



AUSER

**Anziani non autosufficienti
e integrazione sociosanitaria territoriale
nei Piani regionali**

A cura di Claudio Falasca

Longevità, cronicità, non autosufficienza, demenza, solitudine: una domanda sociale complessa che richiede risposte integrate.

Chi detiene la responsabilità perché ciò possa davvero accadere?

Tutti noi, ognuno nel suo ruolo e per ciò che gli compete.

Chi detiene ruoli meno strategici, ma importanti per quanto concerne la relazione con i cittadini, ha però anche il compito di rappresentare la realtà che è quella di una comunità che ha bisogno di chiarezze, di punti di riferimento precisi, di risposte veloci e congruenti al bisogno.

Al cittadino non interessa sapere che cosa è sociale e che cosa è sanitario: ciò che importa è poter mantenere per sé e per i propri cari un sostegno adeguato e questo non vale solo per la non autosufficienza, ma per molte altre condizioni di bisogno.

Insomma è necessario cercare e trovare nuove modalità di approccio e di lavoro, di là dalla competenza specifica di ciascuno.

SOMMARIO

1. Presentazione	7
2. Introduzione	9
3. Contenuto e nota tecnica di lettura	13

PRIMA PARTE

4. Non autosufficienza: una domanda complessa in continua crescita	17
4.1. Ma quanti sono gli anziani non autosufficienti?	17
4.1.2. Quanti saranno gli anziani non autosufficienti nel prossimo futuro?	22
4.2. I determinanti della complessità	23
4.2.1. L'Italia è un Paese in decrescita demografica	24
4.2.2. Decresce la popolazione, ma aumentano i longevi	30
4.2.3. Nella longevità pesa la differenza di genere	32
4.2.4. La salute dei longevi migliora, ma fino a un certo punto	33
4.2.5. La famiglie sempre più piccole	37
4.2.6. Sempre meno i caregiver familiari	37
4.2.7. Gli anziani sempre più soli	39
4.2.8. Stili di vita e comportamenti a rischio: la prevenzione aiuta	41
4.2.9. La prevenzione aiuta, ma anche l'istruzione	45
4.2.10. Marginale il rapporto con il mercato del lavoro	48
4.2.11. Il reddito nella media inadeguato: per molti latente il rischio povertà	50
4.2.12. Partecipazione attiva alla vita sociale e culturale: le opportunità si restringono sempre più	54
4.2.13. Cresce la domanda di sicurezza	58
4.2.14. Il gap tecnologico: una sfida che sembra impari	59
4.2.15. Desiderio di vita autonoma, ma casa, quartiere, ambiente sempre più ostili	61
4.3 L'inadeguatezza delle risposte	64
4.3.1. Risposta alla domanda sociosanitaria in base alla Griglia LEA	64
4.3.2. Valutazione sintetica 2017: adempienza rispetto al "Mantenimento dell'erogazione dei LEA"	67
4.3.3. La valutazione LEA relativa ai servizi per anziani	68

4.3.4. Valutazione di sintesi della Griglia LEA relativa agli indicatori che fanno esplicito riferimento alle persone con più di 65 anni	77
4.3.5. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	78
4.3.6. I risultati della sperimentazione del NSG	81
4.3.7. La valutazione NSG relativa ai servizi per anziani	82
4.3.8. I Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEP)	84
4.4 L'integrazione sociosanitaria come soluzione	88
4.5 La frattura di un percorso virtuoso	92
4.5.1. Il venir meno di riferimenti nazionali unificanti	92
4.5.2. Un regionalismo male interpretato	93
4.5.3. Una liberalizzazione asservita a interessi particolari	95
4.5.4. Una aziendalizzazione distorta nelle sue finalità	96

SECONDA PARTE

5. I Piani sanitari e i Piani sociali regionali	102
5.1. L'iniziativa delle Regioni	102
5.2. I Piani regionali analizzati	105
5.2.1. I riferimenti per i Piani sanitari regionali	106
5.2.2. I Riferimenti per i Piani sociali regionali	108
5.2.3. I Piani sanitari	111
5.2.4. I Piani sociali	114
5.3. Forme e contenuti dei Piani	115
5.3.1. Struttura dei Piani	116
5.3.2. Contenuto dei Piani	125
5.3.2.1. Piani sociosanitari integrati	126
5.3.2.2. Piani sanitari e sociosanitari	129
5.3.2.3. Piani delle Regioni in rientro	132
5.3.2.4. Piani sociali	135
5.3.2.5. Linee guida o indirizzi per i Piani di zona	138
5.3.2.6. Piano di Zona	141
5.3.2.7. Sintesi contenuti	143
6. L'integrazione sociosanitaria	146
6.1. L'integrazione nelle premesse dei Piani	153
6.2. L'integrazione nella valutazione dei determinanti	161
6.3. L'integrazione istituzionale e nella governance	165

6.3.1. L'architettura istituzionale	166
6.3.2. La direzione politica e amministrativa	166
6.3.3. L'organizzazione territoriale sanitaria e sociale	168
6.4. L'integrazione nella prevenzione	171
6.5. L'integrazione sociosanitaria territoriale	175
6.5.1 Il Distretto sociosanitario	175
6.5.1.1. Il rapporto Distretti sanitari e Distretti/Ambiti sociali	178
6.5.2. Il Punto Unico di Accesso (PUA)	180
6.5.3. La Valutazione Multidimensionale (VMD)	183
6.5.4. Il Piano di Assistenza Individuale (PAI)	185
6.5.5. L'assistenza domiciliare	186
6.5.5.1. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	188
6.5.5.2. Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)	190
6.5.6. L'assistenza Residenziale e Semiresidenziale	192
6.5.6.1. La situazione nella residenzialità	197
6.6. L'integrazione nelle risorse	204
6.7. L'integrazione nel lavoro e nella formazione	210
6.8. L'integrazione nella informazione e comunicazione	213
6.9. L'integrazione nella partecipazione	214
6.10. L'integrazione nella innovazione	215
6.11. Quadro di sintesi della integrazione sociosanitaria nei Piani regionali	225

TERZA PARTE

7. L'integrazione sociosanitaria: le proposte di riforma	232
7.1. Il piano nazionale non autosufficienza (PNA) 2019 – 2021	233
7.2. L'emergenza COVID-19	234
7.2.1. D. L. Rilancio Italia	235
7.2.2. Il parere del CNEL	237
7.2.3. Il parere di Art. 99 – Associazione per il dialogo sociale	239
7.2.4. Le posizioni della Funzione pubblica – Cgil	240
7.3. Le proposte dei sindacati dei pensionati SPI-Cgil, FNP-Cisl, UIL - Pensionati	242
7.4. Le proposte del terzo settore	245
7.5. La non autosufficienza nei programmi dei partiti	248

7.6. Le proposte di riforma di iniziativa parlamentare	251
7.7. Conclusioni	263

QUARTA PARTE

8. Un quadro di sintesi	265
9. Conclusioni e proposte	279
9.1. Punti di forza	279
9.2. Punti di debolezza	281
9.3. Finalità e obiettivi	283
9.4. Le previsioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)	284
9.4.1. Missione Sanità	286
9.4.2. Componente Infrastrutture sociali, Famiglie, Comunità e Terzo settore	287
9.5. Proposte	292
10. Conclusioni	319
 Acronimi	 321
Bibliografia	325

1. Presentazione

Enzo Costa – Presidente Nazionale AUSER

La nuova ricerca di Claudio Falasca ci spinge a riflettere sulla struttura dei Piani sanitari e sociali regionali con particolare riferimento ai servizi rivolti agli anziani. Comparandoli emerge la fotografia di un paese profondamente diverso nei servizi garantiti e messi a disposizione, sia nella quantità che nella qualità, servizi che incidono pesantemente sulla qualità della vita della popolazione anziana creando delle profonde disuguaglianze.

Questo accade in un paese che, secondo solo al Giappone, ha la più alta incidenza di popolazione over 60, nel 2050 il rapporto supererà il 40%, sarebbe giusto quindi attrezzarsi in maniera adeguata creando un sistema di welfare che, anche attraverso la costruzione di reti di aiuto intorno alle persone fragili, intervenga sull'incremento dei servizi personalizzati e domiciliari migliorando le condizioni di vita di chi è avanti negli anni.

Dobbiamo accantonare la logica che la vecchiaia sia l'età dello scarto, come è successo in questa terribile pandemia virale, e costruire le condizioni perché gli anziani continuino a vivere nel proprio domicilio in ambienti a loro familiari, conosciuti, che rappresentino un riferimento importante e trasmettano sicurezza, in quartieri e città rese accoglienti e solidali.

Questo non facile momento che stiamo vivendo ha creato un impressionante picco di mortalità nelle persone anziane aprendo una riflessione seria sull'adeguatezza delle RSA come luogo di degenza a lungo termine e non luogo di cura, in tanti oggi rilanciano il tema della domiciliarità come unica soluzione percorribile.

Dobbiamo costruire le condizioni che mettano in grado le persone di poter continuare a vivere nel proprio domicilio, preconditione necessaria se vogliamo contrastare l'isolamento sociale, promuovere politiche per l'invecchiamento attivo, di supporto e aiuto alla non autosufficienza, attivando servizi domiciliari di qualità esigibili in tutto il territorio nazionale. Dobbiamo ripensare le abitazioni, i quartieri, le città in modo che siano agibili anche alle persone più fragili.

Questa preziosa ricerca fornisce tantissimi dati e proposte utili a rafforzare un dibattito che è iniziato da tempo e che il COVID 19 ha reso terribilmente urgente e attuale, è tempo di passare alla realizzazione di nuove politiche socio-sanitarie non più rinviabili, servono risorse e leggi sulla non autosufficienza e sull'invecchiamento attivo, serve una riforma della sanità che recuperi la medicina specialistica territoriale, l'assistenza domiciliare integrata e il valore della universalità delle prestazioni.



Le risorse disponibili con il Next Generation EU devono avere, nei piani di utilizzo, una forte caratterizzazione sociale.

L'obiettivo di fondo è quello di migliorare la qualità della vita dei cittadini, partendo dalle persone più fragili, attraverso un nuovo modello di sviluppo socialmente ed ambientalmente sostenibile.

Occorre promuovere uno sviluppo inclusivo capace di ridurre le disegualianze tra persone e territori, centrato sulla persona, dove l'economia è al servizio dei cittadini, improntata alla equità e alla coesione e orientata anche a investimenti di rigenerazione urbana, sanitaria e sociale attraverso i quali le comunità devono poter partecipare e percepire un miglioramento della qualità della propria vita.

Bisogna lavorare per costruire una diversa idea di vecchiaia, magari chiamandola longevità che è un termine positivo, e lo dobbiamo fare subito; un'idea che tenga conto delle mutate aspettative di vita e soprattutto che la consideri come una stagione dove le persone mantengono intatta la propria dignità, il desiderio e la possibilità di progettare nuove esperienze di vita, un'età dove si possa ancora pensare al futuro e non solo al passato.

Per costruire anche così un paese meno segmentato, meno settoriale, meno individuale, più coeso e soprattutto più solidale.

Pensare a una società che cambia, per affrontare i mutamenti demografici, sarà anche il modo per rilanciare l'organizzazione delle grandi città che devono diventare policentriche, decentrare i servizi, cancellare il concetto di periferia, realizzare una mobilità sostenibile, recuperare tutte le attività di quartiere, favorendo così la domiciliarità degli anziani ma anche un tenore di vita più sociale, più inclusivo e una qualità della vita migliore per tutti.

Per affrontare la condizione degli anziani nel nostro paese è fondamentale partire dai dati raccolti in questa importante ricerca, anche perché la qualità della vita è un'interazione costante tra il singolo soggetto e la società in cui vive ed è indispensabile intervenire in entrambi gli elementi per avere un miglioramento delle condizioni di vita.

È utile ricordare come l'OMS definisce la qualità della vita *“Completo benessere fisico, mentale e sociale”*, questo comporta sia una buona tutela della persona che una società accogliente e solidale.

2. Introduzione

Con l'epidemia causata dal Covid-19 è emersa in tutta la sua gravità l' inadeguatezza del nostro sistema di assistenza sociosanitaria. Noi, che pensavamo di avere uno dei migliori sistemi sanitari al mondo, ci siamo trovati del tutto impreparati a fronteggiare un rischio sanitario che ha colpito, e continua a colpire in modo drammatico, la parte più fragile della popolazione. A gennaio 2021 ben il 95,6% delle persone decedute a causa del Covid-19 sono state persone anziane over 65 anni. Una vera strage. Paradossalmente una larga parte di esse era ospite delle Residenze Sanitarie Residenziali¹ (RSA), cioè di quelle strutture sociosanitarie che avrebbero dovuto garantire in massimo grado la loro sicurezza.

In questi lungo periodo di epidemia che sembra non avere mai fine, ognuno segue con un senso di angoscia le notizie che giungono dalle RSA. Quello che più ferisce non è solo e tanto l'evento già tragico di per se, quanto piuttosto le modalità in cui avviene. Anziani e anziane non autosufficienti isolati, in ambienti estranei, senza nessun volto amico che non sia quello dietro la maschera del medico o dell'infermiera che, se pur carica di empatia, è pur sempre un volto estraneo. Nessuno con cui scambiare un gesto di affetto, un pensiero fatto di ricordi comuni. Per non dire poi del dolore dei parenti e amici costretti ad assistere distanti ed inermi a questo lento spegnersi, una pena che in alcuni casi si carica anche di un senso di colpa per non aver previsto la tragedia che andava maturando e non aver trovato soluzioni alternative.

