

Per una politica nazionale sulla non autosufficienza

Raffaele Atti*

L'assistenza agli anziani non autosufficienti è ancora in larga parte in carico alle famiglie, che vi fanno fronte con un ampio ricorso alle assistenti familiari. La frammentazione delle competenze tra Stato, Regioni ed enti locali e le difficoltà di integrare le varie fonti di finanziamento fanno affermare che non basta aumentare le risorse. Il rifinanziamento pluriennale del Fondo nazionale per la non autosufficienza lo rende strutturale e permette di avviare la definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali. Per essere efficace il Fondo deve far convergere le politiche molto diversificate

che le Regioni hanno avviato, puntando sulla qualità della presa in carico, dei piani individuali di assistenza e dell'a integrazione socio-sanitaria. Il prevalere dei trasferimenti monetari non aiuta il decollo di una rete integrata e qualificata di servizi orientati alla domiciliarità. È sempre più urgente una legge quadro nazionale per superare la frammentazione delle competenze, rapportare l'assegno di accompagnamento al fabbisogno assistenziale e ricondurlo al piano di assistenza individuale. In attesa della legge lo Spi ha deciso di costituire un Osservatorio nazionale sulle residenze per anziani.

RPS

1. Introduzione

Il nostro paese è ancora privo di una politica nazionale per la non autosufficienza degli anziani. La necessità di confrontarsi con gli effetti complessivi dell'invecchiamento della popolazione, di cui l'aumento degli anziani con diversi gradi di fragilità è una delle conseguenze più dirimpenti, non è ancora al centro dell'attenzione della opinione pubblica e delle priorità della politica, con il peso conferito dai dati demografici. «Se già nel 2005 la popolazione con 65 anni e più (19,5%) supera di 5 punti percentuali la popolazione fra 0 e 14 anni (14,1%), nel successivo decennio tale gap si accentua: nel 2015 le persone con 65 anni e più costituiscono il 21,7% della popolazione e quelle fra 0 e 14 anni il 13,8%. L'Italia sconta un crescente "debito demografico"»

* L'autore ringrazia Rosalba Minniti e Oliviero Capuccini per la collaborazione.

nei confronti delle generazioni future in termini di sostenibilità (previdenza, spesa sanitaria, assistenza, welfare): in appena un decennio, l'indice di dipendenza degli anziani passa dal 29,4 del 2005 al 33,7 del 2015 (+14,6%); l'indice di vecchiaia cresce da 138,1 anziani ogni 100 giovani di 0-14 anni del 2005 al 157,7 del 2015 (+14,2%). [...] la popolazione residente in Italia attesa per il prossimo futuro sarà caratterizzata da una composizione per età significativamente invecchiata: se nel 2015 le persone fra 0 e 14 anni rappresentano il 13,8% della popolazione, nel 2065 (secondo lo scenario centrale) si attesteranno al 12,7%. La popolazione di 65 anni e più, di converso, fra il 2015 e il 2065 crescerà dal 21,7% al 32,6%. La popolazione di 85 anni e più, ancora, che nel 2015 rappresenta il 3,2% della popolazione, nel 2065 si dovrebbe attestare al 10,0%. La popolazione in età attiva (fra i 15 e i 64 anni), infine, si contrarrà dal 64,6% del 2015 al 54,7% del 2065» (Istat, 2017).

Va anche osservato che l'aumento del tasso di dipendenza all'aumento della longevità non è automatico: sono la contestuale riduzione del tasso di natalità e l'insufficiente apporto migratorio che aumentano lo squilibrio. In questo senso va rimarcato che la prima azione utile a garantire la sostenibilità dell'invecchiamento della popolazione è una politica economica fortemente orientata alla occupazione, non solo perché l'aumento del tasso di occupazione incrementa le risorse che finanziano il welfare, ma perché l'aumento dell'occupazione è necessario per rendere socialmente sostenibile una politica esplicitamente volta a favorire un saldo migratorio positivo. Lo sviluppo di lavoro nei servizi sociali, in particolare quelli rivolti all'infanzia e agli anziani, è da un lato condizione per aumentare e consolidare il tasso di attività femminile e dall'altro uno dei modi per creare lavoro utile alla collettività.

