

Regionalizzazione e politiche per la non autosufficienza

Francesca Carrera, Mauro Pellegrino*

L'articolo si basa sulla rilettura di alcuni dei principali risultati di un'indagine condotta dall'Ires nazionale sulle caratteristiche dei sistemi locali di offerta di servizi sociali per gli anziani non autosufficienti. Pur mettendo in luce alcune buone pratiche diffuse sul territorio nazionale sia per quanto riguarda gli aspetti normativi che per quanto riguarda gli aspetti organizzativi-gestionali, lo studio – condotto nei 100 Comuni capoluogo di provincia – conferma la diffusione di servizi per la non autosufficienza ancora di stampo tradizionalistico, caratterizzati cioè dalla debole presenza di servizi integrati e dallo sbilanciamento tra contributi economici (più diffusi) e servizi. Su questo aspetto si inserisce il tema complesso

del rapporto e dell'integrazione fra prestazioni di spesa «sociali» e «sanitarie» che, quale che sia l'opzione prescelta, necessiterà di un dispiegamento di risorse assai superiore al passato, sebbene non necessariamente ex-novo. Si pone quindi la questione dell'istituzione dei «Fondi per la non autosufficienza» – oggi sempre più su base regionale in aggiunta a quello nazionale – intesi come risposta propriamente «sociale» in grado di convogliare e contenere lo sforzo economico che inevitabilmente viene posto dalla nuova sfida. Il saggio propone il caso di quattro Regioni – Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo e Sardegna – che presentano fra loro la gamma più differenziata di caratteri sia riguardo alla problematica che alla tradizione di policy.

1. Introduzione

L'articolo affronta la tematica della regionalizzazione delle politiche socio-assistenziali a partire da una recente ricerca sui sistemi territoriali di offerta dei servizi per la non autosufficienza¹. La tematica della

* Il saggio è frutto di un lavoro di ricerca condotto congiuntamente dai due autori. In questo testo, i paragrafi 2 e 3 sono da attribuirsi a Mauro Pellegrino, l'introduzione e il paragrafo 4 a Francesca Carrera.

¹ La ricerca, dal titolo *Territori e non autosufficienza. Il ruolo e le attività del patronato*

non autosufficienza viene qui considerata come un'area di policy specifica afferente al più ampio ambito delle politiche socio-assistenziali, la cui competenza esclusiva riguarda, a partire dalla riforma costituzionale del titolo V del 2001, le Regioni.

Due sono state le finalità dello studio: innanzitutto contribuire allo stato delle conoscenze sul fenomeno, anche al fine di un maggiore sviluppo dell'offerta e della sua armonizzazione, in considerazione anche della necessaria definizione a livello nazionale dei Liveas; in secondo luogo, fornire al Patronato Inca, in quanto soggetto a difesa delle tutele individuali, un approfondimento sulla tematica utile ad un suo migliore e sempre più efficace posizionamento nel sistema d'offerta².

Questo contributo si concentra in particolare sull'analisi delle politiche regionali e sull'articolazione territoriale dei servizi sociali rivolti agli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie. Com'è noto, infatti, l'allungamento della vita espone i grandi vecchi e le loro famiglie, principalmente a causa dei perduranti deficit di risposta dei sistemi di servizi alla persona rispetto ai nuovi profili del bisogno sociale, a periodi di forte esposizione e di difficoltà nel dover affrontare l'insieme di esigenze, da quelle di tipo socio-sanitario a quelle di tipo relazionale, che le fasi di non autosufficienza degli anziani pongono. La diversa

sindacale, è stata realizzata dall'Ires nazionale per conto del Patronato Inca. Il rapporto è stato pubblicato nella sua versione integrale nel «Notiziario Inca», nn. 8, 9, 10, 2007. Lo studio, complesso e articolato, ha approfondito diversi aspetti relativi alla tematica della non autosufficienza, quali: le caratteristiche del *fenomeno*, in Italia e in Europa, le azioni di contrasto – sia in termini di *risposte* informali sia di *politiche* istituzionali – finora adottate nel nostro paese, con un focus specifico sulle politiche regionali e sulle misure locali d'intervento, stante la competenza esclusiva delle Regioni in questa materia e la responsabilità amministrativa dei Comuni nel campo dei servizi sociali alla persona. È stata realizzata una *survey* sui servizi territoriali per la non autosufficienza nei 100 Comuni capoluogo di provincia, ed è stato approfondito il *fenomeno del lavoro immigrato*, le cosiddette «badanti», considerato uno dei meccanismi di risposta alla non autosufficienza. In particolare l'approfondimento ha riguardato l'integrazione delle badanti nella rete dei servizi pubblici.

² La legge n. 152/2001 «Nuova disciplina per gli istituti di Patronato e di assistenza sociale», allarga l'ambito delle funzioni del Patronato dalle tutele previdenziali alle tutele sociali. Un approfondimento sulla tematica della non autosufficienza consentirebbe dunque al Patronato di implementare e sviluppare nuove funzioni quali quella del Segretariato sociale, attraverso attività di informazione (sui diritti) e di orientamento (sui servizi e interventi territoriali) rivolti alle famiglie/cittadinanza che si trovano ad affrontare situazioni problematiche dovute alla cura di una persona anziana non autosufficiente.

disponibilità di risorse finanziarie da parte delle singole famiglie pone ovviamente queste ultime in condizioni di difficoltà nell'affrontare quest'ordine di problemi, soprattutto in quanto larga parte delle attività di supporto alle persone non autosufficienti (sia che si tratti di attività di aiuto domestico, sia che si tratti di attività maggiormente rivolte all'accudimento della persona) sono al momento nel nostro paese acquistabili nel cosiddetto, ampio e variegato, «mercato privato della cura», dunque a costi economici non sempre facilmente affrontabili, comunque generalmente onerosi, di difficile valutazione sul piano della qualità del delicato servizio prestato, così come del trattamento percepito dal lavoratore *caregiver*. Da qui la scelta della ricerca di approfondire la conoscenza circa le risposte territoriali messe in campo dagli enti locali per sostenere le famiglie in situazione di difficoltà dovuta alle esigenze di cura di una persona anziana non autosufficiente.

A livello nazionale, per quanto riguarda la non autosufficienza non è stato delineato un quadro normativo di riferimento, non sono stati definiti i *livelli essenziali di assistenza*, per cui i territori, in particolare le Regioni nella definizione delle policy, e i Comuni nella gestione dei servizi, hanno agito in maniera differenziata e disomogenea. Le disomogeneità e le differenziazioni territoriali sono evidenti non solo tra il Nord e il Sud del paese, ma anche tra le varie regioni e le varie città. I risultati emersi dalla ricerca, elaborati anche a partire da un'intensa fase di rilevazione sul campo, hanno confermato queste tendenze, pur mettendo in luce alcune buone pratiche diffuse in modo occasionale sul territorio, sia per quanto riguarda la pianificazione e l'implementazione delle politiche regionali definite anche sotto il profilo normativo, sia per quanto riguarda gli aspetti organizzativo-gestionali dei servizi erogati a livello comunale. Solo in alcuni territori italiani infatti, per iniziativa delle Regioni, degli enti locali e degli attori sociali, sono stati emanati provvedimenti e norme per la non autosufficienza finalizzati alla creazione di una rete di servizi sociosanitari che individuano modalità di accesso, servizi e interventi assistenziali di tipo domiciliare, residenziale ed economico. Si tratta di interventi e azioni innovative da cui emerge, rispetto alla non autosufficienza, un quadro diseguale in termini di offerta di servizi, pianificazione delle politiche e sistema di risposte e di opportunità per i cittadini. Il contributo si articola su tre paragrafi che ripercorrono le principali tematiche analizzate nel corso dello studio: i primi due si concentrano sugli aspetti legati alle politiche per la non autosufficienza e dunque hanno come ambito

territoriale di riferimento quello regionale con un focus specifico su quattro regioni italiane – Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo e Sardegna; il terzo infine si concentra su alcuni dei risultati emersi dall'indagine di campo sui sistemi di offerta dei servizi per la non autosufficienza nei Comuni capoluogo di provincia.