Ecco, qui sta la domanda di fondo che sorge spontanea: tutto questo era evitabile? Noi di AUSER pensiamo di sì. Pensiamo che se si fosse agito per tempo e con lungimiranza, così come da anni richiedono tutte le numerose associazioni che s'interessano delle condizioni degli anziani non autosufficienti, l'emergenza ci avrebbe trovato molto meno impreparati e il suo impatto sarebbe stato drasticamente più contenuto. Non stiamo parlando di generiche e vaghe rivendicazioni, ma di proposte fondate su analisi rigorose della realtà della non autosufficienza e su misure di intervento finalizzate a garantire, rendendolo esigibile in ogni circostanza, il diritto di ogni persona di poter invecchiare nella propria casa tra l'affetto dei suoi cari, anche se non autosufficiente.

Per rendere esigibile questo diritto non sono necessari "grandi progetti", quanto piuttosto un cambio di paradigma nella concezione dell'assistenza domiciliare degli anziani non autosufficienti assumendola come un fondamentale

1 - Claudio Falasca – Domiciliarità e residenzialità per l'invecchiamento attivo 2017 - Le residenze sanitarie assistenziali (RSA), sono strutture extra ospedaliere che ospitano per un periodo variabile da poche settimane al tempo indeterminato, persone anziane prevalentemente non autosufficienti, bisognose di cure sanitarie, assistenziali, di recupero funzionale e sociale.



servizio del welfare pubblico e non prestazione residuale o delegata al welfare familiare.

Quello che si continua a non voler comprendere, ed in questo è da individuare una grave sottovalutazione politica (risulterà del tutto evidente nel corso della ricerca), sono le enormi implicazioni sociosanitarie derivanti da una popolazione sempre più longeva² Un tema questo su cui da anni l'AUSER si interroga per comprendere, in particolare, i nuovi bisogni sociosanitari legati alle non-autosufficienze e alle fragilità che ne derivano e quali nuove risposte il welfare deve essere in grado di fornire.

Fortunatamente in questo impegno non siamo soli. Un vasto insieme composto da persone, famiglie, associazioni, operatori, professionalità, ricercatori, amministratori, è impegnato quotidianamente nello sforzo teso a fare evolvere la qualità dei servizi di assistenza socio-sanitaria e, nel contempo, cerca in tutti i modi di far crescere la sensibilità sociale e politica a favore di una indispensabile evoluzione di un segmento del welfare che vede interessato un numero sempre più vasto di persone.

È un'attesa che dura da anni e, forse, anche se l'incertezza è ancora grande, come conseguenza del Covid-19 alcuni tenui segnali di cambiamento si cominciano a percepire.

Comunque il ritardo da recuperare è enorme e, al di là delle denunce e sollecitazioni del mondo sindacale e del volontariato, un indizio palese lo si sarebbe dovuto scorgere nei risultati della sperimentazione sul Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA³ da cui risulterebbe che ben 12 Regioni su 21 (il 60%) non garantirebbe i Livelli Essenziali di Assistenza. Un quadro ben diverso da quello risultante dalla Griglia LEA⁴, secondo cui le Regioni inadempienti sarebbero soltanto due.

Le cause di questo ritardo sono numerose: miopia politica nel non considerare i temi delle cure di lunga durata (LTC) una grande questione sociale; incapacità di concepire i bisogni delle persona longeve e delle loro famiglie come un insieme integrato dove ogni dimensione interagisce con le altre e che, conseguentemente, richiede risposte integrate e dinamiche; resistenze, anche culturali, nel cambio di paradigma che presume il passaggio da un ap-

2 - I dati di Luglio 2020 del report ISTAT sul bilancio demografico nazionale confermano che al 31 dicembre 2019 la popolazione residente nel nostro Paese è ulteriormente diminuita e, nello stesso tempo, cresce il numero dei longevi. ISTAT – Bilancio demografico nazionale 2019 – https://www.istat.it/it/files//2020/07/Report_BILANCIO_DEMOGRAFICO_NAZIONALE_2019.pdf

3 - Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

4 - Set di indicatori ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, raccolti in una griglia (cd. "Griglia LEA") che consente di conoscere e cogliere nell'insieme le diversità ed il disomogeneo livello di erogazione dei livelli di assistenza.

proccio fondato sulle “prestazioni di cura” ad uno fondato sul “prendersi cura”; frammentazione dei flussi di finanziamento; frammentazione dei punti di direzione; margini di opportunismo, anche professionale, che ergono barriere e ostacoli alle riforme e alla innovazione.

Purtroppo, come spesso accade nel nostro Paese, il dibattito pubblico ha prestato molta attenzione al problema delle risorse e relativamente meno al tema dell’architettura istituzionale del sistema, alla sua governance e alla determinazione di percorsi assistenziali complessi basati su punti unici di accesso, équipe e valutazioni multidimensionali, piani assistenziali, in una visione integrata tra dimensione sanitaria e dimensione sociale.

Certo, non tutto è fermo. Numerose sono le esperienze piccole e grandi che hanno generato servizi innovativi di grande interesse, su sollecitazione delle famiglie, delle associazioni, del mondo professionale, dalle stesse amministrazioni di competenza, su un vario campo di argomenti. Tuttavia, pur apprezzando il valore della buona volontà, si tratta pur sempre di sperimentazioni promosse dalla spinta volontaristica di soggetti locali e che non hanno il respiro di un cambiamento di sistema.

L’esperienza insegna che organizzare in modo permanente e integrato persone che appartengono ad enti diversi allo scopo di produrre una vera innovazione di processo è possibile solo se l’innovazione è sostenuta da un’analoga innovazione del sistema istituzionale. Questo comporta che ai diversi soggetti coinvolti (regioni, aziende sanitarie, amministrazioni locali, cooperative, associazioni, società private) deve essere proposto un diverso modo di interagire. Affrontare questo nodo, da sempre rimosso, diventa ogni giorno più impellente.

Dalla ricerca che qui presentiamo questa esigenza emerge in modo chiarissimo. Dall’analisi comparata dei Piani sociali e dei Piani sanitari delle Regioni emerge un panorama del sistema di assistenza di lunga durata quanto mai differenziato nei livelli di copertura dei servizi sia a livello nazionale che all’interno delle singole regioni. Differenziali che non trovano giustificazione alcuna se non quella di una malintesa autonomia regionale che spinge a differenziarsi a prescindere e a non tener conto di quanto di buono e utile viene sperimentato in altre realtà. A dimostrazione di questa valutazione è sufficiente riflettere sul perché la sollecitazione ad un approccio integrato della dimensione sanitaria con quella sociale è stata accolta solo da alcune regioni, mentre la maggioranza continua nella separatezza delle due dimensioni.

Indubbiamente si pone un problema di risorse, tuttavia quello di cui c’è assolutamente bisogno è una determinazione politica capace di investire la qualità di processi e sistemi nella prospettiva di promuovere un sistema integrato di assistenza socio sanitaria multiprofessionale, sorretto da un corrispondente sistema di governance istituzionale. Non si tratta semplicemente di fare in modo che gli operatori del sistema (professionisti, operatori, amministrativi) si incontrino in modo puntuale rispetto alle valutazioni multidimensionali dei casi com-



plexi, si tratta di impiantare un basamento permanente in cui i servizi del pubblico, sanitario e sociale, e del privato lavorino insieme in modo costante e continuativo secondo processi di cura aggiornati ed evoluti. L'integrazione non è un attributo accessorio alle consuete pratiche quotidiane che continuano come sempre, l'integrazione è la prassi quotidiana che costringe i servizi a cambiare in modo completo e permanente le attuali pratiche professionali e gestionali sapendo che una buona integrazione comporta anche significative economie.

Se questa necessità, come detto, è matura da tempo, la pandemia del Covid-19 ci deve spingere ad una accelerazione nel cambiamento delle filiere assistenziali domiciliari e residenziali. Dall'esperienza del Covid-19 è emerso con tutta chiarezza la debolezza del sistema dei presidi socio-sanitari territoriali. È questo un punto importantissimo da tempo messo in evidenza dalle organizzazioni sindacali e del volontariato. Probabilmente se il sistema dei presidi socio - sanitari territoriali avesse raggiunto i livelli di presenza e radicamento come previsti dalle leggi istitutive tanto del servizio sanitario nazionale, quanto dalla legge quadro sulla organizzazione del sistema integrato dei servizi sociali, il governo della pandemia sarebbe stato decisamente meno impattante. Il rafforzamento della dimensione territoriale è un punto decisivo sapendo che questo comporterà profondi cambiamenti nella cultura puramente aziendalistica delle strutture sanitarie da un lato o di tipo strettamente municipalistico dei servizi sociali dall'altro.

Il Governo con il D. L. Rilancio Italia è già intervenuto sulla sanità territoriale e sulla rete ospedaliera. Ora con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza verranno impegnate consistenti ulteriori risorse di provenienza europea. Le osservazioni a questo insieme di misure, nel quadro di un generale apprezzamento per il consistente sforzo nei finanziamenti previsti, sono fondamentalmente riconducibili alla esigenza di un salto di qualità nel sistema di cure domiciliari delle persone anziane. Se l'esito della rinnovata attenzione tributata ai servizi domiciliari consisterà nel reiterare – fedelmente, anche se su più ampia scala, grazie ai maggiori finanziamenti – le attuali criticità del settore, sicuramente un maggior numero di anziani verrà seguito a casa propria, ma altrettanto certamente si sarà persa un'occasione fondamentale per rendere più adeguate le risposte ai loro bisogni.

Quello che serve è una maggiore visione prospettica, fondata sugli scenari demografici del Paese, entro la quale esercitare una spinta innovativa generalizzata, diffusa su tutto il territorio nazionale, che sia in grado di ridurre l'altissimo grado di disuguaglianza quantitativa e qualitativa dell'offerta di servizi sociosanitari.

Soprattutto è necessaria una tensione riformatrice lucida, consapevole, competente, determinata e coraggiosa, che non si limiti al solo riadattamento dell'esistente, ma che affronti a tutto tondo la ricostruzione di un sistema integrato multilivello come via maestra per governare la complessità di una società sempre più longeva.

3. Contenuto e nota tecnica di lettura

3.1. Ambito della ricerca

La ricerca che AUSER presenta in questa pubblicazione si fonda sulla lettura e comparazione dei Piani sanitari e Piani sociali regionali nelle parti relative all'assistenza alle persone anziane. L'obiettivo è di comprendere il grado di integrazione dei servizi sanitari e sociali in quanto essenziale ai fini della qualità della assistenza alla popolazione longeva non autosufficiente. Questo per precisare che non rientra negli scopi della ricerca l'analisi dei servizi sanitari e sociali regionali nel loro complesso. Il riferimento a problematiche più generali verrà fatto quando sarà utile a comprendere meglio il punto in esame.

L'analisi dei Piani, tenuto conto anche degli insegnamenti dell'esperienza del Covid-19 da cui emerge con maggiore forza del passato l'esigenza della integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale, tenta di dare risposta ai seguenti interrogativi:

- Perché la dimensione sanitaria e sociale nell'assistenza agli anziani, pur rientrando in una traiettoria di progressivo avvicinamento, tuttavia continuano a far parte di competenze e responsabilità in larga misura diverse?
- Governo, Regioni e Comuni, tenuto conto del loro ruolo e competenze in materia sanitaria e sociale, come stanno affrontando la loro integrazione?
- L'integrazione nelle sue varie dimensioni, in che misura è assunta come nuovo paradigma nella programmazione regionale?
- Nell'analisi dei determinanti e nei profili dei servizi in che misura si tiene conto delle interdipendenze e delle diverse specificità territoriali?
- Nella prevenzione si tiene conto del rapporto sistemico tra dimensione sanitarie e dimensione sociale?
- Quale spazio viene dedicato nella programmazione sociale e sanitaria alla dimensione territoriale?
- La crescente domanda di cure sanitarie e assistenziali è tale da determinare il ridimensionamento dell'impegno pubblico, oppure vengono individuate soluzioni che lo rafforzino?
- Quali attenzioni vengono dedicate all'anziano e alla sua famiglia nel percorso di assistenza e quali le iniziative per agevolare il loro accesso ai servizi?
- In che misura sono assunte le opportunità offerte dalle nuove tecnologie?
- Quali esperienze di innovazione sociale sono prese in considerazione?
- Quale l'attenzione verso il lavoro di cura nei suoi diversi profili?
- Nella convergenza tra cure sanitarie e cure sociali quali spazi sono previsti per la sussidiarietà tra pubblico e privato?
- Nella prospettiva di una crescente integrazione tra dimensione sociosanitaria



e socioassistenziale quale contributo si prevede che possano dare le organizzazioni del volontariato?

- Quali percorsi partecipativi, in particolare con le forze sociali, sono previsti nella definizione delle scelte per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria e sociale?

Per dare risposte il più possibile sostenute da dati di fatto e tenuto conto dell'ampiezza della materia esaminata dalla ricerca, i Piani sanitari e sociali di 21 regioni e Province Autonome, 42 documenti per un totale di 4.735 pagine, è opportuno precisare preventivamente quali temi verranno esaminati.