Davanti a questi dati sembrerebbe che la politica abbia fin qui ritenuto che il tema dell'invecchiamento sia stato sostanzialmente risolto dall'adeguamento dell'età pensionabile all'aspettativa di vita effettuato con la Legge Fornero (n. 241/2011) e che il tema della non autosufficienza abbia un carattere di emergenza solo in relazione alle più gravi patologie disabilitanti e che tutt'al più richieda solo una pur necessaria legislazione di supporto su temi importanti ma, per così dire, complementari al problema, quali i provvedimenti legislativi approvati o in itinere come la legge cd. «dopo di noi» (n. 112/2016) o i vari d.d.l. a sostegno dei *caregivers*.

Le stesse proposte di legge sull'invecchiamento attivo appaiono del tutto inadeguate, schiacciate sul tema del riconoscimento delle attività di utilità sociale.

Prendere atto delle tendenze demografiche richiederebbe invece un riorientamento generale delle politiche pubbliche volto a promuovere un invecchiamento attivo e in salute, a valorizzare l'apporto degli anziani alla vita collettiva, a promuovere comportamenti e stili di vita salubri, a favorire l'accessibilità ai servizi pubblici, ad adattare gli ambienti di lavoro all'aumentata età media dei lavoratori, a ripensare insomma l'organizzazione sociale tenendo conto della quota crescente di popolazione anziana e dell'aumento progressivo dell'età media. Prendere coscienza dei profondi mutamenti strutturali connessi all'invecchiamento porterebbe ad avvertire con urgenza l'esigenza di dotarsi di una politica nazionale per la non autosufficienza e di rispondere alle domande sui suoi contenuti, sui costi e sulla loro sostenibilità.

2. Un problema che resta in carico alle famiglie nonostante una spesa pubblica non irrilevante

Nel 2013 degli oltre 12 milioni di over 65 quasi il 20% era affetto da una o più limitazioni funzionali, quindi circa 2,5 milioni di persone. Il 9,4 viveva una condizione di confinamento (quasi 1 milione e 200.000 persone). Il 12,8% (oltre 1 milione e 600 mila) subiva limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, e il 10,2% soffriva di limitazioni del movimento e oltre 650 mila di limitazioni di vista udito o parola (Nna, 2016).

La spesa per cure di anziani non autosufficienti è stata stimata in 20,5 miliardi di euro nel 2014 pari all'1,27% del Pil, composta da 0,44% di componente sanitaria, da 0,64% dall'indennità di accompagnamento (legge 18/80 e s.m.) e per lo 0,19 % da spesa sociale di Regioni e Comuni (*ivi*).

Gli anziani non autosufficienti serviti da servizi residenziali erano nel 2012 l'1,7% degli over 65, l'Assistenza domiciliare integrata (Adi) aveva preso in carico il 4,3% e i Servizi di assistenza domiciliare (Sad) l'1,3% (*ivi*).

In pratica dei 2,5 milioni di persone con esigenze di assistenza circa 1/3 era stata «presa in carico» dai servizi, ma con livelli di intensità molto vari, se si pensa che la copertura annua di Adi (che da sola copre quasi il 60% delle prese in carico) era di 21 ore per utente. Trattandosi di una media si può immaginare che se da un lato per alcuni utenti l'intensità sia tale da prefigurare un sostegno effettivo alla domiciliarità, dall'altro nella maggior parte dei casi si tratta di prestazioni

sanitarie puntuali o di pratiche per rendere possibile la fornitura di ausili. Poco più che una presa in carico «anagrafica».

Non stupisce quindi che si stimi che le famiglie spendano circa 9,4 miliardi per servizi di assistenza familiare (non solo per la componente anziana) dei quali meno di un terzo con regolare contratto di lavoro, mentre si è stimato in 4,5 miliardi l'equivalente valore del lavoro di assistenza prestato da *caregiver* familiari over 65 verso congiunti (*in*).

