

Prima di procedere con l'esposizione è necessario, tuttavia, delimitare il campo di analisi, ovvero chiarire cosa si intenda per "qualità nel settore dell'assistenza residenziale".

Quello della "qualità" è un concetto multidimensionale e complesso; l'ampiezza del dibattito che lo investe è seconda, forse, solo a quello che esiste attorno al concetto di "salute" (Ovretveit, 1997). La definizione ISO 9000, nata nel contesto industriale, indica la qualità come "un insieme di caratteristiche o proprietà relative a una entità (un prodotto, un processo, un sistema, un servizio, una organizzazione, un professionista) che conferiscono ad essa la capacità di soddisfare esigenze/requisiti espresse od implicite". Se si deve declinare questa definizione in ambito assistenziale, tuttavia, vanno tenuti in considerazione fattori come la complessità del concetto di salute e dei processi assistenziali, l'asimmetria del-

⁽¹⁾ Gli autori desiderano ringraziare, per le informazioni fornite nel corso dell'analisi, Cinzia Gagliardi (Regione Lombardia), Aurora Menale (Regione Veneto), Mariarosaria Canzarella (Regione Campania), Luca Orlandi (Regione Umbria). Un ringraziamento per i preziosi commenti nella fase di scrittura va anche a Cristiano Gori, Antonio Guaita, Claudio Maria Maffei, Fabrizia Lattanzio, Franco Pesaresi e Marco Trabucchi. La responsabilità di quanto scritto (e di eventuali inesattezze) ricade ovviamente sui soli autori.

la relazione medico-paziente e l'elevato ritmo di crescita delle conoscenze tecnico-scientifiche ⁽²⁾.

Nel tentativo di conciliare tutti questi aspetti, Donabedian (1980) ha definito la qualità dell'assistenza come "il rapporto tra i miglioramenti di salute ottenuti e i miglioramenti massimi raggiungibili, sulla base delle conoscenze più avanzate e delle risorse disponibili". L'autore ha, inoltre, chiarito come la qualità dell'assistenza possa riferirsi a elementi di struttura, processo ed esito: questa definizione, pur se datata, resta oggi tra le più utili in letteratura.

Per quanto riguarda invece la definizione del settore "assistenza residenziale", la scelta è stata quella di analizzare tutte le forme di assistenza sociosanitaria in strutture extraospedaliere rivolte a pazienti anziani non autosufficienti, sia in condizioni cliniche funzionali stabili, che in corso di stabilizzazione a seguito di un episodio acuto ⁽³⁾. Il settore dell'assistenza residenziale in Italia è caratterizzato da un'elevata eterogeneità: le Regioni utilizzano la stessa terminologia per indicare strutture con finalità diverse, mentre strutture con diverse denominazioni forniscono identiche tipologie di assistenza ⁽⁴⁾. L'analisi svolta nel presente lavoro ha riguardato le strutture denominate "Residenze Sanitarie Assistenziali" (RSA; presenti in Lombardia, Marche, Umbria, Campania e Sicilia), Unità di offerta per persone anziane non autosufficienti (in Veneto) ⁽⁵⁾ e "Residenze Protette" (RP) (in Umbria e nelle Marche) (tabella 1).

⁽²⁾ Non da ultimo, il settore sanitario è caratterizzato dalla presenza di numerosi *stakeholders* quali i pazienti, i loro familiari, i soggetti erogatori delle prestazioni ed i finanziatori pubblici.

⁽³⁾ Criterio di inclusione è stato la presenza di uno dei seguenti obiettivi assistenziali: *a*) il recupero/mantenimento della salute con degenza principalmente temporanea; *b*) il rallentamento involutivo con degenza permanente. Le strutture oggetto dell'analisi sono quelle che erogano le prestazioni classificate come R2, R2D, R3 dal documento "Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali" della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

⁽⁴⁾ Tale disomogeneità riguarda, tra l'altro, la tipologia di utenti ammessi, i diversi criteri di accesso adottati (ad es. in alcune Regioni le RSA assistono anche i pazienti con disabilità), l'organizzazione dei moduli Alzheimer o gli strumenti di valutazione impiegati. Sono inoltre diverse le scelte regionali nell'ambito dell'assistenza post-acuzie intra-ospedaliera (ad esempio lungodegenze ospedaliere e/o riabilitazioni ospedaliere) e le sperimentazioni di strutture residenziali innovative (ad esempio *country hospital*), fattori questi che influenzano l'organizzazione e le finalità del sistema residenziale nel suo complesso.

⁽⁵⁾ Come riferimenti normativi nazionali si vedano in particolare: la legge n. 67 del 1988, articolo 20 (legge finanziaria per il 1988); il d.P.M.C. 22 dicembre 1989, atto di indirizzo e coordinamento per la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani, successivamente sostituito dal d.P.R. 14 gennaio 1997 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie); il Progetto Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani 1994-1996.

Tabella 1 - Le strutture residenziali analizzate

Regione	Denominazione strutture	Definizione
Lombardia	– RSA (unico livello assistenziale)	La RSA è la collocazione residenziale dell'anziano non autosufficiente quando non può più essere assistito a domicilio e non presenta patologie acute o necessità riabilitative tali da richiedere il ricovero in ospedale (<i>Fonte</i> : P.O. anziani 1995-1997, d.c.r. n. 1439 dell'8 marzo 1995).
Veneto	Unità di offerta per persone anziane non autosufficienti con: – minimo bisogno assistenziale – maggiore bisogno assistenziale	Le strutture “offrono a persone non autosufficienti, di norma anziani, con ridotto, minimo (o con medio) bisogno assistenziale non assistibili a domicilio, garantisce un adeguato livello di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera”. Nelle strutture per persone con maggiore bisogno assistenziale sono ubicati i moduli Alzheimer (<i>Fonte</i> : All. A della D.G.R. 84/2007).
Marche	– RSA (unico livello assistenziale) – Residenze Protette	Le RSA sono strutture per soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio, con elevati livelli di tutela sanitaria in rapporto alle oggettive condizioni degli ospiti, che dovrebbero essere comunque caratterizzati dalla stabilità delle condizioni cliniche. La degenza può essere permanente previa valutazione periodica di Unità Valutativa Distrettuale (<i>Fonte</i> : PSR 2003-2005). Le RP sono strutture ad elevata integrazione socio-sanitaria per pazienti anziani non autosufficienti con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse e continuative (<i>Fonte</i> : l.r. n. 20/2002).
Umbria	– RSA (unico livello assistenziale) – Residenze Protette	Le RSA sono dedicate ad “anziani non autosufficienti bisognosi di cure sanitarie continuative, non assistibili al domicilio ed anziani provenienti dall'ospedale dopo un evento patologico acuto e/o episodio di riacutizzazione della malattia”. Sono previsti posti letto dedicati a ricoveri di natura temporanea (<i>Fonte</i> : PSR 1999-2001). Le RP sono rivolte ad “anziani non autosufficienti non bisognosi di cure sanitarie continuative e non altrimenti assistibili al proprio domicilio” (<i>Fonte</i> : PSR 1999-2001).
Campania	– RSA demenze – RSA alto livello assistenziale – RSA medio livello assistenziale	Le RSA erogano assistenza socio-sanitaria ad anziani non autosufficienti, che presentano comorbidità gravi e condizioni cliniche instabili non gestibili a domicilio, oppure condizioni socio ambientali domestiche tali da non consentire il rientro a casa. Tali strutture perseguono la finalità di: a) sostenere ed assistere la persona con ridotta autonomia non assistibile a domicilio; b) garantire attività di animazione e socializzazione per il reinserimento, recupero dell'autonomia, salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell'utente; c) fornire sollievo temporaneo ai caregiver (<i>Fonte</i> : D.G.R. 2006 /2004).

(segue)

Regione	Denominazione strutture	Definizione
Sicilia	– RSA a tre livelli assistenziali	Le RSA sono strutture residenziali finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, di recupero funzionale e di inserimento sociale a persone non autosufficienti in condizioni di instabilità clinica e comorbilità, derivati da esiti di patologie acute, richiedenti un'assistenza sanitaria di buon livello ed un'assistenza tutelare (socio-sanitaria) che garantisca il supporto alla mancata autonomia familiare, non assistibili a domicilio, e che pur tuttavia non necessitano di ricovero in strutture ospedaliere o di riabilitazione globale (<i>Fonte: Decr. Ass. Salute 1325 del 24 maggio 2010</i>).

Fonte: ns. elaborazione dalle normative regionali.

2. Il quadro nazionale di riferimento per i processi di autorizzazione e accreditamento

Sin dagli anni Novanta si è diffusa l'idea che fornire garanzia di qualità dell'assistenza sanitaria fosse una responsabilità istituzionale anziché un compito demandato all'autoregolamentazione dei singoli professionisti. In linea con altre esperienze internazionali, l'approccio scelto in Italia è stato di tipo *normativo-istituzionale* (Cinotti, 2002) e, oggi pertanto, il tema della qualità dell'assistenza è strettamente intrecciato con le disposizioni normative in materia di autorizzazione e accreditamento.

Per autorizzazione si intende quel provvedimento formale che, previa verifica del possesso dei requisiti richiesti, conferisce ad un soggetto il diritto alla realizzazione di una struttura (c.d. autorizzazione alla realizzazione, adattamento o trasformazione) o all'esercizio di attività sociali, socio-sanitarie o sanitarie (c.d. autorizzazione all'esercizio). L'accreditamento è, invece, quel processo attraverso cui un ente pubblico (o un soggetto terzo delegato a tale scopo) valuta un servizio o una struttura e ne attesta la corrispondenza rispetto a prefissati requisiti, standard o criteri. Tale valutazione è necessaria affinché questo soggetto possa erogare prestazioni per conto del SSN (in ambito sanitario) o di un Comune (in ambito sociale), secondo quanto definito in seguito da appositi accordi contrattuali o contratti.

I processi di autorizzazione e accreditamento sono stati avviati in ambito sanitario da quasi venti anni (a partire dal d.lgs. n. 502 del 1992, art. 8), mentre nel settore sociale tali procedure sono state introdotte più recentemente, a partire dalla legge n. 328 del 2000. A seguito delle riforme di stampo federalista (si veda in tal senso la riforma del Titolo V della Costituzione), un elevato grado di autonomia nella regolamentazione di questa materia spetta oggi ai governi regionali, cui è demandata la responsabilità di fissare in autonomia gli standard per l'auto-

rizzazione e per l'accreditamento (fatto salvo il rispetto dei c.d. requisiti minimi per l'autorizzazione previsti dal d.P.R. 14 gennaio 1997) (tabella 2). Al livello nazionale spetta esclusivamente il compito di fissare i requisiti minimi per gli standard di servizi e la relativa funzione di vigilanza e controllo (svolta con il supporto dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, AGENAS).

Tabella 2 - Le fasi dell'accreditamento in ambito sanitario e sociale. Il quadro normativo

Fase del procedimento	Soggetto competente	Requisiti	Termini e modalità
SETTORE SANITARIO			
Autorizzazione realizzazione, adattamento e trasformazione	Comune (previa verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione).	Verifica rispetto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture esistenti.	Individuati dalle Regioni.
Autorizzazione all'esercizio	Comune o Regione (secondo indicazioni regionali).	Requisiti minimi fissati dal d.P.R. 14 gennaio 1997; altri requisiti possono essere individuati dalle Regioni.	Individuati dalle Regioni.
Accreditamento istituzionale	Regione o altro organismo (secondo indicazioni regionali).	Individuati dalle Regioni.	Individuati dalle Regioni.
Accordi contrattuali/contratti	Regione e Asl.	La cornice di riferimento è costituita dall'art. 8- <i>quinquies</i> d.lgs. n. 299/1999.	Le Regioni individuano schemi di accordi contrattuali, tetti di spesa e volumi annuali di attività.
SETTORE SOCIALE			
Autorizzazione realizzazione, adattamento e trasformazione	–	–	–
Autorizzazione all'esercizio	Comune (art. 4, d.m. n. 308/2001). Alcune Regioni prevedono una certificazione preventiva d'esercizio (CPE), sostitutiva dell'autorizzazione.	Requisiti minimi fissati dal d.m. n. 308/2001; altri requisiti possono essere individuati dalle Regioni.	Individuati dalle Regioni.
Accreditamento istituzionale	Comune singolo o associato.	Definiti dalle normative regionali.	Individuati dalle Regioni. La durata massima prevista è di tre anni, ex art. 11, c. 4, legge 328/2000.
Accordi contrattuali/contratti	Non disciplinati dalla l. n. 328/2000. Le normative regionali differiscono con modalità diverse che vanno dalla definizione di gare e procedure concorsuali (con capitolati speciali indicanti requisiti di qualità delle strutture socio-assistenziali) a forme contrattuali simili a quelle del settore sanitario.		

Fonte: ns. adattamento da Bellentani (2010).

Una recente indagine sullo stato di avanzamento dei processi di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie, condotta dall'AGENAS, ha evidenziato la disomogeneità dei percorsi regionali esistenti e il ritardo di molte Amministrazioni nel rispettare la scadenza fissata dalla finanziaria 2007 per il passaggio ad un sistema di accreditamento istituzionale definitivo ⁽⁶⁾ (AGENAS, 2010). Tale ritardo è ancora più evidente nell'ambito delle strutture sociosanitarie (tra cui anche le strutture residenziali per anziani non autosufficienti), derivante in alcuni casi dalla scelta di attribuire la competenza per la gestione di questi percorsi al settore Sociale, con tempi di attuazione diversi da quelli della sopracitata legge finanziaria.

Su 2.816 strutture residenziali private per anziani, eroganti prestazioni per conto del SSN, censite dall'AGENAS, il 63,3% aveva ottenuto l'accredimento definitivo nel 2010 (*ibidem*). Le variazioni geografiche nell'attuazione dei percorsi sono notevoli: lo *status* di accreditamento definitivo era riconosciuto a quasi il 90% delle residenze dell'Italia nord-occidentale, ma a solo al 7% di quelle dell'Italia centrale, dove prevaleva ancora la condizione di accreditamento provvisorio.

3. Il livello regionale

3.1. *L'architettura complessiva dei sistemi di autorizzazione e accreditamento nelle Regioni del campione e focus sul settore residenziale per anziani*

Come accennato, i processi di autorizzazione e accreditamento nel settore sanitario sono stati avviati a partire dagli anni Novanta, per cui oggi tutte le Regioni hanno definito gli standard strutturali e regolamentato l'organizzazione delle RSA. Nel settore socio-assistenziale il processo di autorizzazione e di accreditamento delle strutture socio-assistenziali (tra cui vengono classificate le Residenze Protette umbre e marchigiane) è partito in ritardo, con l'approvazione della legge n. 328 del 2000. Le sei Regioni incluse nel campione analizzato ben rappresentano l'eterogeneità delle scelte e delle tempistiche regionali in questo ambito.

La Lombardia è la Regione italiana che ha abbracciato in maniera più integrale i principi di quasi-mercato e della competizione amministrata. Nel SSR lombardo c'è una perfetta separazione tra soggetti acquirenti delle prestazioni sociosanitarie (le ASL) e soggetti erogatori (pubblici e privati *non* e *for-profit*). Quest'ultimi sono chiamati a concorrere per l'erogazione delle prestazioni sanitarie sulla base di un sistema di regole uniformi di qualità (il c.d. modello PAC: Programmazione, Acquisto, Controllo). Per questo motivo, la normativa in materia

⁽⁶⁾ A testimonianza di tale ritardo, la scadenza originaria del 1° gennaio 2010 è già stata prorogata di un anno con la legge finanziaria 2010.

di accreditamento rappresenta un elemento fondamentale del modello lombardo stesso. L'art. 16 della l.r. n. 3 del 2008 attribuisce alla Giunta regionale lombarda la disciplina delle modalità per la richiesta, la concessione e l'eventuale revoca dell'accREDITAMENTO delle unità d'offerta sociosanitarie, nonché la verifica circa la permanenza dei requisiti richiesti. La competenza in materia di strutture residenziali per anziani è oggi affidata alla Direzione Generale Famiglia, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione. È previsto un esteso sistema di vigilanza e controllo: l'accREDITAMENTO è subordinato a verifiche periodiche sul rispetto del mantenimento degli standard di qualità.

Il sistema di autorizzazione e accREDITAMENTO in Veneto è uniforme per tutte le strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali e trova il suo fondamento nella l.r. 22 del 2002. Tale unitarietà è conseguenza del modello integrato di sistema sociosanitario avviato nella Regione sin dagli anni Settanta. Gli aspetti procedurali nel settore sanitario e sociosanitario sono ripartiti tra Regione e Comuni (così come da D.G.R. 2067/2007). È previsto uno stretto rapporto tra programmazione e sistema autorizzazioni-accREDITAMENTO delle strutture, anche nell'ambito dell'autorizzazione all'esercizio. In fase di verifica dei requisiti minimi, deve essere vagliata anche la rispondenza del progetto alla programmazione sociosanitaria, al fine di garantire l'accessibilità ai servizi su base regionale. Per la gestione del sistema accREDITAMENTO, la Regione si avvale della collaborazione strumentale dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto (ARSS). L'accREDITAMENTO sociosanitario delle strutture residenziali ha validità triennale, ed è soggetto a rinnovo previa verifica del mantenimento degli standard richiesti (così come da allegato A della D.G.R. 84/2007).

Il modello di accREDITAMENTO umbro ha avuto come modello il sistema di norme ISO. Il principale riferimento normativo in materia è costituito dalla l.r. n. 3 del 1998. I regolamenti n. 2 e n. 3 del 2002 hanno definito, quindi, i requisiti e le procedure per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO, nonché le modalità per la presentazione delle domande. Le funzioni amministrative concernenti l'accREDITAMENTO istituzionale sono svolte dalla competente struttura della Direzione regionale Sanità e servizi sociali, che si avvale di un Nucleo di valutazione per l'accREDITAMENTO ("N.V.A."). Al momento della presentazione dell'istanza di autorizzazione e/o accREDITAMENTO, le strutture residenziali si impegnano per lo svolgimento di tre *audit*, realizzati dal Gruppo di Verifica Ispettiva regionale (GVI). Per lo svolgimento di questi *audit* il sistema umbro si avvale di un organismo di certificazione esterno, il CERMET.

Il sistema marchigiano, avviato con l'istituzione dell'Agenzia regionale sanitaria, ha visto negli anni 2000/2001 l'approvazione delle principali norme di riferimento: la legge quadro sull'accREDITAMENTO; i manuali di autorizzazione ed accREDITAMENTO; la procedura per le verifiche ispettive. Per quanto riguarda le strutture residenziali per anziani, il manuale di autorizzazione ha recepito ed integrato il d.P.R. 14 gennaio 1997 (D.G.R. 2200/2000 integrata dalla D.G.R.

1579/2001) mentre per l'accreditamento sono stati previsti ulteriori e specifici requisiti (D.G.R. 1889/2001). A livello di Agenzia regionale è stato istituito un gruppo di tecnici avente funzioni di verifica ispettiva delle strutture richiedenti l'accreditamento (denominato GAR: Gruppo di Accreditamento Regionale).

La Regione Campania ha definito i requisiti per l'autorizzazione delle strutture sociosanitarie già nel 2001 (D.G.R. 3958, integrata dalla D.G.R. 7301 dello stesso anno). Il modello vigente a livello procedurale è simile a quello marchigiano: i manuali per l'accreditamento delle strutture residenziali sono stati approvati con il regolamento n. 1/2007. Sono stati istituiti dei Nuclei di Valutazione per l'Accreditamento (NuVA), con il compito di verificare il possesso dei requisiti per l'accreditamento. Nella Regione esiste un Registro Regionale dei valutatori, istituito presso l'Assessorato alla Sanità ed un Comitato di coordinamento regionale per l'Accreditamento (CCRA), che pianifica le visite di verifica, individua i valutatori, valuta i rapporti di verifica redatti dai NuVA.

Il modello di accreditamento delle strutture sanitarie siciliane è stato avviato a partire dal 2002 (Decr. Ass. Sanità 17 giugno 2002 e relativa procedura, Decr. Ass. Sanità 1 luglio 2005). L'accreditamento delle strutture sociosanitarie, tuttavia, prevede un diverso percorso procedurale. Gli standard strutturali e funzionali delle RSA erano già stati definiti con il decreto del Presidente della Regione del 25 ottobre 1999, che istituiva presso l'Assessorato regionale della sanità l'*albo regionale dei provider*. L'iscrizione all'albo regionale era disposta dall'Assessore Regionale per la sanità, previo accertamento dei requisiti previsti, a cura dei competenti gruppi dell'Ispettorato regionale sanitario. La gestione dell'albo è oggi, invece, tra le competenze del Servizio "Salute mentale, dipendenze patologiche, interventi per handicap e disabili". Questa delega all'area Sociale va interpretata anche in relazione al fatto che le RSA siciliane siano destinate anche all'accoglienza di soggetti affetti da disabilità.

Box 1 - Processi di autorizzazione e accreditamento in sette Regioni Italiane: principali riferimenti normativi

Lombardia	<ul style="list-style-type: none"> – L.r. 3 del 12 marzo 2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociosanitario". – D.G.R. 12618 del 7 aprile 2003 "Standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle RSA". – D.G.R. 7435 del 14 dicembre 2001 "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle RSA".
Veneto	<ul style="list-style-type: none"> – L.r. 22 del 16 agosto 2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie". – D.G.R. 84 del 16 gennaio 2007 "Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali". – D.G.R. 2067 del 3 luglio 2007 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali" Approvazione delle procedure per l'applicazione della D.G.R. n. 84 del 16 gennaio 2007 (l.r. n. 22/2002).

(segue)

Marche	<ul style="list-style-type: none"> - L.r. 20 del 16 marzo 2000 "Autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private" e l.r. 20 del 6 novembre 2002 "Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale". - D.G.R. 2200 del 24 ottobre 2000 "Determinazione dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie", contenente Manuale di autorizzazione (integ. con D.G.R. 1579/2001) e D.G.R. 1889 del 31 luglio 2001 "Determinazione requisiti richiesti per l'accreditamento e la classificazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie" (contenente il Manuale di accreditamento). - Reg. dell'8 marzo 2004, n. 1 "Disciplina in materia di autorizzazione delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale".
Umbria	<ul style="list-style-type: none"> - Piano Sanitario Regionale 1999-2001 e L.r. 3 del 20 gennaio 1998 (art. 25). - Regolamenti n. 2 del 25 febbraio 2002 "Disciplina dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e sociosanitarie" e n. 3 del 31 luglio 2002 "Disciplina in materia di Accredimento Istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie". - D.G.R. 570 del 7 maggio 2003 "Approvazione del Modello operativo per l'Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie" e D.G.R. 53 del 4 febbraio 2004 "Criteri per l'applicazione delle disposizioni del PSR relative ai requisiti organizzativi delle residenze protette per anziani non autosufficienti".
Campania	<ul style="list-style-type: none"> - L.r. 8 del 22 aprile 2003 disciplina la realizzazione, l'organizzazione e il funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RR.SS.AA.). - D.G.R. 2006 del 5 novembre 2004 "Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della l.r. 8/2003". - Reg. n. 1/ 2007. Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale. - Reg. n. 6/2006 disciplina delle strutture residenziali e semiresidenziali socioassistenziali per anziani. - Decr. Com. 6 del 4 febbraio 2010 "Determinazione delle tariffe per prestazioni erogate da Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Centri Diurni ai sensi della l.r. 8/2003.
Sicilia	<ul style="list-style-type: none"> - Decr. Pres. 25 ottobre 1999 "Approvazione degli standard strutturali e funzionali delle residenze sanitarie assistenziali per soggetti anziani non autosufficienti e disabili". - Decr. Ass. Sanità 27 aprile 2006, n. 7799 "Disposizioni in materia di RSA per anziani non autosufficienti e disabili". - Decr. Ass. Salute 24 maggio 2010, n. 1325 "Indirizzi per la riorganizzazione e il potenziamento della rete regionale di residenzialità per i soggetti fragili".

3.2. *Controllo della qualità e meccanismi di accreditamento nelle Regioni analizzate: indicatori di struttura, processo e oltre?*

Dall'analisi svolta si evidenzia come alcune Regioni abbiano investito più di altre nella realizzazione di un sistema di strumenti per il controllo e nel miglioramento della qualità dell'assistenza residenziale erogata.

Il sistema lombardo rappresenta quello più avanzato sotto molti aspetti. Tra gli elementi che lo caratterizzano, ad esempio, vi sono l'obbligatorietà del: a) de-

bito informativo (comprendente i dati circa le caratteristiche degli ospiti; gli indicatori di struttura, processo ed esito; le liste d'attesa); *b*) della Carta dei servizi (illustrante i servizi offerti e l'ammontare della retta, con esplicitazione delle prestazioni comprese o escluse); *c*) delle periodiche valutazioni della soddisfazione di ospiti, famiglie ed operatori; *d*) della verifica periodica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate rispetto ai parametri individuali.

La particolarità del processo di accreditamento delle RSA lombarde è quella di consentire, non solo la verifica degli aspetti relativi a struttura e processo dell'assistenza, ma anche di quelli relativi alla qualità degli esiti. Questo è possibile grazie all'obbligatorietà del sistema SOSIA ("Scheda di osservazione intermedia dell'assistenza") che costituisce la garanzia che le procedure di valutazione multidimensionale degli ospiti siano uniformi in tutte le strutture residenziali accreditate. L'obbligatorietà del SOSIA è rafforzata dal fatto che ad esso sono imprescindibilmente collegati i meccanismi di rimborso tariffario (e quindi a diverse classi di severità SOSIA corrispondono diverse tariffe per gli erogatori). Questo sistema consente alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà sociale di avere a disposizione un ampio set di indicatori di processo e di esito, i c.d. "indicatori di rischio nell'applicazione degli standard e di appropriatezza dell'assistenza erogata" (cfr. D.G.R. n. 8496/2008) ⁽⁷⁾.

⁽⁷⁾ Gli indicatori di qualità, nell'applicazione degli standard *ex* D.G.R. n. 8496/2008, sono riferibili all'area gestione del personale (turnazioni nell'arco della giornata, assenza deroghe requisiti professionali, appalti di servizi, presenza responsabili di nucleo, iniziative di miglioramento delle prestazioni personale, non solo di tipo formativo), all'area struttura (proposizione modifiche/adattamenti in relazione alla tipologia di ospiti, personalizzazione degli ambienti), relazioni con l'utenza (contratti di ingresso, affiancamento ospite/ famiglia con tutor all'ingresso, tempestività del PAI all'ingresso, partecipazione dell'ospite o della famiglia alla redazione del PAI, fascicolo sanitario e sociale contenente diario clinico, socializzazione della *customer*, gestione dell'elaborazione del lutto per famiglie e operatori, gestione dell'apporto del volontariato). Indicatori di rischio nell'applicazione degli standard (*ex* D.G.R. 8496/2008) **nell'ambito del personale** sono, ad esempio, la presenza di personale operante su più centri di costo, con inquadramento non corrispondente a professionalità, scarsa riconoscibilità della pianta organica, alto turn-over e presenza deroghe alla regolamentazione vigente. Indicatori relativi alla **struttura** sono, invece, la presenza di lavori in corso, l'inappropriatezza nell'uso degli spazi e la qualità degli arredi.

Gli indicatori di rischio sull'appropriatezza **rispetto all'utenza** sono ricavati dalle schede SOSIA trasmesse dalle strutture e includono la: *a*) % elevata di ospiti in condizioni di grave fragilità e bassa entità della spesa sanitaria; *b*) % elevata di ospiti in condizioni di grave fragilità e bassa dotazione di personale; *c*) % di classi SOSIA gravi > dell'80%; *d*) % decessi superiori alla media e % di classi di maggior fragilità < alla media; *e*) % ospiti con decubiti; *f*) % ospiti soggetti all'applicazione di strumenti di protezione e tutela; *g*) % ospiti con cadute. Gli indicatori di rischio sull'appropriatezza rispetto alle **prestazioni** sono: *a*) % ricoveri ospedalieri; *b*) % ospiti in nutrizione artificiale/ossigenoterapia e modalità somministrazione; *c*) impiego dei farmaci; *d*) rapporto personale sanitario/ospiti classi SOSIA gravi. Gli indicatori di rischio sull'appropriatezza rispetto all'**organizzazione**, infine, sono: *a*) difformità da quanto pubblicizzato (carte dei

In Lombardia, inoltre, viene assegnato annualmente un “Premio per la Qualità Aggiunta” alle strutture residenziali che abbiano rispettato gli obiettivi posti dal governo regionale. Nell’assegnazione del Premio 2010 sono stati considerati indicatori nelle seguenti dimensioni: gestione delle liste di attesa; oneri a carico degli ospiti; oneri esposti agli ospiti; contratto di ingresso con gli ospiti; lo standard assistenziale erogato; infermiere di notte; autorizzazione definitiva; tipologia camere; sistema CRS-SISS (il sistema informativo regionale della Lombardia); comparazione del livello di qualità percepito (cfr. Delibera IX/400 del 5 agosto 2010).