Qui di seguito riportiamo i principali punti di analisi:

- quale il modello di governance assunto dalla regione a livello politico e organizzativo. In particolare se è prevista una regia unica per le politiche per la salute e il benessere sociali;
- se l'organizzazione territoriale delle strutture sanitarie e sociali favorisce o è di ostacolo alla gestione integrata dei servizi sociosanitari;
- in che misura il tema "anziani" è evidenziato nella nota introduttiva al Piano che in generale ha un carattere programmatico;
- in che misura nell'analisi dei determinanti è presa in considerazione la condizione della popolazione longeva e la loro domanda di assistenza. In particolare se l'analisi si limita ad un rilevamento meramente statistico o propone una lettura delle interdipendenze tra i determinanti;
- quale l'attenzione alla specificità anziani nella prevenzione;
- se nella programmazione delle risorse si tiene conto delle potenziali economie ricavabili dalla integrazione dei servizi;
- come è regolato l'accesso e la presa in carico nei servizi sociosanitari;
- quali le garanzie per la continuità assistenziale;
- quali i livelli di integrazione nelle cure domiciliari;
- se la residenzialità e semi residenzialità rientra in un percorso integrato di assistenza;
- se e quali esperienze di innovazione sociosanitaria sono previste dai Piani;
- se e quali esperienze di innovazione nell'uso dell'ICT nell'assistenza sociosanitaria;
- se e quali misure sono previste dai piani per garantire l'autonomia delle persone anziane;
- quale l'attenzione prestata al lavoro di cura e di assistenza;
- quali le forme della partecipazione;
- quale l'attenzione all'informazione e comunicazione.

3.2. Articolazione della ricerca

La ricerca si articola in quattro parti.

Nella prima parte viene esaminata la domanda di assistenza sociosanitaria delle persone anziane nelle sue ragioni di crescita e di complessità. In particolare si tenta di superare il mero dato statistico cercando di mettere in evidenza le implicazioni derivanti dai singoli fenomeni esaminati e le reciproche relazioni. Segue la valutazione della inadeguatezza delle risposte da parte del sistema sociosanitario facendo riferimento ai risultati delle verifiche della Griglia LEA e del Nuovo Sistema di Garanzia. Si chiude questa prima parte con l'analisi delle cause che sono all'origine della frattura di quel percorso virtuoso che le leggi istitutive della assistenza sociosanitaria individuavano nella reciproca integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali.

La seconda parte, articolata in due capitoli, è dedicata interamente all'analisi dei Piani sanitari e sociali regionali. In un primo capitolo si analizza in dettaglio la loro tipologia, struttura e contenuti, proponendo dove necessario gli opportuni richiami e approfondimenti. L'analisi dei contenuti dei piani è condotta quantificando il numero delle pagine che nei Piani sono dedicate ai singoli temi. Questo è un approccio sicuramente discutibile da un punto di vista scientifico, ma decisamente indicativo del livello di attenzione e sensibilità ai diversi temi trattati da parte degli estensori dei Piani.

Nel secondo capitolo viene esaminato lo stato di avanzamento del processo di integrazione sociosanitaria nei vari aspetti in cui si articolano i piani e, dunque, dalle premesse, all'analisi dei determinanti, al distretto sociosanitario, fino all'integrazione nelle risorse, ecc.. in questo capitolo emerge in tutta evidenza lo scollamento tra l'obiettivo della integrazione e la realtà dei fatti, cosa che induce a considerare l'integrazione sociosanitari uno spazio ancora indefinito.

La terza parte è dedicata all'analisi dei tentativi di riforma del sistema sociosanitario. Ad essere esaminate sono le proposte di riforma di varia provenienza negli ultimi due decenni, comprese anche le recenti iniziative governative connesse alla crisi sanitaria.

La quarta parte è dedicata alla sintesi della ricerca e alle conclusioni che prendono in considerazioni possibili interventi di riforma utili a rafforzare l'integrazione sociosanitaria per la cura degli anziani non autosufficienti.

3.3. Riferimenti statistici

I principali riferimenti statistici della ricerca sono:

- i contenuti dei piani sanitari e sociali regionali – Siti istituzionali delle Regioni;
- le banche dati dell'ISTAT con particolare riferimento a <http://dati-anziani.istat.it/>



- l'Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale
http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=2744
- geodemoistat.it <http://demo.istat.it/>
- gli osservatori statistici INPS
<https://www.inps.it/osservatoristatistici/12/o/350>



PRIMA PARTE

4. Non autosufficienza: una domanda complessa in continua crescita

Una delle sfide più complesse che le moderne società sono chiamate ad affrontare è dare risposte efficaci alla domanda di salute indotta dalla continua crescita del numero dei longevi. Una crescita che determina il continuo incremento del numero di persone anziane con patologie croniche degenerative bisognose di assistenza per periodi di lunga durata; la necessità di una forte integrazione dei servizi di assistenza sanitaria e sociale; la conseguente ottimizzazione delle risorse disponibili da parte dei sistemi sanitari e sociali. Una domanda sociosanitaria sempre più complessa che per essere soddisfatta con un adeguato livello di consapevolezza richiede come preconditione la conoscenza del fenomeno e le sue dinamiche evolutive.

Purtroppo ad oggi nel nostro Paese questa conoscenza è preclusa dalla mancanza di un accurato sistema di informazione statistica sul numero e la condizioni sanitaria e sociale delle persone non autosufficienti. Di fatto oggi non è possibile neanche sapere con certezza quanti sono nel Paese gli anziani non autosufficienti. Questo limite, su cui ritorneremo in seguito, costituisce una grave limitazione per attuare una governance consapevole. Il suo superamento, con la costituzione dell'anagrafe dei non autosufficienti, deve essere considerato un obiettivo prioritario di qualsiasi programma di riforma.

Questo perché le persone anziane con patologie cronicodegenerative, che richiedono assistenza sanitaria e sociale a lungo termine e servizi di welfare a loro dedicati, costituiscono un universo ampio e dai confini incerti, che si presta a concettualizzazioni spesso non chiare, che determinano differenti rappresentazioni dei problemi e le relative conseguenze nelle scelte politiche⁵. Fare chiarezza su questo punto è necessario ai fini di una chiara individuazione dei profili della domanda di assistenza sociosanitaria.

4.1. Ma quanti sono gli anziani non autosufficienti?

Le malattie croniche come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono più dell'80% delle persone oltre i 65 anni (Tab.2), spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo (comorbidità), con importanti risvolti funzionali sulla sua autonomia e autosufficienza. La cronicità, in altri ter-

5 - Si stima che circa il 70/80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia speso per la gestione delle malattie croniche: il dato è particolarmente preoccupante a fronte delle più recenti stime epidemiologiche secondo cui nel 2020 esse rappresentano l'80% di tutte le patologie del mondo.



mini, è causa del declino di alcuni fondamentali aspetti della vita come l'autonomia, la mobilità, le capacità funzionali e la vita di relazione con conseguente aumento della domanda di ospedalizzazione, uso di risorse (sanitarie, sociali, assistenziali), rischio di mortalità.

In questo universo rientra in parte anche il mondo della disabilità, ma non coincide con esso. Per disabilità si intende la condizione di chi, in seguito a una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto ciò che è considerata la norma, di conseguenza è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane e spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale. Non tutte le persone disabili, tuttavia, sono non autosufficienti o almeno non totalmente tali. Sebbene non esista una definizione condivisa a livello nazionale del termine "non autosufficienza" alcuni, basandosi su dati ISTAT riferiti dagli stessi intervistati, stimano che nel 2017 le persone che si dichiarano non autonome nel loro complesso ammontino a circa 2,9 milioni. Occorre comunque grande cautela trattandosi di dati auto riferiti.

Questo universo di persone, come è del tutto logico che sia, presenta al suo interno sostanziali differenze nei bisogni di assistenza sociosanitaria e nelle tipologie di servizi richiesti, nella loro intensità e negli ambienti più idonei. Appare quindi non del tutto corretto identificare la cifra di 2,9 milioni di persone, individuate dall'ISTAT in condizioni di perdita di autonomia con la popolazione in necessità di Long Term Care (LTC) senza aver valutato per ogni singolo individuo il reale bisogno di assistenza e le personali risorse economiche, sociali, fisiche e mentali (Valutazione Multidimensionale - VMD). Appare infatti evidente che in assenza di una valutazione dei bisogni, identificare sempre e comunque la disabilità con la non autosufficienza può determinare condizioni di inappropriatezza ed in alcuni casi di vero e proprio arbitrio.

Non esistono purtroppo dati nazionali articolati sul bisogno di LTC, quando invece scientificamente si ritiene che esistano metriche capaci di rilevare la funzionalità residua, che rappresenta sicuramente la dimensione più rilevante nelle condizioni di non autosufficienza, anche per poter eventualmente apprezzare l'efficacia dei servizi.

Stando alle indicazioni dell'International Classification of Functioning Disability and Health dell'Organizzazione Mondiale della Sanità⁶ sono definite non autosufficienti *"le persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale e relazionale"* e i gradi della non autosufficienza e le corrispondenti misure assistenziali scalate per intensità, sono definite in rapporto ai seguenti livelli di disabilità:

6 - Organizzazione Mondiale della Sanità 2001 - ICF versione breve - Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute -

1. incapacità di provvedere autonomamente al governo della casa, all'approvvigionamento e alla predisposizione dei pasti;
2. incapacità di provvedere autonomamente alla cura di sé, ad alimentarsi e al governo della casa;
3. incapacità di provvedere autonomamente alle funzioni della vita quotidiana e alle relazioni esterne e presenza di problemi di mobilità e di instabilità clinica.

I tre livelli stanno a indicare che mentre il 1° rappresenta un livello di domanda prettamente sociale, il 2° e il 3° implicano necessariamente un intervento misto con una componente sanitaria legata alle principali patologie cliniche.

Mentre l'OECD definisce la Long Term Care come *“l'insieme di servizi richiesti da un individuo le cui capacità funzionali, fisiche e cognitive risultano ridotte, e che si trova nella condizione di non essere autonomo per un esteso periodo di tempo nello svolgere le attività quotidiane”*⁷, includendo servizi per le persone che necessitano di aiuto nelle attività quotidiane di base come mangiare, lavarsi, vestirsi, scendere dal letto (Activities of Daily Living, ADLs) sia in attività quali prepararsi da mangiare, usare il telefono, assicurare l'igiene domestica, fare il bucato, fare la spesa e gestire i soldi (Instrumental Activities of Daily Living, IADLs).

Ne consegue che per una valutazione della popolazione anziana dal punto di vista delle tipologie e delle intensità dei bisogni è utile e necessario correlare diverse dimensioni: la quantità di longevi, la presenza di patologie croniche, la condizione di non autosufficienza correlata alla presenza di limitazioni funzionali fisiche o cognitive, le condizioni economiche, le condizioni sociali (longevi soli, in famiglia, vita di relazione). In sostanza il soggetto che esprime una domanda di servizi afferenti alla LTC è una persona anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità), le cui esigenze esistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche ad altri determinanti economici e sociali (perdita di autonomia, status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure, ecc.)

Le statistiche ufficiali dell'ISTAT permettono di distinguere, rispetto alla presenza di malattie croniche, quattro possibili condizioni: assenza di patologie croniche, presenza di una sola patologia cronica rilevante, condizioni di multimorbidità, condizioni di buona salute pur in presenza di malattia croniche.

In merito alle condizioni di non autosufficienza le stime dell'ISTAT sono costruite per classi di età considerando solo condizioni gravi di non autosufficienza, tali da impedire una vita autonoma senza supporti esterni.

Incrociando i dati sulle condizioni di cronicità e di non autosufficienza degli

7 - Organization for Economic Cooperation and Development. Long-term care: a complex challenge.. OECD Observer 2007. www.oecd.org



anziani in Italia si ottengono le seguenti evidenze sulla prevalenza epidemiologica alla luce delle statistiche ISTAT (Tab.1).

Tab. 1 – Stima longevi non autosufficienti Valori in migliaia 2018						
Classe di età	Anziani +65	Con 1 malattia cronica o più	Con 2 malattie croniche o più	Non residenti permanentemente in istituzioni	Residenti permanentemente in istituzioni	Totale non autosufficienti
Over 65	13.728	10.982	7.800	2.718	278	2.996

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

La stima complessiva degli anziani non autosufficienti è determinata dalla somma: a) dal 19,8% degli anziani con limitazioni funzionali sul totale degli anziani che vivono a casa al 2018 più b) numero degli anziani ospiti permanenti nei presidi sanitari socioassistenziali e sociosanitari. La percentuale del 19,8 è stata rilevata dall'ISTAT nell'indagine "Condizioni di salute, condizioni di rischio e prevenzione" del 2013. È opportuno precisare che la stima degli anziani non autosufficienti ha un carattere approssimativo in quanto l'indagine ISTAT del 2013 era focalizzata soprattutto sulle limitazioni funzionali fisiche ed inoltre non tiene conto della progressiva riduzione delle limitazioni funzionali nel tempo come messo in evidenza nella ricerca (Il diritto di invecchiare a casa propria" di Auser - Spi Cgil - 2018).

Nel 2018 circa 10.9 milioni gli anziani dichiarano di avere almeno una patologia cronica con una percentuale del 76,1% tra i 65-74 anni e dell'83,7% oltre i 75 anni a dimostrare che aumentando l'età cresce l'intensità e la numerosità delle patologie in un quadro, tuttavia, in cui le condizioni di cronicità è strutturale e stabile oltre i 65 anni.