2. La regionalizzazione delle politiche socio-assistenziali in Italia

Le esigenze di ridefinizione dei sistemi di welfare in tutto il mondo occidentale poggiano – come concordemente ritenuto da un'enorme mole di studi – su un duplice ordine di trasformazioni in atto, quelle che incidono sulla composizione demografica della popolazione e quelle legate a modificazioni della struttura economica e sociale, in particolare al rapporto tra famiglia, mercato del lavoro e sistema dei servizi sociali. Alcune di queste tendenze sono peraltro già una «real-tà», che giustifica ampiamente perché la questione del tendenziale invecchiamento e cambiamento dei modelli familiari sia esplosa in Europa occidentale fin dai tardi anni '80 e puntualmente analizzata da almeno un decennio.

Nell'ambito del processo di integrazione politica e sociale rappresentato dall'Unione europea, la questione della «non autosufficienza» – cioè delle «persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale, relazionale, accertata attraverso l'adozione di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale secondo le indicazioni dell'Oms e dell'Icf [Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità, *n.d.r.*] e attraverso la valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali e sociali»³ – s'impone come una delle problematiche che interpellano con urgenza, quanto meno, la comunità dei 15 paesi a welfare state sviluppato⁴. È tuttavia evidente, nel modo di trattare anche questa materia, come ogni altra sfida che si pone ai sistemi di protezione sociale, come i percorsi storici di lungo periodo che hanno plasmato i vari modelli di stato sociale «condizionino, e addirittura in parte prestrutturino, le attuali opzioni di riforma» (Ferrera, 1998).

³ Definizione adottata nella Proposta di legge di iniziativa popolare, «Un piano per interventi integrati sulla non autosufficienza finanziato da un fondo nazionale», Spi-Cgil - Fnp-Cisl - Uilp-Uil.

⁴ Forse ancora non si può dire altrettanto della nuova «Europa a 27», su cui peraltro sono ancora troppo pochi i dati sistematici comparativi.

D'altra parte è esperienza comune – a partire dal Trattato di Maastricht, istitutivo dell'Ue – che ormai le politiche sociali, e in specie quelle di nuova generazione, vengano trattate secondo la prospettiva della *multilevel governance*⁵, ossia di una regolazione negoziata e cooperativa fra quattro livelli di governo: europeo, nazionale, regionale e municipale (Mirabile, 2005).

Un tema come quello dei servizi alla persona, in Italia e in gran parte d'Europa, chiama quindi in causa a pieno titolo il concetto di «sussidiarietà», nell'ormai consolidata duplice accezione, recepita per quanto riguarda il nostro paese dal «Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001/2003» (d.p.r. 3/05/2001), previsto dalla l. 328/2000: «La sussidiarietà *verticale* riguarda le istituzioni pubbliche e svolge un compito ordinamentale di carattere generale, in quanto serve per attribuire in modo ottimale le competenze ai diversi livelli istituzionali, privilegiando quelli inferiori rispetto a quelli superiori. [...] La sussidiarietà *orizzontale* riguarda invece i rapporti tra le istituzioni pubbliche e la cosiddetta società civile, intesa come l'insieme dei soggetti individuali e collettivi rispetto ai quali l'ordinamento giuridico esprime una valutazione positiva» (Villa, 2006, pp. 130-1).

Da quest'ultimo punto di vista vale infatti notare come questo sia uno degli ambiti su cui più si esercita la compresenza di diversi attori – pubblici e di mercato, reti primarie e organismi di terzo settore – raffigurata nel cosiddetto «diamante del welfare» (Evers, Pijl e Ungerson, 1994).

Il tema della non autosufficienza anziana non è mai uscito in questi anni dalle priorità – quanto meno di quelle espresse – dei decisori politici del nostro paese, anche se con un movimento di *stop and go* rispetto agli orientamenti, talvolta anche contraddittorio, di cui è stata offerta una significativa ricostruzione (Pavolini, 2004); ma l'urgenza è tale e la reazione così debole e tardiva, in un quadro europeo nel quale il problema è stato messo all'ordine del giorno già dagli ultimi vent'anni, che non è procrastinabile a lungo un massiccio intervento in questo campo.

La combinazione di un forte indirizzo nazionale con l'implementazione, anche di tipo sperimentale, di misure locali è stata appunto la strategia seguita in tutta Europa per iniziare ad affrontare il problema del rapido invecchiamento della popolazione e della sua maggiore vulnerabilità alla perdita dell'autonomia. Purtroppo questa non pare

⁵ Si vedano in proposito vari contributi in: «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 2/2005.

essere stata la strada seguita in Italia dove, a partire dal biennio 2000/2001, decisivo per il sistema di protezione sociale del nostro paese, si è assistito sì ad «un'intensa sperimentazione regionale e locale, controbilanciata tuttavia dall'immobilismo e dall'inerzia del governo nazionale» (*ivi*, p. 15).

Entra in vigore una legge-quadro sul sistema integrato dei servizi sociali (l. 8/11/2000, n. 328) che contiene un riconoscimento specifico all'emergenza di questo problema (art. 22) e ai cui fini sarebbe stato imprescindibile quel «riordino degli emolumenti derivanti da invalidità», pure previsto dalla legge-quadro (art. 24) e mai realizzato⁶.

Presto, ossia solo pochi mesi più tardi, essa viene però in buona misura depotenziata dalla riforma del titolo V della Costituzione (l. cost. n. 3/2001), che peraltro introduce nell'ordinamento il principio guida sopra richiamato della sussidiarietà, sia come inversione delle responsabilità fra i diversi livelli istituzionali sia come riconoscimento di un pluralismo di attori che concorrono al welfare.

Infine, subito dopo queste due importanti svolte, si produce un'alternanza di coalizioni politiche al governo del paese, che interrompe e riorienta un periodo di accentuata attenzione alle politiche sociali, dopo quasi un ventennio di vistosa latitanza.

Ciò ha comportato pertanto il dubbio stesso che il governo centrale avesse titolo ad intervenire sulla materia, mentre «l'emergere di modelli regionali di welfare sempre più differenziati richiede, in uno stato sociale che ancora vuole ispirarsi ai principi della cittadinanza sociale, l'affermazione pratica di una responsabilità finanziaria e regolativa a livello nazionale» (*ivi*, p. 17).

A seguito di un nuovo cambio di maggioranza politica determinato dalle elezioni del 2006, e sullo stimolo «esterno» impresso dalla proposta di legge di iniziativa popolare presentata dai sindacati confederali dei pensionati, il Governo Prodi si era impegnato a presentare un disegno di legge delega per la realizzazione di un «Programma nazionale per la non autosufficienza anziana», che desse attuazione al «Fondo per le non autosufficienze», effettivamente istituito dalla Legge finanziaria per il 2007 (l. 27/12/2006, n. 296, art. 1, commi 1264-5).

Il punto centrale ha tuttavia a che vedere con i limiti di potestà d'intervento dello Stato dopo la riforma costituzionale. Infatti i criteri di utilizzo e di eventuale ripartizione del Fondo non potranno andare

⁶ Sulle aspettative e le delusioni al riguardo, si vedano i saggi di Da Roit (2004 e 2006).

ad infrangere i confini posti dal nuovo art. 119 Cost., per non incorrere nella censura che la Corte Costituzionale, in varie recenti sentenze, ha già riservato ad analoghi provvedimenti tesi a vincolare fondi settoriali di provenienza statale a politiche sociali di competenza regionale⁷.

Ciò significherebbe – secondo l'effettivo orientamento dell'allora ministro della Solidarietà sociale (a cui spettano, «di concerto con altri dicasteri e previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni», gli atti e i provvedimenti relativi) e come peraltro esplicitamente previsto dalla Legge finanziaria per il 2007 – che la limitata dotazione del Fondo non possa che essere destinata ad attuare «livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti» (Ferioli, 2007), in relazione anche all'art. 18 della legge 328.

Nel caso delle politiche a favore della non autosufficienza, sembra quindi per alcuni aspetti di ripercorrere i passi compiuti di una devoluzione di poteri precedente alla riforma del titolo V della Costituzione, quella che a seguito del d.p.r. 616/1977 di trent'anni fa assegnava alle Regioni la competenza generale (non esclusiva, allora) in materia di servizi sociali, prevedendo però un inquadramento legislativo nazionale. In campo socio-assistenziale non avvenne nulla di simile alla riforma della l. 833/1978, che introdusse il Servizio sanitario nazionale, e le Regioni intrapresero ognuna un proprio «sentiero istituzionale», che ancora oggi – con una mutata e ampliata responsabilità – condiziona le loro scelte anche in settori specifici di politica sociale.