Per quanto riguarda il Veneto, all’interno dell’allegato D della D.G.R. 84/2007, sono previsti alcuni indicatori di attività, che tuttavia non sono riferiti alla qualità degli esiti. Tra questi indicatori vi sono: a) “l’incidenza delle attività educative/di animazione”; b) “l’incidenza delle attività di cura della persona”; c) l’incidenza delle attività di pulizia e della relativa spesa. L’adozione della scheda SVAMA come unico strumento di valutazione degli assistiti nelle strutture residenziali, avvenuta nel 2008 con la D.G.R. n. 1133, aprirebbe potenzialmente la possibilità di ricavare indicatori riferiti al livello di singolo ospite, simili a quelli lombardi, ma ad oggi ancora non si è realizzata nessuna riforma in tal senso.

In Umbria, il sistema RUG (*Resource Utilization Group*) è stato adottato come strumento di valutazione degli assistiti nelle strutture residenziali. Il RUG si basa sull’impiego di una scheda di valutazione multidimensionale dell’assistito MDS (*Minimum Data Set*) e l’attribuzione del paziente ad una classe di consumo isorisorse (denominata appunto classe RUG) (Brizioli *et al.*, 2003) ⁽⁸⁾. Al di là dell’impiego dello strumento ai fini della remunerazione delle prestazioni, dalle schede di valutazione MDS sono ricavabili una serie di indicatori di qualità dell’assistenza, c.d. RUG-correlati, gli unici standardizzati e validati a livello internazionale (Bernabei *et al.* 2008) ⁽⁹⁾. Ad oggi, tuttavia, nel contesto umbro non sono previsti

servizi – regolamenti – contratto con ASL); b) % personale non di madre lingua e presenza di interventi formativi (in relazione alle necessità di relazione e anche di conoscenza di linee guida, protocolli ecc.) c) % di ospiti con protezione giuridica – modalità per richiesta ammissione.

⁽⁸⁾ Il RUG deriva da un sistema di valutazione degli anziani ospiti di residenza sviluppata in Nord America, il RAI (*Resident Assessment Instrument*) che si compone di due parti, MDS (*Minimum Data Set*) e RAPs (*Resident Assessment Protocols*). Il MDS è una scheda di valutazione dell’ospite, comprendente circa 300 items, che permette di effettuare un bilancio completo e multidimensionale dei deficit e delle risorse dell’anziano; Il RUG utilizza solamente una parte delle informazioni contenute nel MDS e l’attribuzione del paziente al gruppo RUG di appartenenza viene ottenuta compilando 109 items della più complessa scheda MDS. Su queste basi è possibile misurare il fabbisogno assistenziale della struttura e il rimborso da erogare, in maniera analoga al sistema DRG/ROD.

⁽⁹⁾ Quali ad esempio: a) pazienti che passano la maggior parte del tempo nel letto o su una sedia; b) ospiti cateterizzati a permanenza; c) ospiti sottoposti a contenzione fisica; d) ospiti a basso rischio che sviluppano incontinenza urinaria e/o fecale; e) ospiti con infezione delle vie urinarie; f) ospiti che hanno perso peso (>5% negli ultimi 30 gg o >10% negli ultimi 180gg);

sistemi di rimborso, di incentivo o di controllo della qualità basati su questi indicatori. Simile al contesto umbro è quello marchigiano, dove è prevista l'obbligatorietà di un flusso informativo RUG, come requisito per il convenzionamento tra strutture residenziali e SSR, ma gli indicatori da esso ricavabili non sono collegati ad alcun meccanismo di controllo e incentivo della qualità.

Nel caso siciliano e campano, è stato adottato un sistema standardizzato di valutazione multidimensionale degli ospiti delle RSA (lo SVAMA veneto) tuttavia il sistema dei controlli della qualità dell'assistenza residenziale non prevede l'utilizzo routinario di indicatori da esso derivati. La normativa siciliana menziona genericamente che il sistema dei controlli deve essere assicurato dalle Aziende Sanitarie Provinciali tramite una verifica della "congruità e appropriatezza delle prestazioni erogate rispetto alle valutazioni multidimensionali effettuate e al piano assistenziale individuale redatto". Anche nel caso campano il controllo della qualità sembra esaurirsi nella verifica degli standard previsti dal processo di autorizzazione e accreditamento. Questi standard fanno riferimento esclusivamente a elementi di struttura e processo, nel caso campano come in quello marchigiano denominati "strutturali" e "organizzativi" (quali ad esempio la presenza della Guida ai Servizi e le relative caratteristiche, ecc.).

4. Gli standard di personale nelle strutture residenziali

L'analisi svolta rivela l'esistenza di una discreta variabilità in merito alle definizioni degli standard di personale nelle strutture residenziali delle sei Regioni. Tale variabilità suggerisce l'esistenza stessa di diverse interpretazioni del modello organizzativo RSA.

Nella Regione Marche gli standard di personale sono specificati solo per le Residenze Protette (Ragaini, 2009) ⁽¹⁰⁾. Dalla lettura degli standard si evince, tuttavia, come il modello marchigiano di Residenza Protetta sia rivolto anche ad anziani con un elevato fabbisogno assistenziale, quali ad esempio i soggetti affetti da demenza. L'utenza delle RP marchigiane risulta in parte sovrapponibile a quella delle RSA di alcune Regioni.

Il *bulk* dell'assistenza in tutti i contesti analizzati è, prevedibilmente, di natura infermieristica e tutelare. In tutte le Regioni, tranne che nelle Marche, è specificata l'obbligatorietà di garantire l'assistenza infermieristica nell'arco delle 24 ore. La reperibilità notturna può essere attivata, nel rispetto degli opportuni ac-

g) ospiti che presentano un dolore moderato-severo; h) ospiti ad alto rischio con lesioni da decubito; i) ospiti a basso rischio con lesioni da decubito.

⁽¹⁰⁾ La definizione di standard e tariffe per le RSA marchigiane è da tempo richiesta dalle associazioni di tutela di utenti e familiari. Tuttavia, non sono giunte ancora indicazioni in merito da parte del legislatore regionale (Ragaini, 2009).

corgimenti, in Lombardia (qualora sia comunque presente nella struttura personale OSS), in Veneto (ma esclusivamente nelle strutture a minor carico assistenziale) ed in Umbria (quando sono attivati accordi con il personale infermieristico del Distretto sanitario).

Una certa variabilità caratterizza gli standard di personale infermieristico (tabella 3): nelle RSA lombarde è lasciata ampia libertà alle strutture di determinare il tipo di assistenza da erogare, nel rispetto dei minuti complessivi di assistenza previsti dalla normativa (750 minuti alla settimana per l'autorizzazione e 901 per l'accreditamento). Qui le strutture bilanciano il livello di cure infermieristiche con le altre tipologie di assistenza, in relazione alla gravità degli utenti presenti (misurata tramite il sistema SOSIA). In Veneto è previsto un infermiere professionale ogni 15 ospiti nelle strutture a ridotto carico assistenziale (circa 144 min./sett. per ospite, si veda la nota in tabella 3 per le modalità di calcolo) e ogni 12 nelle strutture ad elevato carico assistenziale (circa 180 min./sett. per ospite). In Umbria, come in Sicilia, lo standard è fissato a 1 ogni 6,7 utenti (circa 324 min./sett. per ospite). Nelle Marche (per le RP) ed in Campania, lo standard infermieristico è espresso direttamente in termini di minutaggio ed è rispettivamente pari a 140 e a 108 (216 nei nuclei alta intensità e demenza) minuti settimanali per utente. Bisogna tuttavia osservare come le RP marchigiane stiano attualmente operando in deroga alla normativa vigente (e quindi attualmente gli standard garantiti risultano più bassi) e l'entrata a regime effettiva dello standard infermieristico è prevista solo per il 2013 (cfr. D.G.R. Marche 1230/2010).

Tabella 3 - Standard di personale in sei contesti regionali: riferimenti normativi e standard di assistenza infermieristica *

Regione	Riferimenti normativi	Ass. infermieristica
Lombardia	<ul style="list-style-type: none"> - Allegato A della D.G.R. 12618 del 2003. - Standard minimo di personale è di 750 minuti sett. per l'autorizzazione e 901 per l'accreditamento. - Obbligatoria la presenza delle seguenti professioni: medico, infermiere, fisioterapista, animatore/operatore socio educativo/educatore professionale, ASA/OTA. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'assistenza infermieristica è garantita h24. - Nelle ore notturne può essere attivata, in alternativa, la reperibilità infermieristica o medica solo se nella struttura sono contemporaneamente presenti degli OSS.
Veneto	<ul style="list-style-type: none"> - Allegato A della D.G.R. 84 del 2007. - Gli standard differiscono nei moduli destinati a persone anziane non autosufficienti con ridotto-minimo e in quelli con elevato bisogno assistenziale. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 coordinatore infermieristico ogni 90 ospiti [24 min. sett./utente]. - 1 infermiere ogni 15 ospiti nelle strutture con minor carico assistenziale [144 min. sett./utente]; 1 infermiere ogni 12 ospiti nelle strutture ad elevato carico assistenziale [180 min. sett./utente]. - Obbligatoria assistenza infermieristica h24, anche mediante reperibilità notturna. - Nelle strutture a elevato carico assistenziale è obbligatoria presenza notturna di 1 infermiere/60 ospiti.

(segue)

Regione	Riferimenti normativi	Ass. infermieristica
		– Il numero di infermieri può essere coperto, fino ad un massimo del 30%, da infermieri generici e/o da OSS.
Marche**	RP – L.r. 20 del 2002. RSA – Standard di personale non specificato.	RP – 140 min. sett./utente di assistenza infermieristica. – Obbligatoria la presenza del coordinatore infermieristico.
Umbria	RSA – PSR 1999-2001. RP – PSR 1999-2001 e D.G.R. 53 del 2004.	RSA – 1 coordinatore infermieristico ogni 120 ospiti [18 min. sett./utente]. – Infermieri professionali (presenti h24) con rapporto 1/6,7 ospiti nei nuclei per pazienti cronico-degenerativi [circa 324 min. sett./utente]. – Infermieri professionali con rapporto 1/15 ospiti nei nuclei demenze [144 min. sett./utente]. – La reperibilità notturna è possibile solo in accordo con il personale del Distretto sanitario. RP – 4 h/settimana di coordinatore infermieristico per un modulo di 20 ospiti [12 min. sett./utente]. – Standard di assistenza media tra 210-280 min. sett./ospite. – Deve essere garantita con l'attivazione della reperibilità infermieristica notturna.
Campania	– Decr. Commissariale 6 del 4 febbraio 2010. – Standard riferiti a moduli di 20 posti letto sono di: ■ 1.318 min. sett./utente nei nuclei "demenze"; ■ 1.368 min. sett./utente in "alta intensità"; ■ 1.098 min. sett./utente in "media intensità".	– 216 min. sett./utente nei nuclei "demenze" e "alta intensità"; – 108 min. sett./utente in "media intensità".
Sicilia	– Decr. Pres. Regione Sicilia del 25 ottobre 1999. – Gli standard sono riferiti ad un modulo di 20 posti letto. – Sono previsti 22 operatori complessivi (alcuni con contratto part-time)	– 3 Infermieri professionali full time di cui uno con funzioni di coordinamento (per 20 p.l.) [108 min. sett./utente]. – Presenza infermieristica obbligatoria h24.

* Al fine di comparare gli standard tra le diverse Regioni si è utilizzato quale unità di misura dell'assistenza il "minutaggio settimanale per utente". Nei casi in cui gli standard fossero stati espressi in unità di personale per utenti, si è convenzionalmente considerato che ogni figura con contratto di lavoro full-time eroghi 36 ore di assistenza settimanale, ovvero 2.160 minuti/settimana. I minuti così calcolati sono indicati in corsivo tra parentesi quadre. Per maggiore aderenza con le originali previsioni regionali viene mostrata in tabella anche la previsione normativa originale.

** Sono assenti indicazioni circa gli standard per le RSA. Gli standard di personale sono esplicitati solo per le Residenze Protette e differiscono in caso di pazienti affetti da demenza. Attualmente, le RP marchigiane operano in deroga alla normativa (si veda in merito quanto disposto dalla D.G.R. Marche 1230/2010).

L'assistenza di tipo tutelare (tabella 4) è particolarmente intensa nelle Residenze Protette marchigiane (560 minuti settimanali per utente, 700 in caso di demenza) e soprattutto in quelle dell'Umbria (700-840 minuti per utente). Nel caso della Campania è specificato che ai 400 min./sett. di assistenza OSS per utenti con demenza e 432 e 216 minuti rispettivamente nei nuclei ad alta e media intensità, vanno aggiunti 324 minuti a settimana di assistenza degli operatori OSA.

Le diversità delle soluzioni in materia di assistenza medica sono ancora più evidenti. La presenza di un medico h24 è richiesta nelle RSA lombarde che abbiano fatto richiesta di accreditamento, ma può essere garantita anche tramite reperibilità diurna e notturna. Un simile accorgimento è previsto nelle RSA siciliane. In Veneto e nelle Marche è menzionata la necessità di accordi con il personale medico dell'ASL di riferimento e con i Medici di Medicina generale (coinvolgimento che può essere anche previsto dagli Accordi Integrativi Regionali per la Medicina generale). Il modello di RSA umbro appare altamente medicalizzato, ed è prevista obbligatoriamente la presenza di tre diversi medici: un geriatra, un medico per l'assistenza di base (anche MMG) ed uno specialista in fisiatria. Nelle RP umbre, come nel caso marchigiano, si fa riferimento agli accordi con la Medicina Generale. In Campania e in Sicilia, la figura del medico è prevista anche con funzioni di tipo direzionale.

Tabella 4 - Standard di personale in sei contesti regionali: standard di assistenza tutelare e medica *

Regione	Assistenza tutelare	Assistenza medica
Lombardia	<ul style="list-style-type: none"> - Non definiti in maniera puntuale. - Le strutture sono tenute esclusivamente al raggiungimento della soglia di minuti prevista (750 min. sett./ospite per l'autorizzazione e 901 min. sett./ospite per l'accREDITAMENTO). 	<ul style="list-style-type: none"> - Nelle strutture accreditate, l'assistenza medica è garantita h24, anche tramite reperibilità, sia diurna che notturna. - L'orario settimanale di presenza medica nella struttura deve essere pubblicizzato.
Veneto	<ul style="list-style-type: none"> - 1 assistente ogni 2,5 ospiti [864 min. sett./utente] - 1 assistente ogni 2,4 ospiti nelle strutture con paz. ad elevato carico assistenziale [900 min. sett./utente]. 	<ul style="list-style-type: none"> - La presenza di personale medico deve essere garantita dall'Azienda ULSS di riferimento, nel rispetto dello schema tipo di convenzione regionale.
Marche	<p>RP</p> <ul style="list-style-type: none"> - 560 min. sett./utente di assistenza tutelare; - 700 min. sett./utente nei nuclei per demenza; - obbligatoria h24 la presenza del personale per l'assistenza tutelare. 	<p>RSA/RP</p> <ul style="list-style-type: none"> - La presenza del Medico di Medicina Generale deve essere garantita secondo modalità di accesso programmate ed a richiesta.
Umbria	<p>RSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 assistente coordinatore ogni 120 ospiti [18 min. sett./utente] - Addetti all'assistenza (presenti h24) secondo i seguenti standard: <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 ogni 2,5 ospiti nei nuclei paz. cronico-degenerativi [864 min. sett./utente]; 	<p>RSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 medico geriatra responsabile della struttura, presente giornalmente: <ul style="list-style-type: none"> ■ nei nuclei cronico-degenerativi per 7h/sett. (standard 1/200); ■ nei nuclei demenze per 5h/sett. (standard 1/280).

(segue)

Regione	Assistenza tutelare	Assistenza medica
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 ogni 1,5 ospiti nei nuclei Alzheimer [1.440 min. sett./utente]. <p>RP</p> <ul style="list-style-type: none"> – 700 e 840 min./sett. per ospite. 	<ul style="list-style-type: none"> – 1 MMG per assistenza medica di base, oppure un medico dipendente, presente giornalmente: <ul style="list-style-type: none"> ■ nei nuclei cronico-degenerativi per 20h/sett. (standard 1/72); ■ nei nuclei dementi per 20h/sett. (standard 1/96). – Qualora i medici non siano presenti fisicamente è obbligatorio il servizio di reperibilità. – 1 medico specialista in fisioterapia (dipendente o convenzionato per i nuclei cronico-degenerativi per 6h./sett. (standard 1/360). <p>RP</p> <ul style="list-style-type: none"> – Deve essere garantita la partecipazione di MMG e di un medico specialista in geriatria per consulenza o responsabilità dell'attività.
Campania	<ul style="list-style-type: none"> – 400 min. sett./utente di assistenza di OSS nei nuclei "demenze"; – 432 min. sett./utente di assistenza di OSS in "alta intensità"; – 216 min. sett./utente di assistenza di OSS in "media intensità"; – 324 min. sett./utente di assistenza OSA in tutti i tre livelli assistenziali. 	<ul style="list-style-type: none"> – 0,32 medici per nucleo con funzioni direzionali [34,6 min. sett./utente].
Sicilia	<ul style="list-style-type: none"> – Sei Addetti assistenza full time ogni 20 utenti [648 min. sett./utente]. – Presenza assistente sociosanitario obbligatoria h24. 	<ul style="list-style-type: none"> – Un medico specialista responsabile full time ogni 20 utenti [108 min. sett./utente]. – Un medico specialista collaboratore (18 ore) ogni 20 utenti [54 min. sett./utente]. – Nelle ore non coperte, deve essere prevista la reperibilità del servizio medico.

* per le note si veda in tabella 3.

L'analisi delle altre eventuali forme di assistenza sociosanitaria previste dagli standard, rivela come le normative regionali sottendano a diverse interpretazioni del modello RSA/RP. In particolare, è interessante osservare come in alcune Regioni (Umbria, Campania e Sicilia), l'assistenza riabilitativa sia prevista obbligatoriamente, mentre nelle altre sia offerta solo sulla base della necessità individuale. I terapeuti occupazionali, figure professionali molto diffuse nel contesto anglosassone, ma da noi relativamente giovane (in Italia viene riconosciuta ufficialmente solo nel 1997), sono previsti solo dagli standard assistenziali delle RSA umbre e campane.

In Lombardia, come anticipato, ampia discrezione è lasciata alle singole strutture che, nell'ambito delle soglie minime di minutaggio previste, possono ricorrere al supporto di terapeuti occupazionali, podologi, educatori professionali,

psicologi e altri professionisti specializzati in musicoterapia, arteterapia, ecc. Un ulteriore tratto distintivo del modello lombardo è la possibilità di ricorrere a personale volontario qualificato per il raggiungimento degli standard previsti dalla legge. Questa previsione è unica tra le Regioni analizzate.

Tabella 5 - Standard di personale in sei contesti regionali: altre forme di assistenza sociosanitaria, personale di animazione ed eventuali note *

Regione	Altre forme di assistenza	Animazione ed eventuali note
Lombardia	<ul style="list-style-type: none"> - Nel caso delle strutture accreditate, possono concorrere al raggiungimento della soglia di minuti previsti dalla normativa: il terapeuta occupazionale, il podologo, l'educatore professionale, gli psicologi, altri operatori specializzati in musicoterapia, arteterapia, danzaterapia e teatroterapia (se previsti nel P.A.I.). 	<ul style="list-style-type: none"> - L'animazione deve essere garantita dall'animatore sociale o dall'operatore socio educativo o dall'educatore professionale (a tale scopo può essere utilizzato personale laureato/diplomato in discipline umanistiche). - I volontari in possesso dei requisiti professionali richiesti concorrono al raggiungimento dello standard (se appartenenti ad associazioni iscritte nell'apposito registro regionale).
Veneto	<ul style="list-style-type: none"> - 1 assistente sociale ogni 120 ospiti [18 min. sett./utente]; - 1 psicologo ogni 120 ospiti [18 min. sett./utente]; - La presenza di altro personale (psicologi, terapisti della riabilitazione, ecc.) deve essere garantita dall'Azienda ULSS di riferimento nel rispetto dello schema tipo di convenzione regionale. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 unità personale con funzione di educatore-animatore ogni 60 ospiti [36 min. sett./utente]; - deve essere prevista la presenza di adeguato personale ausiliario o servizio equivalente (comprese le attività di pronto intervento tecnico) in base e nel giusto rapporto con le esigenze dell'organizzazione del centro di servizio e della presente tipologia di offerta.
Marche	<ul style="list-style-type: none"> - L'organigramma delle strutture deve prevedere lo svolgimento della funzione riabilitativa; non sono però esplicitati i minuti di assistenza pro-capite. - La legge dispone che il terapeuta della riabilitazione debba essere attivato su prescrizione specialistica. 	//
Umbria	<p>RSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapisti della riabilitazione: <ul style="list-style-type: none"> ■ 1/20 utenti nei nuclei per pazienti cronico-degenerativi [108 min. sett./utente]; ■ 1/60 utenti nei nuclei demenza [36 min. sett./utente]. - Terapisti occupazionali: <ul style="list-style-type: none"> ■ 1/40 utenti nei nuclei pazienti cronico-degenerativi [54 min. sett./utente]; ■ 1/180 utenti nei nuclei demenza [12 min. sett./utente]. <p>RP</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 Terapista della riabilitazione ogni 30 utenti [72 min. sett./utente]. 	<p>RP</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 animatore per le attività di socializzazione ogni 40 ospiti [54 min. sett./utente]. - Deve essere garantita la presenza effettiva degli addetti all'assistenza h24, in rapporto di almeno 1 operatore/10 ospiti nei turni diurni e di almeno 1 operatore/20 ospiti nel notturno.

(segue)

Regione	Altre forme di assistenza	Animazione ed eventuali note
Campania	<ul style="list-style-type: none"> – 108 min. sett./utente di assistenza di un fisioterapista; – 54 min. sett./utente di terapeuta occupazionale nei moduli demenze e medio livello assistenziale; – 36 min. sett./utente di Assistente sociale; 	<ul style="list-style-type: none"> – 108 min.sett./utente di Animatore di comunità nei nuclei demenze, 216 in alta e media intensità – 36 min. sett./utente di Assistente amministrativo.
Sicilia	<ul style="list-style-type: none"> – Un Assistente sociale (20 ore) [60 min. sett./utente]; – Due Tecnici della riabilitazione riferiti alle patologie assistite [216 min. sett./utente] 	<ul style="list-style-type: none"> – Un Animatore (20 ore) [60 min. sett./utente]; – Sono previsti inoltre un Assistente amministrativo, un Custode centralinista (portierato), un Ausiliario per i servizi generali, un Cuoco, un Addetto cucina, un addetto alla manutenzione impianti.

* Per le note si veda in tabella 3.

Il Veneto, la Campania e la Sicilia prevedono l'obbligatorietà dell'assistente sociale, ma non è questo il caso nelle strutture umbre né nelle RP marchigiane. L'unico contesto regionale a non precisare l'obbligatorietà della presenza di educatori professionali o altri soggetti con funzioni di animazione è, infine, proprio quello marchigiano.

5. Discussione

Dall'analisi svolta la Lombardia risulta la Regione nella quale i meccanismi di controllo della qualità sono più strutturati ed estesi. Questo è confermato dall'esistenza di un sistema di remunerazione complementare, che prevede incentivi economici alle strutture che abbiano rispettato i c.d. criteri di qualità aggiuntiva. Non sorprende che la Regione Lombardia abbia dedicato particolare attenzione nel definire il sistema qualità, in quanto il modello PAC prevede sia la presenza di dinamiche competitive che un sistema di regole ben definito entro cui i soggetti privati possano concorrere. Inoltre, si deve considerare che la rete dei servizi residenziali lombardi è la più vasta sul panorama italiano: nel 2008, il Ministero della Salute censiva nella Regione lombarda oltre un terzo del totale dei posti letto in residenze per anziani non autosufficienti in Italia (55 mila su quasi 155 mila) (si veda l'allegato statistico della "Bussola" di questa edizione del Rapporto N.N.A.).

In tutte le altre Regioni, la verifica della qualità dell'assistenza si sovrappone ai meccanismi di controllo degli standard di struttura e di processo, necessari al fine dell'accreditamento istituzionale. Le modalità con le quali vengono realizzati questi controlli sono eterogenee: in alcuni contesti è la ASL di riferimento che viene incaricata di verificare il rispetto dei requisiti di qualità, in altri sono previsti appositi organi regionali, mentre la Regione Umbria si avvale della collaborazione di un soggetto terzo, il CERMET.

Nelle normative regionali è stata rinvenuta una notevole eterogeneità nella definizione e negli standard di personale delle strutture residenziali, solo in parte dovuta alla diversa interpretazione del modello organizzativo RSA. Va considerato che, oltre ad essere espressioni di specifiche scelte organizzative in materia di RSA, non deve essere trascurata la vera finalità degli standard, ovvero la tutela degli ospiti stessi. Pur non garantendo il risultato, gli standard contribuiscono a creare “un’atmosfera” nel servizio, necessaria per il miglioramento della qualità.

In Lombardia, l’utilizzo del sistema SOSIA consente al tempo stesso di corrispondere ai soggetti erogatori delle prestazioni residenziali tariffe differenziate in base al carico assistenziale espresso dall’utente ed il controllo di una serie di indicatori circa l’appropriatezza dell’assistenza erogata. In Veneto viene impiegato lo SVAMA, tuttavia, gli indicatori di qualità utilizzati sono riferiti ancora ad elementi di struttura e processo. Nelle Regioni Umbria e Marche, l’utilizzo del sistema RUG consentirebbe potenzialmente di sviluppare un set di indicatori di qualità RUG-correlati, tuttavia, questa eventualità non è ancora contemplata dalla normativa. Campania e Sicilia hanno adottato lo SVAMA per la valutazione multidimensionale degli anziani in ingresso, ma neanche in queste Regioni sono precisati indicatori di qualità specifici.

L’analisi dei sei casi regionali suggerisce che, quanto più il percorso assistenziale nell’area residenziale sia standardizzato e regolamentato a livello regionale (ovvero quanto più siano presenti criteri di accesso, di valutazione iniziale e periodica sullo stato di salute dell’assistito standardizzati), tanto più risulti fattibile strutturare un tempestivo e puntuale sistema di controllo della qualità. Il caso lombardo, inoltre, mostra come la garanzia di incentivi di natura finanziaria alle strutture che garantiscono standard assistenziali più elevati, possa innescare un processo virtuoso di miglioramento della qualità. Ciò non può prescindere, ovviamente, dalla presenza di un sistema di controllo e verifica dell’assistenza efficiente e trasparente.

Un’ultima riflessione riguarda il rapporto tra standard e costi. Il caso lombardo ben esemplifica come le politiche per la qualità difficilmente possano essere realizzate a costo zero. In Lombardia ogni anno sono previsti contributi aggiuntivi per le strutture che si adeguano alle direttive regionali in materia (ad esempio un incremento del debito informativo, l’adozione di nuove procedure...). La recente crisi economica pone nuovi e urgenti interrogativi su come coniugare la riduzione delle risorse pubbliche disponibili ed i bisogni di una utenza in continua crescita, ed in particolare su come “ristrutturare” il sistema delle responsabilità pubbliche e private nel settore.