Diversamente la condizione di non autosufficienza ha una correlazione molto più forte con l'età. Se prendiamo a riferimento la Tabella 2 contenuta nel report dell'ISTAT "Anziani: le condizioni di salute in Italia e in Europa" del 2015⁸, vediamo che con l'età le limitazioni funzionali hanno una progressione ben diversa: si passa dal 7,7% tra i 65-69 anni, al 12,1% tra 70-74, al 20,8% tra 75-79, al 46,5 % oltre gli 80 con una differenza di ben 40 punti nell'intero intervallo di tempo. C'è da dire inoltre che tutti gli anziani in condizioni di non autosufficienza registrano anche patologie croniche, di norma plurime, in stadio avanzato e con conseguente riduzione delle funzionalità di sistema.

8 - https://www.istat.it/it/files//2017/09/Condizioni_Salute_anziani_anno_2015.pdf

Tab.2 – Indicatori di salute delle persone con +65 anni per classi di età e genere. Valori per 100 persone con le stesse caratteristiche – Anno 2015												
Classe di età	Almeno una malattia cronica grave			Multicronicità (tre malattie o più)			Gravi limitazioni motorie			Gravi limitazioni sensoriali		
	U	D	Totale	U	D	Totale	U	D	Totale	U	D	Totale
65-69 anni	33,2	28,7	38,8	31,6	42,9	37,6	5,8	9,3	7,7	5,5	4,7	5,1
70-74 anni	43,7	36,4	39,9	37,3	48,6	32,2	9,1	14,8	12,1	8,2	9,7	9,0
75-79 anni	50,4	45,1	47,4	45,7	55,6	15,3	15,3	24,8	20,8	12,1	15,3	14,0
80 anni e più	60,8	57,9	59,0	56,7	68,5	33,4	33,4	54,3	46,5	25,3	32,0	29,5
Totale 65-74	37,9	32,1	34,8	34,1	45,4	7,2	7,2	11,7	9,6	6,7	6,9	6,8
Totale +75	56,3	53,1	54,3	51,9	63,3	25,6	25,6	43,2	36,2	19,6	25,7	23,3
Totale	46,4	43,4	44,7	42,4	55,2	15,7	15,7	28,7	23,1	12,7	17,0	15,2

Fonte: "Anziani: le condizioni di salute in Italia e in Europa" Istat 2015.

In sintesi, la presenza di una o più malattie croniche, soprattutto se in stadio lieve – moderato, non è immediatamente correlata con l'espressione di una grave riduzione delle autonomie. Al contrario, una grave riduzione delle autonomie residue è sempre correlata con una condizione di multimorbilità con l'espressione di bisogni che richiedono interventi di LTC e la loro efficacia è correlata al livello di fragilità e alla condizione socioeconomica della persona.

Al 2018 secondo i dati ISTAT, che riguardano la condizione di non autosufficienza negli anziani, circa 2.996 milioni di anziani si troverebbero in condizioni di perdita di autonomia (perdita IADL con o senza perdita ADL), mentre circa l'8% degli anziani (1,1 milioni) sarebbero in condizione di franca disabilità grave con perdita delle IADL e di almeno due delle attività di cura della persona ADL (Tab.3).



Tab.3 – Percentuale di persone +65 con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL), per tipo e numero di attività svolte, genere e classi di età - 2015									
Gravi difficoltà nelle ADL	Uomini			Donne			Totale		
	65-74	75 e più	Totale	65-74	75 e più	Totale	65-74	75 e più	Totale
Tipo di attività									
Farsi il bagno o la doccia	2,2	11,7	6,6	3,2	21,8	13,2	2,7	17,8	10,3
Sdraiarsi o alzarsi dal letto o sedersi o alzarsi da una sedia	1,7	8,7	5,0	2,4	14,7	9,0	2,1	12,3	7,3
Vestirsi o spogliarsi	1,7	8,9	5,0	2,0	15,1	9,1	1,9	12,6	7,3
Usare i servizi igienici	1,4	7,8	4,3	1,6	13,7	8,1	1,5	11,4	6,5
Mangiare da soli	1,1	4,1	2,5	1,0	7,3	4,4	1,1	6,0	3,6
Numero attività									
Una	0,6	3,2	1,8	1,3	6,5	4,1	1,0	5,2	3,1
Due	0,3	1,3	0,8	0,6	2,1	1,4	0,5	1,8	1,1
Tre o più	1,6	8,2	4,7	1,9	14,4	8,7	1,8	12,0	6,9
Gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL)	2,6	12,8	7,3	3,8	23,0	14,1	3,2	18,9	11,2

Fonte: ISTAT- Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea - 2017

4.1.2. Quanti saranno gli anziani non autosufficienti nel prossimo futuro?

Rispondere a questa domanda non è assolutamente semplice perché numerose le variabili in campo alcune delle quali del tutto ignote, in un senso o nell'altro, quali ad esempio il progresso in campo medico e della prevenzione. Volendo fare una stima molto semplicistica, per dare comunque una idea della dimensione dei problemi derivanti dalla crescente longevità, nella tabella 4 viene calcolato, sulla base delle previsioni ISTAT della popolazione, il numero delle persone con più di 65 anni al 2045. Sulla base di queste è stata valutata, nell'ipotesi che la percentuale al 2018 rimanga immutata (A), il numero di persone con limitazioni funzionali. In questo caso il numero sarà di 4.296.598. Considerando invece che la percentuale di limitazioni funzionali aumenti costantemente dello 0,23% l'anno come avvenuto dal 2005 al 2018 (ipotesi B), in questo caso l'incremento complessivo nel periodo sarà del 28% per un totale di persone di 5.518.567. Una cifra enorme (Tab.4).

Tab.4 – Anziani con limitazioni funzionali nel periodo 2005/2018 Valori assoluti e percentuali				
Anni	2005	2013	2018	2045
Pop. residente	58.500.000	60.800.000	60.483.973	58.701.339
% pop. con + 65 anni	19,5	21,2	22,7	33,6
Pop. con + 65 anni	11.400.000	12.650.000	13.728.000	19.709.169
% Pop. +65 anni con Limitazioni funzionali	18,8	19,8	21,8	21,8 / 28
Tot. persone con +65 anni con Limitazioni funzionali	2.000.000	2.500.000	2.996.000	Ipotesi A 4.296.598 Ipotesi B 5.518.567

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

4.2. I determinanti della complessità

Dopo aver valutato la dimensione della non autosufficienza prenderemo in esame i determinanti, la complessità della domanda di assistenza sociosanitaria che gli anziani non autosufficienti esprimono.

In generale sono dati noti, non fosse altro perché l'ISTAT provvede periodicamente ad aggiornarli nella loro evoluzione. Pensiamo, tuttavia, che non sempre si presta loro la dovuta attenzione, o meglio non sempre vengono esaminati sulla base di una visione integrata delle reciproche relazioni. Se così non fosse ben altra preoccupazione dovrebbe trapelare da parte dei decisori pubblici.

Non vengono colte, in particolare, le reciproche interferenze tra i diversi determinanti rappresentativi delle dinamiche che attraversano i vari momenti e luoghi della vita dei longevi. In pratica si tende a darne una lettura unidimensionale, anche perché è questo il modo in cui vengono forniti dal sistema mediatico. Così facendo sfugge la dimensione sistemica dell'insieme dei determinanti. È questo un problema di grande rilevanza perché, come è evidente, è solo da una lettura olistica della realtà, che intreccia "l'habitat" umano e ambientale a quello sanitario, nel quale è inserita la persona longeva, che può discendere la costruzione di un attendibile quadro di riferimento su cui elaborare ipotesi di intervento.

Un esempio banale dell'importanza di quanto stiamo dicendo è la valutazione dei dati sulla crescente longevità della popolazione. È del tutto evidente che se ci limitiamo a registrare il solo dato della maggiore lunghezza della vita senza metterlo in relazione, ad esempio, al quadro clinico che lo accompagna, saremmo indotti a guardare con grande favore alle numerose proposte di mercato per gli anziani considerati sempre in gamba e pieni di voglia di vivere e, forse, ad essere meno attenti ai temi della fragilità e della non autosufficienza che naturalmente si accompagnano all'allungamento della vita.

È questo un tema che riprenderemo in seguito nel valutare il rapporto esistente nei Piani sanitari e nei Piani sociali regionali tra analisi del contesto



socio sanitario, a cui in generale viene dato molto spazio e le scelte di piano conseguenti in ambito socio sanitario.

Quello che tenteremo di fare è da una parte far comprendere la rilevanza del problema attraverso la rilettura dei dati statistici più significativi e, nel contempo, mettere in evidenza alcune delle più significative interdipendenze.

I determinanti che prenderemo in considerazione sono quelli che possono far comprendere più di altri come valorizzare le “risorse” dei longevi ai fini del loro invecchiamento attivo che, secondo l’OMS, *“è il processo di ottimizzazione delle opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita man mano che le persone invecchiano”*⁹.

4.2.1. L’Italia è un Paese in decrescita demografica

Il primo determinante, che fornisce il quadro tendenziale della popolazione nel prossimo futuro, è la decrescita della popolazione: un fenomeno che interessa la nostra ricerca in quanto la decrescita sarà diversa nelle diverse realtà del Paese, interesserà il rapporto tra i generi e, soprattutto, modificherà l’equilibrio tra le generazioni con effetti diretti e indiretti sul welfare.

Le cause della decrescita sono autorevolmente spiegate dall’ISTAT nei suoi report periodici sull’andamento demografico del Paese. L’Istituto di statistica ci dice (Tab.5) che nell’arco di alcuni decenni gli italiani dai 60.483.973 al 2018, decresceranno, secondo le previsioni dello scenario mediano, a 58,7 milioni nel 2045 e a 53,7 milioni nel 2065: rispettivamente il 2,9% e il 10,1% in meno.

• **La decrescita sarà diversa nelle diverse realtà del Paese.** Le previsioni mediane dell’ISTAT stimano che nel 2065 il centro-nord accoglierà il 71% di residenti contro il 66% di oggi; il mezzogiorno invece arriverebbe ad accoglierne il 29% contro il 34% attuale. Questo significa che il meridione continuerà a perdere energie in particolare nelle aree interne e montane, già da anni soggette a fenomeni di abbandono. È questo un aspetto di particolare interesse per la nostra ricerca in quanto ad emigrare saranno soprattutto le giovani generazioni, con la conseguenza che nelle zone di abbandono la popolazione rimanente sarà sempre più costituita da persone in età avanzata. Questa riduzione progressiva della popolazione e il suo invecchiamento determinerà lo svuotamento dei centri urbani (in parte già in corso) tanto delle più banali attività economiche private (bar, farmacie, generi alimentari, abbigliamento, ...), ma anche dei più essenziali servizi pubblici (poste, servizi sanitari, scuole,). La conseguenza è che in queste realtà gli anziani saranno (sono) costretti a vivere privi dei più elementari supporti sociali, anche familiari nel caso degli anziani soli.

Questi aspetti del fenomeno della decrescita demografica purtroppo sono

9 - World health organization - Pag. 33 - 2002

poco studiati, tant'è che è difficile tentare anche una semplice quantificazione. In alcuni casi (Valle d'Aosta, Abruzzo, Basilicata) le Regioni nei loro Piani sociali e sanitari dedicano un minimo di attenzione a questo problema che meriterebbe ben altra attenzione anche a livello nazionale. Tra i pochi dati disponibili riportiamo quelli contenuti in *"I piccoli comuni: dal disagio abitativo al buon vivere italiano"* di Sandro Polci¹⁰ che nella sua classificazione dei comuni italiani individua il gruppo delle "ghost town" costituito da *"...1.650 comuni con una popolazione media di 1.424 abitanti per comune, un reddito disponibile procapite di 14.600 euro, un tasso di popolazione fino a 14 anni inferiore al 10% e di popolazione con oltre 65 anni quasi del 30%, un tasso di componenti per famiglia (2,3), ... sono comuni di piccolissime dimensioni localizzati a macchia di leopardo nel nord Italia con alcune aree particolarmente evidenti (soprattutto in zone montane) e presenti soprattutto nel sud e nelle isole, con una distribuzione territoriale per lo più interna e in zone montane;"*

Il fenomeno dell'abbandono, che interessa anche le aree del nord dell'arco alpino, si accompagna alla tendenza alla concentrazione urbana, alimentando il fenomeno della periferizzazione delle grandi città del nord, del centro e del sud. Anche in queste aree il problema degli anziani emerge in tutta la sua specificità e gravità. Qui i problemi che gli anziani sono costretti ad affrontare riguardano la rarefazione delle relazioni parentali e amicali, le difficoltà negli spostamenti, l'accessibilità ai servizi sanitari e sociali, l'enorme problema della sicurezza,... In altre parole città realizzate senza nessuna attenzione per i bisogni dei soggetti fragili rendendo la loro vita particolarmente faticosa e rischiosa. Non è certo un caso che proprio in riferimento alle periferie urbane delle grandi concentrazioni metropolitane l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)¹¹ abbia ritenuto opportuno proporre l'iniziativa delle città amiche degli anziani a cui hanno aderito anche alcune città italiane.