In ogni caso, essendo ormai costituzionalmente affermata dal modificato art. 117 Cost., specie dopo il duplice pronunciamento referendario (affermativo nel 2001 e negativo nel 2006), l'attribuzione alle Regioni della potestà legislativa esclusiva in campo di assistenza sociale e sanitaria e ai Comuni della funzione amministrativa di gestione dei servizi per i cittadini, è su questi due piani che possono oggi essere realizzati effettivi moduli di approfondimento empirico.

⁷ Si tratta – come ricordava Ferioli (2007) – ad esempio del Fondo per gli asili nido, istituito dalla Finanziaria per il 2002; del Fondo di rotazione per i micro-nidi nei luoghi di lavoro e della quota del Fnps per le famiglie di nuova costituzione, per il 2003; del vincolo per la promozione delle politiche giovanili, per il 2005; del Fondo per il sostegno delle famiglie e della solidarietà per lo sviluppo socio-economico, per il 2006, su cui è ancora pendente un ricorso presentato alla Corte.

3. Le Regioni italiane alla prova della sussidiarietà verticale: il caso delle politiche di sostegno alla non autosufficienza

Per esaminare il processo di regionalizzazione delle politiche sociali nel nostro paese, consideriamo appunto il settore di emergente importanza degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti.

Sul piano delle policy, la risposta tradizionale alla sfida della non autosufficienza è stata quella di tipo «residenziale», cioè del ricovero in strutture assistite. Lavorando sui dati di una survey sulla popolazione anziana della Regione Lombardia («che peraltro copre circa un quinto dell'ammontare nazionale di posti letto in Rs»), si mostrava come ancora alla fine degli anni '90 la domanda annua di nuovi ricoveri fosse coperta dal naturale turnover delle uscite per decesso⁸.

Tuttavia, la misura dell'accoglienza residenziale non è certo la più frequente, né la più diffusa sull'intero territorio nazionale, mostrando una spiccata localizzazione nel Nord Italia. In epoca più recente si è diffusa – anche se non ai livelli medi europei – la pratica dell'assistenza domiciliare, con il duplice intento di evitare (o ritardare) l'istituzionalizzazione degli anziani e di coinvolgere e valorizzare la rete di cura informale intorno ad essi.

A completare la gamma delle risposte in atto, a fianco dei servizi istituzionali (residenziali e domiciliari) e delle cure informali (più o meno riconosciute e sostenute), vi è poi – ultimo in ordine di comparsa ma non certo per importanza – «il fenomeno della rilevante e crescente presenza in Italia di personale immigrato di origini straniere che fornisce assistenza [a pagamento], per conto della famiglia, ad anziani non autosufficienti» (Lamura, Lucchetti e Socci, 2004, p. 106).

Su questo aspetto si inserisce anche la complicata questione del rapporto e dell'integrazione fra prestazioni (e relative spese, profili professionali, ecc.) «sociali» e «sanitarie», affrontata in diversi modi in Europa e in larga misura irrisolta per quanto concerne il nostro paese. Quale che sia l'opzione prescelta, essa necessiterà di un dispiegamento di risorse assai superiore al passato, sebbene non necessariamente *ex novo*, data l'attuale dispersione di risorse nei rivoli di politiche poco

⁸ «Da allora al Censimento del 2001 la popolazione lombarda sopra i 65 anni è cresciuta di un 6% circa, e un altro 6,5% ci porta alla proiezione Istat al 2005, cioè ad oggi [...] già tra cinque anni l'equilibrio tra domanda e offerta si spezza, come evidenzia l'innalzamento della curva *age-specific*. In 30 anni la prima dopierà la seconda» (Micheli, 2004, pp. 24-25).

mirate. Tre sono i punti cruciali, le cui scelte nel merito determineranno caratteri e funzioni dei nuovi (eventuali) schemi di protezione, secondo i più classici dilemmi della politica sociale: «A chi dobbiamo rivolgere l'intervento? Con quali risorse? Con quali prestazioni e quali servizi?» (Ranci, 2004b, p. 71).

È quindi dal punto di vista dell'osservatorio regionale che è oggi possibile – oltre che istituzionalmente doveroso – porsi, per avere una visione d'insieme sullo «stato dell'arte» delle politiche per la non autosufficienza. Ed è quanto ha fatto Pavolini (2004), nel lavoro ad oggi più completo e recente a questo riguardo⁹; in questo saggio ci limitiamo a riassumerne in alcuni schemi approssimativi il panorama tracciato, seguendo le stesse dimensioni da lui analizzate.

a) In primo luogo è possibile ricostruire gli assetti istituzionali entro cui si collocano le specifiche policy di settore; dapprima valutando la cronologia con cui le Regioni hanno provveduto, a partire dalla loro istituzione, a regolare i servizi sociali per gli anziani (schema 2). In questo senso, il Nord segue una sequenza omogenea: prima vengono normati i servizi territoriali (già dagli anni '70, a seguito del ricordato d.p.r. 616) e poi le strutture residenziali (anni '80 e poi negli anni '90 con la nascita delle Rsa). Il Sud (con l'aggiunta delle Marche) arriva secondo lo stesso ordine ma sfalsato nei tempi, con un ritardo di circa un decennio (Campania, Puglia, Basilicata, Calabria), o invertendo la sequenza (Abruzzo, Molise); in alcuni casi non si arriva mai ad emanare norme sugli standard residenziali (Lazio) o sui servizi territoriali (Sicilia), o su nessuna delle due tipologie (Sardegna).

Oppure considerando gli stili di programmazione in materia socio-sanitaria, dove la suddivisione geografica già perde rilevanza. Qui troviamo aree che vantano una tradizione programmatoria solida precedente al 2000 e, in buona parte, differente dai criteri della legge 328 (le «tre Venezie»); Regioni, sia settentrionali che meridionali, che hanno dato forte impulso alla programmazione, anticipando o recependo i contenuti portanti della legge-quadro; zone, per lo più nel Sud, dove la pianificazione è rimasta debole o nulla anche dopo l'entrata in vigore delle importanti riforme, legislativa e costituzionale (schema 2bis).

⁹ Molto completo e recente, anche per le proposte operative che reca, è un volume curato da Gori (2006) che però non dedica un'attenzione specifica ai contesti regionali.

Schemi 1 e 2

RPS

- b) Successivamente, scendendo al piano dei servizi in senso proprio, è raffigurabile l'impatto che essi assumono in ogni Regione, incrociando il loro grado di copertura – cioè la percentuale di popolazione (anziana) raggiunta – con la loro intensità assistenziale – espressa dal rapporto operatori/utenti o dal numero di ore di servizio erogate. Mentre per quanto concerne le accoglienze residenziali (Rsa – schema 3) troviamo un'articolazione più variegata, da situazioni che combinano una buona copertura e un'elevata qualità (il Nord-Est) a realtà che sommano carenza di posti e ridotto personale (Centro-Sud, ma anche la Liguria, che pure presenta in assoluto il maggiore indice di domanda sociale), con la maggioranza delle Regioni che si collocano in situazioni intermedie, sui servizi domiciliari (Adi – schema 3bis) il panorama sembra polarizzarsi in una sorta di *trade-off* obbligato: o un'assistenza estesa per numerosità ma limitata in senso quantitativo, o una presenza anche molto intensa ma ristretta a fasce assai ridotte di popolazione (Friuli-Venezia Giulia e Sardegna, rispettivamente, rappresentano gli estremi in questo senso).
- c) Di conseguenza, ancora più polarizzato risulta l'incrocio tra la diffusione delle due forme di assistenza (schema 4), che mostra in maniera nitida la spaccatura che attraversa l'Italia: pur con alcune specializzazioni, dove sono più presenti le strutture residenziali sono anche migliori gli interventi domiciliari (tutto il Nord, con l'aggiunta della Toscana e la Liguria che incarna perfettamente la metà rispetto ai valori nazionali); dove è bassa la copertura di Rsa è bassa anche quella dell'Adi (tutto il Centro-Sud, con l'aggiunta significativa del Piemonte).