È noto che in generale dal 2005 a oggi le risorse e i servizi pubblici destinati alla non autosufficienza hanno avuto una fase espansiva e poi una fase di contenimento, con dinamiche diversificate tra le Regioni i cui tratti comuni prevalenti sono stati: lo spostamento dalla residenzialità alla domiciliarità e la crescita di servizi semiresidenziali, l'implementazione di interventi e servizi al Sud, grazie ai Fondi europei e al Piano di azione e coesione nelle quattro Regioni in convergenza, i trasferimenti monetari come primo campo sul quale hanno agito le azioni di contrazione della spesa, evidenziando una maggior resilienza dei servizi.

3. L'opportunità del Fondo strutturale e l'obiettivo dei Livelli essenziali delle prestazioni per la non autosufficienza

In assenza di una politica nazionale, le Regioni hanno operato con politiche proprie molto diversificate, contribuendo a un quadro frammentato di risposte che vede da un lato lo Stato intervenire con tre fonti di finanziamento:

- ♦ la spesa sanitaria, che tuttavia è demandata organizzativamente alle Regioni e sulla quale i Livelli essenziali di assistenza nella versione appena approvata hanno scarsa efficacia pratica nel campo dell'assistenza ai non autosufficienti anziani perché alle affermazioni di principio non corrispondono né risorse vincolate, né obiettivi o standard prestazionali da raggiungere;
- ♦ l'assegno di accompagnamento, erogato dall'Inps e del tutto privo di condizionalità;
- ♦ il Fondo nazionale per la non autosufficienza (Fna) ripartito tra le Regioni e con una sola riserva di destinazione del 40% alle cosiddette disabilità gravissime, per altro fino al 2015 definite in modo tanto diverso tra le Regioni stesse, che l'importo pro-capite riferito a quel 40% nel 2015 variava dai 2.480 euro per i 3.431 disabili

classificati gravissimi dal Piemonte ai 67.200 euro della Basilicata per i 26 casi classificati¹.

Dall'altro lato intervengono le Regioni, con potestà legislativa esclusiva in materia, e i Comuni, titolari della primaria competenza nel campo dell'assistenza agli anziani e ai disabili, a loro volta alle prese con le problematiche relative alla gestione associata negli «ambiti» e all'interfaccia con i servizi sanitari.

In questo contesto è stato accolto positivamente il fatto che con la Legge di bilancio 2016 il Fondo per la non autosufficienza (che istituito nel 2007 ha avuto andamento altalenante nel tempo) sia stato portato a 400 milioni (450 per il 2017) e reso strutturale, e sia stata annunciata la volontà di avviare un percorso per definire Livelli essenziali delle prestazioni da garantire uniformemente sul territorio nazionale, ai quali destinare le risorse del Fondo nazionale, nel presupposto di un suo, pur graduale, progressivo e certo aumento e da collocare in un Piano nazionale per la non autosufficienza.

Appare tuttavia evidente la sproporzione tra questi obiettivi (un Piano nazionale e i Livelli essenziali delle prestazioni) e le risorse a questi destinate, soprattutto per il fatto che il Fondo rappresenta una quota molto modesta delle risorse pubbliche che, da varie fonti, danno risposte al problema.

Dal nostro punto di vista il Piano nazionale dovrebbe fornire un quadro di riferimento in grado di delineare una strategia nazionale, orientare e coordinare le politiche pubbliche e l'uso delle risorse, proponendo obiettivi da perseguire entro l'arco triennale di riferimento.

In questo quadro la promozione e il sostegno di politiche di prevenzione diffuse dovrebbero avere un ruolo centrale. Come evidenzia Giannelli (2016) se si riesce a contenere il numero di anni nei quali (la) persona necessita di cure continuative facendo una seria prevenzione dei fattori di rischio, il peso relativo di ciascun anno di aumento della vita media sul sistema sanitario può essere molto modesto. Ed è provato che le persone più socialmente deprivate hanno una più elevata aspettativa di vita con disabilità.