Tab.5 - Decrescita della popolazione per area territoriale Valori assoluti e %						
Anni / Aree Terr.	1.1.2018	%	2045	%	2065	%
Nord Ovest	16.095.306	26,6	16.298.093	27,8	15.536.363	28,9
Nord Est	11.640.852	19,3	11.813.276	20,1	11.131.436	20,7
Centro	12.050.054	19,9	12.111.753	20,7	11.425.662	21,3
Sud	14.022.596	23,2	12.533.830	21,4	10.614.017	19,7
Isole	6.675.165	11,0	5.944.387	10,1	5.065.947	9,4
Tot. Nazionale	60.483.973	100	58.701.339	100	53.773.426	100

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

10 - Sandro Polci - "I piccoli comuni: dal disagio abitativo al buon vivere italiano" - Editoria & Ambiente 2010

11 - World Health Organization - Global Age-friendly Cities: A Guide - 2007



Riguardo al fenomeno dell'abbandono dei piccoli centri, degli elementi di novità potrebbero verificarsi come conseguenza del Covid-19. Le modalità del lavoro in remoto, facendo venir meno alcune delle ragioni che spingono alla concentrazione urbana e metropolitana, potrebbero determinare nuovi criteri nelle scelte localizzative delle persone e delle attività. C'è da ritenere, infatti, che se le modalità del lavoro in remoto si consolideranno, i sistemi urbani tenderanno in parte a riconfigurarsi *“su un modello multipolare e multifunzionale, anche se ancora gerarchizzato, in cui il tema della sicurezza e le potenzialità dell'ICT giocheranno un ruolo determinante. Indubbiamente questo modello si presenta con caratteristiche assolutamente desiderabili. Da un lato garantirebbe maggiore sostenibilità e resilienza in caso di pandemie; dall'altro manterrebbe vive le cosiddette economie di agglomerazione, ossia quei benefici derivanti dall'interazione di saperi e intelligenze lungo reti informali locali. Inoltre, verrebbero meno i crescenti costi derivanti dalla crescita ipertrofica delle città, legati alla congestione e al traffico, all'inquinamento, alla marginalizzazione (e al degrado) generati da profonde disuguaglianze che caratterizzano i grandi centri urbani. In questo nuovo contesto anche le aree interne potrebbero giocare un ruolo se saranno dotate di infrastrutture fisiche e digitali che consentano loro di sviluppare connessioni con il livello di città intermedio”*¹².

• **La decrescita si differenzierà a secondo del genere.** Con la decrescita demografica anche i rapporti di genere tendono a modificarsi e per la prima volta nella storia recente del Paese in alcune regioni gli uomini tenderanno ad essere più delle donne. Come si vede dalla Tabella 6 nei prossimi decenni gli uomini tenderanno progressivamente ad aumentare in rapporto alle donne. Il superamento è già avvenuto nelle isole, sia in Sicilia che in Sardegna, mentre nell'area meridionale, pur non emergendo dal dato aggregato di area data la rilevanza demografica di Campania e Puglia, è sensibile in Abruzzo, Molise, Basilicata e Calabria. In misura minore si presenta anche in alcune regioni del Nord: Lombardia, Liguria, Friuli V. G. e Provincia Autonoma di Trento.

Il riequilibrio tra i due generi è ancora minimo, tuttavia, se sommato ad altre dinamiche sociali (contrazione del numero dei componenti le famiglie, progressivo ingresso delle donne nel mercato del lavoro) e tenuto conto che il lavoro di cura in ambito familiare fa ancora perno sulle figure femminili, si configura come un ulteriore elemento di difficoltà nella capacità di rinnovo delle persone che si prenderanno cura degli anziani.

12 - Claudio Falasca - Il COVID non fermerà l'urbanizzazione, la cambierà - Newsletter Nuovi Lavori - N. 265 - 2020

Tav.6 - Decrescita demografica per genere Valori % sul totale di area territoriale						
Anni/Aree Terr.	1.1.2018		2045		2065	
	% Uomini	% Donne	% Uomini	% Donne	% Uomini	% Donne
Nord Ovest	48,7	51,3	49,6	50,4	50,0	50,0
Nord Est	48,7	51,3	49,5	50,5	49,8	50,2
Centro	48,3	51,7	49,1	50,9	49,6	50,4
Sud	48,8	51,2	49,4	50,6	49,7	50,3
Isole	48,8	51,2	49,5	50,5	50,1	49,9
Italia	48,7	51,3	49,4	50,6	49,8	50,2

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

• **La decrescita modificherà i rapporti tra generazioni.** Il crescente numero della popolazione longeva e la parallela decrescita demografica sta determinando una progressiva modifica degli equilibri tra generazioni. Nelle tabelle che seguono si propone una lettura per classi di età da 0-14 anni, 15-44, 45-64, 65 e oltre, negli anni 2018, 2045 e 2065 in rapporto al totale nazionale del periodo e al totale di area. Il quadro che se ne ricava dovrebbe indurre a una seria riflessione sul futuro del welfare nel Paese in rapporto ai diversi bisogni sociali.

A fronte di una evidentissima crescita della classe di età degli over 65 (Tab. 10), ben 11 punti percentuali nell'arco di 27 anni (2018-2045), anche le altre classi subiscono profonde trasformazioni nella loro consistenza, sia nel quadro nazionale che nelle aree territoriali, mutando significativamente il quadro della domanda sociale.

La classe di età delle persone tra 0 e 14 anni (Tab.7), già decisamente inferiore alla media europea del 15,2%, subisce una ulteriore contrazione nel periodo passando nella media nazionale dal 13,4% nel 2018, all'11,9% nel 2065, con punte di ulteriore decrescita nell'area del meridione e delle isole dove si attesta rispettivamente al 10,8% e all'11%. A decrescere in particolare sono il Molise, la Basilicata e la Sardegna.



Tav.7 – Previsione della popolazione tra 0-14 anni Valori % su tot. Nazionale e di area nel 2018 – 2045 - 2065						
Anno	2018		2045		2065	
Area	% su tot. Naz.	% su tot. area	% su tot. Naz.	% su tot. area	% su tot. Naz.	% su tot. area
Nord Ovest	26,3	13,2	29,0	12,5	30,3	12,5
Nord Est	19,3	13,4	20,9	12,5	21,5	12,4
Centro	19,5	13,0	20,8	12,1	21,5	12,0
Sud	23,9	13,8	19,9	11,2	18,0	10,8
Isole	11,0	13,3	9,4	11,2	8,7	11,0
Italia	100	13,4	100	12,0	100	11,9

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

La classe di età compresa tra i 15 e 44 anni subisce anch'essa una decisa contrazione passando a livello nazionale (Tab.8) dal 34,6% al 29,9%, perdendo 4,7 punti percentuali nell'intero periodo. Punte di decrescita ancora maggiori si registrano, anche qui, nel meridione e nelle isole. A decrescere in particolare sono anche per questa classe di età il Molise, la Basilicata e la Sardegna.

Tav.8 – Previsione della popolazione tra 15-44 anni Valori % su tot. nazionale e di area nel 2018 – 2045 - 2065						
Anno	2018		2045		2065	
Area	% su tot. Naz.	% su tot. area	% su tot. Naz.	% su tot. area	% su tot. Naz.	% su tot. area
Nord Ovest	25,5	33,2	28,2	30,6	29,6	30,6
Nord Est	18,6	33,3	20,3	30,5	21,1	30,5
Centro	19,5	33,8	20,8	30,4	21,7	30,5
Sud	24,8	37,0	20,9	29,5	18,7	28,3
Isole	11,6	36,2	9,8	29,1	9,0	28,5
Italia	100	34,6	100	30,2	100	29,9

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Per la classe di età compresa tra i 45 e i 65 anni (Tab.9), particolarmente importante per l'assistenza agli anziani in quanto comprende le persone, particolarmente le donne, che mediamente si fanno carico delle cure, passano nel periodo dal 29,5% nazionale al 24,8% perdendo 4,7 punti percentuali. A decrescere in particolare le Regioni del Nord Est, in particolare le Province Autonome di Trento e Bolzano.

Tav.9 - Previsione della popolazione tra 45-64 anni Valori % su tot. nazionale e di area nel 2018 – 2045 - 2065						
Anno	2018		2045		2065	
Area	% su tot. Naz.	% su tot. area	% su tot. Naz.	% su tot. area.	% su tot. Naz.	% su tot. area
Nord Ovest	26,9	29,9	26,9	23,5	28,7	24,7
Nord Est	19,6	30,0	19,3	23,3	20,6	24,7
Centro	20,1	29,8	20,7	24,3	21,6	25,3
Sud	22,5	28,7	22,5	25,6	19,7	24,8
Isole	10,9	29,0	10,5	25,2	9,3	24,5
Italia	100	29,5	100	24,3	100	24,8

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Infine, relativamente alle persone con più di 65 anni (Tab.10), come vedremo meglio in seguito, l'incremento di ben 11 punti nell'arco di soli 27 anni interessa tutto il Paese con punte di rilievo nelle aree del meridione dove raggiunge una percentuale su totale di area in ambedue i casi del 36% con un incremento rispetto al 2018 di 15,5 punti nel caso del meridione e di 14,6 nelle isole.

Tav.10 – Previsione della popolazione + 65 Valori assoluti e % su tot. nazionale e di area nel 2018 – 2045 - 2065									
Anno	2018			2045			2065		
Area	Popolazione +65	% su pop. naz.	% su pop. area	Popolazione +65	% su pop. naz.	% su pop. area.	Popolazione +65	% su pop. naz.	% su pop. area
Nord Ovest	3.825.700	28,0	23,8	5.431.491	27,6	33,3	4.995.582	27,9	32,2
Nord Est	2.705.412	19,8	23,2	3.986.235	20,2	33,7	3.605.815	20,1	32,4
Centro	2.803.214	20,5	23,3	4.016.126	20,4	33,2	3.670.505	20,5	32,1
Sud	2.880.494	21,1	20,5	4.225.823	21,4	33,7	3.819.679	21,3	36,0
Isole	1.429.543	10,5	21,4	2.049.493	10,4	34,5	1.824.799	10,2	36,0
Italia	13.644.363	100	22,6	19.709.169	100	33,6	17.916.366	100	33,3

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nel merito del quadro schematicamente rappresentato c'è da dire che esprime significativamente l'esigenza di avere un approccio articolato in merito al tema della longevità, perché se è vero che questa richieda una maggiore attenzione e risorse, nello stesso tempo bisogna essere consapevoli che la sua insorgenza si riflette sull'insieme del sistema sociali modificando pesi e priorità dei diversi bisogni sociali: la cosa peggiore che si possa fare, come purtroppo è capitato, è di affrontare questa complessa questione con nocive contrapposizioni tra soggetti sociali e aree territoriali.



4.2.2. Decresce la popolazione, ma aumentano i longevi

Come abbiamo visto nel paragrafo precedente (Tab.10), nel mentre decresce la popolazione in generale cresce la popolazione con più di 65 anni. Dagli attuali 13.644.363, gli over 65 saranno ben 19.709.169 nel 2045 e 17.916.366 nel 2065. Come si vede la crescita degli over 65 a livello nazionale avrà un picco nel 2045 quando raggiungerà il 33,6% della popolazione totale, per tornare a decrescere raggiungendo il 33,3% nel 2065. Questa decrescita varrà per l'area del centro nord, mentre nel meridione e nelle isole i longevi continueranno ad aumentare raggiungendo il 36% del totale della popolazione. In Sardegna e Basilicata, in particolare, nel 2065 la percentuale di crescita degli over 65 si attesterà rispettivamente al 39,8% e 39,3%. Sarebbe interessante vedere la proiezione dei dati sull'invecchiamento anche in relazione alle aree montane e interne, ma, come si è detto non è assolutamente semplice recuperare i dati.

Così come la popolazione con meno di 65 anni ha dinamiche differenziate nei diversi territori, lo stesso avviene per quanto riguarda le classi di età degli over 65. Vediamo cosa avviene ricorrendo anche qui allo scenario mediano delle previsioni ISTAT 2018-2065 e analizzando le future dinamiche delle classi comprese tra i 65-74 anni, i 75-84 e gli over 85 in relazione al totale nazionale della classe e alla popolazione totale regionale relativamente agli scenari di riferimento 2018-2045-2065.

La classe dei longevi compresa tra i 65 e i 74 anni (Tab.11) dall'11% di media nazionale nel 2018 sale al 14,5% nel 2045 per ridursi poi al 12,6% nel 2065. Nelle aree geografiche non si verificano particolari spostamenti e nel tempo l'andamento è abbastanza omogeneo con una decisa prevalenza nelle regioni del nord-ovest dove raggiunge il 27,5% del totale nazionale della popolazione compresa nella classe di età. In rapporto al totale della popolazione delle singole aree si passa da una prevalenza percentuale nelle aree del centro nord nel 2018 e 2045, ad una prevalenza nelle regioni del sud nel 2065 in coerenza con il più deciso invecchiamento complessivo di queste aree.

Tab.11 – Previsione popolazione tra 65-74 anni Valori assoluti e % su totale nazionale e di area nel 2018-2045-2065									
Anno	2018			2045			2065		
Area	Popolazione +65-74	% su tot. pop. 65-74.	% su pop. area	Popolazione +65-74	% su tot. pop. 65-74.	% su pop. area.	Popolazione +65-74	% su tot. pop. 65-74.	% su pop. area
Nord Ovest	1.822.163	27,4	11,3	2.309.264	27,1	14,2	1.865.545	27,5	12,0
Nord Est	1.294.166	19,4	11,1	1.703.649	20,0	14,4	1.351.499	19,9	12,1
Centro	1.341.430	20,2	11,1	1.755.768	20,6	14,5	1.411.184	20,8	12,4
Sud	1.471.454	22,1	10,5	1.865.653	21,9	14,9	1.465.979	21,6	13,8
Isole	727.638	10,9	10,9	896.523	10,5	15,1	687.254	10,1	13,6
Italia	6.656.851	100	11,0	8.530.857	100	14,5	6.781.461	100	12,6

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Il comportamento della classe dei longevi compresa tra i 75-84 (Tab.12) esprime una dinamica più vivace passando da una media nazionale dell'8,1% nel 2018, al 12,9% nel 2045, per ridiscendere poi all'11,6%. Anche questa classe di età non risente di particolari mutamenti nelle diverse aree geografiche mantenendo una prevalenza nelle regioni del centro nord nei tre periodi di riferimento in rapporto al totale nazionale della classe di età. Significativi cambiamenti si verificano invece in rapporto alla popolazione di area in particolare nel passaggio dal 2018 e il 2045. Mediamente la classe di età ha un incremento medio del 4,8%, inoltre per questa classe di età nel meridione non si verifica il relativo ridimensionamento che in generale abbiamo visto nel passaggio dal 2045 al 2065.