Bibliografia

- AGENAS (2010), *Indagine sullo stato di implementazione del percorso di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie private*, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS): Roma. Disponibile al link: www.agenas.it/agenas_pdf/indagine_accreditamento_2010.pdf.
- BELLENTANI D., *Accreditamento delle strutture sociali e sanitarie: aspetti programmatori e metodologie a confronto*, paper presentato alla conferenza Forum sulla Non Autosufficienza, Bologna, 3 novembre 2010.
- BERNABEI R., LANDI F., ONDER G., LIPEROTI R., GAMBASSI G. (2008), *Second and third generation assessment instruments: the birth of standardization in geriatric care*, in "J Gerontol A Biol Sci Med Sci", Mar, 63 (3):308-13.
- BOSTICK J.E., RANTZ M.J., FLESNER M.K., RIGGS C.J. (2006), *Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes*, in "J Am Med Dir Assoc", Jul, 7 (6):366-76. Epub 2006 Apr 25.
- BRIZIOLI E., BERNABEI R., GRECHI F., MASERA F., LANDI F., BANDINELLI S., CAVAZZINI C., GANGEMI S., FERUCCI L. (2003), *Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy*, in "Aging Clin Exp Res", Jun, 15 (3):243-53.
- CINOTTI R. (2002), *L'accreditamento dei servizi sanitari: aspetti di metodo e di contenuto*, in CIPOLLA C., GIARELLI G., ALTIERI A., *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, Franco Angeli, Milano.
- DONABEDIAN A. (1980), *The definition of Quality and Approaches to its management*, vol. 1: *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
- OVRETVEIT J. (1998), *Evaluating Health Interventions: An Introduction to Evaluation of Health Treatments, Services, Policies and Organizational Interventions*, Open University Press, Maidenhead: Berkshire.
- RAGAINI F. (2009), *Nota informativa sui ricoveri in residenza protetta (RP) e residenza sanitaria assistenziale (RSA) per anziani nelle Marche*, Appunti sulle politiche sociali, n. 2, Disponibile al link <http://www.grusol.it/vocesociale/17-02-09.PDF>.

7. I sistemi di tariffazione

Enrico Brizioli, Filippo Masera

1. I sistemi di tariffazione: criteri generali

Il sistema di tariffazione delle prestazioni residenziali è basato nelle Regioni italiane su un principio di “co-payment” tra Servizio Sanitario Nazionale, utente e servizi sociali dei Comuni (che intervengono nel caso di incapacità finanziaria dell’utente). In assenza di un sistema tariffario nazionale le formule e, soprattutto, i parametri di remunerazione, sono molto differenti da Regione a Regione, ed il riferimento comune è quello della quota di copertura del Fondo Sanitario Nazionale fissata dal decreto LEA (d.P.C.M. 29 novembre 2001 – *Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza*).

In realtà la remunerazione delle prestazioni residenziali per anziani dovrebbe essere regolata secondo quanto disposto dall’art. 8-*sexies* del d.lgs. n. 502/1992. In particolare le prestazioni residenziali rientrano tra le funzioni assistenziali remunerate sulla base di programmi (comma 2: a) *programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti*; b) *programmi di assistenza a elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona*). I criteri tariffari per tali prestazioni avrebbero dovuto essere stabiliti da un apposito decreto del Ministero della salute e definiti “sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell’attività svolta”.

Bisogna peraltro rilevare che il testo del art. 8-*sexies* non brilla sicuramente per chiarezza, per cui, anche alla luce della mancata emanazione del decreto sulla tariffazione delle funzioni assistenziali, si è registrata una diffusa tendenza delle Regioni a continuare ad assimilare le prestazioni residenziali a quelle remunerate a singola prestazione di cui al comma 4 (prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale). Anche per esse, tuttavia, il d.lgs. n. 502/1992 prevedeva la emanazione di un decreto che avrebbe dovuto definire “i sistemi di classificazione che definiscono l’unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, preventivamente selezionate

secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità della assistenza. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse”.

Anche a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione il Ministero negli ultimi anni ha omesso di affrontare il tema della tariffazione. Ha invece definito il perimetro di copertura di queste prestazioni nell’ambito del FSN (d.P.C.M. 29 novembre 2001 – *Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza*) ed ha individuato i sistemi di classificazione e le classi di strutture (d.m. 17 dicembre 2008 – *Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali*).

Nella sostanza il d.P.C.M. LEA classifica le prestazioni residenziali per anziani non autosufficienti nel perimetro di copertura del SSN in misura non inferiore al 50% dei costi del servizio, mentre il d.m. 17 dicembre 2008 sui flussi informativi individua 4 livelli di tipologie di prestazioni e impone alle Regioni la adozione di uno strumento di valutazione multidimensionale idoneo a valutare le differenti necessità assistenziali dell’assistito, pur senza legare direttamente l’adozione di questo strumento a specifiche modulazioni tariffarie.

2. Le soluzioni adottate dalle Regioni

In questo quadro, in assenza di un decreto quadro di riferimento sulla tariffazione, le Regioni hanno adottato atti amministrativi di regolamentazione del sistema residenziale che differiscono profondamente in relazione ai seguenti parametri:

- 1) individuazione di una o più tipologie differenti di strutture residenziali;
- 2) modalità di definizione della quota di partecipazione alla spesa da parte dell’ospite;
- 3) adozione di classi tariffarie differenziate per carico assistenziale;
- 4) inclusione/esclusione di diverse tipologie di prestazioni sanitarie.

In merito alle tipologie di strutture residenziali le Regioni hanno scelto soluzioni molto differenti. Nelle Regioni ove si è scelto di individuare una unica tipologia di struttura (come in Lombardia e Veneto) si è proceduto spesso a differenziare il carico assistenziale e le tariffe attraverso strumenti di valutazione multidimensionale utilizzati per leggere il carico assistenziale del singolo ospite. Altre Regioni, come il Friuli ed il Lazio, hanno utilizzato lo strumento di valutazione multidimensionale per differenziare le strutture in diverse classi.

Al momento attuale solo la Regione Lazio ha adottato un modello di clas-

sificazione delle strutture esattamente coerente con le categorie indicate nel d.m. 17 dicembre 2008 (R1, R2, R2d, R3). La scelta di individuare differenti tipologie di strutture in rapporto alla complessità della casistica trattata è comunque molto diffusa: il modello più frequente, anche nelle Regioni che non utilizzano istituzionalmente sistemi di valutazione multidimensionale, è la differenziazione delle strutture in due categorie del tipo "Residenza Sanitaria" e "Residenza Protetta", a diversa intensità assistenziale e riconoscimento tariffario.

In questi casi si registrano tipologie assistenziali e *range* tariffari anche molto ampi, come nel caso della Regione Marche, che classifica la gran parte delle strutture come "Residenze Protette" con standard assistenziali compresi tra 50 e 100 minuti/pz/die ed una tariffa complessiva media di circa 80 euro/die (di cui 33 euro SSR e 33-50 a carico dell'ospite) mentre individua nel contempo un piccolo numero di posti letto destinati a pazienti di particolare complessità sanitaria (RSA) con uno standard assistenziale >140 minuti/pz/die e una tariffa di circa 134 euro (di cui 41,25 in carico all'ospite).

Il sistema assume regolamentazioni ancora diverse nelle Regioni, come l'Emilia Romagna, in cui è previsto un forte coinvolgimento dei Comuni nella gestione del sistema delle residenze assistenziali.

Nella grande maggioranza delle Regioni gli standard di personale si attestano tra 90 e 120 minuti/pz/die con incrementi anche considerevoli (oltre 150 minuti) nelle tipologie che prevedono il trattamento di pazienti con bisogni speciali.

Va ricordato, da ultimo, come alcune Regioni (come l'Umbria) abbiano riservato la tipologia "Residenza Sanitaria" ad una funzione di post-acuzie dedicata in via prioritaria alla gestione delle dimissioni ospedaliere, per periodi di tempo non superiori in genere a 60 giorni e con oneri a totale carico del SSN. Quest'ultima impostazione appare discutibile perché viene di fatto assegnato alle RSA un ruolo che sarebbe proprio della lungodegenza ospedaliera cod. 60, tradendo una certa confusione tra il concetto di "post-acuzie" e quello di "residenzialità". Va anche detto che la carenza di strutture di lungodegenza ospedaliera cod. 60 (essenziali per una corretta gestione di alcuni processi di ricovero e per la stabilizzazione clinica di soggetti anziani con poli-patologie) e la volontà di ridurre comunque i posti letto classificati come "ospedalieri" stanno portando alla individuazione di nuovi modelli assistenziali genericamente denominati come "cure intermedie", che sono stati recentemente introdotti in diverse Regioni.

Nell'ambito di questa tipologia vanno sicuramente inserite, oltre alla RSA di "post-acuzie" dell'Umbria, anche le RSA "medicalizzate" della Calabria, che in entrambe i casi hanno organizzazione e costi di gestione valutati superiori ai 150 euro, assimilabili alle tariffe della lungodegenza post-acuzie cod. 60.

La scelta di trasferire sul livello assistenziale residenziale alcune funzioni

che potrebbero, o dovrebbero, rientrare nel livello ospedaliero, è motivata dalla scelta di abbassare il numero di posti letto ospedalieri e dalla volontà di inserire queste funzioni in strutture non accreditabili come “ospedaliere”. Come effetto di tali scelte si registrano tuttavia altri effetti che finiscono per ricadere sull’utenza, come la partecipazione alla spesa da parte degli ospiti (almeno dopo i primi 30/60 giorni), la necessità di inserimento attraverso la Unità Valutativa Distrettuale, anziché la semplice richiesta di ricovero del medico di medicina generale, la difficoltà di accesso a strutture fuori Regione e, molto spesso, anche fuori ASL, per via del filtro delle UVD e della impossibilità di addebito interregionale attraverso la compensazione della mobilità sanitaria.

La **tabella 1** tenta una sintesi delle tariffe residenziali: volutamente sintetica, non può dar conto in modo compiuto delle tante particolarità che giustificano (in realtà solo in parte) la grande variabilità tariffaria che si registra Regione per Regione.

Nelle colonne della tabella vengono indicate le tariffe sanitarie, le quote in carico all’ospite, eventuali sistemi di classificazione ed una media (necessariamente approssimativa) delle tariffe praticate.

Le tariffe adottate nelle diverse Regioni scontano la differente regolamentazione in vigore, con variazioni anche molto significative, che vanno tuttavia interpretate alla luce del livello assistenziale previsto, dei servizi inclusi, dei criteri di accesso.

La tariffa “media” delle strutture residenziali sanitarie si colloca, nel panorama nazionale, a 106,31 euro, seppure con una forte deviazione standard che è il prodotto di differenti modelli operativi e tariffari ove convivono strutture a più alta complessità assistenziale, con una organizzazione prossima a quella delle lungodegenze ospedaliere, che tendono ad attestarsi intorno ad una tariffa superiore a 130 euro, insieme a strutture a più spiccata vocazione sociale che si collocano su regimi tariffari inferiori ai 90 euro.

Le principali variazioni sono giustificate dalla funzione assegnata alle RSA nel sistema regionale di cure, dagli standard di personale (previsti e normati solo in alcune Regioni) e dalla consistenza delle prestazioni che sono in carico al SSN.

In merito alla quota sanitaria si osserva altrettanta variabilità – dai 30 ai 100 euro – giustificata dalla funzione svolta dalla struttura nei percorsi assistenziali dell’anziano, dei carichi assistenziali richiesti in rapporto alle condizioni cliniche degli ospiti, degli standard di accreditamento richiesti, delle prestazioni comprese e non comprese nel costo dell’assistenza.

In merito alla “retta alberghiera”, o quota di partecipazione degli ospiti, si osserva una variabilità simile, che è spesso oggetto di vivaci discussioni tra associazioni degli utenti e istituzioni.

Tabella 1 - Tariffe nelle RSA italiane per anziani non autosufficienti (anno 2011)

Regione	Normativa	Retta totale	Quota sanitaria	Diaria ospite	Classificazione d.m. 17/12/2008	Retta media complessiva
Piemonte	- DGR 17/2005	Bassa Int. € 70,00 Media Int. € 80,00	Bassa Int. € 35,00 Media Int. € 40,00	Bassa Int. € 35,00 Media Int. € 40,00	Strumento in fase di sperimentazione	93,33
	- DGR 64/2010	Media Int. € 90,00 Media Int. € 98,00 Media Int. € 106,00	Media Int. € 45,00 Media Int. € 53,00 Media Int. € 61,00	Media Int. € 45,00 Media Int. € 45,00 Alzheimer € 45,00 Continuità € 45,00		
V. d'Aosta	- DGR 2418/2006	€ 147,50	€ 66,50	€ 39,00 alberghiera + € 42,00 sociale	SVAMA	147,50
	- DGR 2419/2006					
Liguria	- DGR 862/2011	NAP € 83,60	NAP € 28,71	NAP € 42,00 + 30% NAT € 42,00 + 30%	AGED	105,04
		NAT € 100,60	NAT € 46,24			
		RSAD € 111,62	RSAD € 57,02			
		RSAPA € 124,32	RSAPA € 69,72			
Lombardia	-DGR 7485/2001 -DGR 8496/2008 -DGR 937/2010	Classe A € 29,00	Classe A € 29,00	Libera	SOSIA	107,20
		Classe C. € 39,00	Classe C. € 39,00			
		Classe C. € 45,00	Classe C. € 45,00			
		Alzheimer € 52,00	Alzheimer € 52,00			
Veneto	- LR 22/2002	Int. Rid. € 117,00	Int. Rid. € 49,00	€ 68,00	SVAMA	120,50
		Int. Med. € 124,00	Int. Med. € 56,00			
Trento	- DGP 897 /2010	RSA € 116,66	RSA € 71,66	€ 45,00	SVAMA	130,67
		Alzheim. € 143,68	Alzheim. € 103,68			
Bolzano	Decreti dirigenziali	€ 90,00	€ 50,00	€ 50,00 € 65,00 € 90,00		118,33
		€ 115,00				
		€ 140,00				
Friuli	- DGR 1378/2007 - DGR 2147/2007 - DGR 2386/2010 - DGR 1555/2011	C	C € 40,00	€ 25,82 € 60,00	RUG-VALGRAF	88,00
		B	B € 45,00			
		B comp	B comp € 50,00			
		A	A € 50,00			
		A Star	A Star € 80,00			

(segue)

Regione	Normativa	Retta totale	Quota sanitaria	Diaria ospite	Classificazione d.m. 17/12/2008	Retta media complessiva
Emilia	- DGR 514/2009	FRNA A € 89,75	FRNA A € 40,75	€ 49,00 di cui 22 Comune	BINA	87,82
	- DGR 2110/2009	FRNA Alzh. € 94,00	FRNA Alzh. € 45,00			
		FRNA B € 89,75	FRNA B € 40,75			
		FRNA C € 80,50	FRNA C € 31,50			
		FRNA C € 75,00	FRNA C € 26,00			
Toscana		Mod. Base € 108,55	Mod. Base € 51,55	€ 57,00	Scheda MDS-BADL Mix RUG e SVAMA	119,27
	- LR 82/2099	Mod 2 € 122,27	Mod 2 € 65,27			
	- DGR 818/2009	Mod 3 € 124,52	Mod 3 € 67,52			
		Mod 4 € 121,75	Mod 4 € 64,75			
Marche		RP € 66,00	RP € 33,00	RP € 33-50 RP Alxh € 40-50 RSA € 41,25 RSA Alzh. € 41,25	RUG	102,49
	- DGR 704/2005	RP Alxh € 80,00	RP Alxh € 40,00			
	- Accordi ASUR	RSA € 131,00	RSA € 90,00			
		RSA Alzh. € 132,96	RSA Alzh. € 91,71			
Umbria	- DGR 184/2009	RP € 87,20	RP € 43,60	RP € 43,60 RSA € 44,00	RUG	109,10
	- Accordi di ASL	RSA € 132,00	RSA € 88,00			
Lazio		60 p.l.	60 p.l.	60 p.l. I livello: € 46,20 II livello: € 51,62 III livello: € 58,94 80 p.l. I livello: € 41,65 II livello: € 47,62 III livello: € 54,67 120 p.l. I livello: € 40,57 II livello: € 46,26 III livello: € 51,68	RUG La classificazione delle strutture in primo, secondo terzo livello corrisponde a quella R1, R2, R2d; R3 proposta dalla Commissione LEA nelle linee guida per le prestazioni residenziali e semiresidenziali	97,60
		I livello: € 92,40	I livello: € 46,20			
		II livello: € 103,24	II livello: € 51,62			
		III livello: € 117,88	III livello: € 58,94			
		80 p.l.	80 p.l.			
	- DGR 575/2006	I livello: € 83,30	I livello: € 41,65			
	- DGR 98/2007	II livello: € 95,23	II livello: € 47,62			
		III livello: € 109,84	III livello: € 54,67			
		120 p.l.	120 p.l.			
		I livello: € 81,14	I livello: € 40,57			
	II livello: € 92,52	II livello: € 46,26				
	III livello: € 103,37	III livello: € 51,68				

(segue)

Regione	Normativa	Retta totale	Quota sanitaria	Diaria ospite	Classificazione d.m. 17/12/2008	Retta media complessiva
Abruzzo	DGR 661/2002 Delib.Commissario <i>ad acta</i> 18 febbraio 2010, n. 16/2010 (Piano Sanitario 2008-2010)	€ 85,00	€ 50,00	€ 35,00	RUG	85,00
Molise	Piano Sanitario 2008-2010 Piano Regionale socio sanitario residenziali (all. 2 alla DGR 1359/2008)	€ 80,00	€ 30-50,00	€ 30-40,00	SVAMA	80,00
Campania	Decreto Commissa- riale 6 del 4 febbraio 2010	medio liv.: € 90,90 alto liv.: € 104,70 Demenze: € 105,09	medio liv.: € 45,45 alto liv.: € 57,35 Demenze: € 57,55	medio liv.: € 45,45 alto liv.: € 57,35 Demenze: € 57,55	SVAMA	100,23
Puglia	DGR 279/2010	€ 92,90	€ 41,45	€ 41,45	SVAMA	92,90
Basilicata	DGR 1066 del 3 maggio 2004	Alto liv. € 112,80 Medio liv. € 101,52 Basso liv. € 90,24	Alto liv. € 56,40 Medio liv. € 50,76 Basso liv. € 45,12	Alto liv. € 56,40 Medio liv. € 50,76 Basso liv. € 45,12	RUG	101,52
Calabria	DGR 285/2008	RP Fas A € 86,94 RP Fas B € 102,63 RP Fas C € 115,92 RSA: € 143,26	RP Fas A € 46,94 RP Fas B € 62,63 RP Fas C € 75,92 RSA: € 103,26	€ 40,00	RUG	112,19
Sicilia	Decreto Assessoriale D.A. 18 ottobre 2007	€ 111,80	€ 78,66	€ 33,14	nn	111,80
Sardegna	DGR 25 giugno 2006, All.to A	€ 128 (per i profili ass. 1, 2, 3, 4, 5) € 118 (per i profili ass. 6, 7, 8, 9)	€ 64,00 € 59,00	€ 64,00 € 59,00	nn	123,00
Italia						106,31

Generalmente nei primi 30-60 giorni di ricovero la “retta alberghiera” rimane in carico al SSN, al fine di favorire la dinamica delle “dimissioni protette” e programmare un eventuale percorso di rientro a domicilio.

Quasi tutte le Regioni hanno imposto agli operatori accreditati un parametro massimo per la applicazione della retta alberghiera, con le sole eccezioni della Lombardia e della Provincia di Bolzano. Tra esse molte Regioni, soprattutto quelle commissariate, hanno introdotto una quota di partecipazione degli ospiti pari al 50% della retta complessiva, in attuazione del d.P.C.M. 29 novembre 2001, ove il parametro del 50% viene interpretato come limite massimo di copertura della retta da parte del SSN. In realtà la *ratio* del decreto sarebbe opposta: il livello “essenziale” di assistenza è il livello “minimo” di copertura che il SSN deve garantire, e non già il “massimo”. Di conseguenza la norma andrebbe interpretata nel senso che il SSN deve garantire la copertura di “almeno” il 50% della retta. È evidente tuttavia che la facoltà di garantire una copertura maggiore deve costituire una scelta autonoma della Regione, valutata in relazione alla compatibilità con le proprie risorse economiche che non può certo verificarsi in Regioni commissariate perché inserite nei piani di rientro della spesa.

Un esempio di questa operazione è avvenuta nella Regione Lazio con la D.G.R. n. 98/2007 che ha rimodulato le tariffe delle RSA incrementando la quota dell'ospite fino al 50% del totale. Nel caso delle strutture di III livello (inferiori a 60 pl) la quota di compartecipazione dell'utente è salita da 28,41 a 58,94 euro, a parità di retta totale percepita dal gestore (117,88).

Una serie di recenti circolari del Ministero della salute impone di fatto anche alle Regioni non commissariate di dare evidenza di eventuali costi “extra-*lea*” della retta, indicandone con chiarezza la copertura a bilancio, che non dovrebbe gravare sulla quota di Fondo Sanitario Nazionale, ma su risorse di bilancio regionali. Questa indicazione sta creando oggettivi problemi soprattutto alle Regioni che hanno individuato tipologie di RSA ad alto carico assistenziale, con tariffe differenziate che superano i 130 euro. In questi casi la quota dell'ospite salirebbe oltre i 65 euro, eccedendo in molti casi il reddito personale dell'ospite (e la capacità di spesa dei familiari) e configurando una partecipazione del Comune di residenza che appare tanto più improbabile nell'attuale situazione finanziaria dei Comuni.

Va anche detto che la quota di compartecipazione è frequentemente corretta da regole che ne consentono una certa modulazione sia in aumento (si prenda a riferimento, per tutte, la recente D.G.R. n. 862/2011 della Liguria, che ne consente l'incremento del 30% a fronte di maggiori servizi offerti), che in riduzione (sempre a titolo di esempio: la Regione Friuli-Venezia Giulia da diversi anni ha introdotto dei “contributi per l'abbattimento delle rette”, legate al reddito, che variano da 13,28 a 19,10 euro; la Regione Valle d'Aosta riconosce una “quota assistenzia-

le" di 42 euro a carico della Regione; la Provincia di Bolzano riconosce agli utenti un "assegno di cura" che varia da 17 a 60 euro).

In conclusione si rileva che nel panorama nazionale le quote di compartecipazione richieste agli ospiti variano dai 26 ai 65 euro/die e che in alcune realtà, in particolare nelle Regioni a statuto speciale, esistono forme di contribuzione regionale volte a ridurre l'impatto della compartecipazione, mentre solo in poche situazioni i Comuni intervengono realmente a copertura delle stesse.

Le modalità di calcolo dei costi di produzione, che dovrebbero essere alla base della definizione delle rette, sono altrettanto variabili nelle diverse realtà.

A titolo di esempio nella Provincia autonoma di Bolzano il costo dell'immobile viene conteggiato solo in minima parte perché tutte le strutture possono accedere a finanziamenti provinciali per la costruzione e messa a norma delle residenze. Analogo calcolo, anche se non dichiarato, viene effettuato in Emilia Romagna, dove le strutture pubbliche e le non profit ricevono contributi per la realizzazione e la messa a norma degli immobili. Nelle altre Regioni vengono conteggiati in modo difforme gli oneri finanziari e fiscali, e spesso lo stesso costo del personale. Molte delibere regionali sono del resto del tutto prive di documentazione a supporto della modalità di calcolo delle tariffe.

Un altro aspetto rilevante è che in molte situazioni le tariffe sono state fissate diversi anni fa e non sono più state adeguate all'andamento inflattivo. Nell'ultimo anno, inoltre, a fronte di crescenti problemi di bilancio alcune Regioni hanno addirittura abbassato le tariffe, oppure hanno ridotto il numero dei posti letto accreditati, pur a fronte di una crescente domanda.

Da ultimo si riscontra la recente tendenza – rilevata in particolare in Piemonte, Toscana, Marche – di rallentare l'inserimento dei pazienti nelle strutture residenziali ritardando le valutazioni da parte delle Unità Valutative Distrettuali, con il risultato di avere grandi liste di attesa e letti vuoti nelle residenze.

3. Criteri di costruzione della tariffa

Contrariamente a quanto previsto dalla normativa (d.lgs. n. 502/1992) poche Regioni hanno adottato strumenti analitici di rilevazione dei costi di produzione per la determinazione delle tariffe.

La norma prevede infatti che le tariffe siano determinate sulla base della rilevazione dei costi standard di produzione di un campione rappresentativo di soggetti erogatori pubblici e privati.

La procedura, teoricamente semplice, si scontra in realtà con diversi problemi d'impostazione e di rilevazione, soprattutto in relazione alla difficoltà di disporre di contabilità analitica di molte strutture pubbliche, ma anche alla diversa

modalità di contabilizzazione dei costi di soggetti privati, specie se enti religiosi o fondazioni.

Al fine di fornire strumenti coerenti di rilevazione appare utile indicare una metodologia di rilevazione applicabile alle diverse realtà. In prima battuta è necessario definire un elenco dettagliato delle tipologie dei costi da rilevare sulla base delle seguenti macro-categorie:

- Costi per il personale (inclusi contributi previdenziali, straordinari, oneri accessori)
- Costi per acquisto di Beni
- Costi per acquisto di Servizi
- Locazioni (fitti figurativi nel caso di immobile di proprietà)
- IVA indetraibile
- Ammortamenti (escluso l'immobile, che è ricompreso nel fitto figurativo)
- Accantonamenti
- Oneri finanziari
- Tasse locali (ICI, tassa rifiuti, ecc.)
- IRAP.

Un aspetto determinante risulta quello della completezza dei dati rilevati, soprattutto per le strutture che dipendono da altre amministrazioni e che non hanno quindi diretta imputazione di tutti i costi amministrativi (amministrazione generale, gestione del personale, paghe, ICT, sicurezza, formazione, ecc.) che dovranno essere ribaltati in quota parte.

Analogamente andranno rilevati in modo appropriato i costi relativi all'utilizzo dell'immobile. Al fine di rendere confrontabili le diverse situazioni (immobili in proprietà o in affitto, valori su cui è calcolato l'eventuale ammortamento, programmazione delle manutenzioni straordinarie, ecc.) appare più ragionevole applicare a tutte le strutture, tra i costi delle locazioni, una voce "fitti figurativi" su cui calcolare un costo standard d'uso dell'immobile applicabile a tutte le realtà.

Il parametro del fitto figurativo può essere desunto dai dati medi dei fitti rilevati dalle Camere di commercio. Come media nazionale, a valore 2011, può essere preso a riferimento un parametro di 10 euro/mese al metro quadro, oppure di 5.800 euro annui a posto letto. Il tutto più IVA: si sottolinea infatti la necessità di considerare sempre l'IVA come un costo, perché risulta di fatto indetraibile in queste tipologie di attività.

Al fine di favorire una determinazione di costi standard abbiamo già pubblicato in passato un modello di calcolo dei costi "indice" di una RSA (Brizioli, 2006).

Pubblichiamo quindi di seguito nella **Tabella 2** un aggiornamento dei costi standard rilevati su dati 2010 su un campione di oltre 50 strutture residenziali. Al fine di una più semplice lettura i dati sono stati tutti rapportati al parametro "Giornate di Degenza", anche se ovviamente l'indicatore proprio di ciascuna voce andrebbe valutato di volta in volta in giornate, metri quadri, metri cubi, ecc.

Tabella 2 - Costi standardizzabili beni e servizi

Voce di costo	Costo standard a GGDD
■ Farmaci	0,42
■ Presidi sanitari	1,45
■ Pasti	9,20
■ Pulizie	3,56
■ Lavanderia	2,40
■ Manutenzioni ordinarie	1,80
■ Energia elettrica	2,20
■ Riscaldamento	1,76
■ Altre utenze	0,35
■ Altri acquisti di beni e servizi	1,42
■ Rifiuti speciali	0,24
■ Tasse locali	0,75
■ Assicurazioni	0,55
■ Fitti figurativi	18,20 (pari a circa 10,20 euro/mq/mese)
■ Amministrazione	2,75
Totale	47,05

A queste voci di costo standard andranno aggiunti i costi del personale (che possono incidere da 45 a 70 euro/die in rapporto agli organici), gli oneri finanziari (dovuti soprattutto ai tempi di pagamento delle ASL), gli ammortamenti (arredi attrezzature e immateriali, poiché l'immobile è già computato nel fitto figurativo) l'IVA indeducibile e l'IRAP.