Colpisce perciò che nessuna Regione abbia scelto di investire fortemente in una direzione, magari a scapito dell'altra. E la situazione viene modificata assai di poco (solo per ciò che riguarda l'Umbria, in positivo, e la Valle d'Aosta, in negativo) se si esamina l'introduzione dei nuovi strumenti di «mercato sociale» come terza alternativa agli interventi tradizionali (schema 4bis), che rimangono del tutto assenti in quasi tutte le Regioni meridionali, laddove solo in pochi casi assumono una rilevanza tale da acquisire un ruolo effettivo nella gamma delle risposte al problema della non autosufficienza.

Disponiamo quindi di un panorama complessivo sulle politiche intraprese nelle venti Regioni. A partire da quello che veniva definito il loro «rendimento istituzionale», il completo lavoro di Pavolini (2004), ne analizzava in particolare quattro, anche qui paradigmatiche di ipotetici modelli: Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana.

Schemi 3 e 4

RPS

Francesca Carrera, Mauro Pellegrino

Utilizzando le medesime dimensioni da lui adottate come griglie selettive – tradizione nella normativa di settore, stili di programmazione socio-sanitaria, copertura e intensità dei servizi residenziali e domiciliari, introduzione di nuovi strumenti quali assegni di cura e voucher – abbiamo invece deciso di evidenziare altre quattro Regioni (Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo e Sardegna), che presentano fra loro la gamma più differenziata di caratteri, come riassunto dallo schema 5.

Schema 5 - Caratteri salienti della legislazione regionale in materia di non autosufficienza

<i>Friuli-Venezia Giulia</i>	<i>Liguria</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Alta domanda sociale • Utenza servizi residenziali molto superiore alla media nazionale • Aumento dell'utenza Adi superiore alla media italiana (2° posto in Italia) • Netto spostamento verso presidi socio-sanitari • Copertura complessiva ALTA • Tradizione socio-sanitaria <i>integrata</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Altissima criticità (massima domanda sociale e massima frammentazione istituzionale) • Utenza servizi residenziali nella media nazionale • Aumento dell'utenza Adi in linea con la media italiana • Netto spostamento verso presidi socio-sanitari • Copertura complessiva MEDIA • Tradizione socio-sanitaria <i>coordinata</i>
<i>Abruzzo</i>	<i>Sardegna</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Alta criticità • Utenza servizi residenziali molto al di sotto della media nazionale • Utenza Adi in grande aumento (ma tra le più basse in Italia) • Circa metà di residenze socio-sanitarie • Copertura complessiva BASSA • Tradizione socio-sanitaria <i>coordinata</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta frammentazione istituzionale • Utenza servizi residenziali sotto la media nazionale • Utenza Adi costantemente limitata (penultima in Italia) • Solo ¼ di posti letto in strutture socio-sanitarie • Copertura complessiva MOLTO BASSA • Tradizione socio-sanitaria <i>coordinata</i>

Fonte: Rielaborazione nostra, da Pavolini, 2004.

Un esame più ravvicinato dei loro percorsi nell'ultimo biennio potrebbe arricchire la mappa della «cittadinanza sociale» nel nostro paese: il percorso infatti, sebbene non ancora generalizzato, pare essere abbastanza costante. Nelle leggi di riforma dei servizi sociali delle va-

rie Regioni, che a partire dal 2001 recepiscono i contenuti e le novità della legge n. 328/2000, viene di norma riservata un'attenzione esplicita ad «interventi a favore della non autosufficienza». È così – per restare solo ai casi sopra citati – per la Liguria (l.r. 24/05/2006, n. 12, artt. 46-47), il Friuli-Venezia Giulia (l.r. 31/03/2006, n. 6, art. 41), la Sardegna (l.r. 23/12/2005, n. 23 e l.r. 11/05/2006, n. 4).

Diversa – non stupisce, date le differenze di contesto e di percorsi istituzionali sopra evidenziate – è invece l'impostazione operativa data, con deliberazioni regolamentari di Giunta, al Fondo destinato a realizzare quegli interventi e alle sue caratteristiche.

In *Liguria*, il Fondo regionale per i non autosufficienti (Frna) è infatti pensato come un vero e proprio «contenitore» di tutte le risorse volte a mettere in atto misure a favore delle persone non autosufficienti, siano di tipo sociale, sanitario o socio-sanitario, tanto di origine statale (una quota del Fnps), quanto comunale (finanziamenti per «interventi di sostegno alla persona e alla famiglia e all'aiuto domestico familiare») come di fonte propria regionale. Un fondo quindi che, per quanto di competenza della Regione (l.r. 12/2006, art. 47) «ha destinazione vincolata» e, nell'attesa che il governo adotti i Liveas o Lesna, li anticipa e «finanzia prioritariamente le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie inserite nei Livelli essenziali di assistenza (Lea del d.p.c.m. 29/11/2001)».

Il programma si estende quindi su una gamma completa di misure, fissando obiettivi espliciti a scadenza triennale:

- a) estensione del sostegno alla *domiciliarità*, per portare la copertura della popolazione ultrasessantacinquenne dal 4,1% del 2006 al 7% per la fine del 2008;
- b) potenziamento dell'assistenza *residenziale* e semiresidenziale – pubblica, privata e convenzionata – dal 2 al 3% entro il 2008;
- c) proseguimento della contribuzione economica, a partire dall'esperienza ligure dell'«assegno servizi», «che maggiora l'indennità di accompagnamento di 350 euro mensili».

In sintonia con l'avanzata normativa iberica è anche il gradualismo con cui è stata prevista l'implementazione del Fondo: nelle more dell'attribuzione dello stanziamento statale, e della necessaria armonizzazione con la nuova pianificazione sociale e sanitaria regionale, una deliberazione della Giunta regionale (n. 1106 del 20/10/2006) individuava impegni e scadenze per un primo semestre sperimentale di utilizzo del Frna, a partire dal 1° novembre 2006.

Questo comporta che in ogni Distretto socio-sanitario fossero resi immediatamente operanti uno «Sportello integrato» come accesso

unico per i richiedenti e una «Unità di valutazione multi-disciplinare (Uvm)» che proceda alla valutazione entro 30 giorni dalla presentazione della domanda. Ciò darà luogo alla redazione di un «Piano individualizzato di assistenza (Pia), in cui si individua un responsabile del caso (*case manager*)», per tutti coloro con «almeno 3 Adl perdute [e] l'esigenza di almeno 5 ore di assistenza nelle 24 ore».

Nell'ambito dello stesso Pia, responsabile dell'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie a cui viene devoluta una somma complessiva di 7,1 milioni di euro, può essere disposta – previa «sottoscrizione di un “patto assistenziale” con la famiglia o chi ha in carico l'anziano o il disabile» – l'erogazione della misura economica, rimodulata con l'Isee ed eventualmente elevata a 800 euro mensili per coloro che siano in attesa dell'indennità di accompagnamento, ricorrendo al finanziamento di 3 milioni di euro del precedente «assegno servizi».

«Una verifica delle risultanze del programma», in base alla quale orientare «un incremento pluriennale del Frna nei futuri esercizi finanziari» è stata in realtà compiuta dalla Regione dopo un anno di sperimentazione, prevedendo però uno stanziamento di 13,5 milioni per il 2007 e di ben 22,5 milioni per il 2008 (contro i 10 e 12 milioni di euro originariamente previsti per le due annate).

Diversa appare la strada intrapresa dalla Regione *Friuli-Venezia Giulia*. Qui il Fondo istituito con la legge di riordino dei servizi sociali (l.r. n. 6/2006, art. 41) porta una denominazione specifica («Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine» – Fap), gli veniva assegnata esplicita «priorità per gli interventi diretti al sostegno della domiciliarità», e se ne rimandava la disciplina per la gestione ad un atto della giunta regionale «da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore».

In realtà, anche in questo caso è trascorso quasi un anno, ma il 21 febbraio 2007 un decreto del presidente della Regione ha effettivamente approvato il Regolamento di attuazione del Fap, che per il 2007 disponeva di circa 20 milioni di euro, con un aumento del 75% delle risorse impegnate in quest'ambito nell'anno precedente; si stima che un 80% interesserà circa 2.400 anziani non autosufficienti assistiti a domicilio.