¹ Cfr. Il Fondo per la non autosufficienza (2007, 2015), Relazione della Corte dei Conti, dicembre 2016.

4. Politiche regionali molto diversificate

La definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni dovrà essere pensata in modo tale da svolgere una funzione di orientamento anche delle risorse spese dalle Regioni e dalle autonomie locali. Infatti in assenza di una politica nazionale si sono strutturate politiche regionali molto diversificate.

La tabella 1 prova a fornire un primo quadro di estrema sintesi dell'articolazione di leggi, fondi e misure adottate dalle Regioni.

Il primo grande spartiacque, che ha come risvolto il livello più o meno elevato di integrazione tra sociale e sanitario, è la confluenza o meno in un unico fondo delle risorse di diversa provenienza (sanitaria e sociale, nazionale e regionale) destinate alla non autosufficienza. Un secondo spartiacque è la dimensione delle risorse proprie aggiuntive a quelle sanitarie. Le Regioni che si sono dotate di una politica regionale per la non autosufficienza, basata sia su una rete di residenzialità e semiresidenzialità che di servizi e prestazioni a sostegno della domiciliarità, hanno investito risorse proprie aggiuntive a quelle «sanitarie» significativamente più alte della quota di Fna.

Basterebbe questo a indicare il fatto che se si vuole affrontare il problema in termini di Piano nazionale e di livelli essenziali delle prestazioni le risorse del Fondo nazionale sono drammaticamente insufficienti.

Il confronto con i dati delle risorse impegnate dagli altri paesi con analoghi problemi di invecchiamento non è agevole. Tuttavia le stime effettuate da diversi soggetti² leggono opportunamente il confronto tra i trend di spesa per *long term care* in abbinata a quella sanitaria, stante non solo il rilievo della componente della seconda sul complesso della prima, ma la stretta interdipendenza delle relative politiche.

Per cui un ragionamento sulla dimensione del Fondo che trascuri la continua erosione dei fondi destinati al Servizio sanitario nazionale rischia di essere fuorviante.

La dotazione di servizi residenziali conferma un marcato divario tra le diverse regioni, innanzitutto tra Nord e Sud: dai 3 posti letto ogni 100 anziani nel 2013 del Nord agli 0,8 di Sud e Isole (Montemurro e Petrella, 2016), e la loro adeguatezza andrebbe valutata anche in rapporto alla dinamica dei posti letto delle lungodegenze, in ragione del rilievo empirico che le condizioni degli ospiti delle strutture residenziali sono caratterizzate da gradi sempre più severi di non autosufficienza.

² Nna, 2016; Mef, 2016; Fosti e Notarnicola, 2014.

Qui tab 1

RPS

Raffaele Atti

Tab 1

RPS

PER UNA POLITICA NAZIONALE SULLA NON AUTOSUFFICIENZA

Tab 1

RPS

Raffaele Atti

Tab 1

RPS

PER UNA POLITICA NAZIONALE SULLA NON AUTOSUFFICIENZA

Tab 1

RPS

Raffaele Atti

Più complesso è capire a quali livelli qualitativi e quantitativi di servizio siano riconducibili i dati dell'assistenza domiciliare, e ancor più l'efficacia della svariatissima gamma di trasferimenti monetari attivati in questi anni dalle Regioni e dai Comuni, sia nell'impatto sulle famiglie sostenute che sulla qualità del mercato dei servizi.

Eppure questo è lo sforzo che andrebbe fatto in un contesto nel quale la situazione è tutt'altro che ferma e le condizioni che hanno permesso lo sviluppo di consistenti, anche se non risolutivi, sistemi di protezione in capo a una parte delle Regioni italiane sono molto mutate.

In ognuna di quelle Regioni è aperto un confronto sulle innovazioni necessarie, o sono in atto rilevanti aggiustamenti, spesso in connessione con i processi di riorganizzazione dei servizi sanitari.

Dove va bene sono sostanzialmente stabilizzate le risorse impegnate dai bilanci regionali, ma a fronte di bisogni crescenti, mentre si è contratta la spesa dei Comuni.