Gli organici di personale sono determinati in molte realtà da standard fissati dalle Regioni, che variano da un minimo di 80 ad un massimo di 150 minuti/die/posto letto (assistenza infermieristica ed ausiliaria) oltre alle figure di animazione ed al personale riabilitativo ove previsto.

Per facilitare il calcolo dell'impatto degli standard di personale sui costi dell'assistenza viene presentata nella **Tabella 3** una formula tarata su una struttura "tipo" di 60 posti letto e su 120/min/die di assistenza:

Tabella 3 - Costi standardizzabili del personale di assistenza

Posti letto	60	
Standard minuti di assistenza/pz/die	120	
Minuti totali anno (60x120x360)	2.628.000	
Ore anno (2.628.000/60)	43.800	
Ore medie lavorate anno per addetto	1.520	
Unità equivalenti (43.800/1.520)	28,81	
Di cui infermieri (33,33%)	9,60	costo medio annuo 38.500
Di cui OOSS (66,67%)	19,21	costo medio annuo 30.500
Costo annuo personale ((9,60x38.500)+(19,21x30.500))	955.716	
GGDD al tasso di occupazione del 95% (60x365x95%)	20.805	
Costo assistenza a GGDD	45,94	euro

Ai costi dello standard di personale assistenziale andrà aggiunto almeno un 20% di personale tra animatori, amministrativi, portineria, manutenzioni ed eventuali consulenze mediche, se presenti, per un costo aggiuntivo complessivo di circa 9-15 euro.

Tabella 4 - Riepilogo voci di costo per calcolo tariffa

- | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Costi standardizzabili beni e servizi - Costi standardizzabili personale assistenza - Costi altro personale - Ammortamenti - Oneri finanziari - Tasse (IVA, IRAP, ecc.) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Questo modello può essere utilizzato come base per il calcolo delle tariffe secondo il riepilogo presentato nella **tabella 4**, cui dovrebbe essere aggiunto, a rigor di principio, un margine d'impresa, necessario per le imprese profit per giustificare la remunerazione del capitale ed il rischio di impresa e per le non profit per finanziare e supportare nuove iniziative.

4. Conclusioni

Come abbiamo avuto modo di vedere la realtà della tariffazione delle strutture residenziali per anziani in Italia è abbastanza diversificata, soprattutto per l'assenza di una normativa nazionale di riferimento. Nel complesso, tuttavia, pur nella grande variabilità dei modelli adottati e dei servizi previsti, si registra una media nazionale di circa 106 euro che appare nel suo complesso abbastanza rispondente ad un livello assistenziale medio (100-120 minuti/die).

Del resto la politica tariffaria non è un mero esercizio contabile, ma un potentissimo strumento di "governo ed indirizzo" del sistema, che se correttamente utilizzata può condizionare i comportamenti degli erogatori e degli utenti nella direzione voluta dalla programmazione regionale.

A tal fine l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionali validati e capaci di rilevare il differente carico assistenziale rappresenta un presupposto essenziale per la modulazione ed un utilizzo efficace dei sistemi tariffari anche in un'ottica di qualità delle cure. Purtroppo le Regioni hanno preteso ed ottenuto un'applicazione molto blanda del d.m. 17 dicembre 2008 sui flussi informativi residenziali, ma pur con tali limiti l'evoluzione di una cultura della misura e della appropriatezza nell'assistenza residenziale non potrà che favorire non solo un miglioramento della qualità del sistema, ma anche un utilizzo più strategico delle tariffe e degli standard assistenziali.

Tra gli indirizzi programmatori più ricorrenti quello della incentivazione alla permanenza a domicilio continua ad essere il preminente: in questa prospettiva la politica tariffaria può essere determinante se capace di “disincentivare” il ricorso al ricovero in residenza delle problematiche a più basso carico assistenziale, e quindi potenzialmente gestibili a domicilio con adeguata tutela della qualità dell’assistenza e dei diritti dell’anziano. E’ evidente quindi che dovrebbero essere adottati strumenti tariffari progressivamente più garantisti all’aumentare della complessità clinico-assistenziale, il che è in evidente contraddizione rispetto ad una interpretazione restrittiva della “regola” della copertura del 50% dei costi da parte dell’ospite, per la cui applicazione le prestazioni a maggior complessità comportano una progressiva partecipazione alla spesa, fino a rendere per i casi più gravi oggettivamente disincentivante il sistema, causando gravosi oneri per le famiglie e rischiando situazioni di inadeguata assistenza e/o di ricorso al ricovero ospedaliero.

Al fine di rendere il sistema più equo e rispondente ai reali bisogni si raccomandano in conclusione le seguenti azioni:

1) individuare precise funzioni alle residenze sanitarie nell’ambito della rete dei servizi, chiarendo il rapporto tra post-acuzie, dimissioni protette, cronicità, ricoveri di sollievo e definendo i parametri assistenziali per le diverse complessità clinico-assistenziali;

2) definire standard prestazionali e/o assistenziali coerenti con le funzioni assegnate alle diverse tipologie di strutture residenziali nella rete dei servizi e nel carico assistenziale;

3) consentire il reale diritto di scelta del luogo di cura, eliminando le barriere alla mobilità degli utenti sia all’interno delle Regioni che tra di esse, anche introducendo sistemi di compensazione della mobilità interregionale;

4) prevedere modelli di partecipazione alla spesa da parte degli utenti che siano “elastici” e capaci da un lato di cogliere e superare le situazioni di disagio economico e di marginalità sociale, dall’altro di evitare che nelle fasce di popolazione con reddito “capiente” il ricovero in residenza sia incentivato da rette inferiori al costo medio di una badante più vitto ed alloggio;

5) prevedere modelli di partecipazione alla spesa indipendenti dalla retta complessiva e quindi dalla complessità assistenziale, in modo che le prestazioni più complesse comportino partecipazione alla spesa inferiore al 50% così da non superare, in termini assoluti, quella richiesta per le prestazioni a minor carico assistenziale;

6) definire modelli di calcolo della retta “totale” che siano coerenti con i costi effettivi di gestione, inclusi quelli usualmente non considerati (immobile, oneri finanziari, IRAP, IVA detraibile ecc.);

7) affrontare il tema della limitatezza delle risorse economiche disponibili

li in un'ottica complessiva e di sistema, anche privilegiando particolari funzioni (ad esempio quelle di maggior complessità clinico-assistenziale) rispetto ad altre, piuttosto che adottare criteri di taglio indiscriminato che rischiano di mettere in crisi l'intero sistema delle cure residenziali.

Bibliografia

- BRIZIOLI E., TRABUCCHI M. (2009), *Gestire le strutture residenziali per anziani nel 2020*, in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporto N.N.A. 2009*, pp. 117-132, Rimini, Maggioli.
- BRIZIOLI E. (2007), *Il Documento LEA sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani*, I Luoghi delle Cure, V (4) 7-10.
- BRIZIOLI E., GRECHI F. (2007), *L'utilizzo delle risorse in funzione del carico assistenziale*, in *RSA, Giornale di Gerontologia*, LV (5) 317-318.
- BRIZIOLI E. (2006), *La remunerazione delle prestazioni residenziali*, in *La remunerazione delle prestazioni sanitarie*, Falcitelli e Langiano eds., Il Mulino, Bologna, pp. 177-202.
- MORANDI I., TAVINI G., DI DOMENICO S. (2010), *Assistenza agli anziani in regime residenziale extra-ospedaliero nelle Regioni: variabilità dei costi e dei livelli di copertura della popolazione*, Rapporto Agenas.
- PESARESI F., BRIZIOLI E. (2009), *I servizi residenziali*, in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporto N.N.A. 2009*, Maggioli, Rimini, pp. 53-68.

8. La ripartizione della spesa nelle RSA

Franco Pesaresi

Il presente lavoro si occupa della suddivisione dei costi nelle Residenze sanitarie assistenziali (RSA). Come è noto, le RSA sono le strutture residenziali per anziani più diffuse in Italia. Le norme che regolano il settore delle RSA solo in diversi casi coincidono con quelle delle residenze sociosanitarie (case/residenze protette) e differiscono, invece, significativamente, delle norme locali sulla ripartizione dei costi nelle residenze assistenziali (case di riposo). L'esigenza di approfondire dettagliatamente la materia e di renderla comprensibile ha reso necessario delimitare l'analisi al solo settore delle RSA per anziani non autosufficienti.

1. La suddivisione della spesa fra sanità e sociale

La spesa per le RSA

Il costo complessivo delle residenze sanitarie assistenziali (RSA) è stato stimato in 2.802 milioni di euro ⁽¹⁾ (Cfr. Tab. 1). Le RSA rappresentano oggi la struttura residenziale per anziani più importante avendo superato per dimensioni sia le residenze assistenziali che le residenze sociosanitarie.

Il finanziamento delle RSA poggia su tre soggetti: il servizio sanitario, l'assistito e i Comuni. La ripartizione dei costi fra questi soggetti dipende sia dalle norme nazionali sui LEA che dalle politiche regionali e comunali. Attualmente, le spese sono coperte per il 51,0% dal Servizio sanitario, per il 46,6% dall'utente e per il 2,4% dai Comuni.

Il costo medio mensile di una RSA è di 2.951 euro che viene sostenuto per € 1.505 dalle ASL, per € 1.375 dall'assistito e per € 71 dai Comuni (cfr. Tab. 1). Il costo medio giornaliero è di 97 euro.

⁽¹⁾ Il Servizio sanitario nazionale non rende disponibili i dati sul costo complessivo delle RSA per cui il costo si può solo stimare. La significatività della stima è però confermata dal fatto che una precedente stima relativa al 2004 realizzata con una metodologia diversa (Pesaresi, 2009) ha stimato una spesa complessiva di 2.694 milioni di euro.

Tabella 1 - Spesa complessiva per le RSA per soggetto di provenienza. Anno 2006 (importi in euro)

	Servizio sanitario nazionale	Utente	Comune	Totale
Spesa complessiva annua	1.428.140.118	1.305.516.956	68.456.040	2.802.113.114
Retta mensile media	1.505	1.375	71	2.951
Percentuale	51,0%	46,6%	2,4%	100%

Metodo di calcolo: si sono moltiplicati i presenti al 31 dicembre 2006 (considerati come i presenti medi annuali) per le tariffe medie applicate nelle singole Regioni per 365 giorni ottenendo così il costo complessivo delle RSA. Il costo complessivo lo si è poi moltiplicato per la percentuale sanitaria della tariffa riconosciuta da ogni Regione (cfr. Tab. 2) ottenendo la spesa sanitaria a cui poi si è aggiunta la quota sanitaria che deriva dal differimento (previsto in alcune Regioni) del pagamento della quota sociale nei primi 30-60 giorni di degenza (cfr. Tab. 3). In questo modo si è ottenuta la spesa sanitaria complessiva stimata. Per differenza si è ottenuta la quota sociale. La determinazione della quota di competenza comunale, all'interno di quella sociale, si è determinata ripartendo proporzionalmente, in base ai posti letto, la spesa comunale per le rette delle strutture residenziali indicata dall'ISTAT per le tre tipologie di strutture (RSA, residenze/case protette, residenze assistenziali).

Fonte: Nostra elaborazione da fonti citate in bibliografia.

La ripartizione della spesa

Il tema della ripartizione dei costi fa capo a diversi livelli di governo, ma è sostanzialmente riconducibile ai seguenti argomenti:

1. la suddivisione della spesa fra il settore sanitario e il settore sociale che viene determinata dal livello di governo nazionale (LEA) e da quello regionale;
2. la suddivisione della spesa sociale fra utente e Comune e, all'interno di questo, le modalità di determinazione della compartecipazione dell'utente. Questi aspetti dipendono dai livelli di governo regionale e comunale.

Questi due aspetti sono strettamente integrati perché le decisioni che vengono prese da un soggetto hanno conseguenze immediate anche sugli altri. Le regole e le quote di partecipazione alla spesa delle ASL, dei Comuni e delle famiglie sono strettamente interdipendenti. È del tutto evidente, per fare un esempio, che se l'assessorato regionale alla sanità decide di coprire una certa quota sanitaria di spesa delle strutture residenziali questa influisce automaticamente sulla dimensione della rimanente quota sociale.

Le Regioni sono competenti ad intervenire su tutti e due i nodi indicati per cui il loro ruolo è strategico. Le norme affidano a loro il dovere di stabilire la ripartizione sociale e sanitaria dei costi delle prestazioni sociosanitarie per i soggetti non autosufficienti o disabili nonché di determinare i criteri per il concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni. Nelle RSA, la quota sociale viene poi ripartita fra l'utente e il Comune di residenza. I Comuni decidono come ripartire la spesa sulla base di criteri regionali. Laddove manchino i criteri regionali, la ripartizione dei costi fra l'assistito e il Comune, avviene in modo assai eterogeneo con differenziazioni da un Comune all'altro che si basano soprattutto sulle condizioni economiche dell'ospite e della sua famiglia.

2. La ripartizione della spesa nelle Regioni

Le indicazioni nazionali (decreto sui LEA) sulla ripartizione equa al 50% dei costi fra il sociale e il sanitario è stata seguita solo da un terzo delle Regioni (Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia, Veneto). Tutte le altre Regioni, con esclusione della Lombardia, hanno previsto quote sanitarie superiori al 50% che trovano il picco più elevato in Umbria dove la quota sanitaria delle RSA può raggiungere l'82% dell'intero costo. In Lombardia, dove si concentra la maggioranza delle RSA italiane la quota sanitaria si colloca al di sotto del 50%, oscillando fra il 31% e il 49% in relazione alle condizioni assistenziali del paziente (misurate con il sistema SOSIA).

La media nazionale non ponderata vede dunque una ripartizione delle spese per le RSA coperte per il 59% dal Servizio sanitario e per il 41% dall'assistito eventualmente supportato dal Comune di residenza (cfr. Tab. 2). La media ponderata, invece, prevede una quota sanitaria che copre il 51% della spesa complessiva (cfr. Tab. 1).

Tabella 2 - RSA: quota (%) sanitaria e quota sociale della spesa

Regione	Quota sanitaria	Quota sociale
Abruzzo	75,0-80,2	19,8-25,0
Basilicata	80,8- 81,5	18,5-19,2
Bolzano	variabile	36-53,2
Calabria	70	30
Campania	50	50
Emilia Romagna	56-61	39-44
Friuli-Venezia Giulia	70	30
Lazio	50-60	40-50
Liguria	46-62	38-54
Lombardia	35-31% SOSIA 8; 49-45% SOSIA 1 (medie dei min e max)	65-69% SOSIA 8; 51-55% SOSIA 1 (medie dei min e max)
Marche	73	27
Molise	50	50
Piemonte	50-57	43-50
Puglia	50	50
Sardegna	50	50
Sicilia	50	50
Toscana	54-62	38-46
Trento	65	35
Umbria	79-82	18-21
Valle d'Aosta	60 (media)	40 (media)
Veneto	50	50
Media	59	41

Note: La pluralità di quote percentuali previste in alcune Regioni sono relative a differenti tipologie di RSA o a differenti condizioni dei degenti. La Regione Liguria permette ai gestori un aumento della quota sociale fino al 30% per prestazioni alberghiere aggiuntive.

Fonte: Bibliografia.

Quasi tutte le Regioni hanno abbandonato il metodo di calcolo analitico per determinare i costi di competenza sanitaria e quelli di competenza sociale preferendo invece metodologie forfetarie indipendenti dalla tipologia dei costi. Solo quattro Regioni (Basilicata, Calabria, Piemonte, Toscana) continuano a mantenere un collegamento fra la tipologia dei costi e la ripartizione della spesa. In questo senso, la Calabria e la Toscana hanno proposto una suddivisione dei costi per singola tipologia di attività per cui le prestazioni afferenti le funzioni sanitarie sono per il 100% a carico del Servizio sanitario, le prestazioni di assistenza tutelare diretta alla persona lo sono per il 60%, mentre l'assistenza alberghiera è a carico dell'utente e/o del Comune (in Toscana fino ad un massimo del 20% può essere richiesto alla ASL).

3. Partecipazione alla spesa da parte dell'assistito

3.1. Il quadro nazionale della quota sociale

In tutte le Regioni italiane gli oneri relativi alle prestazioni di natura alberghiera e socio-assistenziale sono a carico dell'utente. I Comuni intervengono nel caso in cui l'assistito non abbia le risorse per far fronte completamente alla retta da pagare.

La quota sociale del costo delle RSA comprende le cosiddette spese alberghiere e cioè, in genere, il vitto, la pulizia dei locali, la lavanderia, l'assistenza al pasto e può comprendere anche altro. Una definizione puntuale e condivisa nazionalmente delle prestazioni sociali/alberghiere delle strutture residenziali e delle RSA non è mai stata fatta e questa ambiguità ha prodotto un contenzioso minore ma continuo fra le strutture e i familiari dei degenti.

La quota alberghiera a carico dell'assistito varia moltissimo. Non si paga nulla nella RSA medicalizzata della Calabria e nella RSA Alzheimer della Sicilia e si paga meno di 20 euro al giorno in Basilicata e in Umbria. Per contro si può arrivare a pagare più di 60 euro al giorno in Sardegna, Lombardia e Toscana. La retta alberghiera media a carico dell'assistito è invece di € 44,30.

Ovviamente, varia moltissimo anche la percentuale a carico dell'utente rispetto al totale del costo giornaliero. Si passa dallo 0% della RSA per Alzheimer della Sicilia al 69% della Lombardia (SOSIA classe 8) mentre la media non ponderata è del 41,7% (la media ponderata è invece del 49% come abbiamo visto nella Tab. 1). Al 50% previsto dalla normativa nazionale si attestano 6 Regioni (Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia – eccetto moduli Alzheimer – e Veneto). Con una partecipazione alla spesa dell'assistito che supera il 50% si colloca solo la Regione Lombardia che però da sola gestisce la maggioranza dei posti di RSA italiani. La quota sociale della retta alberghiera scende invece sotto il 35% dell'intero

costo in Abruzzo, in Basilicata, in Umbria, in Calabria e in Friuli-Venezia Giulia (cfr. Tab. 3).

In diversi casi le Regioni, dopo aver stabilito le regole generali di partecipazione alla spesa, hanno stabilito delle modalità di calcolo che tenessero conto del reddito dell'assistito o dei servizi aggiuntivi richiesti. Nella realtà, solo l'8,2% delle RSA risulta modulare la retta dell'utente in base al reddito dello stesso mentre il 4,2% delle RSA ridetermina la retta in caso di assegnazione di stanza singola (ISTAT, 2007). Desta sorpresa che nel 2,7% dei ricoveri si applichino delle rette più elevate nei confronti di coloro che non risiedono nel Comune della RSA, il che appare francamente illegittimo in strutture del Servizio sanitario.

Nella maggioranza delle Regioni la decorrenza della quota sociale parte immediatamente dal primo giorno di ricovero mentre in un quarto delle Regioni (Abruzzo, Lazio, Liguria, Marche e Sicilia) il pagamento decorre dopo due mesi di degenza. In Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta si paga invece dal 31° giorno di degenza (cfr. Tab. 3).

Tabella 3 - RSA: Partecipazione alla spesa da parte dell'ospite

Regione	Tipologia	Anno	Quota alberghiera pro die in €	Giorno di decorrenza	% sul totale della spesa
Abruzzo	RSA	2004	25,83	61*	Dal 24% al 33,4%
Basilicata	RSA	2007	19,74 20,87;		18,5%; 19,2%
P.A. Bolzano	Centri degenza	2010	Min 38 max 53,20 (stanza a 2 letti)		33%-50%
Calabria	RSA anziani RSA medical.	2007 2007	Max 40,93 0		30% 0%
Campania	RSA medio liv. RSA alto liv.	2010	52,35 45,45		50%
E. Romagna	Casa residenza	2010	49,50		39-44% (stima)
Friuli-V. G.	RSA	2009	26-66	31	30%
Lazio (1)	RSA basso, medio alto liv.	2007	46,20-40,56	61*	50%
Liguria	RSA intens.	2011	42,00-54,60	61-91	37,6%-43,9%
Liguria	RSA manten.	2011	42,00-54,60	1	47,6%-54,1%
Liguria	RSA Alzheimer	2011	42,00-54,60		42,4%-48,9%
Lombardia	RSA (anche Alzheimer)	2010	50,70 media min. 60,24 media max		65-69% SOSIA 8; 51-55% SOSIA 1 (medie dei min e max)
Marche	RSA	2009	33-41,25	61	32%-40%
Molise	RSA	2011	58,00		50%
Piemonte	RSA alta int.	2010	45,54		46-42,2%**

(segue)

Regione	Tipologia	Anno	Quota alberghiera pro die in €	Giorno di decorrenza	% sul totale della spesa
Piemonte	RSA media int.	2010	40-44		50%
Piemonte	RSA bassa int.	2010	37,00		50%
Puglia	RSA	2010	46,45		50%
Sardegna	RSA	2006	59,00-64,00		50%
Sicilia	RSA	2010	53,10	61	50%
Sicilia	RSA Alzheimer	2010	0		0%
Toscana	RSA	2011	36-56 (media 47)		38-46%
Trento	RSA	2011	42,35 (media)		35%
Umbria	RSA	2010	18,31		21%
Val d'Aosta	RSA	2007	59 (media)	31	40% (media)
Veneto	RSA	2007	48,40 (media)		50% norma
MEDIA			44,30		41,7%

Note: Le quote di partecipazione alla spesa, nei casi in cui non sono stabiliti dalla Giunta Regionale, costituiscono una media dei casi analizzati.

* se il paziente proviene dall'ospedale;

** la partecipazione massima del SSR si ha per la fascia alta intensità livello incrementato.

(1) La quota del cittadino scende al crescere delle dimensioni della struttura: 46,20 euro per 60 posti, 41,65 per 80 posti letto e 40,56 per 120 posti letto.

Fonti: bibliografia.

Una volta stabilita la quota sociale della tariffa giornaliera occorre definire come viene ripartita sull'assistito ed eventualmente sul Comune di residenza.

La legge n. 328/2000 (art. 8, comma 3, lettera l) prevede che siano le Regioni a determinare i criteri per il concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni. L'applicazione spetta poi agli enti erogatori che, attraverso l'adozione della Carta dei Servizi sociali (art. 13, comma 2, della l. n. 328/2000), definiscono i criteri per l'accesso ai servizi unitamente ai parametri per valutare le condizioni di chi può accedere prioritariamente ai servizi (art. 6, comma 2, lett. e).

Alcune realtà regionali hanno affrontato l'adempimento della determinazione dei criteri per il concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni in modo organico mentre altre lo hanno affrontato in modo generico lasciando ampia autonomia ai Comuni. Il risultato è costituito da una ampia differenziazione regionale a cui spesso si aggiunge anche una grande diversità tra i vari Comuni anche della stessa Regione.

Lo schema generale è però largamente condiviso: spetta all'assistito pagare la quota sociale della tariffa e se i suoi redditi non sono sufficienti interviene il Comune di residenza. Su tutto il resto c'è una ampia varietà di orientamenti regionali compresa l'eventualità che siano chiamati a partecipare alla spesa anche i familiari dell'assistito.

L'introduzione dell'ISEE per la valutazione dei redditi degli assistiti ha prodotto una serie di variabili nei comportamenti regionali che vengono valutate nei paragrafi seguenti dato che impattano in modo significativo nella ripartizione degli oneri fra l'assistito e il Comune di residenza.

3.2. Come misurare il reddito degli assistiti?

Quasi tutte le Regioni hanno previsto l'uso dell'ISEE per misurare il reddito degli assistiti e, in molti casi, anche per modulare il loro livello di partecipazione alla spesa. La maggioranza delle Regioni ha approvato delle modifiche più o meno importanti dei parametri dell'ISEE. Quattro Regioni e Province autonome (Bolzano, Trento, FVG e Valle d'Aosta) hanno addirittura approvato un indicatore diverso dall'ISEE. Si rileva inoltre che le Regioni Lazio e Piemonte, con legge regionale, hanno previsto esplicitamente sia l'utilizzo dell'ISEE sia di altri eventuali strumenti alternativi. Tali modifiche non impattano in modo omogeneo perché non sempre si applicano a tutti i servizi per la non autosufficienza. Le modifiche regionali dell'ISEE che influenzano la misurazione del reddito degli ospiti delle RSA sono presenti in 8 Regioni (cfr. Tab. 4).

Tabella 4 - Strumenti per la misurazione del reddito utilizzati dalle Regioni per gli ospiti di RSA

Regioni	Strumento utilizzato	Modificazioni di parametri dell'ISEE
Bolzano	VSE (Valore situazione economica)	
Calabria	ISEE	Da applicare solo a richiesta dell'interessato.
Friuli	ISEE	Modificato il valore dell'affitto e della franchigia del patrimonio.
Lazio	ISEE	Con atto motivato è possibile stabilire di non applicare l'ISEE. Per gli ospiti delle RSA non si conteggia nell'ISEE il valore della prima casa di proprietà.
Piemonte	Possibili anche altri strumenti (non ancora identificati)	Modificato l'anno di riferimento (anno vigente se più conveniente) e il reddito di riferimento per le rette per le strutture residenziali.
Puglia	ISEE	Approvata una diversa scala di equivalenza.
Trento	ICEF (indicatore della situazione economica familiare)	
Valle d'Aosta	IRSEE (Indicatore regionale della situazione economica equivalente)	
Altre Regioni	ISEE	

Fonte: Pesaresi, Busilacchi, 2006, Abruzzo D.G.R. 58/6-2007, Friuli-V.G. d.P.R. 35/2007; Liguria D.G.R. 1106/2006; Lombardia D.G.R. 8881/2009; Piemonte D.G.R. 37-6500/2007; Puglia R.R. 4/2007; Trento D.G.P. 534/2001, D.G.P. 1015/2005, D.G.P. 1767/2005; Valle d'Aosta D.G.R. 4131/2005, D.G.R. 377/2006, D.G.R. 566/2006.

È legittimo il comportamento di queste Regioni? La disciplina ISEE rientra o meno tra le materie di competenza dello Stato? È possibile implementare ISEE regionali in “competizione” con l’ISEE nazionale? Interessante da questo punto di vista è la sentenza del Consiglio di Stato n. 3454/2004 (sez. quinta) che afferma, incidentalmente, che la normativa nazionale sull’ISEE è prevalente su quella regionale e che questa, se precedente, si intende abrogata (legge 10 febbraio 1953, n. 62, art. 10). Siamo pertanto in una delle tante situazioni paradossali per cui le leggi regionali che si occupano della valutazione della situazione economica di chi richiede prestazioni agevolate precedenti alla legge sull’ISEE sono automaticamente abrogate mentre le norme regionali che hanno modificato l’ISEE, alcune delle quali approvate con atto amministrativo, che sono state approvate successivamente al 2000 ma che non sono state impugnate dal governo potrebbero essere illegittime o potenzialmente incostituzionali ma pienamente efficaci.

La previsione di strumenti di valutazione del reddito degli assistiti diversi da Regione a Regione crea una disparità di trattamento fra i residenti delle varie Regioni e mette in discussione le finalità dei Livelli essenziali. Per contro avere uno strumento nazionale per la valutazione dei redditi – tenuto conto delle diverse soglie regionali che possono rimanere – è il dato minimo per dare dignità ed equità ai Livelli essenziali. Possiamo pertanto affermare che la previsione di ISEE regionali va quantomeno in direzione contraria all’applicazione dei Livelli essenziali.

Per le argomentazioni espresse, si ritiene pertanto che l’ISEE dovrebbe essere unico, nazionale e da affiancare ai Livelli essenziali per garantire il massimo di equità di accesso alle prestazioni. Se, come pare evidente, la normativa istitutiva dell’ISEE non raccoglie più un sufficiente livello di consenso da parte delle Regioni italiane occorre apportare le correzioni necessarie anche con il contributo della Conferenza Unificata.