Nelle parole dell'allora assessore regionale alla salute e protezione sociale, «il Fondo ha uno spirito sperimentale; non vuole *aggiungersi ai servizi* esistenti quanto essere un supporto alle prestazioni sanitarie e assistenziali *già garantite*». In applicazione a quanto previsto dalla legge, «in sede di prima applicazione, il Fap viene utilizzato a sostegno delle

situazioni di non autosufficienza trattate a domicilio» (decr. n. 35/pres., art. 2), anche in questo caso a seguito di un «progetto personalizzato» che, date le caratteristiche specifiche della misura, contempla nella ponderazione del carico assistenziale richiesto sia «eventuali minori entrate derivanti dalla scelta dell'attività di cura a scapito di quella lavorativa», che il «ricorso a supporti correlati a forme di volontariato, laddove esistenti» (*ivi*, art. 3.2).

Il Fap si compone di quattro possibili tipologie di intervento, di cui però un «sostegno alla vita indipendente», riservato ai disabili adulti, e un «sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute mentale» (*ivi*, art. 4.1, punti *c-d*), che non consideriamo in questa sede.

Il «cuore» del provvedimento è rappresentato dall'Apa («Assegno per l'autonomia», *ivi*, art. 5), vale a dire un'erogazione economica riservata a persone non autosufficienti, con perdita – anche temporanea – di almeno 2 Adl e con una soglia di ammissibilità equivalente al massimo ad un valore Isee del nucleo familiare di 35.000 euro; l'importo dell'assegno è determinato sulla base di tre fasce Isee e di due livelli di gravità, variando da un minimo di 2.000 ad un massimo di 6.200 euro annui; in tal caso limitato dal contemporaneo percepimento dell'accompagnamento e sospeso «pro quota giornaliera per tutti i periodi di ricovero temporaneo presso strutture».

Cumulabile con l'Apa può essere anche un «contributo per l'aiuto familiare» (*ivi*, art. 6), finalizzato alle «situazioni in cui ci si avvale dell'aiuto di addetti all'assistenza domiciliare»; l'entità di tale emolumento è tuttavia modesta, richiedendo un regolare contratto lavorativo per almeno 25 ore settimanali, trattandosi appena di 120 euro mensili, che salgono a 200 solo qualora l'impegno lavorativo superi le 40 ore settimanali.

Il caso dell'*Abruzzo* si colloca sulla scia di quello friulano appena esposto. Un primo fondo di 2,5 milioni di euro era stato istituito con la d.g.r. n. 866/2006; in effetti più che di un vero e proprio fondo si trattava della disposizione di «risorse straordinarie a sostegno di nuclei familiari impegnati nell'assistenza ad anziani con più di sessantacinque anni non autosufficienti». Tale dotazione iniziale ha assunto le caratteristiche di uno specifico «Fondo per la non autosufficienza» solo nel corso del 2007, attraverso la confluenza progressiva di tre distinte fonti di finanziamento:

- ♦ con l'entrata in vigore del nuovo Piano sociale regionale 2007/09 sono state ripartite le somme assegnate dal Fondo sociale regio-

nale all'azione di piano per lo sviluppo dei Piani locali per la non autosufficienza (Plna), per quasi 3,5 milioni di euro;

- ♦ con la ripartizione delle risorse previste dal Fondo nazionale per la non autosufficienza sono stati assegnati alla Regione Abruzzo quasi 2,5 milioni di euro;
- ♦ infine è stato accordato un altro milione di euro per «interventi a favore della non autosufficienza» proveniente dal Fondo nazionale per le politiche sociali (Fnps).

Inoltre, con la d.g.r. n. 261 del 19/03/2007 un ulteriore importo quasi analogo (6,2 milioni di euro) era stato attribuito alle Aziende UsI nell'ambito del Progetto obiettivo a rilevanza nazionale «Rete integrata dei servizi sanitari e sociali», finalizzato all'avviamento dei Punti unici di accesso (Pua) alla programmazione integrata sociosanitaria e alla gestione dell'Assistenza domiciliare integrata (Adi).

Per quanto riguarda l'effettivo «fondo» (per un ammontare di quasi 7 milioni di euro), il suo utilizzo veniva regolamentato con l'approvazione di un «Atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale per gli interventi rivolti alla non autosufficienza», contenuto nella d.g.r. n. 1281 del 10/12/2007.

La sua particolarità – che riprende sostanzialmente i criteri e le modalità di assegnazione del primo accantonamento, e quindi *politiche di sostegno alla domiciliarità* – consiste nel fatto che tutte le risorse disponibili «saranno ripartite agli Ambiti territoriali sociali, i quali potranno accedere solo previa presentazione di un Piano locale per la non autosufficienza (Plna)». Il Piano Locale, «recante la previsione del cofinanziamento da parte dell'Eas (Ente di ambito sociale) di una quota pari almeno al 20%, [...] individua l'intervento o gli interventi che l'Ambito territoriale sociale intende attuare *esclusivamente* tra quelli elencati:

- ♦ Adi - Assistenza domiciliare integrata,
- ♦ Assistenza domiciliare socio-assistenziale,
- ♦ Telesoccorso-Teleassistenza,
- ♦ Trasporto,
- ♦ Assegno di cura (con priorità d'accesso sulla base del parametro Isee e di importo massimo stabilito in 300.00 euro),
- ♦ Centri diurni».

Quindi ogni territorio dispone dell'autonomia di «comporre il proprio pacchetto» di prestazioni per favorire la permanenza a domicilio dell'anziano non autosufficiente, nel rispetto delle linee tracciate dall'Atto di indirizzo e delle procedure di rendicontazione delle risorse assegnate dal Fondo regionale.

Di contributo – «al fine di favorire la permanenza delle persone parzialmente o totalmente non autosufficienti nella propria casa, sostenere le loro famiglie e incoraggiare l'emersione del lavoro precario e irregolare di coloro che offrono assistenza» – parla anche la Regione *Sardegna* che, pur non avendo dedicato capitoli o riservato fondi esplicitamente diretti al tema della non autosufficienza nell'ultima legge di riordino del «Sistema integrato dei servizi alla persona» (l.r. 23/12/2005, n. 23), ha però anch'essa disposto per la prima volta un accantonamento di risorse a tale scopo, nell'ambito di un provvedimento *omnibus* (l.r. 11/05/2006, n. 4, art. 17, «Disposizioni in materia di politiche sociali»).

Come stabilito, con una propria delibera la Giunta regionale ha dapprima varato un programma sperimentale triennale – «Ritornare a casa» – del quale sono state dettate le linee di indirizzo (d.g.r. n. 42/11 del 4/10/2006). Il disegno appare chiaro: scopo del programma è incentivare la deistituzionalizzazione (per utenti con «livello di intensità assistenziale *medio* [...] ospiti da almeno 12 mesi in strutture residenziali») o evitarne il ricorso (per i livelli di intensità assistenziale *elevato* e *molto elevato*), impegnando l'ente locale entro un tempo certo (30 giorni) a definire un «progetto personalizzato predisposto congiuntamente dal Comune di residenza, dall'Asl di riferimento, dal diretto interessato (quando possibile) e dal familiare di riferimento», per organizzarne la cura domiciliare. Il progetto personalizzato, inserito dalla «Valutazione multidimensionale» in uno dei tre livelli di gravità, viene presentato per un finanziamento che può arrivare ad un massimo tra 8 e 20 mila euro annui – limitato ad un Isee non superiore a 32.000 euro – interamente a carico del bilancio ordinario regionale per il primo anno di attività, fino ad esaurimento delle risorse disponibili.

Successivamente, una seconda delibera regionale ha disposto come dovesse essere utilizzato uno stanziamento straordinario di 700.000 euro per il 2006 e di 1 milione di euro per il 2007 (d.g.r. n. 45/24 del 7/11/2006). Lo strumento concreto di supporto, è altrettanto chiaramente individuato nella «istituzione della rete pubblica delle assistenti famigliari (badanti) per il sostegno alle persone non autosufficienti».

Una quota limitata del fondo viene destinata a «l'avvio su scala regionale di *registri pubblici* delle assistenti famigliari, per favorire l'incontro tra domanda e offerta [...] accompagnata da iniziative volte a migliorare la qualità dell'assistenza offerta», per 140.000 euro (pari al 20%), e «per la diffusione nella popolazione delle iniziative legate alla costitu-

zione della rete», oltre alle attività di coordinamento, supporto tecnico, verifica e monitoraggio, per altri 70.000 euro (pari al 10%).