L'assistenza domiciliare resta il punto debole: i Sad sono in crisi di efficacia, progettati per una dimensione di sostegno di fragilità leggere appaiono schiacciati dal costo troppo elevato, e da modalità organizzative che faticherebbero a reggere un'espansione; l'Adi ha un livello di diffusione, e ancor più di intensità, molto limitato, anche dove cresce non ha ancora la dimensione di una «risposta» strategica.

5. I trasferimenti monetari: il rischio di consolidare un assetto a bassa qualità assistenziale

Il rischio che va evidenziato è che aumenti la propensione ad incrementare i trasferimenti monetari sotto forma di assegni di cura o di cospicui sgravi fiscali, accentuando la caratteristica italiana, rispetto ad altri paesi, di un prevalere di trasferimenti monetari sulla erogazione di servizi. Lo si evince nell'uso delle risorse fatto negli ambiti con il Piano di azione e coesione. E lo si evince dalle modalità di spesa del Fondo per la non autosufficienza: il rendiconto sulla programmazione dell'uso del Fondo 2016, riferito a 15 Regioni per un totale di 307.593.000 euro, presentato dal Ministero del Lavoro il 14 febbraio 2017 al tavolo con associazioni e organizzazioni sindacali, evidenzia che gli assegni di cura coprono il 67% delle risorse, e che questa modalità interessa maggiormente i disabili gravissimi, per i quali è impegnato il 47,71% del Fondo, e per i quali questa modalità di uso delle risorse arriva all'81%.

Ma di questa tendenza è visibile la traccia, più o meno marcata, anche in vari disegni di legge che si propongono di riconoscere e sostenere il ruolo dei *caregivers*.

Ciò da un lato aumenta il carattere «risarcitorio» dell'intervento pubblico, rischiando di configurare lo stesso Fondo nazionale come una integrazione dell'Assegno di accompagnamento, e dall'altro, come quest'ultimo, contribuisce all'espansione di quel peculiare mercato privato delle assistenti familiari che continua a essere la risposta prevalente.

Su questo terreno gli interventi regionali hanno fin qui teso a favorire la regolarizzazione contributiva, in qualche caso un sostegno alla formazione e la certificazione di qualche livello di professionalità, ma non emerge nelle politiche regionali fin qui messe in atto, una ipotesi di messa in rete in grado di rispondere almeno ai problemi più urgenti:

- ♦ una verifica dell'adeguatezza delle competenze professionali non solo alla condizione dell'anziano all'atto dell'attivazione del contratto, che già non è scontata, ma in relazione alla evoluzione di quelle condizioni;
- ♦ interventi di supporto in grado di individuare per tempo i sintomi di burnout;
- ♦ riduzione dello scarto tra condizioni «formali» dei contratti e condizioni reali che produce un contenzioso crescente (Marchetti, 2016).

Si può ragionevolmente sostenere che finora, anche dove i contributi monetari sono stati più esplicitamente finalizzati alla crescita e all'orientamento di un mercato privato, le imprese di servizio (private e no profit) non sono riuscite a mettere in campo una offerta a sostegno della domiciliarità in grado di essere al contempo efficace e sostenibile, tale da rappresentare un'alternativa al rapporto 1 a 1 dell'assistente familiare.

Politiche di sostegno a progetti di assistenza domotica, teleassistenza, telesoccorso e modelli di residenza innovative (come il co-housing, il portierato sociale, ecc.) segnano esperienze positive ma limitate, e il cui tasso di crescita «spontaneo» non regge neanche lontanamente la dinamica di crescita del bisogno che richiederebbe forti decisioni politiche di investimento e di orientamento dell'insieme delle politiche pubbliche.

6. Non basta aumentare le risorse: servono più servizi e più integrazione

Quanto messo in evidenza porta a concludere che non basta aumentare le risorse del Fna. È viceversa necessaria una politica nazionale ca-

pace di innescare processi che portino a ridurre le disuguaglianze di diritti esigibili e di opportunità offerte a cittadini con bisogni analoghi in contesti (territoriali, sociali e famigliari) differenti. Per questo la costruzione di una politica nazionale non può prescindere dalla capacità di darsi strumenti e risorse idonee a indirizzare le politiche regionali.