3.3. *Valutare anche i redditi fiscalmente non rilevanti?*

Un altro dei grandi temi della valutazione delle risorse economiche dell’assistito è relativo alla possibilità di tener conto anche dei redditi non fiscalmente rilevanti come l’indennità di accompagnamento, la pensione di invalidità o anche i contributi economici assistenziali erogati dal Comune ⁽²⁾. Il tema è importante perché il mancato computo dei redditi non soggetti ad IRPEF potrebbe portare a risultati iniqui nella contribuzione degli assistiti. Questo dibattito è molto presente

⁽²⁾ I redditi di cui non si tiene conto nel calcolo dell’IRPEF e dell’ISEE sono: le pensioni di guerra, le pensioni privilegiate ordinarie corrisposte ai militari di leva, le pensioni e le indennità, comprese le indennità di accompagnamento e assegni, erogate dal Ministero dell’Interno ai ciechi civili, ai sordomuti e agli invalidi civili, i sussidi a favore degli anziani, le pensioni sociali, gli assegni sociali e le maggiorazioni sociali, le rendite Inail esclusivamente per invalidità o morte, i contributi assistenziali locali.

a livello locale dove alcune Regioni, nel tentativo di spostare l'attenzione verso il reddito disponibile hanno approvato delle norme, all'interno dell'ISEE o a fianco di esso, affinché si tenga conto anche di redditi non fiscalmente rilevanti.

Metà delle Regioni sono intervenute esplicitamente nella materia con particolare riferimento alle rette per le strutture residenziali per anziani non autosufficienti e per disabili gravi (cfr. Tab. 5). La tendenza rilevabile è quella di un costante aumento delle Regioni che cercano di spostare l'attenzione dal reddito fiscale al reddito disponibile ma solo per quel che riguarda le rette per le strutture residenziali.

Le due Province autonome e la Valle d'Aosta hanno modificato l'ISEE in questo senso mentre altre 7 Regioni hanno precisato che, al di là dell'ISEE, i redditi non fiscalmente rilevanti vanno considerati nella determinazione delle rette. In molte altre Regioni la prassi è la stessa anche se non risulta che sia stata recentemente codificata. Anzi, spesso sono proprio i redditi fiscalmente non rilevanti come l'indennità di accompagnamento che vengono utilizzati prioritariamente per il pagamento della retta residenziale.

L'ISEE, per le sue caratteristiche, è in grado di selezionare chi ammettere ad un determinato servizio ma è un pessimo indicatore del reddito disponibile che è invece necessario conoscere per definire la quota di partecipazione alla spesa alberghiera in una struttura residenziale.

Tabella 5 - La valutazione dei redditi non fiscalmente rilevanti e la determinazione delle rette residenziali

Regioni	Valutazione dei redditi non fiscalmente rilevanti
Abruzzo	L'ISEE non si modifica ma per la determinazione delle rette di strutture residenziali e semiresidenziali si tiene conto del reddito netto disponibile dell'assistito, compresi i redditi non fiscalmente rilevanti.
Bolzano	Il VSE tiene conto dei contributi assistenziali ricevuti dalle famiglie (al 50%) e delle spese familiari per tasse, spese mediche, tasse scolastiche e rette.
Calabria	L'ISEE non si modifica ma per la determinazione delle rette delle RSA si tiene conto dei redditi non fiscalmente rilevanti.
Campania	Per la determinazione del reddito e per la copertura della retta si considerano tutti i redditi compresi quelli non fiscalmente rilevanti.
Puglia	Si considerano tutti i redditi dell'assistito, compresi quelli non fiscalmente rilevanti.
Sardegna	Per il sostegno economico alle persone e alle famiglie in condizione di grave deprivazione economica oltre all'ISEE si valutano anche i redditi esenti IRPEF.
Sicilia	Si considerano anche i redditi non fiscalmente rilevanti.
Toscana	Si valuta l'ISEE del solo beneficiario a cui si aggiungono le indennità di natura previdenziale e assistenziale percepite.
Trento	L'ICEF tiene conto anche dei redditi non fiscalmente rilevanti.
Valle d'Aosta	L'IRSEE tiene conto dei redditi non fiscalmente rilevanti.
Veneto	Si considera anche l'indennità di accompagnamento.
Altre Regioni	Nella valutazione dei redditi si tiene conto dei redditi fiscalmente rilevanti.

Fonte: Bibliografia.

È legittimo il comportamento di quelle Regioni che hanno deciso di tener conto anche dei redditi fiscalmente non rilevanti per determinare la quota di partecipazione alla spesa dell'assistito ai servizi residenziali?

La risposta è affermativa dato che il Titolo V della Costituzione ha assegnato alle Regioni la competenza legislativa esclusiva in materia assistenziale e la competenza a stabilire i criteri per la partecipazione alla spesa a patto che le stesse la esercitino con legge regionale.

Le conclusioni non cambierebbero se volessimo restare alla l. n. 328/2000. L'art. 8 stabilisce infatti che spetta alle Regioni stabilire le norme sui criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni. La Regione deve farlo sulla base dei criteri stabiliti dal Piano sociale nazionale che a sua volta deve tener conto dei principi stabiliti dal d.lgs. n. 109 del 1998, sull'ISEE. Ora occorre rammentare che il Piano sociale nazionale non ha fissato alcun criterio per la partecipazione alla spesa per cui le Regioni possono decidere in piena libertà. Inoltre, il d.lgs. n. 109/1998 in realtà non fissa alcun principio ma stabilisce un sistema di valutazione di singoli redditi e del patrimonio non rappresentativo del reddito disponibile che è l'aspetto principale da tenere in considerazione per la determinazione della quota di costo addebitata.

Come si può tener conto dei principi stabiliti dall'art. 8 della l. n. 328/2000 nella determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni? Dobbiamo utilizzare gli stessi parametri di valutazione stabiliti per l'ISEE per l'accesso ai servizi anche nella determinazione del concorso alla spesa? Facciamo qualche esempio per chiarirci. Può accadere, per esempio, di anziani con la pensione al minimo ma con un ISEE significativo perché proprietari di un alloggio di valore. In base all'ISEE quegli anziani dovrebbero pagare l'intera retta ma in realtà il loro reddito disponibile non li mette in condizione di pagare neanche la metà di tale retta. Ancora più eclatante è l'esempio dell'indennità di accompagnamento. Lo Stato eroga l'indennità di accompagnamento ai soggetti non autosufficienti proprio per l'assistenza di cui l'assistito ha bisogno. Non a caso questa è la prima somma che viene utilizzata per l'assistenza e la prefettura ritira la stessa indennità se l'assistenza residenziale non richiede il pagamento di una retta. Ebbene, come è noto, l'ISEE non considera tra i redditi proprio l'indennità di accompagnamento.

Anche tra gli studiosi prevale l'idea della inadeguatezza della considerazione del reddito IRPEF preferendo al suo posto una misura che si avvicini il più possibile al reddito disponibile e cioè un reddito al netto delle imposte personali e inclusivo dei trasferimenti monetari operati dal sistema di welfare (Bosi, Guerra, 2008).

Le strutture residenziali per le loro caratteristiche omnicomprensive sono molto diverse dagli altri servizi per la non autosufficienza come l'assistenza do-

miciliare o semiresidenziale. Non è detto che le regole che funzionano per questi ultimi servizi possano funzionare anche per la degenza residenziale.

Sarebbe pertanto opportuno che per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni residenziali venisse utilizzato il reddito disponibile e non l'ISEE. Si avrebbero risultati molto più equi. Questa è comunque la prassi largamente prevalente in Italia.

3.4. Somme lasciate all'assistito

Non tutte le risorse economiche dell'assistito possono essere utilizzate per pagare le rette delle strutture residenziali. Una parte delle sue entrate mensili devono essere prioritariamente garantite all'assistito per le piccole spese personali (o per eventuali servizi aggiuntivi richiesti dall'ospite). Dodici Regioni hanno regolato la materia ma con orientamenti assai diversificati mentre le altre hanno lasciato ai regolamenti dei Comuni la definizione della materia. Nella maggior parte dei casi regolati dalle Regioni la somma da garantire mensilmente all'anziano ricoverato è ricompresa nel range 100-150 euro ma c'è anche chi, come la Regione Lazio, ha stabilito che la somma per le esigenze personali dell'ospite deve essere pari all'assegno sociale (417,30 euro). In media, le Regioni italiane hanno previsto di lasciare nella disponibilità mensile degli assistiti la somma di 157 euro (cfr. Tab. 6).

Tabella 6 - Strutture residenziali: quote di reddito mensile che rimangono all'assistito

Regioni	Quote di reddito mensile che rimangono all'assistito
Toscana	77-100 euro
Friuli V. Giulia	92,80 euro per 13 mensilità
Liguria	150 euro
Abruzzo	92-120 euro
Piemonte	110,00 euro
Veneto	117,09 euro
Valle d'Aosta	125,00 euro
Marche	129,11 euro
Umbria	154,93 euro
Campania	20% del reddito dell'assistito
Calabria	250,00 euro
Lazio	417,30 euro

Nota: A queste Regioni si aggiungono la Sicilia che prevede l'esenzione con reddito ISEE inferiore a € 4.470,90 e la Puglia che prevede l'esenzione con reddito ISEE inferiore a € 7.500.

Fonte: Bibliografia.

In generale, è preferibile che tutte le Regioni regolamentino la materia in modo da garantire ad ogni assistito il mantenimento di una piccola somma mensile (100-200 euro) per le piccole spese personali e per garantire l'equità di trattamento che le singole regolamentazioni comunali non sono in grado di assicurare.

Queste somme mensili lasciate nella disponibilità diretta e personale dell'assistito vanno preliminarmente sottratte dal suo reddito disponibile prima di calcolare la retta da porre a suo carico.

3.5. *Chi paga la retta?*

La quota sociale della retta viene pagata solo dall'assistito o, in caso di insufficienza del suo reddito, viene richiesta una contribuzione anche ai suoi familiari?

I punti di riferimento normativi sono relativi a due aspetti ben distinti ma che molti confondono come se fossero un tutt'uno: *a*) i criteri per la valutazione dei redditi; *b*) la responsabilità nel pagamento delle rette.

La normativa in vigore stabilisce espressamente che "la valutazione della situazione economica del richiedente è determinata con riferimento alle informazioni relative al nucleo familiare di appartenenza" (art. 2 d.lgs. 109/1998). Lo stesso articolo specifica che "fanno parte del nucleo familiare i soggetti componenti la famiglia anagrafica". Le stesse norme sull'ISEE prevedono, inoltre, l'emanazione di un successivo decreto, previa intesa con la Conferenza Unificata, che permetterà a disabili gravi e anziani non autosufficienti di evidenziare il reddito ISEE del solo assistito, seppur con dei limiti stabiliti dallo stesso decreto, e per le sole prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria. Lo stesso decreto, viene adottato al fine di favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza e di evidenziare la situazione economica del solo assistito, anche in relazione alle modalità di contribuzione al costo della prestazione. È importante sottolineare che la norma che definisce i contenuti del futuro decreto accennano anche alle modalità di contribuzione al costo della prestazione ma al fine di favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza. In base alla interpretazione letterale le norme appena citate non potrebbero essere applicate all'assistenza residenziale.

A distanza di tredici anni il decreto attuativo non è mai stato approvato e questo ha prodotto un lungo dibattito ed una serie di incertezze interpretative. Infatti, da tempo le associazioni operanti nel settore della disabilità affermano che la norma sia già precettiva ed operativa e chiedono quindi di considerare il solo soggetto destinatario della prestazione come nucleo familiare di riferimento ai fini dell'ISEE.

Dunque, da una parte la norma sull'ISEE che definisce i criteri nazionali di valutazione dei redditi che annuncia un decreto mai emanato che potrebbe defi-

nire l'esclusione dei parenti dal concorrere alla spesa per la retta e dall'altra parte la l. n. 328/2000 che stabilisce che sono le Regioni a stabilire chi deve pagare e quanto, fermo restando il Codice civile (artt. 433 e seguenti) che stabilisce che, in caso di bisogno, anche i parenti sono tenuti (rispettando le modalità previste dal Codice) al dovere di solidarietà per i bisogni elementari dei loro congiunti.

Il contenzioso amministrativo su questi temi è stato tutto sommato contenuto e con esiti abbastanza omogenei. Negli ultimi 5 anni si sono registrate solo 6 sentenze su questi temi riferiti esclusivamente alle rette di anziani non autosufficienti collocati in strutture residenziali. Poco più di una all'anno. Tutte le sentenze, tranne una, hanno ritenuto legittimo che i familiari dell'assistito venissero chiamati a partecipare alla spesa per la retta in caso di bisogno (cfr. Tab. 7).

Niente a che vedere sia per numero (20 sentenze) che per esiti (nella grande maggioranza viene chiamato a pagare solo l'assistito) con le sentenze dello stesso periodo ma riferite alle rette relative alle strutture residenziali per disabili.

In questo quadro, come si sono comportate le Regioni? La maggioranza delle Regioni ha previsto, laddove necessario, di coinvolgere il nucleo familiare dell'anziano non autosufficiente ricoverato in struttura residenziale per il pagamento della retta. Sei Regioni (Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia) hanno invece previsto che sia il solo assistito a pagare la retta nei limiti delle risorse proprie disponibili (cfr. Tab. 8).

Tra le Regioni che hanno scelto di considerare solo i redditi dell'assistito per il pagamento della retta ce ne sono due che si sono poste anche il problema di sostenere i Comuni chiamati eventualmente ad integrare le rette degli anziani. La Regione Lazio e Piemonte, a questo proposito, hanno previsto un contributo per i Comuni chiamati ad integrare le rette delle RSA. Il Piemonte, in particolare, ha previsto per gli enti gestori un contributo nella misura del 15% della retta.

Tabella 7 - Sentenze sulla partecipazione alla spesa degli anziani n.a. in strutture residenziali (2007-2011)

Tribunale	n. sentenza	Sintesi decisione
T.A.R. Veneto	950/2011	Per la retta alberghiera vanno considerati solo i redditi dell'assistito.
T.A.R. Lombardia Brescia	938/2011	I soggetti civilmente obbligati possono essere chiamati a partecipare alla spesa.
T.A.R. Lombardia Brescia	936/2011	I soggetti civilmente obbligati possono essere chiamati a partecipare alla spesa.
T.A.R. Toscana Firenze	744/2010	I familiari dell'assistito possono essere chiamati, in caso di bisogno, a partecipare al pagamento della retta. Per la retta, si considerano anche i redditi non fiscalmente rilevanti dell'assistito.
T.A.R. Toscana Firenze	588/2010	I familiari dell'assistito possono essere chiamati, in caso di bisogno, a partecipare al pagamento della retta.
T.A.R. Toscana Firenze	1409/2009	I familiari dell'assistito possono essere chiamati, in caso di bisogno, a partecipare al pagamento della retta.

In sostanza, la maggior parte delle Regioni ha previsto, qualora fosse necessario, la partecipazione anche della famiglia dell'assistito per il pagamento della retta ma sono comunque rilevanti anche le scelte delle altre Regioni che costituiscono un terzo del totale. La mancata emanazione del decreto che avrebbe dovuto definire gli specifici criteri e i limiti di applicazione dell'ISEE a prestazioni di tipo sociosanitarie rivolte ai soggetti non autosufficienti o con gravi disabilità, ha prodotto situazioni regionali molto diverse e in diversi casi una situazione di incertezza per i Comuni e gli utenti. In effetti, l'una o l'altra scelta comportano conseguenze significative per gli enti pubblici e per le famiglie.

La considerazione della situazione economica del solo assistito favorirebbe la famiglia del beneficiario, laddove è verosimile che l'eventuale nucleo di appartenenza degli anziani sia costituito da figli adulti. È chiaro quindi che il rispetto di questa forma di deroga comporterebbe molto probabilmente un aggravio di costi per gli enti erogatori (Ricci, 2004) ed una riduzione degli oneri familiari. L'argomento, peraltro, si presta anche ad altre valutazioni.

Se si valuta la condizione economica soltanto della persona e non dei suoi parenti, si ottiene l'effetto distorto di dover applicare la stessa contribuzione a utenti che sono in condizioni radicalmente diverse. Ad esempio due anziani con identico scarso reddito personale, ma dei quali:

- il primo viva solo e non abbia rete familiare che possa sostenerlo;
 - il secondo viva con altri parenti e abbia una rete familiare (ad esempio figli conviventi o meno) che possiede mezzi economici anche rilevanti;
- dovrebbero essere valutati con identica condizione economica.

E allora che fare? Di sicuro possiamo dire che la letteratura economica propone senza tentennamenti che la valutazione del benessere di un soggetto debba fare riferimento alla condizione economica del proprio nucleo familiare.

Non considerare i redditi della famiglia dell'assistito può portare a risultati iniqui perché può ammettere all'assistenza pubblica nuclei familiari anagrafici che non sono in condizioni di bisogno. Questo sottrarrebbe risorse a chi, invece, è in condizione di bisogno.

Inoltre, nel caso dell'assistenza residenziale, tale orientamento produce una deresponsabilizzazione familiare che induce inesorabilmente verso un aumento della istituzionalizzazione dei non autosufficienti. Ci sono esempi internazionali abbastanza evidenti in questa direzione (Svizzera, Svezia, ecc.). Esattamente il contrario dell'obiettivo prioritario di ogni politica sociale che consiste invece nel contrastare l'istituzionalizzazione di anziani e disabili e nel favorire la domiciliazione degli interventi assistenziali.

Tabella 8 - Valutazione del reddito e pagamento della retta nelle RSA delle Regioni

Regioni	Valutazione del reddito e pagamento della retta	
	Nucleo familiare	Solo l'assistito
Abruzzo	ISEE del nucleo familiare.	
Bolzano	No ISEE. Nucleo familiare ristretto.	
Calabria		Paga solo l'assistito. Calcolo reddito con ISEE solo a richiesta dell'assistito.
Campania	Quota di compartecipazione corrisposta dall'utente e, se necessario, dai parenti obbligati (CC 433).	
Emilia-Romagna	Pagamento a carico dell'assistito e dei parenti obbligati ai sensi del CC.	
Friuli-Venezia Giulia	ISEE del nucleo familiare. Quota di compartecipazione corrisposta dall'utente e, se necessario, dai parenti obbligati (CC 433).	
Lazio		ISEE e pagamento solo dell'anziano non autosufficiente.
Liguria	ISEE del nucleo familiare	
Lombardia	Partecipano al pagamento della retta anche i soggetti civilmente obbligati.	
Marche	Quota di compartecipazione corrisposta dall'utente e, se necessario, dai parenti obbligati (CC 433).	
Molise		Anziani anche <i>parzialmente</i> non autosufficienti.
Piemonte		ISEE del solo anziano non autosufficiente beneficiario. La retta è pagata dal solo assistito e, se necessario, dall'ente gestore.
Puglia		Anziani non autosufficienti, qualora più favorevole. Il resto è pagato dall'ambito sociale.
Sardegna	ISEE del nucleo familiare.	
Sicilia		Anziani non autosufficienti, se richiesto.
Toscana	ISEE separato del beneficiario e degli eventuali altri obbligati. Se il reddito non è sufficiente si passa a valutare l'ISEE degli altri. Quota di compartecipazione corrisposta dall'utente e, se necessario, dai parenti obbligati (CC 433).	
Trento	Quota di compartecipazione corrisposta dall'utente e, se necessario, dai parenti obbligati (CC 433).	
Umbria	Quota di compartecipazione corrisposta dall'utente e, se necessario, dai parenti obbligati (CC 433).	
Valle d'Aosta	IRSSE del nucleo familiare anagrafico.	
Veneto	ISEE del nucleo familiare.	

Note: Bolzano non applica l'ISEE e per nucleo familiare ristretto intende il nucleo che comprende l'utente, il coniuge e altri soggetti a carico delle persone anzidette.

Fonte: Bibliografia.

In Italia, il livello di istituzionalizzazione degli anziani si mantiene ormai da anni su livelli bassi (attorno al 3% degli anziani) anche perché le famiglie sono responsabilizzate nella spesa e così anche indotte a ricercare e favorire soluzioni alternative al ricovero. Se non ci fosse questo non ci sarebbero né così tanti caregiver né più di 800.000 assistenti familiari che permettono agli anziani di continuare a vivere al loro domicilio. In queste vicende si combinano l'alchimia degli affetti e delle opportunità che hanno prodotto finora un risultato accettabile (un basso numero di anziani ricoverati) che non possiamo rischiare di peggiorare a causa di una norma poco ponderata.

Nel caso in cui le risorse dell'assistito non siano sufficienti, ci deve essere una partecipazione alla spesa che mantenga il coinvolgimento e la responsabilizzazione della famiglia ma con precisi limiti per evitare che la stessa venga impoverita e limitando anche il grado di parentela dei soggetti che possono essere chiamati a partecipare alla spesa per evitare coinvolgimenti troppo ampi che appaiono oggettivamente privi di significato. Questi od altri orientamenti possono essere legittimamente sostenuti dalle Regioni a patto che regolamentino la materia (in attuazione dell'art. 8 della l. n. 328/2000) con legge regionale come è stato recentemente ricordato dalla sentenza del Consiglio di Stato n. 1607/2011.

3.6. Esenzioni e riduzioni

Otto Regioni hanno stabilito di graduare la dimensione della compartecipazione alla spesa e conseguentemente hanno individuato i relativi metodi che sono soprattutto due: l'utilizzo di fasce di contribuzione o l'utilizzo del metodo lineare.

Il metodo delle fasce di contribuzione prevede la definizione di fasce di reddito ISEE a cui corrispondono delle quote percentuali di compartecipazione al costo dei servizi che comprendono:

- a)* una soglia di reddito ISEE al di sotto della quale gli utenti sono esentati dal concorrere al costo del servizio;
- b)* una o più fasce di reddito ISEE di valore crescente che prevedono una compartecipazione parziale al costo del servizio, che in genere è percentualmente crescente;
- c)* una soglia di reddito ISEE al di sopra della quale gli utenti pagano integralmente il costo del servizio o l'importo totale della retta.

Tabella 10 - Esenzioni e riduzioni applicate alle rette RSA dalle Regioni italiane

Regioni	Esenzioni e riduzioni
Abruzzo	Riduzioni in base al modello tariffario lineare.
Calabria	Reddito mensile netto, fino a € 1.000: retta pari al 70% del reddito fino al massimo di € 525,00/mese; Reddito mensile netto, da € 1.001 in poi: retta mensile a pari € 525 a cui si aggiunge l'80% del reddito eccedente i 1.000 euro.
Campania	Per gli anziani non titolari d'indennità di accompagnamento, si applicano i seguenti criteri: a) esenzione con ISEE inferiore a 9.530,56; b) nessuna riduzione con ISEE superiore a 25.911,37; c) per i valori intermedi si applica l'ISEE lineare che determina la retta in base al reddito. Per gli anziani titolari d'indennità di accompagnamento, si procede come segue: d) nell'ipotesi di un reddito individuale (o ISEE laddove più vantaggiosa) inferiore alla soglia di esenzione la quota di compartecipazione è pari al 75% della indennità di accompagnamento; e) nell'ipotesi di un valore intermedio del reddito (punto c), l'indennità di accompagnamento va sommata al reddito e la quota di compartecipazione si calcola con il metodo lineare.
Lazio	ISEE < 13.000 euro: retta al 40% dei costi con il concorso del Comune; ISEE da 13.001 a 25.000 euro retta al 40% dei costi senza il concorso del Comune; ISEE > 25.000 retta al 50% dei costi.
Puglia	Prestazioni residenziali: ISEE < 7.500: 0%; > 30.000: 100%.
Sicilia	Coloro che percepiscono la sola pensione sociale, senza redditi ulteriori, o con redditi di importo pari alla pensione sociale sono esonerati dal concorso alla retta.
Toscana	Vengono previste delle riduzioni per la contribuzione dei familiari in base al loro reddito.
Valle d'Aosta	Assistenza residenziale: < IRSEE 24.130 in proporzione al reddito; oltre € IRSEE 24.130: 100%.

Fonte: Bibliografia.

Questo modo di procedere per l'individuazione della quota di compartecipazione è molto rapido. Va detto, però, che esso presenta un limite; infatti non è mai perfettamente proporzionale alla condizione economica del beneficiario. Per esempio, due individui con un valore ISEE molto simile possono pagare quote diverse solo perché l'uno vicino al limite inferiore della fascia più alta e l'altro vicino al limite superiore di quella più bassa.

L'altro sistema di determinazione della compartecipazione alla spesa è dato dal metodo lineare. In questo caso, la quota di partecipazione ovvero la tariffa è determinata dalla seguente formula: ISEE moltiplicato per la percentuale predefinita. Percentuale che rimane fissa mentre le tariffe sono crescenti in relazione all'aumentare del reddito ISEE. Chi ha redditi ISEE più elevati paga di più fino al pagamento totale della retta. Le quote di partecipazione, fatta eccezione per la fascia di esenzione totale e di partecipazione piena alla spesa, crescono proporzionalmente all'indicatore ISEE. Si crea così un *continuum* di valori di compartecipazione.

zione limitando per questa via la divisione in categorie di individui che si genera inevitabilmente con la individuazione di fasce di redditi.

Tra le Regioni italiane solo l'Abruzzo e la Campania invitano i Comuni ad utilizzare il modello tariffario lineare mentre altre cinque Regioni propongono il modello delle fasce di reddito per stabilire le quote di partecipazione alla spesa. Nel complesso sono poco meno della metà le Regioni che intervengono per stabilire il sistema delle esenzioni e delle riduzioni nel pagamento delle rette delle RSA e quelle poche presentano grandi differenze e non raramente fasce di contribuzione incongrue (cfr. Tab. 10).

In realtà, nel settore dell'assistenza residenziale l'applicazione di un sistema di esenzioni e riduzioni della retta si presenta come iniquo e fuorviante. Molto meglio garantire rigorosamente agli assistiti una somma da gestire direttamente e personalmente per le piccole spese mensili ed utilizzare il resto del suo reddito disponibile per il pagamento della retta. Questa è la soluzione più equa tra i vari interessi in campo che garantisce di più l'assistito e la sua famiglia, gli enti gestori ed i Comuni e che contrasta, più di altre ipotesi, eventuali comportamenti opportunistici.

Bibliografia

- BOSI P., GUERRA M.C. (2008), *Imposta personale, dote per i figli e strumenti di means testing*, in *Libro bianco sull'Imposta sul reddito delle persone fisiche e il sostegno alle famiglie*, Ministero dell'Economia e delle Finanze.
- ISTAT (2010), *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia, Anno 2006*, Istat, Roma.
- PESARESI F. (2006), *La suddivisione dei costi tra servizi sociali e servizi sanitari*, in GORI C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Il Mulino, Bologna.
- PESARESI F. (2008), *La suddivisione della spesa tra utenti e servizi*, in GORI C. (a cura di) *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci.
- PESARESI F. (2009), *I servizi residenziali*, in N.N.A., *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.
- PESARESI F., BUSILACCHI G. (2006), *La compartecipazione al costo dei servizi da parte degli utenti nelle normative regionali*, in "Servizi sociali oggi", n. 2, Rimini, Maggioli.
- RICCI L. (2004), *L'Isce*, in GORI C. (a cura di) *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Roma, Carocci.

9. La collocazione nella rete dei servizi

Marco Trabucchi, con la collaborazione di Fernando Anzivino, Claudio Bellamoli, Giuseppe Bellelli, Angelo Bianchetti, Roberto Borin, Corrado Carabellese, Gianni Gelmini, Antonio Guaita, Luisa Guglielmi, Maria Mastella, Sara Pea, Fausta Podavitte, Renzo Rozzini, Willy Spassini, Ermellina Zanetti

1. Introduzione

La rete dei servizi per gli anziani presenta nel nostro paese molte diverse dinamiche, che vanno da una forte integrazione e regolazione, attuata in alcune Regioni, alla sostanziale mancanza di sistemi di governo di altre. Nell'impossibilità quindi di riassumere in uno spazio limitato dinamiche così variegata, i dati che verranno discussi in questo capitolo sono frutto di una scelta arbitraria di chi scrive, con particolare attenzione alla realtà direttamente vissuta; vi è peraltro il tentativo di indicare alcuni modelli possibili, pur comprendendo la loro fragilità. Solo capacità di governo in grado di stimolare le autonomie e le ricchezze presenti nel tessuto sociale e forti professionalità capaci di innovazione possono far crescere realmente il settore.