La parte più cospicua della somma (il 70%, pari a 490.000 euro) è stata invece rivolta a realizzare due programmi-pilota, presso i Comuni di maggior numerosità – Cagliari e Sassari – «per sperimentare modalità e forme di sostegno a favore di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti che necessitano di un'assistente familiare [...] tenendo conto delle buone prassi già sperimentate sul territorio nazionale».

Come si vede, se la dimensione di programmazione e finanziamento delle politiche socio-assistenziali e socio-sanitarie sta vedendo attivarsi in sequenza numerose amministrazioni regionali – purtroppo sempre più nel Centro-nord che nel Sud del paese – l'ambito proprio di organizzazione e gestione dei servizi sociali alla persona rimane quello dell'ente locale. Per quanto concerne appunto tale dimensione, l'Ires vanta un robusto curriculum di ricerca sulle «100 Italie sociali» dei capoluoghi di provincia (Mirabile, 2005), che ha costituito il riferimento empirico più naturale per una nuova indagine relativa ai Comuni capoluogo di provincia, sulle cui risultanze si concentra a seguire il prossimo paragrafo.

4. I servizi sociali territoriali per la non autosufficienza: un'indagine di campo nei 100 capoluoghi di provincia italiani

Alla luce della necessità sempre più esplicita di sviluppare e implementare la rete territoriale dei servizi pubblici in risposta alle esigenze che le famiglie si trovano oggi a fronteggiare le problematiche del lavoro di cura degli anziani non autosufficienti, il focus dell'indagine di campo presentata in questo paragrafo sono stati gli interventi pubblici di assistenza continuativa rivolti agli anziani non autosufficienti. Come è noto le politiche e gli interventi pubblici si esplicitano attraverso l'erogazione di servizi e le prestazioni monetarie, due modalità di intervento riconducibili a tre ambiti del sistema pubblico: i servizi socio-sanitari di competenza delle Regioni, i servizi socio-assistenziali la cui responsabilità è affidata ai Comuni e l'indennità di accompagnamento di competenza dello Stato (Gori, 2006). La scelta alla base dell'indagine è stata di approfondire il secondo ambito, quello dei servizi socio-assistenziali, con l'obiettivo di fornire un quadro informativo dell'offerta dei servizi e degli interventi rivolti agli anziani non auto-

sufficienti nei 100 Comuni capoluogo di provincia italiani, che hanno pertanto costituito l'unità di analisi dell'indagine¹⁰. È stata realizzata una mappatura, a carattere estensivo, intesa come uno strumento rivolto anche alle organizzazioni sindacali per i momenti di accompagnamento, verifica e controllo sul tema delle politiche e degli interventi territoriali per la non autosufficienza.

A partire dal dibattito in corso sul tema della non autosufficienza e delle linee innovative che da diverso tempo caratterizzano la discussione sui servizi sociali, che sono, esemplificando la personalizzazione dell'intervento, lo sviluppo dei servizi di sollievo alla famiglia e l'integrazione tra politiche e servizi, l'indagine di campo si è concentrata

¹⁰ I Comuni capoluogo di provincia che hanno collaborato all'indagine Ires sono circa i due terzi del totale (64 su 100). Nel disegno dell'indagine sono stati esclusi fin dal principio i Comuni delle città metropolitane, che per la particolarità delle loro caratteristiche demografiche e strutturali avrebbero avuto effetti di distorsione sui risultati. Per la realizzazione dell'indagine è stato realizzato un questionario ad hoc strutturato in 5 sezioni a cui hanno risposto i dirigenti/funzionari dei servizi sociali dei Comuni stessi. I focus della ricerca, articolati in numerosi aspetti e correlazioni specifiche, sono stati: 1) *il sistema dei servizi e degli interventi*. L'obiettivo specifico di questa parte è stato quello di rilevare l'articolazione del sistema di servizi e interventi sociali per gli anziani non autosufficienti nei Comuni, le modalità di erogazione e le capacità di risposta ai bisogni. Le tipologie di servizio rilevate sono state: i domiciliari, i residenziali, i semi-residenziali, quelli di sostegno e le azioni di sistema, i servizi di tipo monetario. All'interno di ciascuna tipologia inoltre sono stati rilevati singoli interventi; 2) *gli attori e le modalità di gestione dei servizi*. Questa sezione è stata rivolta invece ad approfondire le modalità della gestione dei servizi e il coinvolgimento dei diversi attori socio-istituzionali territoriali, attraverso focus specifici sulle pratiche di esternalizzazione, sulle figure professionali, sui partner socio-istituzionali del Comune e così via; 3) *il servizio e l'utente*. In questo caso l'attenzione è stata posta sulla relazione esistente fra servizio e utenza: sono stati indagati i criteri di accesso al servizio, i diversi soggetti che li definiscono e quelli che ne formulano la richiesta, l'esistenza o meno di piani di assistenza individualizzati; 4) *la spesa*. La scelta metodologica è stata di approfondire questo aspetto non tanto sotto il profilo finanziario (su questo cfr. indagine censuaria Istat, 2007), ma piuttosto sotto il profilo organizzativo. Tale scelta è stata dettata dalla modalità di rilevazione utilizzata per l'indagine: i dati e le informazioni raccolti attraverso il questionario realizzato dall'Ires, sono stati infatti forniti dai referenti dei servizi sociali non sulla base dei dati contenuti nei bilanci comunali; 5) *l'integrazione socio-sanitaria*, considerata «terreno naturale» per l'erogazione degli interventi per la non autosufficienza che si collocano a cavallo tra l'ambito sanitario e l'ambito socio-assistenziale.

su diversi aspetti ritenuti illustrativi della configurazione dei servizi in termini di territorializzazione delle politiche e degli interventi, di armonizzazione, di integrazione, di valutazione e di qualità dei servizi. Sintetizzando alcuni risultati, dalla ricerca emerge un quadro dell'offerta dei servizi sociali territoriali rivolti alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie di stampo tradizionale, le cui caratteristiche e specificità sembrerebbero ancora lontane dal mettere in pratica alcuni dei punti forti e innovativi della riforma dell'assistenza quale per esempio la programmazione e la progettazione di politiche e interventi territoriali fra loro integrati, l'individuazione di standard di qualità dei servizi, il coinvolgimento e il rafforzamento degli attori sociali presenti sul territorio, in particolare per quanto riguarda le organizzazioni sindacali, le famiglie e la cittadinanza.

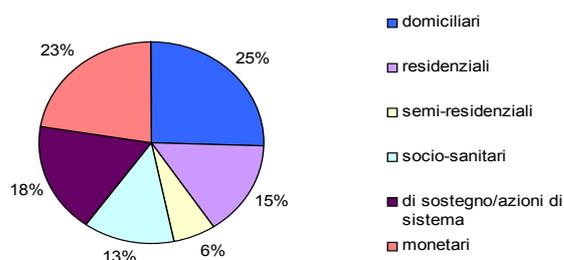
I focus dell'indagine di campo, articolati in numerosi aspetti e correlazioni specifiche, sono stati molteplici: nello specifico l'analisi qui si concentra solo su alcuni degli aspetti indagati: l'articolazione e la diffusione dei servizi e degli interventi; la normativa e le ricadute sulla configurazione organizzativa dei servizi; l'integrazione socio-sanitaria in quanto dimensione specifica e centrale della non autosufficienza. Si tratta dunque di elementi centrali che fanno parte del processo avviato di regionalizzazione delle politiche socio-assistenziali, considerato da più parti come una delle soluzioni possibili al problema della frammentazione e della disomogeneità che ha caratterizzato in Italia l'ambito assistenziale.

Analizzando l'*articolazione e la diffusione territoriale dei servizi e degli interventi* per la non autosufficienza nei Comuni capoluogo, è emerso che, come si legge nel grafico in figura 1, i più diffusi sono i servizi domiciliari (25%, rappresentano dunque un quarto dei servizi sociali nel complesso); a seguire, sulla corta distanza gli interventi di tipo monetario (23%), i servizi di sostegno e le azioni di sistema (18%), i servizi residenziali (15%), i servizi socio-sanitari (13%) e infine i servizi semi-residenziali, centri diurni (6%).