Tab.12 – Previsione popolazione tra 75-84 anni Valori assoluti e % su totale nazionale e di area nel 2018-2045-2065									
Anno	2018			2045			2065		
Area	Popolazione 75-84	% su tot. pop. 75-84	% su pop. area	Popolazione 75-84	% su tot. pop. 75-84.	% su pop. area.	Popolazione 75-84	% su tot. pop. 75-84.	% su pop. area
Nord Ovest	1.409.605	28,8	8,8	2.095.751	28,2	12,9	1.675.547	26,9	10,8
Nord Est	977.422	20,0	8,4	1.541.272	20,3	13,0	1.208.595	19,4	10,9
Centro	1.014.081	20,7	8,4	1.541.111	20,3	12,7	1.265.083	20,3	11,1
Sud	991.621	20,3	7,1	1.613.948	21,3	12,9	1.425.928	22,9	13,4
Isole	496.618	10,2	7,4	783.332	10,3	13,2	648.404	10,4	12,8
Italia	4.889.347	100	8,1	7.575.414	100	12,9	6.223.557	100	11,6

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Per la classe di età degli over 85 e quindi dei “grandi vecchi” (Tab.13), la media nazionale passa dal 3,5% nel 2018, al 6,1% nel 2045 e al 9,3% nel 2065: triplicando la percentuale in rapporto alla popolazione. La sua consistenza prevalente è nelle regioni del centro nord, in particolare nel nord ovest. A differenza delle altre classi di età quella dei “grandi vecchi” aumenta progressivamente in tutte le aree del Paese sul totale degli over 65 passando dal 15,4% nel 2018, al 18,3% nel 2045 per raggiungere il 27,8% nel 2065: in sostanza quando più di un terzo della popolazione italiana avrà più di 65, un terzo di questi saranno “grandi vecchi” con più di 85 anni. Già oggi ad aver compiuto più di 90 anni sono 808.421 e 14.499 sono i centenari. La cosa non sorprende se teniamo conto che secondo l’ISTAT entro il 2065 la vita media crescerà fino a 86,1 anni per gli uomini e fino a 90,2 anni per le donne¹³.

Tab.13 – Previsione popolazione +85 anni
Valori assoluti e % su totale nazionale e di area nel 2018-2045-2065

Anno	2018			2045			2065		
Area	Popolazione +85	% su tot. pop. +85	% su pop. area	Popolazione +85	% su tot. pop. +85	% su pop. area.	Popolazione +85	% su tot. pop. +85	% su pop. area
Nord Ovest	593.932	28,3	3,7	1.026.476	28,5	6,3	1.454.481	29,2	9,4
Nord Est	433.824	20,7	3,7	741.314	20,6	6,3	1.045.720	21,0	9,4
Centro	447.703	21,3	3,7	719.247	20,0	5,9	994.239	19,9	8,7
Sud	417.419	19,9	3,0	746.218	20,7	6,0	1.001.771	20,1	9,4
Isole	205.287	9,8	3,1	369.641	10,3	6,2	489.140	9,8	9,7
Italia	2.098.165	100	3,5	3.602.907	100	6,1	4.985.351	100	9,3

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

4.2.3. Nella longevità pesa la differenza di genere

Come già accennato, nel complesso della popolazione nazionale il rapporto di genere tra il 2018 e 2065 tenderà progressivamente a equivalersi passando dal 48,7% per gli uomini e il 51,3% per le donne nel 2018, al 49,4 uomini e 50,6 donne nel 2045 e al 49,8% per gli uomini e al 50,2% per le donne nel 2065. In alcune regioni, tuttavia, la componente maschile sopravvanzerà la componente femminile: nel 2045 questo avverrà nella Provincia autonoma di Bolzano, nel Friuli V.G., nel Molise, Abruzzo, Basilicata e Calabria. Nel 2065 la tendenza si rafforzerà coinvolgendo anche la Liguria, la Provincia autonoma di Trento, la Basilicata, la Sicilia e la Sardegna, mentre in Lombardia e Veneto il rapporto sarà pressoché paritario.

13 - ISTAT - “Il futuro demografico del Paese” - 2018

Lo scenario diventa di più complessa lettura nelle dinamiche del rapporto di genere per gli over 65 tra il 2018 e il 2065 (Tab.14) se lo analizziamo per classi di età. Evidentemente per queste classi si fa sentire la differenza nella speranza di vita alla nascita tra le donne, di 85,3 anni, e gli uomini, di 81 anni. Per gli uni come per le altre l'incremento sul 2018 è pari a 0,1 decimi di anno, corrispondente a un mese di vita in più. Ma venendo a quanto si prevede che avvenga nei prossimi decenni, la classe delle donne con più di 65 anni con il 55,6% è, nel 2018, decisamente maggiore di quella degli uomini che sono il 43,4%. Il rapporto subirà una leggera flessione nel 2045 passando al 55,2% donne e 44,8% uomini; flessione che proseguirà nel 2065 con il 54,3% donne e il 45,7% uomini. La cosa è del tutto coerente con l'andamento del rapporto di genere per l'insieme della popolazione dove abbiamo visto il progressivo riequilibrio tra genere maschile e femminile.

Tab.14 – Differenza di genere per classi di età nel 2018, 2045, 2065 – Valori % nazionali								
Anni	+65		65-74		75-84		+85	
	Uomo	Donna	Uomo	Donna	Uomo	Donna	Uomo	Donna
2018	43,4	55,6	47,2	52,8	42,9	57,1	32,3	67,7
2045	44,8	55,2	48,0	52,0	45,2	54,8	36,3	63,7
2065	45,7	54,3	51,0	49,0	47,6	52,4	36,7	63,3

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Lo scenario muta sensibilmente nella dinamica per classi di età dove le donne registrano una decisa prevalenza anche se in leggera flessione nel 2045 e 2065.

Per la classe di età 65-74 anni si passa dal 52,8% per le donne e il 47,2% per gli uomini nel 2018, al 52,0% donne e 48,0% uomini nel 2045, al 49,0% per le donne e 51,0% per gli uomini con una prevalenza di questi ultimi.

Per la classe 75-84 dal 57,1% delle donne nel 2018 e il 42,9% degli uomini, si passa nel 2045 al 54,8% donne e il 45,2% uomini e nel 2065 al 52,4% donne e il 47,6% uomini.

Per la classe dei grandi vecchi, 85 e oltre, si verifica un vero scarto tra i due generi quando le donne si attestano al 67,7% e gli uomini al 32,3% con una differenza di ben 35,4 punti percentuali nel 2018, per passare al 63,7% le donne e il 36,3% gli uomini nel 2045 e al 63,3% le donne e 36,7% gli uomini nel 2065.

4.2.4. La salute dei longevi migliora, ma fino a un certo punto

“Senectus ipsa est morbus «la vecchiaia è per sé stessa una malattia»¹⁴: è nota la

14 - Nota sentenza dello scrittore latino P. Terenzio Afro che nella commedia Phormio (160 a. C.); si riferiva ai malanni fisici e alle privazioni che di solito si accompagnano alla senescenza.

sconsolata sentenza con la quale Terenzio Afro definiva la vecchiaia. Per secoli è stato effettivamente così, quando si usciva dalla vita molto meno vecchi e decisamente più malandati. Una nuova mentalità della vecchiaia comincia ad affacciarsi solo nel Settecento, quando si tende a rifiutare la morte sociale che precede quella fisiologica: il gusto della vita comincia a coinvolgere anche l'anziano, non limitando più la sua vita di relazione. Ma è soprattutto in questi ultimi decenni che l'aforisma citato viene drasticamente smentito da una nuova mappa della vita umana che ridisegna completamente vecchiaia ed invecchiamento.

Analizzando i dati sulla condizione di salute per le classi di età 65-74 e over 65 nell'ultimo decennio si evidenzia un primo risultato positivo: sia per gli uomini che per le donne di tutte e due le classi di età è aumentato sensibilmente il numero di persone in buona salute passando dal 29,2% del 2009 al 33,5% del 2018. (Tab.15-16).

Tab.15 - Condizione di salute delle persone con +65 anni per classi di età - Istat Anno 2009												
Valori per 100 persone con le stesse caratteristiche												
Classe età	In buona salute			Con almeno 1 malattia cronica			Con almeno 2 malattie croniche			Con malattie croniche in buona salute		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
65-74	42,3	32,2	36,9	71,9	78,5	75,5	43,5	56,1	50,3	44,5	30,8	36,7
+75	24,7	18,5	20,9	83,6	88,9	86,9	60	73,1	68,2	24,3	16,4	19,2
Totale	34,7	26,2	29,2	76,9	83,1	81,0	50,6	63,6	59,0	35,0	24,0	27,6

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nello stesso intervallo di tempo aumentano le persone con una malattia cronica nella classe di età 65-74 anni, mentre decresce quella di +75 anni. Diminuiscono sia gli uomini che le donne con almeno 2 malattie croniche in tutte le classi di età. Aumenta in valore assoluto il numero di persone in buona salute pur avendo una malattia cronica, anche se diminuisce in termini percentuali dato il crescente numero di anziani.

Tab.16 - Condizione di salute delle persone con +65 anni per classi di età - Istat Anno 2018												
Valori per 100 persone con le stesse caratteristiche												
Classe età	In buona salute			Con almeno 1 malattia cronica			Con almeno 2 malattie croniche			Con malattie croniche in buona salute		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
65-74	45,4	39,2	42,1	73,2	78,6	76,1	42,2	55,2	49,0	37,7	30,8	33,9
+75	31,2	21,3	25,3	83,1	84,1	83,7	57,1	68,9	64,2	26,3	18,8	21,8
Totale	38,7	29,4	33,5	77,9	81,6	80,0	49,2	62,7	56,8	31,9	24,0	27,4

Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Diversa è la lettura se vista dal punto di vista della differenza di genere. Dai dati risulta chiaramente come le donne, che abbiamo visto essere ampiamente più longeve, purtroppo però questa loro maggiore longevità spesso si traduce in più precarie condizioni di salute. E di fatto, anche se la situazione nel decennio è leggermente migliorata, nel 2018 le donne in buona salute sono decisamente meno degli uomini, sono in numero maggiore con una o più malattie croniche, sono decisamente meno quelle con malattie croniche in buona salute.

Per avere una lettura delle condizioni di salute disaggregata per aree geografiche prendiamo a riferimento, in assenza di altro, i dati del Report Istat *“Le condizioni di salute degli anziani in Italia e in Europa”*¹⁵ del 2015 (Tab.17). Nel caso delle persone con almeno una malattia cronica si va dal 40,1% del nord, al 47,1% del centro e al 50,0% del meridione, con una differenza di circa 10 percentuali. Nel caso di più malattie croniche si passa dal 44,4% del nord, al 49,9% del centro e al 57,3% del meridione e, quindi, con una differenza di 12,9 punti percentuali tra il nord e il sud.

Tab.17 - Persone 65 anni e più per condizioni di salute, area geografica e genere Valori 2015 per 100 persone con le stesse caratteristiche						
Aree geografiche	Almeno una cronica grave *			“Multicronicità (3 malattie croniche o più)”*		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Nord	42,1	38,5	40,1	36,0	50,8	44,4
Nord Ovest	-	-	40,4	-	-	44,9
Nord Est	-	-	39,6	-	-	43,7
Centro	48,8	45,8	47,1	43,2	55,0	49,9
Meridione	51,2	49,1	50,0	51,3	62,0	57,3
Sud	-	-	51,0			56,4
Isole	-	-	48,1	-	-	59,2
Italia	46,4	43,4	44,7	42,4	55,2	49,6

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

* Malattie croniche gravi: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus; bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno; parkinsonismo; alzheimer; insufficienza renale cronica.

** Multicronicità: è definita multicronica (o affetta da comorbidità) la persona che dichiara di essere affetta da tre o più delle seguenti malattie: asma; bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema; infarto del miocardio o conseguenze croniche dell'infarto del miocardio; malattia coronaria o angina pectoris; ipertensione; altre malattie del cuore; ictus o conseguenze croniche dell'ictus; artrosi; patologia lombare o altra affezione cronica a carico della schiena; patologia cervicale o altra affezione cronica del collo; diabete; allergia, ad esempio rinite, raffreddore da fieno, infiammazione oculare, dermatite, allergia alimentare o di altra natura; cirrosi epatica; incontinenza urinaria, problemi di controllo della vescica; problemi renali; insufficienza renale cronica; depressione; ansietà cronica grave; tumore maligno; Alzheimer, demenze senili; Parkinsonismo; altra malattia cronica. Poiché l'indicatore risente del numero di patologie rilevate non è confrontabile con le stime pubblicate in occasione di altre indagini sulla salute.

15 - https://www.istat.it/it/files//2017/09/Condizioni_Salute_anziani_anno_2015.pdf

Un altro indicatore fondamentale per studiare aspetti di tipo qualitativo della longevità è quello che considera gli anni di vita attesi senza limitazioni nelle attività. Si tratta di un indicatore costruito a partire dalle tavole di sopravvivenza e tenendo conto delle prevalenze sull'assenza di limitazioni di lungo periodo nelle attività. Utilizzato anche a livello internazionale, ha sostituito l'indicatore della speranza di vita senza disabilità.