Il modello di rete dei servizi per gli anziani non autosufficienti ha subito numerose modificazioni negli anni più recenti e non si è ancora costruito un equilibrio, perché la demografia e l'epidemiologia sono in evoluzione, la medicina non ha ancora raggiunto una maturità di pensiero attorno alla cura delle malattie croniche, gli strumenti per l'organizzazione dei servizi non sempre sono disponibili, la crisi economica ha messo in difficoltà molte ipotesi di crescita. Gli spunti di questo capitolo rappresentano quindi elementi per un'elaborazione che programmatori e operatori dovranno portare nella specificità delle singole posizioni, arrivando – se possibile – a costruire sperimentazioni sulle quali verificare la fattibilità e l'utilità di quanto delineato. Va peraltro ricordato che l'evoluzione delle residenze non è un processo determinato solo da dinamiche di rapporto con l'esterno, ma è la diretta conseguenza dei modelli di lavoro assunti dalle residenze stesse. La quantità e la qualità delle cure sono le determinanti della capacità di sviluppare rapporti con gli altri segmenti della società che – con funzioni diverse – hanno in carico l'anziano fragile che affrisce ai servizi.

La struttura del capitolo è riassunta nella tabella 1; parte da un'analisi degli aspetti assistenziali nelle residenze che più influenzano i rapporti con l'esterno, mentre negli altri paragrafi si analizzano le modalità che regolano la provenienza degli ospiti ed i loro eventuali ricoveri ospedalieri. Chiude il capitolo un richiamo alla continuità delle cure, che deve essere una caratteristica universa-

le dell'assistenza all'anziano fragile e quindi riguarda anche gli ospiti delle residenze.

Il capitolo non si limita a compiere un'analisi del presente, ma qua e là indica alcune proposte, secondo la tradizione di lavoro del Network per la Non Autosufficienza, al fine di aprire una discussione su un argomento delicatissimo per l'equilibrio vitale di molte decine di migliaia di ospiti delle residenze ⁽¹⁾.

2. L'assistenza nelle residenze

Le modalità di assistenza nelle residenze determinano in modo spesso decisivo la salute degli anziani ospiti; è quindi importante analizzarle perché qualsiasi considerazione riguardo ai rapporti con l'esterno non può essere compiuta in maniera astratta, ma partendo dalle condizioni cliniche reali degli ospiti (caratterizzate da sempre maggiori problematiche sanitarie e da disabilità, come riportato in numerosi studi, Lopez *et al.*, 2009) e dall'assistenza che il singolo servizio è in grado di offrire.

Lo strumento fondamentale per governare la presenza di un anziano nella residenza è l'assessment multidimensionale. È indispensabile per valutare la persona in lista d'attesa, al momento del ricovero, ma soprattutto è importante per una valutazione ripetuta nel tempo, sia quando vi siano elementi che perturbano lo stato di salute (una patologia acuta intercorrente) sia periodicamente (almeno ogni sei mesi), anche in condizioni normali. L'assessment permette di disporre costantemente di un "cruscotto" (termine poco clinico, ma molto comprensibile) che descrive la condizione attuale come premessa per eventuali cure e permette un confronto con il passato e quindi offre una prospettiva evolutiva.

Inoltre l'insieme delle valutazioni di un determinato settore o dell'intera residenza rende possibile il controllo della qualità dell'assistenza fornita (e non solo per realtà "forti" come la presenza di decubiti, ma anche per realtà più "delicate", come, ad esempio, le conseguenze funzionali della progressione di uno scompenso cardiaco). La tematica dell'outcome va assieme a quella della definizione di strumenti per la raccolta dei dati: dalle grafiche per i parametri vitali, per il controllo dell'assunzione del cibo, per il peso, anche per parametri specifici come il dolore o l'evoluzione di eventuali disturbi comportamentali, alla cartella clinica (che in alcune strutture non viene chiamata in questo modo per una falsa

⁽¹⁾ Nel capitolo si evita qualsiasi riferimento alle diverse denominazioni regionali; sono comprese sotto il termine generico di "residenze per anziani" le strutture dove le persone anziane non autosufficienti trascorrono la loro vita senza limiti temporali, ricevendo sia i supporti assistenziali tipici della dimensione abitativa che gli interventi sanitari.

prudenza nel valorizzare gli aspetti di assistenza qualificata sul piano medico), alla cartella infermieristica, al PAI, alla documentazione che deve accompagnare l'ospite nel caso di un ricovero ospedaliero. Ovviamente si tratta di strumenti indispensabili per il governo clinico; dove mancano è testimonianza di una disfunzione del sistema di assistenza e di un fatalismo che si pone solo l'obiettivo di intervenire quando compaiono specifici segni o sintomi, ma rinunciando ad una gestione realistica e complessiva del benessere. Tra gli strumenti importanti per governare il sistema vi è l'utilizzo della telematica (dalla lettura dell'ECG alla refertazione degli esami ematochimici, per limitarsi agli aspetti più semplici).

L'insieme di questi supporti costituisce la base per la conoscenza del paziente e quindi per l'adozione razionale di linee guida o protocolli che indirizzano la gestione, facilitando comportamenti standardizzati di fronte a specifici problemi. Schematicamente dovrebbero riguardare i seguenti aspetti: periodicità dei controlli e registrazione dei dati, la gestione delle emergenze, le terapie farmacologiche per garantirne l'appropriatezza riducendo al massimo gli effetti indesiderati, la prevenzione della sindrome da allettamento e dei decubiti, la contenzione fisica e farmacologica, la cura di particolari patologie ad alta prevalenza o a forte impatto assistenziale (BPCO, scompenso di cuore, demenze, parkinsonismi, stati vegetativi, sclerosi laterale amiotrofica, ecc.) e di specifiche condizioni cliniche che richiedono apparecchiature complesse (ventilazione meccanica non invasiva, dialisi peritoneale, alimentazione artificiale, PEG, NET, ecc.). Particolare attenzione deve essere data ai malati oncologici, sia per gli aspetti che riguardano le terapie antitumorali molto costose (che peraltro non rientrano nella quota sanitaria fornita alle residenze) sia per le condizioni di fine vita. In questa prospettiva si colloca anche il problema della rilevazione e della cura del dolore; troppo spesso nelle residenze manca la preparazione culturale, la disponibilità di strumenti di rilevazione e dei farmaci necessari alle cure, con risultati negativi, che nel prossimo futuro dovranno essere al centro di interventi mirati. Le residenze non possono essere contenitori di dolore silenzioso e indifeso.

Tutto quanto sopra indicato è possibile solo se l'assistenza clinica è garantita in modo continuativo. Ciò non sempre si realizza quando i medici hanno una presenza quantitativamente limitata, che li induce ad essere parcellari e a compiere interventi solo in presenza di sintomi eclatanti. Un'organizzazione oculata dovrebbe evitare questi problemi organizzando la turnistica in modo che il singolo medico possa garantire la continuità nel tempo della conoscenza del paziente, il controllo di eventi clinici intercorrenti, eventuali terapie mirate. Anche per quanto riguarda le guardie notturne e festive, è importante la presenza di medici che operano in sintonia con gli indirizzi della direzione medica, sia per gli aspetti generali sia per gli interventi sul singolo paziente.

Infine si deve sottolineare l'importanza di controllare l'insieme dell'organizzazione del lavoro, in modo da garantire allo stesso tempo il ruolo specifico del

medico, l'autonomia delle funzioni di nursing e la stabilità del rapporto tra operatore e ospite, così da arrivare ad una conoscenza approfondita di ogni singolo come patrimonio dell'équipe, che utilizza le informazioni per rispondere al meglio alle esigenze di cura. Ovviamente questi comportamenti subiscono modulazioni nelle diverse strutture come conseguenze della dimensione, dell'organizzazione, della sensibilità degli operatori. È però necessario chiarire che l'elasticità deve avere precisi confini, oltre ai quali non è possibile garantire un'assistenza adeguata e, ancor meno, una presenza significativa all'interno della rete (sia verso il territorio che gli altri segmenti, ed in particolare l'ospedale). Il punto delicato a questo proposito – anche nella prospettiva concreta del prossimo futuro di dover ricorrere a servizi a costi minori rispetto agli attuali – è dove si colloca la struttura stessa e quindi se sia necessario costruire in modo più o meno informale delle classificazioni che permettono di rispondere a pazienti con diversi livelli di compromissione clinica e dell'autosufficienza.

Nel suo complesso l'attività assistenziale dovrebbe seguire linee guida e protocolli, i quali prevedono anche indicatori di risultato, che, oltre a evitare l'autoreferenzialità, permetterebbero un benchmarking tra strutture simili. A differenza dei setting esclusivamente sanitari, nelle residenze la quantificazione degli indicatori di risultato risulta spesso difficile; a causa di ciò talvolta vengono sostituiti da indicatori di processo, che sono comunque utili, in quanto, attraverso il loro monitoraggio, è possibile pianificare interventi di miglioramento, attività di formazione, investimenti mirati alle aree critiche.

3. La provenienza degli ospiti delle residenze

La collocazione delle residenze all'interno della rete dei servizi per anziani riflette quanto descritto nel paragrafo precedente; non sono più contenitori indifferenziati e irriconoscibili, ma realtà con una precisa fisionomia. Infatti, si va facendo spazio la capacità da parte del cittadino di giudicare la qualità delle varie residenze e quindi l'opportunità o meno di affidare loro il proprio caro. Questo è stato possibile in alcune Regioni nel recente passato; l'attuale condizione di squilibrio tra domanda e offerta ha posto nuovamente le famiglie ed i singoli nella condizione di dover accettare qualsiasi offerta, pur di risolvere situazioni umane davvero drammatiche. Inoltre la capacità di rispondere da parte di una struttura alle esigenze concrete di un determinato territorio determina di fatto una precisa collocazione della stessa, che tende a rimodularsi nel tempo, spesso descrivendo percorsi virtuosi.

Non si deve dimenticare in una prospettiva generale di considerare preliminarmente la modificazione dei rapporti quantitativi avvenuta negli anni recenti tra la disponibilità di posti letto per acuti e quella per la residenzialità. Un dato

interessante è offerto dalla Lombardia; dal 1999 al 2008 i letti nelle residenze per anziani sono passati da 41.121 a 54.959; nello stesso periodo i letti ospedalieri si sono ridotti da 50.000 a 41.981. I numeri indicano quanto già ben noto, ma che è opportuno ribadire, e cioè che non è possibile costruire un'analisi del sistema delle cure che non preveda una forte correlazione tra sanità e assistenza, analizzando le rispettive dinamiche e mettendo in atto sistemi di regolazione reciproca.

Il primo problema che si pone rispetto alla collocazione di una residenza nel territorio sono le liste d'attesa. Se non sono governate divengono fonte di confusione e di timori da parte dei cittadini; è quindi necessario un programmatore che costruisce liste di priorità in grado di temporizzare le attese in base a reali esigenze cliniche e psicosociali. Fino a che non verranno aperti letti di postacuzie in numero adeguato (e non saranno tempi brevi), le residenze costituiscono ancora luoghi dove l'anziano riceve un'assistenza dopo la dimissione dall'ospedale, quando la tipologia del domicilio non è adatta dal punto di vista strutturale e dei supporti. Ovviamente questi ospiti rappresentano un gruppo particolare, che salta le liste a livello territoriale.

La ASL di Brescia ha costruito un protocollo che permette di rispondere in tempi brevissimi alle esigenze più drammatiche, e in generale di evitare la costruzione di liste d'attesa lunghissime, che di fatto sono una spinta a fare richieste precauzionali e quindi impediscono una visione realistica del bisogno (Scarcella *et al.*, 2010). La base di queste liste – non collegate alla singola struttura, ma a precisi territori – è sempre l'assessment multidimensionale; peraltro le liste sono utili anche alle residenze per bilanciare – quando possibile attraverso provvedimenti formalizzati – i livelli di compromissione degli ospiti, in modo da mantenere un'atmosfera di serenità, evitando che il sovraccarico di lavoro degli operatori possa compromettere la qualità stessa dell'assistenza. In Veneto è attivo da anni un sistema che consente di costruire liste d'attesa differenziate su due livelli di assistenza in base al profilo del bisogno (media e ridotta intensità assistenziale), con standard di personale e rette differenziate. Recentemente rispetto alle liste d'attesa si è inserita una nuova variabile di peso, che certamente influenzerà le scelte assistenziali del futuro, e cioè la sostenibilità delle rette da parte delle famiglie (contemporanea all'impossibilità di molti Comuni di supportare adeguatamente le condizioni di indigenza). È un aspetto dall'evoluzione incerta, però preoccupante rispetto alla possibilità di controllare lo scenario attraverso una programmazione costruita sul versante dei servizi; è significativo in questa prospettiva il dato dell'ASL di Brescia e di altri territori secondo il quale non vi sono differenze nel profilo di salute degli ospiti delle residenze rispetto a quelli in assistenza domiciliare; le uniche sono rappresentate dalla gravità dei disturbi comportamentali, che richiedono livelli di sorveglianza continuativa difficilmente attuabili al domicilio.

Sempre a proposito delle liste d'attesa è interessante la sperimentazione in atto presso l'ASL di Cremona, attraverso l'introduzione della cosiddetta "lista d'attesa web". Già da anni la gestione delle domande di ricovero non era affidata alla singola struttura, ma centralizzata a livello provinciale. Le graduatorie erano condizionate dalla compromissione clinica e sociale; i punteggi erano tuttavia attribuiti in modo discrezionale, ad opera del medico curante e dell'assistente sociale del Comune di provenienza. Allo scopo di rendere più efficiente il sistema, rendendo i tempi di ricovero più brevi con particolare attenzione alle urgenze (sia sanitarie che sociali), è stata informatizzata la raccolta dati, facendo in modo che l'attribuzione dei punteggi derivi da fatti oggettivi della storia sanitaria e sociale del potenziale utente, superando la valutazione soggettiva. Il certificato sanitario viene assegnato automaticamente, utilizzando la "Banca Dati Fragilità" delle persone anziane, che analizza i consumi di servizi e le prestazioni sanitarie e sociosanitarie fornite al cittadino (ricoveri, farmaci, esenzioni, ecc.).

Questi dati pongono al centro della dialettica del ricovero in residenza la capacità del sistema di caregiving di sostenere il peso assistenziale, spesso in assenza di sistemi di supporto che permettano al caregiver principale di definire spazi di libertà nella propria vita. A questo proposito dovrebbe essere data maggiore attenzione ai ricoveri di sollievo, finora poco valorizzati dalle residenze se non per scopi economici, mentre, se adeguatamente organizzati, con gli opportuni supporti sul piano clinico e psicologico, potrebbero svolgere ruoli importanti. Nell'AUSL di Parma nel 2010 su 23 persone entrate in un servizio di sollievo sanitario, 12 sono rientrate a casa, 3 sono morte e 8 sono state istituzionalizzate. Invece i dati di un servizio di sollievo sociosanitario indicano che su 24 persone trattate, 19 sono rientrate a domicilio, 1 è deceduta e 4 sono state istituzionalizzate. I numeri dimostrano l'importanza del servizio di sollievo espletato dalle residenze per supportare la domiciliarità. La maggioranza degli anziani assistiti proveniva dall'ospedale, per cui la definizione di servizi di sollievo può essere inesatta; però i dati nel loro insieme sottolineano le ampie possibilità di offerta delle strutture residenziali che scelgono di fungere da cerniera tra i diversi bisogni degli anziani con problemi di salute e di autosufficienza. Si tenga conto che i 49 ricoveri di cui sopra sono costati in media 2.300 euro l'uno, cifra non irrilevante per le entrate di chi offre il servizio.

Molti aspetti organizzativi si giocano anche attorno alla presenza sempre più elevata di ospiti affetti da demenza (prevalenza che oggi arriva in media al 60-65%, a causa della concentrazione di ammalati che non sono più gestibili a domicilio); di fronte a questa numerosità anche le cosiddette special care unit per dementi devono dedicarsi solo alla cura di casi specifici (gravi compromissioni comportamentali, che comporterebbero eccessivi livelli di stress nella normale organizzazione dei nuclei). Il tutto induce un aumento del peso assistenziale, non adeguatamente remunerato dalle tariffe praticate a carico del fondo sanitario e degli ospiti.

Su questa linea di espansione dei propri compiti, molte residenze hanno svolto la funzione di punto di riferimento per il territorio, diventando i diretti gestori dei vari servizi della rete; molte strutture per anziani gestiscono al loro interno e con la propria équipe l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), i Centri diurni, il Servizio di Assistenza Domiciliare, i pasti a domicilio, diventando per il territorio circostante una sorta di "regia". Al fine di meglio interagire con la rete degli interventi e dei servizi alla persona nel territorio di riferimento, alcune strutture hanno investito su nuove professionalità, per mettere a disposizione dei cittadini un "case manager" per l'ascolto dei bisogni e l'orientamento verso il servizio più appropriato. Le prime indicazioni sono a favore di questi ruoli che permettono una più stretta relazione tra i vari segmenti della rete, con indubbi vantaggi per i cittadini che sono accompagnati nei punti più critici delle transizioni.

Un aspetto specifico riguardo alla provenienza degli ospiti si riferisce agli ospedali; sul tema sono stati eseguiti numerosi studi in varie parti del mondo. Osservando solo i dati italiani è stato riportato – ad esempio – in un'indagine svolta dal Gruppo di Ricerca Geriatrica in 12 residenze della Provincia di Trento per complessivi 1.237 posti che nel 2009 su 219 ospiti recentemente ammessi (da pochi giorni a massimo un anno) il 17,8% proveniva da un ospedale per acuti e il 17,3% da una struttura riabilitativa. Solo 10 anni prima, nel 1999, sui nuovi ammessi solo il 7,9% proveniva dall'ospedale e il 2,6% da una struttura riabilitativa. Inoltre i nuovi ammessi provenienti dall'ospedale all'ingresso in residenza presentano una maggiore disabilità (Barthel medio 25) ed una maggiore compromissione cognitiva (MMSE medio 12) rispetto a coloro che provengono dal domicilio (Barthel medio 38 e MMSE medio 15) o da una struttura riabilitativa (Barthel medio 45 e MMSE medio 14). Ovviamente 20 punti di Barthel in più non sono irrilevanti per la gestione all'interno delle residenze!

Pur in presenza di cambiamenti che indicano una veloce modificazione del bisogno, si deve rilevare che, ad esempio, nel corso del 2008 nell'ASL di Cremona gli anziani dimessi dall'ospedale dopo un anno erano ancora a casa senza aiuti formali per il 93,45%, mentre il 5,15% era in ADI e l'1,5% in residenze (Bellelli *et al.*, 2011). Nello stesso periodo sempre Bellelli e colleghi hanno osservato in una popolazione di 1.072 dimessi da una struttura riabilitativa che il 3,7% veniva istituzionalizzato alla dimissione, mentre il 4,5% veniva istituzionalizzato entro un anno. Fra le determinanti dell'istituzionalizzazione, un'età maggiore di 83 anni, la presenza di un deterioramento cognitivo di grado moderato, e un basso punteggio nelle scale funzionali alla dimissione sono i fattori più importanti (Bellelli *et al.*, 2008). È interessante, anche se ovvio, osservare che gli anziani dimessi che continuavano a vivere nel proprio domicilio in condizione di solitudine erano quelli che presentavano migliori condizioni di salute; sono quindi una popolazione verso la quale devono essere primariamente indirizzati interventi assi-

stenziali, perché con un impegno modesto si possono ottenere rilevanti risultati rispetto al mantenimento dell'autonomia.

In conclusione, il tema del rapporto tra residenze per anziani e territorio mette in luce molte criticità, ma anche una sempre maggiore apertura verso i bisogni reali. Una strada in salita, ma che porta ad una continua e progressiva valorizzazione delle residenze nell'ambito dei servizi per anziani.

4. Gli ospiti delle residenze e il ricovero ospedaliero

Il problema del trasferimento degli ospiti delle residenze negli ospedali per la comparsa di eventi clinici intercorrenti ha largamente occupato la letteratura internazionale in questi anni, senza però che sia mai stato raggiunto un livello di proposte in grado di modificare la prassi attuale in modo incisivo (Ouslander *et al.*, 2010). Wyman e Hazzard (2010) ne discutono dall'alto del loro prestigio come di un "perennial problem", che però deve essere affrontato con l'ottimismo di chi crede possibile il miglioramento dell'assistenza all'anziano. Il milione e mezzo di ospiti nelle nursing home degli USA hanno una frequenza di ricovero attorno al 20%, pur con notevoli variazioni da uno studio all'altro. Ma l'aspetto più significativo è che secondo vari studi la percentuale di trasferimenti che potrebbero essere evitati varia dal 23% (Grabowski *et al.*, 2007) al 45% (Saliba *et al.*, 2000). La letteratura sottolinea l'importanza del fenomeno sia dal punto di vista umano che clinico ed economico-organizzativo (nel 2007 nello Stato di New York per l'ospedalizzazione dei residenti sono stati spesi 972 milioni di dollari).

In Italia la situazione è sostanzialmente simile; non si deve però dimenticare che in alcuni casi il trasferimento in ospedale rappresenta una conquista rispetto al passato non lontano, nel quale la trascuratezza per la salute degli anziani ospiti delle residenze non poneva nemmeno l'alternativa se ricorrere o meno ad un ricovero. Peraltro l'argomento riveste ancor oggi aspetti di delicatezza, perché vi è il rischio di posizioni rigide da parte dei diversi attori, con la conseguenza di privare l'anziano di diagnosi e cure adeguate in nome di un'autonomia delle strutture residenziali (non sempre adeguatamente espressa nei fatti) o di trasferirlo acriticamente in ospedale alla prima comparsa di un sintomo, in nome di un astratto diritto alle cure migliori.

Di seguito viene riassunto schematicamente un percorso ideale che permette di seguire la persona anziana dalla permanenza nella residenza fino all'ospedale e ritorno.

Il problema principale è legato alla preparazione degli operatori delle residenze rispetto alla comparsa di segni e sintomi che richiamano l'attenzione sull'ospite. In generale si può affermare che non vi sono protocolli che suggerir-

scono i comportamenti da adottare in queste circostanze. Quindi la scelta se trasferire l'ospite all'ospedale dipende da fattori spesso imprevedibili, cioè l'ora della giornata, il giorno della settimana, la raggiungibilità o meno di un medico, la presenza in struttura di un'infermiera e la sua preparazione-esperienza, la presenza di familiari ansiosi e preoccupati, ecc. È stato peraltro dimostrato che durante il fine settimana aumentano i trasferimenti; allo stesso modo le strutture che non hanno un medico in staff sono maggiormente a rischio di ospedalizzare l'ospite.

Le legislazioni regionali presentano forti differenze circa la tipologia di medici; si va dalla responsabilità attribuita ai medici di famiglia, come in Veneto, alla organizzazione di uno staff stabile come in Lombardia. In questa prospettiva l'appoggio offerto da strutture ospedaliere di riferimento può avere efficacia tanto più forte, quanto più "debole" è l'organizzazione interna della residenza dal punto di vista delle responsabilità cliniche. Si deve anche ricordare che queste problematiche sono strettamente collegate alla disponibilità di un numero adeguato di medici e che quindi nei prossimi anni assisteremo necessariamente ad un trasferimento di responsabilità verso le competenze infermieristiche (evento da auspicare, ma che deve essere gestito con attenzione, prima di tutto attraverso la leva formativa, evitando la tentazione di ottenere risparmi senza una reale programmazione). Ovviamente vi sono circostanze nelle quali il trasferimento in ospedale è indiscutibile e urgente; non solo per patologie chirurgiche, ma anche quando si manifesta una grave instabilità e sono necessari strumenti di life support (ad esempio la NIV per gravi insufficienze respiratorie) e/o di diagnostica. Dati forniti da una residenza di 130 posti letto documentano che nel 2011 (primi sette mesi) sono stati inviati in ospedale 15 ospiti, dei quali solo tre per motivazioni mediche, gli altri per cause chirurgiche o per l'esecuzione di procedure strumentali (Carabellese, comunicazione personale). Il dato testimonia il raggiungimento di un equilibrio che tende ad autoriprodursi nel tempo.

Cherubini e coll. (2011) hanno recentemente indagato sulle condizioni cliniche e ambientali associate al rischio di un ricovero in ospedale (vedi capitolo 5 di questo volume). Nel loro campione di oltre 1000 ospiti residenti in diverse strutture presenti in molte Regioni, osservati per un anno, l'11,6% è stato ricoverato in ospedale. Il genere femminile, e un più elevato standard di assistenza medica e infermieristica erano predittori di una minore probabilità di trasferimento, mentre la diagnosi di aritmia, una precedente infezione delle vie urinarie e la polifarmacia erano associate ad un più alto rischio di ospedalizzazione. Osservando il fenomeno da un altro punto di vista, recentemente Rozzini (comunicazione personale) ha analizzato un'ampia popolazione di pazienti ricoverati in un reparto di geriatria e provenienti da una residenza. L'età media è di 82 anni, le patologie che causano il ricovero sono infettive (respiratorie e urinarie) per il 42%, cardiache per l'11%, neuropsichiatriche per il 12%, gastroenterologiche per l'11%. I pazienti presentavano un valore medio

di Barthel premorbo (cioè prima degli eventi che hanno indotto al ricovero) di 38, valore che al momento dell'ingresso si è ridotto a 23. Inoltre era presente un grave decadimento cognitivo (MMSE 11,5), un'elevata comorbilità (Charlson Index 3,4) e gravità clinico-biologica (APS 6,2). Infine il 23% dei pazienti presenta delirium (soprattutto prevalente, cioè già presente al momento dell'ingresso in ospedale). Durante il ricovero della durata media di 5 giorni decede il 13% dei pazienti ed un altro 19% nei 90 giorni susseguenti al ritorno nella residenza. Alla dimissione il valore medio dell'indice di Barthel è di 27. I dati indicano nel loro insieme che le condizioni di gravità dei pazienti hanno mediamente giustificato il trasferimento in ospedale; un'analisi accurata degli interventi adottati ha dimostrato che il 60% dei ricoverati aveva esigenze prevalentemente diagnostiche o procedurali (trasfusioni, PEG, ecc.), mentre il 40% terapeutiche. Peraltro l'elevata mortalità complessiva a breve termine (un terzo dei trasferiti) testimonia che la condizione clinica era gravemente compromessa, così come i dati biologici. Invece hanno valore positivo sia la breve durata della degenza (sempre un fattore di rischio per l'ospite delle residenze) che il pur limitato aumento dei valori dell'indice di Barthel, a dimostrazione che il paziente non è stato allettato. Questi dati però risentono di un limite metodologico, cioè la mancanza di un gruppo di controllo; infatti, apparentemente in contrasto con quanto sopra riportato, Saliba *et al.* (2000) hanno dimostrato in uno studio randomizzato che la mortalità a 6 settimane era del 39,5% negli ospedalizzati e del 18,7% nei residenti di pari gravità non ospedalizzati.

I dati di Cherubini *et al.* (2011) e della comunicazione personale di Rozzini rappresentano due facce della stessa medaglia, cioè il fatto che i pazienti ricoverati in ospedale sono mediamente in condizioni cliniche precarie, ma che un'efficiente e competente assistenza nelle residenze può permettere la gestione di almeno una quota di questi evitando il trasferimento. In particolare si sottolinea l'importanza della presenza di un medico dedicato, che segua nel tempo i pazienti ed abbia una visione complessiva delle potenzialità e criticità della residenza (Bellelli *et al.*, 2001, Helton *et al.*, 2011, Bellelli e Trabucchi 2011). Sempre nell'ambito della problematica legata al ruolo del medico nelle residenze è interessante citare i risultati, seppure preliminari, del progetto ARCA (Assistenza, Ricerca e Cura per l'Anziano) dell'Ulss 20 del Veneto, nel cui ambito è stata avviata in via sperimentale una specifica collaborazione tra UO di geriatria ed i medici delle residenze a vari livelli: dal semplice contatto telefonico, alla consulenza specialistica, all'organizzazione di una formazione condivisa del personale. Confrontando i dati del 2011 con quelli del primo trimestre 2011, a fronte di un numero limitato di consulenze in struttura si è assistito ad una riduzione del 50% dei decessi in ospedale con un proporzionale aumento della gestione in residenza del paziente terminale. Questo a dimostrazione del fatto che una progettualità condivisa tra ospedale e territorio è il fattore che più influenza il tasso di ospedalizzazione dei pazienti, anche quelli che si trovano in condizioni terminali.