Osservando l'articolazione dei servizi secondo la *distribuzione per macro aree geografiche*, la diffusione delle diverse tipologie di servizi, evidenzia delle differenziazioni rispetto a quelle rilevate sul territorio nazionale. Nei Comuni tendenzialmente appartenenti alle Regioni del Nord, come per esempio la Lombardia, il Friuli-Venezia Giulia e il Veneto, i servizi residenziali e i socio-sanitari sono più diffusi rispetto ai Comuni del Sud. Al Nord, nel complesso, l'ambito socio-assistenziale risulta influenzato dai processi e dalle tendenze peculiari del sistema sanita-

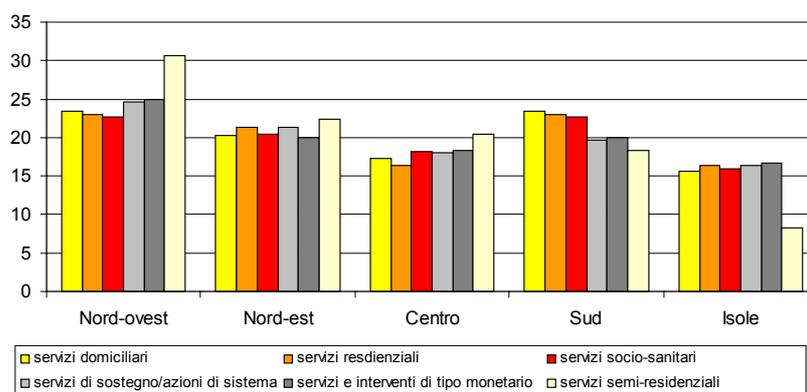
rio, e dalla presenza di servizi e interventi di welfare pesante come per esempio la residenzialità. Nei Comuni delle Regioni del *Sud* invece, a conferma dell'esistenza dello sbilanciamento tra erogazioni monetarie ed erogazioni in servizi che storicamente caratterizza questi territori, i più diffusi sono risultati gli interventi monetari, e questo per esempio il caso della Sardegna, e i servizi di tipo domiciliare.

Figura 1 - I servizi sociali per gli anziani non autosufficienti nei Comuni capoluogo di provincia (% risposte)



Fonte: Indagine Ires 2007.

Figura 2 - Tipologia di servizi per aree geografiche (valori percentuali)



Fonte: Indagine Ires 2007.

A livello nazionale, entrando nel dettaglio della strutturazione dei sistemi di welfare per la non autosufficienza, è interessante evidenziare come l'articolazione rifletta un'impostazione dei servizi ancora di stampo prevalentemente tradizionale, senza evidenti differenziazioni per macro aree territoriali, pur con delle specificità regionali. Per quanto riguarda infatti la composizione dei servizi domiciliari tra gli interventi meno presenti, è stata rilevata l'Assistenza domiciliare integrata (Adi), intervento a forte valenza di integrazione socio-sanitaria. Questa tipologia di servizio viene considerata innovativa secondo le indicazioni della legge quadro 328/00 che prevedeva una maggiore integrazione fra gli interventi a carattere sociale e gli interventi sanitari rivolti alle persone, passando quindi da un'ottica essenzialmente sanitaria e ospedaliera ad un approccio più orientato all'accoglienza e al sostegno della persona nella sua complessità. Anche altri interventi, le cui finalità perseguono queste stesse logiche, come l'adattamento dell'alloggio e l'ospedalizzazione a domicilio, sono risultati ancora poco diffusi sul territorio nazionale, nonostante il loro contenuto innovativo e peculiare per le persone non autosufficienti, tanto da essere espressamente indicati nella proposta di legge di iniziativa popolare presentata al Parlamento nel 2006 dalle organizzazioni sindacali. Per quanto riguarda la diffusione dei servizi domiciliari nelle quattro regioni oggetto dell'indagine, nel complesso sono emersi andamenti analoghi rispetto a quelli nazionali. Nei Comuni di queste Regioni infatti i servizi domiciliari rappresentano i più diffusi e costituiscono circa un terzo dei servizi erogati, ad eccezione dell'Abruzzo dove il dato supera il 40%. Entrando nel dettaglio dei diversi interventi rivolti agli anziani non autosufficienti, in Friuli-Venezia Giulia e in Liguria, i più diffusi sono quelli a forte valenza sanitaria, è questo il caso dell'ospedalizzazione a domicilio in Friuli, o comunque a valenza integrata tra l'ambito sanitario e l'ambito socio-assistenziale come per esempio l'Adi (Assistenza domiciliare integrata) in Liguria. In Sardegna invece gli interventi di tipo domiciliare più diffusi sono quelli di stampo prevalentemente assistenziale, di tipo tradizionale, come per esempio l'assistenza domiciliare e l'assistenza pasti. Per quanto riguarda invece la composizione dei servizi di tipo monetario sul territorio nazionale, nel complesso si tratta di contributi economici una tantum; inferiore è risultata la presenza per esempio degli assegni di cura, degli assegni per sostenere la spesa per le badanti e l'assistenza alloggiativa. In questo caso però, nei Comuni delle quattro Regioni considerate sono emersi degli scostamenti rispetto alle tendenze rilevate a livello

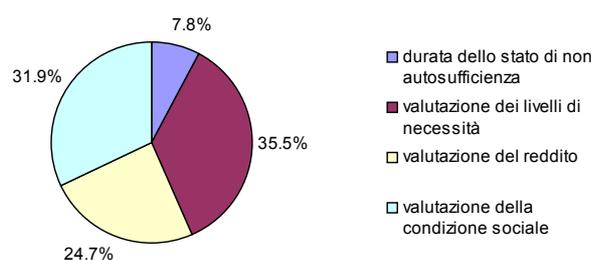
nazionale sulle tipologie di interventi messi in campo nei territori. In Friuli-Venezia Giulia per esempio i buoni servizio, considerati strumenti di welfare leggero a supporto della rete dei servizi, sono gli interventi più diffusi tra quelli di tipo monetario, in Abruzzo sono i voucher mentre in Liguria gli assegni per sostenere la spesa per le badanti.

Riguardo al secondo aspetto analizzato, quello relativo alle ricadute della *normativa sulla configurazione organizzativa dei servizi*, come è noto a livello nazionale ancora non sono stati definiti i Livelli essenziali delle prestazioni, previsti tra l'altro dalla legge quadro di riforma emanata ormai diversi anni fa (legge n. 328/2000). Su questo ambito gli enti locali, in particolare le Regioni, hanno agito in maniera autonoma adottando normative specifiche attraverso cui sono state definite alcune caratteristiche dell'intervento quali: la definizione dello stato di non autosufficienza, i criteri per la valutazione e le modalità di accesso e richiesta dei servizi, elementi considerati punti cardine dalla proposta di legge sulla non autosufficienza, presentata dalle organizzazioni sindacali nel corso del precedente governo. Dall'indagine Ires è emerso che in oltre due terzi dei Comuni sono presenti normative regionali o comunali i cui contenuti sono finalizzati, tra l'altro, alla definizione dello stato di non autosufficienza. Dalla ricostruzione del quadro normativo di riferimento risulta che, laddove definito, lo stato di non autosufficienza viene delineato prevalentemente da normative regionali; è questo per esempio il caso della Regione Liguria, come già detto nel precedente paragrafo. Sui *criteri di accesso ai servizi per la non autosufficienza*, anche in questo caso non esiste a livello nazionale una scala di valutazione comune, omogenea e standardizzata: tra i più diffusi è risultato il bisogno, ovvero la valutazione dei livelli di necessità; vengono inoltre utilizzati come criteri di accesso la valutazione della condizione sociale, delle risorse finanziarie dell'anziano e solo in pochi casi la durata dello stato di non autosufficienza¹¹. Sembra oppor-

¹¹ In alcuni Comuni (soprattutto nel Nord-Est) viene fatto ricorso ad altri dispositivi per la valutazione dello stato di non autosufficienza come per esempio il Bina (Breve indice di non autosufficienza), in altri invece a Schede di valutazione multidimensionale dell'anziano (Svama). Le schede Svama sono utilizzate nella Regione Veneto per la valutazione delle persone adulte e anziane; permettono di analizzare vari aspetti della vita dell'anziano preso in carico (salute, autosufficienza, rapporti sociali, situazione economica). La valutazione viene effettuata dai diversi componenti della Unità operativa distrettuale (Uod) even-

tuno evidenziare che la quasi totalità dei Comuni (oltre il 90%) hanno dichiarato di far ricorso a più criteri per definire l'autosufficienza. Dall'analisi sono emerse inoltre alcune specificità nell'utilizzo dei criteri a seconda della ripartizione geografica. Nel Nord-Ovest, nel Centro e nelle Isole la valutazione dei livelli di necessità è risultato essere il criterio di accesso più diffuso, mentre nel Sud il più citato è stato la valutazione della condizione sociale. Il criterio a cui si ricorre di meno su tutto il territorio nazionale è la durata dello stato di non autosufficienza.