Anche con questo insieme di indicatori (Tab.18) verifichiamo come per le persone anziane, tanto per gli uomini quanto per le donne, ci sia un notevole peggioramento nelle condizioni di vita passando dalle regioni del nord a quelle del meridione.

Tab.18 – Anziani con limitazioni funzionali per area geografica e genere Valori 2015 per 100 persone con le stesse caratteristiche								
Aree geografiche	Gravi limitazioni motorie*			Gravi limitazioni sensoriali**			Gravi difficoltà nelle ADL***	Gravi difficoltà nelle IADL****
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale		
Nord	12,3	24,4	19,2	11,7	15,2	13,7	-	-
Nord Ovest	-	-	17,5	-	-	11,8	8,3	24,2
Nord Est	-	-	21,5	-	-	16,3	9,0	24,8
Centro	15,3	28,6	22,9	12,1	17,7	15,2	11,9	29,4
Meridione	21,1	35,3	29,1	14,6	19,4	17,3	-	-
Sud	-	-	29,2	-	-	17,2	14,1	39,3
Isole	-	-	28,8	-	-	17,6	15,7	40,5
Italia	15,7	28,7	23,1	12,7	17,0	15,2	11,2	30,3

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

* Limitazioni motorie: difficoltà a camminare su una superficie pianeggiante per 500 metri oppure a salire una rampa di scale (circa 12 scalini) senza alcun aiuto.

** Limitazioni sensoriali: difficoltà a vedere con o senza occhiali oppure difficoltà a sentire ciò che si dice in una conversazione con un'altra persona in una stanza con o senza rumore avvalendosi anche di apparecchi acustici

*** Attività di cura della persona (ADL: Activities of Daily Living): l'indicatore "persone con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona" deriva dalla scala utilizzata per misurare il grado di autonomia/indipendenza nello svolgimento delle fondamentali attività quotidiane (ADL) quali mangiare da solo, anche tagliando il cibo da solo, oppure sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, vestirsi e spogliarsi, usare i servizi igienici e fare il bagno o la doccia, senza l'aiuto di una persona, o l'uso di ausili/apparecchi o modifiche dell'abitazione.

**** Attività quotidiane strumentali di tipo domestico (IADL: Instrumental Activities of Daily Living): l'indicatore "persone con gravi difficoltà nelle attività domestiche" deriva dalla scala utilizzata per misurare il grado di autosufficienza nelle attività strumentali, ovvero quelle attività necessarie per vivere in modo autonomo, quali: preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche.

È auspicabile che col passare del tempo si possa disporre di una serie più ampia e articolata di indicatori che stimano la speranza e la qualità della vita degli anziani in relazione alle condizioni di salute. Integrando, infatti, il dato quantitativo della sopravvivenza con altri indicatori che ne declinino le dimensioni qualitative, definendone le traiettorie sul lungo periodo, è possibile pro-

grammare meglio le azioni per poter rispondere ai bisogni di salute e assistenza derivante dal processo di invecchiamento della popolazione.

4.2.5. Le famiglie sempre più ridotte

Superati i concetti di famiglia “estesa” e “nucleare” tipici degli anni Cinquanta-Settanta, le famiglie di inizio secolo sono andate caratterizzandosi sempre più come famiglie “unipersonali” (formate da un solo individuo, spesso anziano), famiglie “bipersonali” (composte in genere da una coppia di anziani soli), famiglie “monogenitoriali” (in cui un genitore, con uno o più figli, è vedovo o separato/divorziato), famiglie “lunghe” (in cui convivono più generazioni per la contemporanea presenza di nonni e nipoti non necessariamente giovanissimi) (Tab.20). La diminuzione dell’indice di natalità e di fecondità accompagnandosi ad un aumento della vita media ha favorito il processo di invecchiamento anche delle famiglie, con la presenza di un numero straordinariamente ridotto di bambini (più figli unici) e l’estensione di fasce di età centrali su cui pesano sia le responsabilità verso i figli, sia quelle verso i genitori anziani.

Tab.20 – Famiglie per classe di ampiezza – Valori assoluti e percentuali – 2018		
Numero di componenti della famiglia	Numero famiglie	Valore %
1	8.487.000	33
2	6.972.000	27,1
3	5.015.000	19,5
4	3.886.000	15,1
5	1.040.000	4
6 e più	318.000	1,2
Totale	25.716.000	100

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tuttavia, nonostante la loro netta e crescente trasformazione, le famiglie sono ancora le principali responsabili della gestione degli anziani, sia quando se ne fanno carico direttamente, sia quando delegano (parzialmente o totalmente) l’assistenza a personale domestico o “di prossimità” che vive sotto lo stesso tetto, con livelli di professionalità limitati o comunque non formalizzati rispetto alle norme del mercato del lavoro e del sistema d’istruzione italiano. Tale scelta garantisce, come è noto, costi di assistenza contenuti, nonché forme di personalizzazione e continuità del “prendersi cura” socialmente apprezzate.

4.2.6. Sempre meno i caregiver familiari

Una delle conseguenze della trasformazione delle famiglie è la loro progressiva incapacità di garantire il rinnovo dei caregiver familiari per il lavoro



di cura degli anziani con limitazioni funzionali. Per valutare il ridimensionamento di questo vero pilastro del lavoro di cura ci serviremo dell'indice *Oldest Support Ratio (OSR)*¹⁶ applicandolo alle previsioni demografiche ISTAT al 2065.

L'indice OSR è definito come rapporto tra la popolazione appartenente alla classe 50-74 anni e la classe over 85. In sostanza l'indice fornisce informazioni sul numero di persone, figlie o figli, potenzialmente in grado di garantire cure informali per ciascuna persona over 85.

Nel nostro caso assumiamo che a fornire il lavoro di cura a favore degli over 65 siano i familiari compresi nella fascia di età 40-65 con riferimento alle previsioni demografiche dell'ISTAT al 2016, 2025, 2045 e 2065.

Si assumono come riferimento i familiari compresi tra i 40-65 anni in quanto c'è da ritenere che i loro genitori siano entrati nella fascia di età superiore agli 85 anni e, nel contempo, siano i più disponibili a farsi carico della cura dei familiari anziani in quanto "liberi" da altre incombenze quali ad esempio la maternità.

Valutandone l'andamento demografico abbiamo che le classi di età che ricadono nell'età compresa tra i 40 e 65 anni, assumendo come base 100 il 2016, subiscono una prima leggera contrazione dello 0,3% nel 2025 per precipitare del 20,2% nel 2045 e del 26,3% nel 2065 (Tab.21).

Viceversa le classi di età superiori ai 66 anni fanno registrare un incremento dell'11,40% nel 2015, un salto del 50% nel 2045 e del 35,4% nel 2065.

Tab.21 - Popolazione tra 40-65 e + 65 anni nel 2016 - 2025 - 2045 - 2065 Valori assoluti e % con base 100 nel 2016							
Età/Anno	A - 2016	B - 2025	% B/A	C - 2045	% C/A	D - 2065	% D/A
40 - 65	22.943.545	23.010.509	- 0,3	18.272.057	-20,3	16.908.585	-26,3
+ 66	12.646.392	14.090.215	11,40	18.973.520	50	17.125.051	35,4

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Calcolando l'Oldest Support Ratio per il 2016, 2025, 2045 e 2065 (Tab.22) otteniamo che il rapporto tra le due classi di età passa dall'1,8 del 2016, praticamente due persone di età compresa tra 40 e 65 anni per ogni persone con età superiore ai 65 anni, ad un rapporto di 1,6 nel 2025, leggermente inferiore rispetto al 2016, per precipitare allo 0,98 nel 2045, praticamente meno della metà, che grossomodo si conferma anche nel 2065.

16 - L'Oldest Support Ratio (OSR – Robin 2007) è uno degli indicatori adottato dalle Nazioni Unite per lo studio dell'invecchiamento

Tab.22 - Oldest Support Ratio nel 2016, 2026, 2045, 2065			
Anni/Età	40-65	Più di 66	OSR
2016	22.943.545	12.646.392	1,8
2025	23.010.509	14.090.215	1,6
2045	18.272.057	18.973.520	0,96
2065	16.908.585	17.125.051	0,98

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Come si comprende i dati stanno a significare che le famiglie saranno sempre meno in grado di garantire la cura diretta dei familiari anziani. La conseguenza sarà che entrerà in crisi il pilastro della domiciliarità nella LTC. Un rischio che indiscutibilmente induce forte preoccupazione per gli effetti sulle condizioni di vita delle persone non autosufficienti e sui costi per le famiglie, se non interverranno profondi cambiamenti in seno al nostro sistema di welfare.

È questa una delle ragioni più rilevanti che spingono a ritenere che il nostro sistema di LTC sia oggi di fronte alla necessità di essere riformato in modo equo, appropriato e sostenibile sul lungo termine, dati i fattori demografici, sociali ed economici di contesto.

In altre parole si dovrebbe lavorare alla costruzione di un sistema di domiciliarità e residenzialità fondato su un welfare territoriale esteso territorialmente, capillare nelle relazioni con la domanda di assistenza, efficiente ed efficace nei servizi. Purtroppo tutto questo non è dato, ed in particolare non ha goduto fino ad oggi di una adeguata attenzione. Da questo ne è derivata un'assenza progettuale e di finanziamenti. Di fatto il suo funzionamento si è fondato su interventi occasionali e su un mix di risorse comunali, regionali, statali annualmente subordinati alle esigenze degli equilibri di bilancio. Auspicabile che le misure previste nel PNRR siano tali da invertire la rotta in favore di un più solido sistema di domiciliarità.

4.2.7. Gli anziani sempre più soli

Il panorama dello stato civile delle persone anziane, essenziale per costruire uno schematico quadro di riferimento delle loro condizioni familiari, si caratterizza a livello nazionale (Tab.23) per una prevalenza di coniugate/i, il 61,5% nel 2018, a cui seguono le vedove/i per il 28,5%, le nubili e i celibi il 7,3%, le divorziate/i il 2,7% e le unioni civili con lo 0,01%.



Tab.23 - Anziani per stato civile - Valori assoluti e % - 2018						
	Uomini	%	Donne	%	Totale	%
Celibe/nubile	410.553	6,9	580.259	7,5	990.812	7,3
Coniugato/a	4.704.092	79,5	3.689.024	47,7	8.393.116	61,5
Divorziato/a	149.280	2,5	219.397	2,8	368.677	2,7
Vedovo/A	650.724	11,0	3.239.502	41,9	3.890.226	28,5
Unione civile	1.159	0,02	322	0,00	1.481	0,01
Altro	30	0,0	21	0,0	51	0,0
Totale	5.915.838	43,4	7.728.525	56,6	13.644.363	100

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Da sottolineare il rilevante peso tra gli anziani dei coniugati uomini (il 79,5%) a cui fa riscontro il 47,7% delle donne, e il 41,9% delle donne vedove a cui corrisponde l'11% di uomini.

Con riferimento alle aree geografiche (Tab.24) le persone anziane celibi o nubili prevalgono nel Sud con il 34,6% a cui segue il Nord ovest con il 29,6%, mentre per le altre categorie è sempre decisamente prevalente il Nord ovest.

Tab.24 – Anziani per area geografica e stato civile - Valori assoluti e % - 2018													
Area	Totale Popolazione + 65	Nubili / Celibi		Coniugata / o		Divorziata / o		Vedova / o		Unita / o civilmente		Altro	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Nord Ovest	3.825.700	292.793	29,6	2.314.311	27,6	125.408	34,0	1.092.573	28,1	597	40,3	18	36,5
Nord Est	2.705.412	209.741	21,2	1.642.968	19,6	84.606	22,9	767.834	19,7	254	17,2	10	19,6
Centro	2.803.214	187.110	18,9	1.735.416	20,7	86.693	23,5	793.490	20,4	493	33,3	12	23,5
Sud	2.880.494	343.031	34,6	1.823.609	21,7	44.605	12,1	828.363	21,3	95	6,4	-	17,6
Isole	1.429.543	117.358	11,8	876.812	10,4	27.365	7,4	407.966	10,6	40	2,7	-	-
Italia	13.644.363	990.812	100	8.393.116	100	368.677	100	3.890.226	100	1.479	100	41	100

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

All'interno del quadro sullo stato civile delle persone anziane è particolarmente rilevante il numero di quelle che vivono sole. Nel 2018 il 29% (circa 4 milioni) vivono da sole, di queste un quarto sono uomini (26,7%) e tre quarti donne (Tab.25).

Tab.25 – Anziani soli per sesso e area territoriale – Valori in migliaia e % - 2018						
Territorio	Uomini	%	Donne	%	Totale	%
Nord-ovest	325	30,7	895	30,8	1.981	30,8
Nord-est	205	19,4	555	19,1	1.220	19,2
Centro	236	22,3	601	20,7	760	21,1
Sud	180	17,0	552	19,0	1.143	18,5
Isole	112	10,6	299	10,3	733	10,4
Italia	1.058	100	2.903	100	3.961	100

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Il 50 % delle persone anziane sole vive nelle regioni del nord. Ma particolarmente interessante è il quadro che emerge verificando con maggiore precisione la loro distribuzione territoriale con riferimento alla tipologia urbana di residenza. Dalla Tabella 26 risulta che la concentrazione prevalente di persone anziane sole, il 24,7%, è nei centri abitati nella classe compresa tra i 10.000 e i 50.000 abitati, a cui segue con il 22,5% la classe di comuni compresa tra 2.000 e i 10.000 abitanti. Da sottolineare la concentrazione del 16,3 % nelle aree centrali delle aree metropolitane, l'11,3% nelle periferie metropolitane e il 7,7 % nei centri abitati inferiori ai 2.000 abitanti residenti. Con una valutazione molto approssimativa si può affermare che sommando aree periferiche e piccoli comuni compresi entro i 10.000 abitanti il 41,5% non solo vive da solo ma anche in condizioni urbane non ottimali dal punto di vista della dotazione di servizi socio sanitari.