Una volta discusso il problema dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri è rilevante affrontare la tematica dell'organizzazione del trasferimento del paziente dalla residenza all'ospedale. Per prima cosa è necessario smussare le ancora enormi barriere comunicative e di linguaggio tra le due strutture, predisponendo una lettera di invio che contenga le principali informazioni utili per il personale del pronto soccorso che accoglie il paziente. Ovviamente l'aggiornamento della documentazione clinica e assistenziale dovrebbe costituire prassi consolidata; deve essere preparata preventivamente, mentre in situazioni di emergenza per l'invio in pronto soccorso andranno aggiunte le sole informazioni che documentano e circostanziano l'evento acuto. Infatti spesso la concitazione della crisi impedisce di reperire le informazioni necessarie, se queste non erano state predisposte in precedenza. Una documentazione chiara è utilissima anche per misurare le possibili conseguenze negative di un ricovero ospedaliero. Particolarmente preoccupanti a questo proposito sono i dati di Gelmini (2005) riferiti ai ricoveri ospedalieri per un periodo di tre anni di ospiti di una residenza; questi ritornavano nel loro ambito naturale di vita per il 47,7% con un catetere vescicale, per il 39,4% con lesioni da decubito, per il 65,8% con necessità di supporto all'alimentazione, per il 5,2% con sondino naso-gastrico, per il 59,9% con delirium. In questi ultimi anni la sensibilità geriatrica ha certamente ridotto la gravità del fenomeno; resta però come indicazione di fondo per ridurre al massimo i ricoveri o per renderli il più possibile controllabili. In alcuni casi il trasferimento accompagnato da una telefonata tra responsabili medici rende tutto più semplice e mirato ed anche il passaggio attraverso il pronto soccorso meno traumatico. Se invece ciò non avviene, l'approccio all'ospedale è spesso difficile, anche perché non infrequentemente vi è una sorta di prevenzione nel personale del pronto soccorso, che tende a ritenere inadeguate le cure ricevute precedentemente dal paziente. La frase talvolta pronunciata "questo paziente è secco come un'acciuga" non corrisponde al vero e crea profondo disagio nel personale della residenza, anche perché i familiari tendono ad amplificare il messaggio negativo. In ogni modo il passaggio attraverso il pronto soccorso è sempre un'esperienza traumatica per la persona che viene trasferita in un ambiente non protetto, provenendo invece da uno che si faceva carico di accompagnare i tempi della vita. In un'indagine condotta nel 2010 dal Gruppo di Ricerca Geriatrica, in collaborazione con la Scuola di Geriatria dell'Università degli studi di Firenze, alla quale hanno partecipato 73 infermieri che lavorano presso vari pronto soccorso, emerge che questi hanno un'idea piuttosto inesatta dell'impegno che la popolazione anziana pone alla struttura dove operano. In particolare in tutte le sedi studiate la percentuale reale di anziani che accedono al pronto soccorso è assai inferiore non solo a quella stimata dagli intervistati, ma addirittura a quella che essi stessi consideravano ideale. Questa impressione di eccesso numerico di popolazione anziana va di pari passo con la percezione di sovraccarico di lavoro che si verrebbe a creare: circa

metà degli intervistati, ad esempio, afferma che la cura degli anziani sottrae tempo a quella di altri pazienti o è comunque eccessiva. Sulla base di quanto rilevato, non sorprende che il grado di sicurezza e quello di soddisfazione professionale diminuiscano di fronte a pazienti di età più avanzata, mentre tendenzialmente cresce il senso di disagio o difficoltà. Si è inoltre osservato che questa percezione negativa si riflette non tanto sulla sicurezza-adequatezza che l'infermiere percepisce, quanto sul suo grado di soddisfazione professionale. Interpellati sul grado di sicurezza personale e su quello di soddisfazione professionale, gli intervistati riferivano valori significativamente decrescenti all'avanzare dell'età dei pazienti. Questi dati e queste considerazioni non sono riportati per accentuare le differenze tra operatori che, pur con compiti diversi, curano gli stessi ammalati, ma per sottolineare l'importanza di una formazione che valorizzi le concrete possibilità di collaborazione, con indubbi vantaggi per chi è assistito.

Anche il trasporto sui mezzi del 118 è un'esperienza difficile per l'anziano, spesso con ridotte capacità cognitive e quindi nell'impossibilità di comprendere la propria collocazione nel tempo e nello spazio (la maggior parte delle residenze non prevede per motivi economici il trasferimento dell'ospite con l'accompagnamento di un operatore della struttura a lui noto). Per un dimensionamento del fenomeno è stato calcolato che il 118 riceve in un mese mediamente 1.000 telefonate dalle residenze collocate nel territorio della città di Milano. Dopo l'osservazione in pronto soccorso, il paziente proveniente dalla residenza può subire tre diversi destini: essere rinvio al luogo di provenienza dopo qualche indagine diagnostica (spesso ciò avviene ad orari proibitivi, con un ritorno che stressa la residenza), essere ricoverato in un reparto o essere collocato in un'Osservazione Breve Intensiva (OBI) per un periodo di circa 24 ore. Dati di varie fonti indicano che il 50% delle persone che transitano attraverso un OBI hanno più di 65 anni e a loro volta il 15% di queste provengono da una residenza.

Una volta ricoverato, il paziente percorre diverse traiettorie; in particolare i servizi di ortogeriatría accolgono un elevato numero di anziani provenienti dalle residenze. In questi si integrano le competenze geriatriche con quelle più specificamente ortopediche al fine di accelerare i tempi dell'intervento, evitare le conseguenze negative del ricovero, attuare pratiche riabilitative e riinvia al più presto il paziente al suo luogo naturale di vita. Nell'ortogeriatría dell'ospedale di Monza, ad esempio, nel 2009 il 15% dei pazienti proveniva da strutture residenziali.

Una condizione particolare è rappresentata dal ricovero ospedaliero di persone affette da demenza (evenienza molto frequente considerando che oltre il 60% degli ospiti delle residenze è affetto da una compromissione delle funzioni cognitive) e da delirium (circa il 40%); in questi casi lo stress dell'ammalato può raggiungere livelli molto elevati, con la comparsa di disturbi comportamentali ed una sofferenza soggettiva difficilmente valutabile, ma certamente rilevante. È

uno dei motivi che talvolta induce il personale delle residenze alla prudenza e a ridurre il ricorso all'ospedale, anche in presenza di patologie somatiche. Il timore degli operatori è che la rottura di un rapporto intenso possa aggravare la condizione complessiva di salute, con danni più gravi di quelli potenzialmente derivabili dal mancato ricovero in ospedale. È una delle situazioni nelle quali non è possibile l'utilizzo di misuratori di un rischio, ma prevale il giudizio di chi offre assistenza all'anziano con alterazioni cognitive.

In conclusione, il ricovero ospedaliero degli ospiti delle residenze è sempre un evento delicato dal punto di vista clinico ed organizzativo. La sua riduzione su larga scala non sarà facile, anche se alcune sperimentazioni hanno mostrato il successo di interventi mirati ed aperto una prospettiva concreta per il futuro.

5. La continuità dell'assistenza e della cura

Alla fine del ricovero la dimissione rappresenta un momento critico, anche se può avvenire senza le incertezze che spesso accompagnano la dimissione verso il domicilio, che talvolta viene rifiutata dai famigliari. È importante che il paziente sia accompagnato da una relazione esaustiva riguardo sia agli atti di cura compiuti sia alle concrete possibilità terapeutiche sia alla diagnosi. Non è ammissibile il comportamento di certi reparti ospedalieri che fanno giungere la relazione clinica alcuni giorni dopo la dimissione, privando di una guida chi deve provvedere al paziente, considerando che i primi giorni sono quelli maggiormente a rischio di complicazioni e *quoad vitam*.

Dopo il ricovero ospedaliero si riaprono le problematiche precedenti rispetto alla gestione clinica dell'ospite nelle residenze; a questo proposito è dibattuto il ruolo dei medici dell'ospedale rispetto all'ipotesi di una continuità assistenziale, con una sorta di affiancamento al medico delle residenze, come precedentemente riportato. Questa logica si inserisce in quella delle dimissioni protette, cioè di una protezione estesa alla delicata fase delle transizioni tra servizi; la famiglia apprezza particolarmente queste condizioni che le permettono di evitare un eccessivo carico organizzativo ed economico, in un'atmosfera generale di insicurezza.

Nel prossimo futuro l'apertura di nuove strutture di postacuzie porrà l'esigenza di esaminare se queste hanno rilievo nella transizione tra l'ospedale e le residenze. Non vi sono ancora dati da interpretare; però si deve rilevare una certa confusione, perché alcuni servizi sono stati istituiti senza chiarezza rispetto a funzioni, compiti e obiettivi. In particolare il modello degli ospedali di comunità desta qualche incertezza, perché non si differenzia nettamente per tipologia dalle strutture residenziali. In alcune realtà l'ospedale di comunità viene utilizzato come struttura a residenzialità temporanea dopo l'ospedalizzazione (tempi di degenza di 25-30 giorni), con l'obiettivo primario del ritorno a domicilio. Nell'ottica

di esaminare il ruolo dinamico di altre strutture, si deve dare attenzione agli hospice, come luogo dove possono essere trasferiti pazienti in fase terminale (non solo oncologici, ma anche persone affette da demenza, da altre malattie neurodegenerative o da patologie cardiache). La decisione deve tener conto di situazioni tra loro apparentemente contrastanti; da una parte l'aspetto positivo della continuità delle cure offerto dalle residenze, dall'altra la possibilità di garantire negli hospice servizi più mirati alle persone in condizioni terminali (Teno *et al.*, 2011).

Le diverse indicazioni sopra riportate concordano sull'esigenza – purtroppo molto spesso trascurata – di un sistema di reale continuità tra i diversi servizi, che garantisca la protezione nelle varie transizioni. McCloskey (2011) ha messo in luce in un recente commentario l'esigenza di “modelli integrati di cura che trascendono i diversi setting e promuovono una valorizzazione dei ruoli e delle responsabilità dei medici che lavorano all'interno di un *continuum* assistenziale”. La discussione di queste tematiche, benchè ancora solo teorica, indica un'attenzione di per sé molto importante per l'evoluzione positiva del sistema.

6. Uno sguardo al futuro

La condizione di incertezza che caratterizza il nostro tempo dal punto di vista umano, economico, tecnologico non permette di costruire ipotesi a lungo termine sulle quali costruire modelli di funzionamento per le strutture residenziali per anziani (Vellas e Stephan, 2011). È quindi necessario prevedere servizi elastici, con forte capacità di adattamento all'evolversi dello scenario, che si collochino all'interno dello spazio ampio che va da servizi con alta intensità di cura (postacute care) a quelli con minor livello di protezione, fortemente inseriti nelle reti naturali di supporto. Per raggiungere questo obiettivo, quelle che seguono sono, a nostro parere, le condizioni decisive.

Primo, è necessaria un'intensa formazione del personale, fondata sull'abbandono delle logiche mansionarie, che insegni agli operatori come muoversi trasversalmente con funzioni differenziate. Si tenga presente in questa prospettiva la certezza che nei prossimi due decenni vi sarà una forte riduzione del numero di medici in generale, ed in particolare di quelli disponibili a operare nelle strutture per anziani. Ciò comporta che si amplino le funzioni di nursing, che vanno dalla sorveglianza clinica di ospiti complessi all'organizzazione del nucleo. Gli operatori devono acquisire autonomia culturale e pratica, orgogliosi di coprire con la loro professionalità un segmento ampio delle cure, che si prospetta con diverse forme. Per quanto riguarda i medici è importante che acquisiscano una sempre maggiore competenza specifica, ottenibile anche attraverso sistemi di gestione dipartimentale, grazie ai quali il medico delle residenze non è isolato, ma opera di concerto con colleghi con i quali condivide sia gli interventi di cu-

ra in casi particolari sia la gestione complessiva dei flussi nella rete dei servizi. In quest'ottica è necessaria una riforma importante dell'ordinamento degli studi universitari, prospettiva che non sembra prossima; infatti la medicina è ancora per molti aspetti priva di criteri di analisi che contemplino la dimensione "complessità" e la dimensione "tempo". Inoltre l'università dovrà affrontare in modo più realistico dell'attuale anche gli aspetti quantitativi della formazione di medici e infermieri, parametrandosi sulle reali necessità e non solo sulle proprie potenzialità didattiche, per tamponare la crisi che già si profila.

Secondo, la sperimentazione ha un ruolo indispensabile; in assenza di modelli acclarati, dei quali sono definite la funzione e le procedure, si devono attuare una miriade di micro sperimentazioni in settori diversi della rete per gli anziani, in modo da definire nella concretezza di specifiche condizioni di lavoro le risposte più adatte, attenti ai diversi risultati attesi e raggiunti, anche se talvolta si prospettano come molto limitati sul piano oggettivo (ma non così per l'anziano fragile!).

Terzo, l'adozione di nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione (telemedicina) permetterebbe di controllare meglio la condizione del paziente e di mettere a disposizione strumenti adeguati, al di là di quelli oggi presenti all'interno della residenza. Purtroppo si deve rilevare scarso impegno in questa direzione da parte dei potenziali fruitori; infatti, a fronte di notevoli progressi tecnologici raggiunti nel recente passato, non vi è stata un altrettanto rilevante sviluppo delle modalità di adattamento degli stessi alla concreta realtà delle residenze.

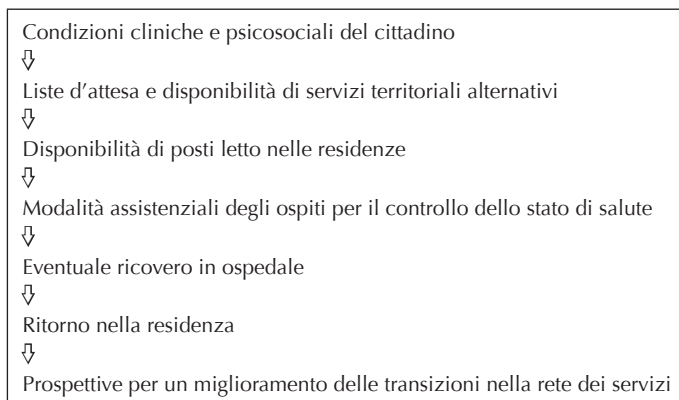
Quarto, si rileva l'opportunità che attorno alle residenze si sviluppi un ampio lavoro di raccolta dati, in modo da analizzare la realtà, osservarne le modificazioni nel tempo, come indotte da determinanti diverse. Ciò permetterebbe un continuo adattamento delle modalità assistenziali, ottenibile con investimenti limitati, perché continuamente parametrati su piccoli cambiamenti.

Quinto, si deve lavorare per un'"autonomia finanziariamente sostenibile". La dialettica dei risultati ottenibili da una residenza è sempre a cavallo tra la riduzione del danno derivabile all'ospite e la conquista di una potenziale autonomia. Il tutto dovrà essere prospettato a costi finanziabili anche attraverso modalità diverse da quelle del passato che hanno condotto all'attuale stallo (su questo tema si misurerà la capacità innovativa di chi ha a cuore la sopravvivenza del sistema). Si pensi, ad esempio, alla possibilità di impiegare in attività di modernizzazione delle residenze le risorse risparmiando riducendo la frequenza di ospedalizzazioni non necessarie. Sempre sulla linea delle problematiche economiche si colloca la tematica della dimensioni delle residenze, aspetto delicato, ma non trascurabile al fine di disporre delle risorse necessarie per allestire servizi adeguati (ad esempio, molte strutture piccole non sono dotate nemmeno di un infermiere nelle ore notturne).

Sesto, l'obiettivo finale delle residenze per anziani è agire come attori protagonisti all'interno della rete, perché rispondono alle due parole chiave, di origine anglosassone ma di grande rilievo anche per il nostro sistema, che sempre più frequentemente vengono pronunciate in questi ambiti: da una parte "defragmenting care", cioè l'impegno a ricomporre i vari pezzi del sistema delle cure, incentrandolo davvero sul bisogno dell'anziano che continua nel tempo e non tollera rotture; dall'altra "reconciliating care", cioè fare in modo che in un sistema ricomposto le modalità di cura possano trovare un rapporto armonico tra di loro e di continuità, evitando salti, incongruenze, incomprensioni.

Il futuro è aperto per chiunque voglia contribuire a migliorare il funzionamento di servizi che saranno sempre più importanti per la crescita armonica delle società civili nel nostro prossimo futuro. Senza velleitarismi, con i piedi per terra, senza sprechi, ma allo stesso tempo consci che la residenzialità dell'anziano rappresenta e rappresenterà sempre più un nodo fondamentale per garantire una vita decente ai numerosi vecchi ammalati e soli che popolano il nostro mondo. Sul piano organizzativo hanno importanza anche interventi apparentemente limitati, mentre è attraverso la formazione continua e innovativa che si possono davvero cambiare le prospettive.

Tabella 1 - Dinamiche tra le residenze per anziani, il territorio e l'ospedale



Bibliografia

- BELLELLI G., GILLINI G.M., VILLA M., VENTURA V., TOMMASINI G., COMPAGNONI G. (2011), *Il LACE Index: uno strumento per indirizzare l'allocazione post-ricovero ospedaliero dei pazienti anziani fragili*, in "Psicogeriatría", vol. 1, pp. 79-86.
- BELLELLI G., FRISONI G.B., BARBISONI P., BOFFELLI S., ROZZINI R., TRABUCCHI M. (2001), *The management of the adverse clinical events (ACEs) in NH: A 1-year survey study*, in "J Am Geriatr Soc", vol. 49, pp. 15-25.

- BELLELLI G., MAGNIFICO F., TRABUCCHI M. (2008), *Outcomes at 12 months in a population of elderly patients discharged from a rehabilitation unit*, in "J Am Med Dir Assoc", vol. 9, pp. 55-64.
- BELLELLI G., TRABUCCHI M. (2011), *The role of physicians in nursing homes: a comment*, in "J Am Med Dir Assoc", vol. 12, n. 5, pp. 387-8.
- CHERUBINI A., EUSEBI P., DELL'AQUILA G., LANDI F., GASPERINI B., BACUCCOLI R., MENCULINI G., BERNABEI R., LATTANZIO F., RUGGIERO C. (2011), *Predictors of Hospitalization in Italian Nursing Home Residents: The U.L.I.S.S.E. Project*, in "J Am Med Dir Assoc", [in press].
- GELMINI G., (2005), *Gestione clinica di evento acuto in RSA*, in "Giornale di Gerontologia", 53: 318-324.
- GRABOWSKI D.C., O'MALLEY A.J., BARHYDT N.R. (2007), *The costs and potential savings associated with nursing home hospitalizations*, in "Health Aff", vol. 26, n. 6, pp. 1753-61.
- HELTON M.R., COHEN L.W., ZIMMERMAN S., VAN DER STEEN J.T. (2011), *The importance of physician presence in nursing homes for residents with dementia and pneumonia*, in "J Am Med Dir Assoc", vol. 12, n. 1, pp. 68-73.
- LOPEZ S., SIBILANO A., STEFANONI M.G., GAZZARDI G., BALCONI R., GUAITA A. (2009), *La complessità e l'instabilità nell'anziano istituzionalizzato*, in "G Gerontol", vol. 57, pp. 23-32.
- MCCLOSKEY R.M. (2011), *A qualitative study on the transfer of residents between a nursing home and an emergency department*, in "J Am Geriatr Soc", vol. 59, pp. 717-24.
- OUSLANDER J.G., LAMB G., PERLOE M., GIVENS J.H., KLUGE L., RUTLAND T., ATHERLY A., SALIBA D. (2010), *Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs: [see editorial comments by Drs. Jean F. Wyman and William R. Hazzard, pp. 760-761]*, in "J Am Geriatr Soc", vol. 58, n. 4, pp. 627-635.
- SALIBA D., KINGTON R., BUCHANAN J., BELL R., WANG M., LEE M., HERBST M., LEE D., SUR D., RUBENSTEIN L. (2000), *Appropriateness of the decision to transfer nursing facility residents to the hospital*, in "J Am Geriatr Soc", vol. 48, n. 2, pp. 154-63.
- SCARCELLA C., PODAVITTE F., TRABUCCHI M. (2010), *Strategie per la fragilità. Un modello di rete*, Rimini, Maggioli.
- TENO J.M., GOZALO P.L., LEE I.C., KUO S., SPENCE C., CONNOR S.R., CASARETT D.J. (2011), *Does Hospice Improve Quality of Care for Persons Dying from Dementia?*, in "J Am Geriatr Soc", vol. 59, n. 8, pp. 1531-6.
- VELLAS B., STEPHAN E. (2011), *A research agenda for nursing homes*, in "J Am Med Dir Assoc", vol. 12, n. 6, pp. 393-4.
- WYMAN J.F., HAZZARD W.R. (2010), *Preventing avoidable hospitalizations of nursing home residents: a multipronged approach to a perennial problem*, in "J Am Geriatr Soc", vol. 58, pp. 760-1.

10. Quali prospettive per la residenzialità?

Enrico Brizioli, Marco Trabucchi

1. Inventare il futuro

Lo scopo di queste righe conclusive non è riassumere in uno spazio ridotto le dinamiche di ampio respiro delineate nella parte monografica del Rapporto ma offrire spunti ad un ulteriore progresso della prassi che in questi anni si è sviluppata attorno alla residenzialità dell'anziano. Infatti la vita delle residenze è tale per cui possono essere solo strutture che si aprono al nuovo generato dalle conoscenze cliniche, psicologiche, sociali e tecnologiche; se invece si ripiegano su se stesse e sul loro pur molto importante ruolo sono destinate a una progressiva decadenza, che significa soprattutto una ridotta qualità dei servizi offerti.

Complessità e frammentazione sono due parole chiave per leggere il tempo presente; di fronte ad un mondo globalizzato, nel quale uomini e donne vivono una continua esperienza di difficoltà individuali e collettive, le risposte più diffuse – quando ci sono – sono caratterizzate dall'assenza di attenzione all'insieme. Il primo compito di chi si accinge a indicare percorsi per le persone fragili è invece quello di ricomporre la realtà sociale (e anche del singolo individuo), per offrire risposte che l'accompagnino nel tempo; le residenze per anziani si collocano in questa logica perché si pongono l'obiettivo di fornire un'assistenza completa, attenta a tutti gli aspetti della vita, collocandosi in una posizione centrale nella rete dei servizi.

La crisi economica del paese, che rischia di riflettersi soprattutto sui servizi per anziani e disabili perché rivolti alle persone fragili e quindi prive di difese, deve trovare punti di equilibrio (o di resistenza alla sua pervasività) in una cultura e in una prassi orgogliose, che non rinunciano a difendere spazi e ruoli nel momento attuale ma soprattutto si impegnano a progettare e ad offrire alla comunità servizi di qualità sempre migliore. Solo così la generosità collettiva potrà essere stimolata ad un impegno civile a favore degli anziani non autosufficienti.

Inventare il futuro è in questo momento un passaggio doveroso per chiunque abbia a cuore un sistema capace di proteggere realmente le persone anziane più deboli; gli operatori di qualsiasi provenienza professionale in questa logica hanno una doppia responsabilità, perché più di altri hanno il compito di indicare le strade percorribili. Però il futuro delle residenze non si deve prospettare in una

logica di chiusura, perché all'elaborazione di nuovi modelli dovrebbero partecipare competenze e culture diverse, anche non direttamente coinvolte nell'assistenza. Infatti la presenza degli anziani non autosufficienti bisognosi di una protezione istituzionale ha assunto dimensioni rilevanti nelle nostre città e quindi la risposta alla loro domanda di supporto deve coinvolgere l'intera città. Solo così si evita che i vecchi vivano in un mondo separato, dominato dalla perdita e dalla solitudine; solo così si evita che la città perda il contatto con una parte rilevante della propria storia e delle proprie radici. Quindi l'impegno espresso in queste poche righe ha una dimensione ben più ampia di quella apparente!

2. Gli anni davanti a noi

Ora saranno passate in rassegna le condizioni che caratterizzano il tempo presente dal punto di vista dell'organizzazione sociale e della realtà economica dell'Italia, con le ricadute sul sistema della cure agli anziani non autosufficienti. A questi dati verranno contrapposti alcuni modelli dell'organizzazione delle residenze e dell'assistenza che permettano di mantenere un decente equilibrio tra qualità e costi. Alla fine verranno discusse le modalità per costruire dinamiche positive all'interno della rete dei servizi, evitando rotture critiche. L'insieme di questi progetti per il futuro richiede operatori capaci; il nostro sistema educativo è oggi adeguato rispetto ad una sfida così impegnativa?

a) *Lo scenario: le difficoltà economiche*

I prossimi anni saranno dominati dalle difficoltà economiche; nessuno si illude che il pareggio del bilancio statale sarà ottenuto nel 2013 e quindi bisogna attendersi che la stretta sui sistemi di welfare continuerà almeno per un decennio. Questo anche perché le subentranti manovre di riduzione della spesa dovranno di anno in anno affrontare il progressivo invecchiamento della popolazione, con la relativa crescita della domanda di servizi. Senza voler scendere qui in una ulteriore analisi del fenomeno – affrontato ampiamente nella prima parte del Rapporto – non vi è dubbio che la disponibilità di finanziamenti per il settore sarà limitata, sulla linea dei provvedimenti restrittivi che alcune Regioni hanno già adottato da un paio d'anni (blocco delle tariffe, riduzione dei posti letto accreditati, blocco dell'attività delle unità di valutazione per l'accesso ai servizi, ecc.). Le difficoltà economiche non riguardano solo il fondo sanitario, ma anche i Comuni, ai quali sono stati ridotti drasticamente i trasferimenti. Ciò impedisce che possano aiutare i non abbienti nel pagamento delle tariffe per le residenze. In conseguenza di questi problemi in alcune Regioni è iniziato il fenomeno della richiesta di dimissione dalle residenze da parte di famiglie per l'impossibilità di continuare il pagamento delle rette.

Sempre sul piano economico, è ipotizzabile che a breve crescano nuove fonti di finanziamento (la mutualità integrativa). I tempi sembrano escludere almeno per il prossimo quinquennio ipotesi realistiche di sviluppo dei finanziamenti alle residenze attraverso queste vie. Anzi, le analisi dell'OCSE, proposte nel capitolo 4, mostrano che a livello internazionale la diffusione di queste nuove fonti di finanziamento privato è stata sinora estremamente ridotta. Gli esperti dell'OCSE – in linea con la quasi totalità degli studiosi di tutti i paesi – non ritengono sia realistico attendersi in futuro un particolare sviluppo delle assicurazioni private, nelle loro varie forme.

b) Lo scenario: le modificazioni demografiche e sociali e la mancanza di prospettiva politica

Le difficoltà finanziarie dello Stato, delle Regioni e dei Comuni hanno un riflesso anche sulle difficoltà delle famiglie, pesantemente condizionate dalla riduzione dei salari e dalla disoccupazione. In particolare pesa la disoccupazione femminile, che arricchiva la famiglia di un salario aggiuntivo, e quella dei giovani, che continuano a pesare sulle finanze della famiglia, mentre fino a qualche tempo fa il loro ingresso nel mercato del lavoro rappresentava un bilanciamento di fatto delle maggiori spese affrontate per il mantenimento di un anziano in una struttura residenziale. Oggi la disoccupazione femminile ha permesso l'assistenza per un periodo più lungo dell'anziano non autosufficiente all'interno della propria famiglia; il tutto però dominato dalla sofferenza provocata da una scelta obbligata e da condizioni complessive di ristrettezze economiche. La diffusione degli assegni di cura in alternativa all'istituzionalizzazione ha illuso sulla possibilità di una riorganizzazione del sistema a costi minori; pur senza assumere un giudizio aprioristicamente negativo, l'alternativa non sembra adeguata sia rispetto alle esigenze di cura dell'anziano pluripatologico e non autosufficiente (e quindi bisognoso di interventi qualificati) sia rispetto all'organizzazione della famiglia negli anni a venire. Nel prossimo futuro lo scenario sarà certamente dominato anche da nuove regole per il tempo di pensionamento, per cui le famiglie non disporranno più di donne pensionate in età relativamente giovane, in grado di costruire attorno a loro il sistema di cure dell'anziano nella casa. Sullo sfondo resta inoltre, sempre più preoccupante, la realtà della crisi della struttura familiare tradizionalmente intesa; come sarà possibile organizzare un'assistenza continuativa ed efficace di fronte alla frantumazione delle relazioni e dell'organizzazione pratica delle convivenze?