La prima sfida in relazione al rapporto tra definizione dei Livelli di assistenza e finalizzazione delle scarse risorse del Fondo nazionale sta nell'individuare modalità di spesa in grado di integrare le diverse fonti di finanziamento, anche al fine di incentivare un avvicinamento dei livelli di spesa propria dei bilanci regionali dedicata alla non autosufficienza e di far diventare la non autosufficienza una priorità delle politiche regionali anche dove non lo è oggettivamente stata, e di sviluppare l'infrastruttura istituzionale in grado di operare il punto cruciale dell'integrazione socio-sanitaria.

Se l'obiettivo a cui tendere è una domiciliarità che non sia uno scaricare il problema sulle famiglie i punti di snodo principali sono «la presa in carico» e un «piano individuale» reale, frutto di una valutazione effettivamente multidimensionale, che sia il palinsesto che regge le prestazioni che la rete dei servizi dovrà erogare, (e per questo serve una rete dei servizi riconoscibile per qualità e affidabilità: accreditata dunque), che integra in un unico piano prestazioni di natura diversa, e che modifica il mix degli interventi per adeguarlo all'evoluzione della situazione.

Ciò chiama in causa le enormi difficoltà a far operare in una logica di «ambito» le competenze socio-assistenziali dei Comuni, a integrarle non solo sulla carta con la spesa socio-sanitaria in ambito distrettuale.

Integrare le risorse pone infine la necessità di rivedere l'istituto dell'assegno di accompagnamento, per diversificarlo in relazione al bisogno assistenziale e per integrarlo nel Piano di assistenza individuale.

7. In attesa della legge un Osservatorio nazionale dello Spi sulle residenze per anziani

Per queste ragioni, e per questi obiettivi, lo Spi Cgil resta convinto della necessità di una legge nazionale sulla non autosufficienza che sarebbe l'occasione utile per ricollocare anche i provvedimenti di sostegno (legge «sul dopo di noi», i d.d.l. per il riconoscimento e il sostegno ai *caregivers*) in un contesto in grado di riassorbirne i limiti e i rischi dovuti ad approcci settoriali e parziali.

La legge è non solo necessaria ma urgente perché il bisogno cresce in

maniera esponenziale: mentre aumentano le persone a rischio disabilità diminuiscono rapidamente, per ragioni sia di dinamica demografica che di natura sociale (non ultima la violenta accelerazione dell'età pensionabile e in particolare di quella delle donne) il numero dei potenziali *caregivers* e ancor più il tempo che gli stessi possono impegnare. Da qui il rischio che il combinato tra l'insufficiente o inefficace prestazione dei servizi domiciliari, e una contrazione della residenzialità pubblica/convenzionata (che è in atto quasi ovunque) con relativo aumento delle liste di attesa, produca la crescita di risposte residenziali di mercato non convenzionate/accreditate e non convenzionali, sulle quali è urgente il monitoraggio, e una più stretta regolamentazione a evitare condizioni di rischio per gli utenti, certi che una più stretta regolamentazione farà bene anche ai dipendenti. Per queste ragioni, lo Spi Cgil nazionale sta realizzando, con la collaborazione dell'Istituto di ricerca Ires Morosini, un Osservatorio nazionale delle residenze per anziani, immaginato come strumento di servizio e di controllo. Il nostro obiettivo è che l'Osservatorio svolga una funzione di deterrenza verso fenomeni speculativi del bisogno delle famiglie, e che diventi un punto di riferimento e di garanzia per chi opera con qualità.

RPS

Raffaele Atti

Box

PIANO DI AZIONE COESIONE

Programma Servizi di cura per gli anziani. Stato di attuazione

Il Programma, nato nel maggio del 2012 dalla riprogrammazione delle risorse del cofinanziamento nazionale di alcuni Programmi operativi nazionali della programmazione comunitaria 2007-2013, è destinato a servizi di cura per l'infanzia e gli anziani nelle Regioni «obiettivo convergenza» Calabria, Campania, Puglia e Sicilia.