Figura 3 - I criteri di accesso ai servizi per la non autosufficienza nei Comuni capoluogo di Provincia



Fonte: Indagine Ires, 2007.

Infine *l'integrazione socio-sanitaria*, un criterio di innovazione dei sistemi di welfare locale che, anche sulla base dei risultati emersi dall'indagine, sembrerebbe ancora poco diffuso. Le politiche e i servizi rivolti agli anziani non autosufficienti costituiscono un luogo «naturale» per la lettura e l'analisi della pratica dell'integrazione socio-sanitaria in quanto rispondono a bisogni legati tanto allo stato di salute quanto alla condizione sociale generale dell'anziano. La maggior parte dei Comuni (77,4%) ha dichiarato che nel proprio territorio l'integrazione

tualmente supportati da professionisti esperti in settori specifici. La Uod è lo strumento operativo che governa la rete di servizi per anziani. Il gruppo di lavoro è composto da diverse figure professionali: il responsabile del distretto socio-sanitario, medici di medicina generale, assistenti sociali, infermieri professionali, medici specialistici.

socio-sanitaria costituisce una pratica diffusa e condivisa. Sono emerse delle differenziazioni territoriali nella percezione del grado di integrazione socio-sanitaria nei servizi per la non autosufficienza da parte dei referenti dei servizi sociali comunali coinvolti nell'indagine. Tendenzialmente nei Comuni delle Regioni del Centro e del Nord l'integrazione è stata indicata come una pratica diffusa; al contrario, nei Comuni appartenenti alle Regioni del Sud e delle Isole in circa la metà dei capoluoghi l'integrazione non sembra una pratica radicata; è stata evidenziata la difficoltà di comunicazione e di cooperazione fra i diversi soggetti socio-istituzionali preposti ai servizi. In Liguria e in Friuli-Venezia Giulia, tutti i Comuni che hanno partecipato all'indagine hanno dichiarato che l'integrazione socio-sanitaria, nel caso dei servizi per la non autosufficienza, costituisce una pratica diffusa e condivisa, a differenza dei Comuni dell'Abruzzo e della Sardegna, i quali non hanno risposto in maniera omogenea tra loro pur appartenendo allo stesso ambito regionale. Questa differenziazione nei comportamenti dei Comuni potrebbe essere attribuita, fra l'altro, alla presenza e all'influenza della normativa regionale i cui contenuti sono stati nel tempo consolidati.

Tra gli attori socio-istituzionali che maggiormente hanno sostenuto a livello territoriale la pratica dell'integrazione socio-sanitaria (laddove dichiarata diffusa) sono presenti oltre alle Asl e agli enti locali, le organizzazioni di Terzo settore, mentre le famiglie e le organizzazioni sindacali sembrerebbero ancora degli interlocutori poco presenti all'interno della governance territoriale. Tra i principali elementi di criticità legati alla debole integrazione socio-sanitaria rilevati nei Comuni tendenzialmente appartenenti alle Regioni del Sud, sono stati individuati soprattutto quelli di tipo organizzativo e quelli di tipo economico, in misura più contenuta quelli afferenti alla sfera politica e culturale presente nei territori. Alcune differenze in merito alle criticità emergono a livello territoriale: criticità di tipo culturale sono state rilevate nei Comuni delle Regioni del Sud, a differenza di quelli appartenenti alle Regioni del Nord in cui sono state rilevate criticità di tipo organizzativo e di tipo politico.

Per concludere, al di là delle specificità dei diversi sistemi di offerta sociale territoriale, l'indagine ha confermato anche nel caso della non autosufficienza, qui analizzata come un ambito specifico delle politiche socio-assistenziali regionali, la presenza di un quadro territoriale fortemente frammentato e differenziato sia sotto il profilo delle politiche pianificate e programmate dalle Regioni, sia sotto il profilo dei

servizi erogati e gestiti dai Comuni. La definizione di una normativa nazionale, che la maggioranza dei paesi europei ha adottato, e dei livelli essenziali delle prestazioni potrebbero contribuire al più ampio processo di innovazione delle politiche sociali da diversi anni avviato in Italia e in particolare al processo di regionalizzazione delle politiche socio-assistenziali in grado di garantire un sistema di diritti e opportunità per la cittadinanza omogeneo sul territorio nazionale.

Riferimenti bibliografici

- Beltrametti L., 2001, *Il finanziamento dell'assistenza continuativa*, in Gori C. (a cura di), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte*, FrancoAngeli, Milano.
- Bifulco L., De Leonardis O., 2006, *Integrazione tra le politiche come opportunità politica*, in Donolo C., *Il futuro delle politiche pubbliche*, Bruno Mondadori, Milano.
- Da Roit B., 2004, *Il riordino delle erogazioni monetarie per gli invalidi civili*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci, Roma.
- Da Roit B., 2006, *La riforma dell'indennità di accompagnamento*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Il Mulino, Bologna.
- Evers A., Pijl M. e Ungerson C., 2000, *Payments for care. A comparative overview*, trad. parz. in Pellegrino M. (a cura di), *Aiutare chi aiuta. Politiche di sostegno alle cure informali nell'Unione europea*, Edizioni Lavoro, Roma.
- Feroli E., 2007, *L'assistenza ai non autosufficienti nel quadro di un neo-regionalismo in fieri*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 65-76.
- Ferrera M., 1998, *Le trappole del welfare*, Il Mulino, Bologna.
- Fondazione Finney - Commissione Ue, 1996, *Quale tutela legale e sociale a favore degli anziani non autosufficienti?*, Atti dell'Incontro di Studio Europeo, Roma.
- Gori C. (a cura di), 2001, *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte*, FrancoAngeli, Milano.
- Gori C. (a cura di), 2004, *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci, Roma.
- Gori C. (a cura di), 2006, *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Il Mulino, Bologna.
- Guidicini P. e Landuzzi C. (a cura di), 2006, *I territori del welfare*, FrancoAngeli, Milano.
- Istat, 2007, *Seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. Anno 2004*, Roma.
- Lamura G., Lucchetti M. e Socci M., 2004, *Personale straniero e assistenza all'anziano non autosufficiente: due ricerche in Emilia e Marche*, in Micheli G.A. (a cura di), *La questione anziana. Ridisegnare le coordinate di una società che invecchia*, FrancoAngeli, Milano.

- Micheli G.A. (a cura di), 2004, *La questione anziana. Ridisegnare le coordinate di una società che invecchia*, FrancoAngeli, Milano.
- Mirabile M.L. (a cura di), 2005, *Italie sociali*, Donzelli, Roma.
- Pavolini E., 2004, *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, Carocci, Roma.
- Pellegrino M. (a cura di), 2000, *Autare chi aiuta. Politiche di sostegno alle cure informali nell'Unione europea*, Edizioni Lavoro, Roma.
- Ranci C., 2002, *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- C. Ranci, 2004a, *Prefazione*, in Pavolini E., 2004, *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, Carocci, Roma.
- Ranci C., 2004b, *La costituzione di un Fondo Unico per la non autosufficienza: i temi in agenda*, in Micheli G.A. (a cura di), 2004, *La questione anziana. Ridisegnare le coordinate di una società che invecchia*, FrancoAngeli, Milano.
- Ranci Ortigosa E., 2004, *Il rapporto tra servizi sociali e sanitari*, in Gori C. (a cura di), *La Riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci, Roma.
- Rossi G. e Bramanti D. (a cura di), 2006, *Anziani non autosufficienti e servizi family friendly*, FrancoAngeli, Milano.
- Villa F., 2006, *La comunità come soggetto attivo nella costruzione delle politiche sociali*, in Guidicini P. e Landuzzi C. (a cura di), *I territori del welfare*, FrancoAngeli, Milano.