In presenza di questo scenario la politica non è stata in grado di indicare strade percorribili, né sembra che si possano intravedere coraggiose (o anche modeste) scelte. È dall'88 (il famoso articolo 20) e dal '93 (progetto obiettivo anziani e linee guida ministeriali sulle residenze) che la politica non affronta con una prospettiva di respiro il tema della residenzialità. Nel primo caso si prospet-

tava un'ampia possibilità di finanziamento del settore al fine di indurne una forte modernizzazione, però con precise regole qualitative, nel secondo invece si indicavano linee programmatiche generali per una crescita razionale dell'area delle cure per la non autosufficienza. Né a livello nazionale né a livello regionale sono state costruite alternative significative. Allo stesso tempo la residenzialità si è sviluppata molto, senza linee generali che ne regolassero e potenziassero il ruolo sociale; è stata vittima di una sostanziale trascuratezza istituzionale di cui oggi si misurano le gravi conseguenze.

c) Lo scenario: la crisi della medicina della cronicità

Le difficoltà sopraindicate dovrebbero essere bilanciate da una cultura geriatrica forte, in grado di indicare strade percorribili per l'assistenza dell'anziano ammalato nella casa, negli ospedali, nelle strutture intermedie, nelle residenze. Invece si deve constatare che purtroppo manca una visione complessiva, e l'indicazione sia di quali sono gli anziani che si gioverebbero dei singoli segmenti delle reti sia di quali sono gli interventi più appropriati. In particolare per le residenze non sono disponibili linee guida e protocolli specifici, ma nemmeno studi mirati, che indichino il livello al quale collocare l'equilibrio tra l'intervento clinico rispetto a quello assistenziale e psicologico. Questa mancanza si riflette sulla pratica; si incontrano quindi modelli assolutamente diversi tra di loro per l'intensità di un intervento o dell'altro, con diversa qualità-quantità degli operatori. Il fenomeno è di per sé grave, perché di fronte allo stesso bisogno vitale (i vecchi ammalati della Lombardia non sono diversi da quelli della Campania) si mettono in atto interventi completamente difformi tra loro, con evidenti disparità nei risultati raggiunti.

Di fronte a queste realtà la cultura geriatrica dovrebbe continuare l'autocritica, già ampiamente iniziata dagli autori americani, sulla propria incapacità di offrire indicazioni valide al potere politico e amministrativo ed anche sull'eccessiva prudenza nell'opporsi a soluzioni chiaramente inadeguate. Ma il nucleo della crisi non è tanto (o non solo) nella mancata proposta di soluzioni concrete, quanto nell'incapacità di identificare i modi più adeguati per una cura delle cronicità (a partire dalle problematiche diagnostiche per arrivare a quelle terapeutiche, riabilitative e assistenziali). La medicina non ha ancora incorporato nella propria cultura il senso della vita dell'anziano e quindi il livello di intervento necessario perché le dinamiche vitali possano esprimersi al massimo delle loro potenzialità (ovviamente molto differenziate per i diversi livelli di compromissione). Gli atti di cura discendono da una definizione degli obiettivi che vengono definiti; se questi non sono chiari (o addirittura la loro definizione non viene contemplata) manca una guida all'azione giornaliera. Ciò si riflette in modo particolarmente grave sulla residenzialità; si potrebbe affermare che in questo settore la cultura

specifica è altrettanto importante che i finanziamenti e quindi ancor più critica in questo momento di crisi economica.

d) Il mondo delle residenze deve pensare a se stesso: nuovi modelli organizzativi

Da tempo si discute sull'esigenza che le residenze si trasformino in centri di servizi dove concentrare gli interventi per uno specifico territorio. L'esperienza sono molte e tra di loro diverse; manca però un'analisi critica dei risultati raggiunti sul piano qualitativo e rispetto ai bilanci della residenza. Essendo una problematica rilevante, perché la riorganizzazione in questa direzione potrebbe indurre nuova vitalità per l'intera rete dei servizi, sarebbe opportuno sviluppare valide sperimentazioni con l'obiettivo di misurare in modo analitico i vantaggi nei diversi ambiti ottenibili attraverso la riorganizzazione. Ad esempio, come potrebbe una residenza diventare un luogo dove si organizza la prevenzione per gli anziani del territorio, o, ancora più, la stessa attività di assistenza domiciliare e formazione delle famiglie? Come può diventare il centro di coordinamento dei "custodi sociali" che si spera si diffonderanno negli agglomerati urbani? Come potrà instaurare rapporti significativi con le realtà vive del territorio (gruppi di pensionati, volontariato, centri sociali, parrocchie, ecc.)? Come potrà organizzare l'impresa sempre difficile di assistere le famiglie nei loro processi di auto-organizzazione? Queste ed altre potrebbero essere le prospettive di lavoro delle residenze/centri servizio, sulla strada della conquista di una centralità che avvantaggerebbe la residenza stessa, ma soprattutto le persone fragili di un territorio che troverebbero risposte ai bisogni presso un unico luogo (fisico, organizzativo e psicologico).

e) L'assistenza a persone anziane sempre più malate e funzionalmente compromesse

La condizione degli ospiti delle residenze è stata ampiamente discussa in questo Rapporto: sono sempre più vecchi, con gravi compromissioni dell'autonomia motoria e delle funzioni cognitive. Sono quindi cittadini che hanno l'esigenza di servizi qualificati, di alto costo e di alta qualificazione professionale. Tenendo sullo sfondo le problematiche economiche, ma senza attribuire loro la funzione di premessa che blocca qualsiasi altra discussione, vi sono molti interrogativi ai quali è necessario rispondere per delineare un futuro dell'assistenza a questa tipologia di persone: quale deve essere il livello di medicalizzazione compatibile con le risorse finanziarie, ma soprattutto con il livello di gravità clinica degli ospiti? Quale deve essere il livello di tecnologizzazione degli interventi, senza trasformare le residenze in piccoli ospedali, ma allo stesso tempo permettendo loro di gestire in modo adeguato la gran parte degli eventi medici (si veda al proposito la discussione sempre viva sul trasferimento degli ospiti in ospedale)? È opportuno riservare letti a nuclei specializzati per patologia (demenze, parkinsonismi, ictus, scompenso cardiaco, ma anche patologie meno frequenti

ma complesse come la SLA, ecc.)? Quale spazio dare a letti di hospice formalizzati, tenendo conto che oggi la totalità degli ospiti muore nelle residenze? Quanti letti devono essere riservati a funzioni di sollievo e quanti a funzioni di post-acuzie, garantendo un'adeguata capacità operativa a persone che sono per definizione ancora clinicamente instabili (a meno di ridurre drasticamente il ruolo operativo dei servizi di post-acuzie)?

f) *La qualità e i costi. Quale equilibrio per il futuro?*

Un interrogativo pesante che sarà sempre più presente nelle decisioni dei prossimi mesi riguarda il livello di compatibilità tra la riorganizzazione di alcuni servizi residenziali in modo da ridurre i costi e la qualità indispensabile per garantire una buona vita ed il controllo della salute degli ospiti. Questa incertezza domina il complesso del Rapporto e il futuro immediato del sistema della residenzialità. Chi è chiamato a definire un ipotetico confine invalicabile? La politica? I rappresentanti degli utenti in qualche modo aggregati tra di loro? La cultura e la pratica geriatrica? O, peggio, un'evoluzione non governata, indotta da un susseguirsi drammatico di microcrisi che avvengono nei vari territori? Nel Rapporto N.N.A. del 2010 sono state presentate alcune possibili alternative per residenze a basso costo ⁽¹⁾; a distanza di un anno non si sono visti risultati significativi di eventuali sperimentazioni costruite secondo questi criteri. Inoltre un "low cost" artigianale e grossolano rischia di ridurre solo l'assistenza più propriamente sanitaria, abbassando il livello complessivo della capacità assistenziale delle strutture.

Viene del resto da porsi una domanda: in una situazione di ristrettezze ha senso continuare a finanziare, poco e male, l'enorme numero dei posti letto necessari a rispondere ad una domanda non filtrata? O vale la pena di concentrare le energie sulle situazioni di maggior complessità cui realmente la rete familiare non è in grado di fornire una risposta? Può essere utile rimodulare le quote di partecipazione alla spesa degli utenti in relazione inversa al grado di complessità clinica, in modo da "disincentivare" il ricovero degli utenti con minori problematiche e focalizzare le risorse sulle situazioni a maggior complessità? Questa scelta sembrerebbe logica, ma è noto quanto sia elevata la complessità delle situazioni umane e cliniche delle persone anziane e quindi come sia difficile utilizzare gli strumenti dell'*assessment* multidimensionale per compiere fini "dissezioni" del bisogno.

La dialettica è ancora aperta e non può non destare preoccupazione per l'immediato futuro; come saranno le residenze nel 2020? Piccoli ospedali per persone

⁽¹⁾ BRIZIOLI E., TRABUCCHI M. (2009), *Gestire le strutture residenziali nel 2020*, in N.N.A. (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli, pp. 117-131.

molto, molto gravi? E gli altri anziani in condizioni di media complessità clinica da chi saranno assistiti se non cambia radicalmente l'attuale organizzazione della medicina di famiglia? E in quale condizione di solitudine saranno costretti a vivere? Non si dimentichi che oggi per le persone sole e non cognitivamente compromesse la residenza rappresenta un luogo di convivenza che offre un minimo di relazioni.

g) *La rete dei servizi per gli anziani*

La rete dei servizi ha configurazioni assai differenti nelle varie parti d'Italia. Però – pur partendo da livelli organizzativi molto diversi – sta subendo un processo continuo di adattamento. A questo proposito vi sono due domande chiave: come si modificherà la rete dei servizi, in conseguenza dei cambiamenti che avverranno nelle residenze? Ma, anche, come le residenze vivranno i cambiamenti che stanno avvenendo nei servizi territoriali? È un ambito dominato dall'incertezza, perché una guida unitaria a livello di distretto, il quale a sua volta delega funzioni ai centri servizio/residenze, potrebbe facilitare molti atti assistenziali. Il distretto, se utilizza con determinazione la sua funzione di cerniera tra il bisogno (anche quello che si esprime in modo precario) e i servizi, diviene il punto di equilibrio di tutto il sistema. Ma ciò richiede che il responsabile ed i suoi collaboratori godano di un prestigio professionale tale da permettere loro di guidare i servizi, superando autonomie spesso dannose, e allo stesso tempo di convincere i cittadini che il distretto è una realtà viva e capace di aiutarli nelle difficoltà e non solo un luogo dove si accentra la burocrazia.

Un nodo della rete è rappresentato dai rapporti con gli ospedali, luoghi di cura che non sempre sanno costruire e rispettare la continuità delle cure. Da questo punto di vista la separazione tra ASL e ospedali, attuata in alcune Regioni, ha rallentato la realizzazione di programmi di collaborazione, importanti tra l'altro per ridurre i ricoveri di anziani provenienti dalle residenze e per garantire la prosecuzione delle cure una volta rientrati nel luogo normale di vita. La progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri sotto la soglia del 3 per mille finirà per esasperare il fenomeno della dimissione rapida, senza alcun interesse non solo per la continuità del percorso terapeutico ma anche per la capacità assistenziale della struttura di destinazione.

Infine vi è il nodo dei rapporti con i medici di medicina generale, che in alcune Regioni hanno in carico gli ospiti delle residenze; la dialettica non è sempre facile ed è destinata a diventare più complessa con l'aggravarsi delle condizioni di salute degli ospiti, che richiedono competenze specifiche in ambito geriatrico.

h) *Una formazione adeguata degli operatori*

L'insieme delle indicazioni sopra delineate portano a riconsiderare profondamente il sistema di formazione degli operatori delle residenze. Oggi non vi è alcuna specificità né specializzazione sia a livello dei medici che delle altre pro-

fessioni sanitarie (si noti a questo proposito che il numero degli ospiti delle residenze è di gran lunga superiore a quello dei malati ai quali sono dedicate alcune specializzazioni post-laurea dei medici!). Lo scenario è dominato anche dalla prospettiva di una mancanza a breve di operatori formati che, a prescindere dalla specializzazione, scelgano di lavorare nelle residenze. Dove si troveranno medici in numero sufficiente, anche considerando che l'immigrazione sta progressivamente riducendosi? Come organizzare un progressivo aumento della responsabilità degli infermieri, peraltro anch'essi destinati a ridursi drasticamente di numero? Come formare gli OSS in modo che possano compiere azioni oggi riservate ai soli infermieri? E le altre figure professionali sono necessarie nelle residenze o la loro funzione può essere vicariata da altre?

Anche rispetto ai contenuti delle professionalità andrebbero compiute profonde riconsiderazioni, in modo da far prevalere le conoscenze che permettono di intervenire sulle malattie di lunga durata, che si intersecano fra di loro, che hanno forti riflessi sull'autonomia, come sono quelle che affliggono gli anziani ospiti delle residenze. Ma l'università è in grado nei prossimi anni di compiere una così profonda revisione dei propri scopi e contenuti operativi? In molti prevedono che presto un modello di scuola di medicina dipendente da SSN prenderà il posto dell'attuale facoltà medica e dei corsi di laurea correlati. Ovviamente si tratta di un cambiamento di grande rilievo; il punto fondamentale da difendere – qualsiasi sia la forma organizzativa – è lo spazio da dedicare alle malattie croniche ed ai servizi ad esse collegati, in modo da garantire una cultura degli operatori che sappia leggere la complessità, la longitudinalità delle dinamiche di salute, la multiformità della clinica anche se di difficile rilevazione. Solo così si potrà garantire agli anziani non autosufficienti una coorte di giovani operatori in grado di assumerne la cura con competenza e ottimismo e di superare con la forza delle idee e dei modelli sperimentati le gravi difficoltà che si profilano all'orizzonte.

Gli Autori

Anna Bancho è responsabile dell'Area Sociosanitaria presso l'Agenzia Sanitaria Regionale della Liguria e Coordinatore del Gruppo interregionale Politiche Sociali. È stata più volte designata dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni come Esperto in Gruppi e Commissioni del Ministero della Salute, del Welfare e del CNR, in materia di Programmazione dei servizi, disabilità, non autosufficienza e integrazione sociosanitaria. Inoltre, è docente di Programmazione e Accreditamento dei Servizi Sociali e Sociosanitari presso l'Università di Genova. È componente di N.N.A.

Francesco Barbabella è dottorando di ricerca presso l'Università di Macerata e borsista presso l'Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani (INRCA - IRCCS) di Ancona. Oltre ad occuparsi di tematiche riguardanti la promozione della salute, collabora in diversi progetti di ricerca europei relativi alle conseguenze socio-economiche dell'invecchiamento, all'*active ageing* ed alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nel campo dell'*home care*. Al momento è *junior researcher* presso lo European Centre for Social Welfare Policy and Research di Vienna (Austria), centro affiliato alle Nazioni Unite.

Enrico Brizioli è amministratore delegato dell'Istituto di Riabilitazione S. Stefano società del gruppo KOS. Esperto in programmazione sanitaria ha collaborato con diverse Regioni per la stesura dei piani sanitari ed è professore a contratto dell'Università di Ancona. Dal 2001 ha fatto parte della commissione ministeriale LEA dove ha coordinato il sottogruppo sociosanitario. In qualità di responsabile scientifico del Mattone 12 ha curato la nuova definizione dei flussi informativi per le prestazioni residenziali. È componente di N.N.A.

Antonio Cherubini è professore associato di Gerontologia e Geriatria presso l'Università degli Studi di Perugia, membro del consiglio direttivo della Società italiana di Gerontologia e Geriatria e della **European Union Geriatric Medicine Society**. È autore di oltre 150 pubblicazioni in lingua inglese su riviste indicizzate e di 5 libri di tema gerontologico e geriatico. Uno dei principali temi di ricerca e di interesse è l'assistenza continuativa all'anziano, in particolare nelle residenze.

Carlos Chiatti è laureato in economia e dottore di ricerca in epidemiologia. Lavora come ricercatore presso il Polo Scientifico Tecnologico dell'INRCA e l'**Institute of Ageing and Health** dell'Università di **Newcastle upon the Tyne (UK)**. Inoltre, è docente di economia sanitaria presso l'Università Politecnica delle Marche. I suoi principali interessi di ricerca so-

no le politiche di welfare per gli anziani, l'organizzazione dei servizi sanitari e l'analisi delle disuguaglianze sociali di salute.

Francesca Colombo lavora presso l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) di Parigi dal 1999. Come Economista Senior, ha condotto diversi studi sulle politiche sanitarie e di assistenza continuativa, tra cui il recente studio OCSE **Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care**. È autrice di numerosi studi sulla assicurazione sanitaria privata, la migrazione del personale sanitario, la forza lavoro nel settore sanitario, e diversi studi paese. Prima di entrare nell'OCSE, ha lavorato come economista presso il Ministero della Sanità della Guyana, sotto la British Overseas Development Institute Fellowship Scheme.

Cristiano Gori è docente di politica sociale all'Università Cattolica e consulente scientifico dell'Istituto per la Ricerca Sociale, a Milano, e *visiting senior fellow* presso la *London School of Economics*, a Londra. Ha recentemente curato *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali* (Maggioli, 2010) e *Per un piano nazionale contro la povertà* (Carocci, 2011). È direttore di "Welfare Oggi" ed editorialista de "IlSole-24Ore". È componente di N.N.A.

Antonio Guaita, geriatra e fisiatra, è direttore della Fondazione Golgi Cenci che si occupa di studi e ricerche sull'invecchiamento cerebrale e la demenza. Cura la rivista "I luoghi della cura". Nel 2009 ha pubblicato in *Riabilitare l'anziano* di Giuseppe Bellelli, il capitolo "La medicina delle persone fragili". Nel 2010 ha scritto il capitolo "Interventi non farmacologici per l'invecchiamento cerebrale e la demenza" in *Il viaggio verso la saggezza* di Cristini C., Albanese A., Franco Angeli. Nel 2011 ha pubblicato sul "**Journal of American Medical Association (JAMA)**" un "**commentary**" su "**Prosthetic approach for individuals with dementia?**". È componente di N.N.A.

Giovanni Lamura è ricercatore presso l'INRCA-IRCCS e consulente dello European Centre for **Social Welfare Policy and Research** (Vienna). I suoi interessi si concentrano nell'ambito della ricerca comparata in materia di servizi e politiche a sostegno dell'assistenza familiare all'anziano non autosufficiente, lavoro privato di cura, qualità della vita e prevenzione degli abusi in età anziana.

Filippo Masera è ricercatore INRCA e si occupa di modelli assistenziali per gli anziani. Già Coordinatore di Ambito Sociale nella Regione Marche, è stato direttore di strutture per anziani. Ha partecipato al gruppo di lavoro del Mattone 12 contribuendo alla definizione dei flussi informativi per le prestazioni residenziali.

Franco Pesaresi è dipendente del Comune di Ancona e presidente della Associazione nazionale operatori sociali e sociosanitari (ANOSS). È stato direttore della Zona territoriale di Senigallia/ASUR Marche fino a settembre 2011. Si interessa di organizzazione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari. È autore di numerose pubblicazioni. È componente di N.N.A.

Cristina Rocchetti, assistente sociale, dal 2009 svolge la propria attività professionale nell'ambito del servizio sociale ospedaliero dell'INRCA. I suoi principali interessi riguardano le politiche sociali e di integrazione sociosanitaria, nonché le problematiche psico-sociali correlate all'ospedalizzazione del paziente anziano affetto da patologia cronica. Attualmente, tra le sue principali competenze rientra l'attivazione dei servizi sociosanitari territoriali per la garanzia della continuità assistenziale e per il miglioramento della qualità di vita del paziente non autosufficiente in fase di dimissione ospedaliera.

Marco Trabucchi è professore ordinario nella Facoltà di Medicina dell'Università di Roma - Tor Vergata, Direttore Scientifico del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia e Presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrica. È stato presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. Coordina la sezione di politiche sociali e sanitarie della Fondazione Smith Kline. È autore di oltre 500 pubblicazioni scientifiche su riviste indicizzate, prevalentemente in ambito geriatrico e gerontologico. È componente di N.N.A.

Opere pubblicate nella stessa collana

- **Giovani, legalità e riqualificazione degli spazi**
Liliana Leone
- **Turismo sociale**
Giuseppe Magistrali (a cura di)
- **Complessità, organizzazione, sistema**
Silvio Coraglia, Giovanni Garena
- **Alzheimer e ambiente**
Marta Roncaglia, Damiano Mantovani, Letizia Espanoli
- **L'infermiere e la legge**
Marco Cazzola, Giovanni Chilin
- **Alzheimer in movimento**
Gianbattista Guerrini, Giuseppina Giorgi Troletti
- **I servizi dell'infanzia**
Mara Mattesini
- **Assistenza, etica ed economia**
Maila Mislej
- **Distretto e nursing in rete: dall'utopia alle pratiche**
Ofelia Altomare, Barbara Ianderca, Loreta Lattanzio, Cristina Stanic
- **Salute mentale e organizzazione che cura**
Livia Bicego, Cristina Brandolin, Annamaria Cociani, Adriana Fascì, Nicoletta Semeria
- **Il lavoro minorile**
Paula Benevene
- **Capire la psichiatria**
Maria Isabella Greco
- **Le informazioni e gli operatori sanitari**
Andrea Maccari, Gaetano Romigi
- **Le adolescenze**
Giovanni Amodio (a cura di)
- **Manuale di fund raising e comunicazione sociale**
Federico Spazzoli, Matteo Matteini, Marco Mauriello, Roberta Maggioli
- **La comunicazione che cura**
Giuseppe Magistrali (a cura di)
- **Il disabile adulto**
Alain Goussot (a cura di)
- **La dirigenza dei servizi infermieristici**
Patrizia Nappini, Mauro Petrangeli, Maria Serina
- **Piccoli e grandi: la comunità protegge i suoi bambini**
Saveria Addotta, Maria Teresa De Camillis
- **Sistema di gestione per la qualità delle residenze per anziani non autosufficienti**
Adriano Guala, Bettina Gallia, Laura Cazzulino, Paola Garbella
- **Misurare la complessità assistenziale**
Bruno Cavaliere
- **Alla scoperta del lavoro e dell'organizzazione**
Claudio Ruggiero
- **Nel nuovo welfare**
Giovanni Devastato
- **Accreditamento volontario di eccellenza**
Pierluigi Morosini e Paolo Piergentili (a cura di)
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia Rapporto 2009**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza (a cura di)
- **L'ansia: conoscerla e superarla**
Erica Elisei
- **Comprendere la povertà**
Francesco Marsico e Antonello Scialdone (a cura di)
- **Adatti e quasi adatti a scuola**
Antonio Iannaccone e Giuseppina Marsico
- **Diritto dei servizi sociali**
Massimiliano Gioncada
- **Assistenza in psicogeriatrica**
Fabrizio Ascoli e Marco Trabucchi (a cura di)
- **La progettazione terapeutica nelle strutture socio-sanitarie**
Monica Zanolla
- **Integrazione socio-sanitaria**
Luca Degani, Raffaele Mozzanica
- **Servizio sociale professionale e medicina legale**
Laura Brizzi, Claudia Cannoni
- **Cooperazione sociale Legacoop in Emilia-Romagna**
Alberto Alberani e Luciano Marangoni (a cura di)

- **Il capitale umano del terzo settore**
Paula Benevene
- **Siamo tutti stakeholder**
Marisa Parmigiani
(a cura di)
- **Democrazia e nursing**
Maila Mislej
- **Riabilitazione psicosociale nell'infanzia e nell'adolescenza**
Giovanni Battista Camerini ed Enzo Sechi
(a cura di)
- **Elementi di etica per operatori socio-sanitari**
Renzo Zanon
- **Adolescenza: stili di vita e comportamenti a rischio**
Susanna Testa
(a cura di)
- **Il personale nelle RSA e nelle strutture per anziani**
Franco Iurlaro
- **Attraversare il dolore per trasformarlo**
Letizia Espanoli e Nicoletta Todesco
(a cura di)
- **Elementi di Clinical Governance in Pneumologia**
Roberto Walter Dal Negro, Davide Croce, Antonio Sebastiano
- **Viva gli Anziani!**
Comunità di Sant'Egidio
- **Errore e apprendimento nelle professioni di aiuto**
Alessandro Sicora
- **Il personale nel non profit**
Federico Spazzoli e Francesco Liuzzi
- **Innovazione gestionale in sanità Riorganizzazione dei processi tecnico-amministrativi in materia di acquisti e logistica Esperienze a confronto**
Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto
- **Accordi e contratti nel "rinnovato" sistema di remunerazione delle prestazioni e delle funzioni ospedaliere**
Francesco Ciro Rampulla, Livio Pietro Tronconi
- **Uscire dal buio**
Tommaso Mola
- **Esperienze di welfare locale**
Daniela Gatti e Paolo Rossi
(a cura di)
- **La formazione sul campo**
Antonio Pignatto, Costantina Regazzo, Paolo Tiberi
- **Bisogni sospetti**
Emilio Vergani
- **Il mestiere dell'educatore**
Francesca Mazzucchelli
(a cura di)
- **Oltre il motivo del profitto**
Maria Vella
- **Schiavitù di ritorno**
Francesco Carchedi
(a cura di)
- **La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze**
Stefano Bugnoli
(a cura di)
- **Nursing narrativo**
Silvia Marcadelli, Giovanna Artioli
- **Qualità e Accreditamento dei Servizi Sociali**
Giovanni Garena, Anna Maria Gerbo
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 2° Rapporto**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza
(a cura di)
- **Benchmarking e activity based costing in ambito socio-sanitario**
Antonio Sebastiano ed Emanuele Porazzi
(a cura di)
- **L'analisi di bilancio nelle Aziende pubbliche di Servizi alla Persona**
Enrico Bracci
- **Governo clinico e cure primarie**
Carmelo Scarcella e Fulvio Lonati
(a cura di)
- **Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche**
Claudia Caula e Alberto Apostoli
(a cura di)
- **Come cambia il welfare lombardo**
Cristiano Gori
(a cura di)
- **Strategie per la fragilità**
Carmelo Scarcella, Fausta Podavitte, Marco Trabucchi
- **Cooperare per l'infanzia**
Alfredo Morabito
(a cura di)

- **Le disabilità complesse**
Alain Goussot
(a cura di)
- **Tra normalità e rischio**
Cristina Faliva
(a cura di)
- **Non autosufficienza e territorio**
Koinè
- **Riflettere e agire relazionalmente**
Giovanna Rossi e Lucia Boccacin
(a cura di)
- **Metodi e strumenti per la qualità dell'integrazione scolastica della persona disabile**
Sabrina Paola Banzato, Loretta Mattioli
- **La relazione come cura nell'assistenza geriatrica**
Giovanni Braidì, Giovanni Gelmini
- **Il problema obesità**
Paola Gremigni e Laura Letizia
(a cura di)
- **Il tempo del morire**
Marta Roncaglia, Roberto Biancat,
Luca Bidoglia, Francesca Bordin,
Maurizio Martucci
- **Comunicazione profonda in Sanità**
Francesco Calamo Specchia
- **Sette paia di scarpe**
Paola Rossi
- **Manuale di empowerment con i genitori**
Anna Putton, Angela Molinari
- **Professione Counseling**
Piera Campagnoli
(a cura di)
- **Manuale di movimentazione del paziente**
Samanta Cianfrone
- **Guida al welfare italiano: dalla pianificazione sociale alla gestione dei servizi**
Raffaello Maggian
- **Contro la contenzione**
Maila Mislej, Livia Bicego
- **Assistere a casa**
Giuseppe Casale e Chiara Mastroianni
(a cura di)
- **Anziani da slegare**
Maria Luisa Vincenzoni
(a cura di)
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 3° Rapporto**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza
(a cura di)