Relativamente alla misura Anziani, finanzia la gestione dei servizi di assistenza domiciliare attraverso piani di intervento di competenza dei 201 ambiti/distretti che a tal fine hanno disponibili circa 280 milioni di euro (erano 330 prima dei tagli con Legge di stabilità 2015).

Regione	Importo assegnato	Comparazione con Spesa sociale regionale
Calabria	38.161.409,19	48 mln ca. al 2016 per strutture residenziali e semiresidenziali
Campania	78.966.610,90	70 mln ca. il Fsr 2013
Puglia	64.465.809,51	36 mln ca. il Fsr 2013
Sicilia	87.917.466,18	130 mln ca. il Fsr piano 2010-2012
Totale	269.511.295,77	Circa 284 milioni di euro

Con il provvedimento di riparto di giugno 2013 è stata assegnata ai Comuni capofila una prima tranche di risorse pari ad euro 130 milioni. Entro dicembre 2013 erano stati presentati piani di intervento da parte di tutti i 201 distretti/ambiti. Di essi ne sono stati approvati 200.

A ottobre 2014 è stato adottato un secondo atto di riparto, per un importo di euro 139.511.295,77, sul quale sono stati presentati 197 piani di intervento tutti approvati.

Il Programma, che avrebbe dovuto avere durata triennale (2013-2015), è stato prorogato a giugno 2018.

Purtroppo sono state «prodotte» economie di gestione sul primo riparto per oltre 26 milioni di euro, riassegnate ai territori per la prosecuzione temporale/incremento dei servizi di Adi sul secondo riparto.

Regione	Somme finanziate	Somme non impegnate	%
Calabria	18.004.645,21	3.321.804,18	18
Campania	37.709.512,93	8.941.195,59	23
Puglia	31.198.322,84	5.356.475,45	17
Sicilia	40.531.703,39	9.084.216,40	22
Totale	127.444.184,37	26.703.691,62	21

A dicembre 2016 risultavano finanziate 15.421.758 ore di assistenza domiciliare, sanitaria e socio-assistenziale per gli anziani delle 4 Regioni.

Nella rilevazione di novembre 2016 risultavano dichiarate dagli enti 2.087.748 ore di assistenza domiciliare sociale e 1.408.627 ore di assistenza domiciliare integrata, per un totale di 3.496.375 ore.

Il principale problema riscontrato quasi ovunque, all'origine di ritardi e difficoltà varie, è l'inadeguatezza degli uffici di piano dei distretti/ambiti a gestire il programma, sia per carenza di personale che per mancanza di competenze. Per ovviare a quest'ultimo problema è stato proposto alle regioni di stipulare protocolli di intesa con i sistemi universitari locali per avviare percorsi di formazione del personale addetto agli uffici di piano. Finora soltanto la Sicilia lo ha fatto.

Riferimenti bibliografici

- Fosti G. e Notarnicola E., 2014, *Il welfare e la long term care in Europa. Modelli istituzionali e percorsi degli utenti*, Egea, Milano.
- Giannelli N., 2016, *Universalità del sistema sanitario italiano e invecchiamento demografico. Il futuro è sostenibile?*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 203-216.

- Istat, 2017, *#Anziani. Popolazione e famiglie*, disponibile al sito internet: www.istat.it/it/anziani/popolazione-e-famiglie.
- Marchetti S., 2016, *Condizioni lavorative delle assistenti familiari in Italia, tra finzioni e realtà*, in Aa.Vv., *Viaggio nel lavoro di cura*, Ediesse, Roma.
- Mef - Ragioneria Generale dello Stato, 2016, *Le tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario*, Rapporto n. 17.
- Montemurro F. e Petrella A., 2016, *Le politiche per gli anziani non autosufficienti nelle regioni italiane*, Ires Morosini, Torino.
- Network Non Autosufficienza (a cura di), 2016, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia V Rapporto*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

RPS

Raffaele Atti