Tab.26 – Anziani soli per sesso e area urbana di residenza – Valori in migliaia e % - 2018						
Territorio	Uomini		Donne		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Centro area metropolitana	156	14,7	490	16,9	646	16,3
Periferia area metropolitana	112	10,6	334	11,5	446	11,3
C. fino a 2.000 ab.	100	9,5	203	7,0	304	7,7
C. 2.001 - 10.000 ab.	256	24,2	633	21,8	890	22,5
C. 10.001 - 50.000 ab.	261	24,7	716	24,7	977	24,7
C.50.001 ab. e più	173	16,4	526	18,1	698	17,6
Totale	1.058	100	2.903	100	3.961	100

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

4.2.8. Stili di vita e comportamenti a rischio: la prevenzione aiuta

In Tabella 16 abbiamo visto come il 33,5% delle persone con più di 65 anni gode di una buona salute. Il che significa però che il rimanente 66,5% ha un



qualche problema più o meno grave e una parte di essi ha problemi di auto-sufficienza. Si è detto anche che l'allungamento della vita comporta che negli ultimi anni di essa possano insorgere seri problemi di salute. L'interrogativo è quale relazione lega l'allungamento della vita e il rischio dell'insorgenza di limitazioni funzionali, o meglio: è ineludibile che gli ultimi anni della vita debbano essere afflitti da malesseri invalidanti? Ovviamente qui non vogliamo affrontare una problematica che va molto oltre le nostre competenze e su cui si sono cimentati le più brillanti menti e competenze della scienza medica. Quello che qui interessa mettere in evidenza, attraverso l'analisi statistica degli ultimi decenni, è come in una certa misura la relazione non sia ineludibile. Ed infatti se confrontiamo (Tab.27) la progressione del numero di anziani con +65 anni e la mettiamo a confronto con la progressione del numero di limitazioni funzionali nello stesso periodo verifichiamo come negli ultimi 19 anni a fronte di un incremento medio annuo degli anziani con + di 65 anni del +0,2% corrisponde un decremento medio annuo del numero di anziani con limitazioni funzionali dello 0,1%.

Tab.27 - Anziani con limitazioni funzionali nel periodo 1994-2013 - Valori assoluti e %				
	1994	1999	2005	2013
% pop. +65 anni	16,8	17,4	19,5	21,2
% limitazioni funzionali	21,7	20,5	18,8	19,8

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

A determinare questo risultato evidentemente ha contribuito una pluralità di fattori che per sintesi possiamo ricondurre a due principali categorie: gli impressionanti progressi nella scienza medica e il deciso miglioramento negli stili di vita. Considerando che enormi sono ancora i margini di miglioramento su ambedue i fronti, recuperando l'antica massima *"prevenire è meglio che curare"*, c'è da ritenere che una lungimirante politica di prevenzione può contribuire grandemente a migliorare la relazione tra maggiore longevità e limitazioni funzionali negli ultimi anni della vita.

Questo perché se tra i fattori che influenzano il rischio di contrarre malattie ve ne sono alcuni non modificabili come età, sesso e predisposizione genetica, altri invece sono decisamente modificabili attraverso la promozione di stili di vita salutari così come dimostrano i dati seguenti su alimentazione, obesità, alcool, fumo, attività fisica.

Alimentazione - Una sana alimentazione caratterizzata da un adeguato apporto di sostanze nutritive in modo equilibrato assume, con il passare degli anni, un ruolo sempre più importante per la salute. I dati relativi al 2018 (Tab.28) evidenziano che il pranzo costituisce nella gran parte dei casi il pasto

principale (84,3% per cento della popolazione di 65 anni e più) e nella quasi totalità dei casi è consumato a casa (94,5%), permettendo così una scelta degli alimenti ed una composizione dei cibi e degli ingredienti più attenta rispetto ai pasti consumati fuori casa.

Tab.28 – persone +65 anni per stile alimentare e genere – Valori assoluti e % *- 2018						
	Uomini		Donne		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Colazione adeguata (con latte e/o del cibo)	4.921	83,2	6.553	84,8	11.474	84,0
Colazione con latte e del cibo	2.562	43,3	3.708	48,0	6.271	45,9
Pranzo in casa	5.577	94,3	7.333	94,9	12.911	94,5
Pranzo in mensa	8	0,1	4	0,1	11	0,1
Pranzo al ristorante o trattoria	46	0,8	6	0,1	52	0,4
Pranzo al bar	21	0,4	3	0,0	25	0,2
Pranzo sul posto di lavoro	31	0,5	14	0,2	45	0,3
Pasto principale il pranzo	4.989	84,3	6.526	84,4	11.515	84,3
Pasto principale la cena	556	9,4	482	6,2	1.038	7,6

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

* Il valore % è stato calcolato con riferimento al numero di persone con +65 anni nel 2018

Obesità - L'obesità è il risultato di molteplici fattori che determinano uno squilibrio energetico e l'eccessivo deposito di grasso. Anche in Italia l'obesità sta diventando un importante problema di salute. Nel caso delle persone anziane, l'eccesso di peso influisce non tanto sulla mortalità quanto sullo stato funzionale e può comportare un peggioramento dei problemi medici di comorbidità. I dati di Osservasalute del 2018 indicano (Tab.29) che il 46,3% delle persone tra i 65 e i 74 anni è in sovrappeso, percentuale che scende al 43,8 nella classe di età degli over 75 anni. Mentre riguardo alla obesità i dati indicano che il 16% della classe 65-75 anni è obesa, percentuale che scende al 13,1 per gli over 75 anni.

Tab.29 – Persone con + 65 anni in sovrappeso ed obese per genere e per classe di età Valori % - 2018						
Classe di età	Sovrappeso			Obese		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
65-74	53,4	40,1	46,3	16,5	15,6	16,0
75 e oltre	49,3	40,0	43,8	13,5	12,8	13,1

Fonte: elaborazione AUSER su dati Osservasalute 2018



Alcol - L'alcol è un importante fattore di rischio per la salute degli anziani. Il modello di consumo degli anziani è di tipo essenzialmente tradizionale, caratterizzato, in particolare, dal consumo di vino durante i pasti. È, comunque, importante sottolineare il trend in costante discesa dei consumatori di bevande alcoliche che si osserva negli ultimi anni anche tra gli ultrasessantacinquenni. Gli anziani di 65 anni e più con comportamenti a rischio nel 2017 riguardano il 36,4% degli uomini e l'8,3% delle donne¹⁷.

Fumo - È noto che il fumo anche nell'età avanzata può compromettere la qualità della vita potendo determinare l'insorgenza di patologie cronico-degenerative soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardio-vascolare. Nel 2018 (Tab.30) la quota di fumatori di tabacco tra la popolazione di +65 anni supera il 9,5%. La quota di fumatrici anziane (7,6%) è più contenuta di quella dei maschi (12%).

Tav. 30 – Persone con +65 anni per abitudine al fumo e genere. Valori assoluti e % - 2018						
	Uomini		Donne		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Fumatori	707	12	586	7,6	1.294	9,5
Ex fumatori	2.954	49,9	1.346	17,4	4.300	31,5
Non fumatori	2.150	36,3	5.560	71,9	7.708	56,4
Fumatori che fumano sigarette	658	11,1	582	7,5	1.242	9,1

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

* Il valore % è stato calcolato con riferimento al numero di persone con +65 anni nel 2018

Attività fisica - Una corretta attività fisica associata ad un'alimentazione adeguata comporta benefici effetti sulla qualità della vita ad ogni età, e in modo particolare nell'età avanzata. Ciò nonostante la sedentarietà, in Italia, condiziona una proporzione elevata di persone anziane e il fenomeno è più accentuato tra le donne. Nel 2018 (Tab.31), infatti, la quota di sedentari sale in totale al 58,5% per le persone con età superiore ai 65 anni, con una prevalenza delle donne al 64,3% e uomini al 51,2%. Praticano invece attività fisica in modo continuativo l'8,4% degli anziani, in modo saltuario il 3,8% e solo qualche attività fisica il 27,6%.

17 - Dati Osservasalute 2018 - <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservatorio>.

Tab.31 - Attività fisica delle persone con + 65 anni per sesso e classi di età												
Valori per 100 persone con le stesse caratteristiche - 2018												
	Praticano sport									Non praticano sport né attività fisica		
	In modo continuativo			In modo saltuario			Solo qualche attività fisica					
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
+65	10,7	6,6	8,4	5,3	2,6	3,8	5,3	24,3	27,6	51,2	64,3	58,5

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

4.2.9. La prevenzione aiuta, ma anche l'istruzione

Come abbiamo visto nel paragrafo precedente, gli stili di vita giocano un ruolo non secondario per giungere in età avanzata in condizioni di salute soddisfacenti. D'altra parte da tempo è stato verificato che esiste una relazione diretta tra stato di benessere delle persone e livello di istruzione. Nel senso che a livelli di istruzione più elevati corrispondono mediamente migliori condizioni di salute. Evidentemente le ragioni sono diverse: opportunità lavorative meno stressanti, maggiore reddito da dedicare alle cure, più attenzione alla prevenzione. Per verificare come questa relazione si presenta per le persone anziane con +65 anni riportiamo in Tabella 32 i dati sugli anziani per titolo di studio e area geografica per confrontarli nelle tabelle successive con alcuni dati sui comportamenti che più direttamente influiscono sulla salute.

Tav.32 – Anziani +65 anni per titolo di studio e area geografica										
Valori in migliaia e % - 2018										
Titolo di studio	Nord ovest	%	Nord est	%	Centro	%	Meridione	%	Italia	%
Licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	1.740	46,4	1.338	50,6	1.298	46,8	2.512	58,7	6.887	51,2
Licenza di scuola media	992	26,5	628	23,7	612	22,1	829	19,4	3.061	22,8
Diploma 2-3 anni (qualifica professionale)	187	5,0	140	5,3	73	2,6	57	1,3	457	3,4
Diploma 4-5 anni (maturità)	548	14,6	354	13,4	506	18,3	578	13,5	1.986	14,8
Laurea e post-laurea	278	7,4	186	7,0	282	10,2	302	7,1	1.048	7,8
Totale	3.746	100	2.645	100	2.770	100	4.278	100	13.439	100

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

I dati indicano che nel 2018 più di metà degli anziani sono privi di titolo di studio o hanno al massimo la licenza elementare. Sommando a questo primo gruppo gli anziani con licenza media otteniamo il 74% come media nazionale e un massimo del 78,1% nel meridione. Una percentuale decisamente alta che



induce a riflettere sulle modalità in cui vengono attuate le politiche per la prevenzione, o meglio in che misura l'azione della prevenzione tiene conto di questa vera barriera culturale.

Il quadro cambia sensibilmente andando a verificare come si presentano i livelli di istruzione nella classe di età tra i 55 e i 65, quella destinata nei prossimi anni a entrare progressivamente nella classe over65 (Tab.33). Qui abbiamo che ad avere al massimo la licenza media sono il 50,1%, sempre tanti ma decisamente meno del 74%. Aumenta sensibilmente il numero di anziani con diploma o maturità che raggiungono il 36,9% con una punta del 42,3 nelle regioni del centro: la cosa fa ben sperare perché anziani più istruiti vorrà dire anziani in grado di rapportarsi in modo più attivo con molti aspetti della vita moderna a partire da quelli legati alla salute e alla prevenzione.

Tav.33 – Persone tra 55 e 65 anni per titolo di studio e area geografica Valori in migliaia e % - 2018										
Titolo di studio	Nord ovest	%	Nord est	%	Centro	%	Meridione	%	Italia	%
Licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	189	8,8	128	5,7	134	5,6	543	15,8	995	12,3
Licenza di scuola media	805	37,6	603	38,9	554	36,0	1.086	42,4	3.048	37,8
Diploma 2-3 anni (qualifica professionale)	500	23,4	188	13,1	90	6,1	82	3,1	579	7,2
Diploma 4-5 anni (maturità)	647	30,3	448	29,7	568	36,2	731	27,8	2.394	29,7
Laurea e post-laurea	279	13,0	192	12,7	265	16,2	313	10,8	1.048	13,0
Totale	2.138	100	1.559	100	1.611	100	2.755	100	8.064	100

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Come detto, confrontando i dati sui livelli di istruzione con alcuni dei comportamenti a rischio, abbiamo un riscontro diretto di quanto appena detto sulla importanza dell'istruzione.

Nella Tabella 34, dove viene analizzata la condizione di salute degli anziani per titolo di studio, verifichiamo come rispetto a una media nazionale del 34,1% in buona salute, quelli che hanno conseguito al massimo la licenza elementare sono il 25,3%, mentre sono il 49,9% quelli con laurea e post laurea. Viceversa gli anziani che hanno almeno una malattia cronica sono l'84,8% mentre i laureati sono l'81,6%. Un ulteriore conferma si ha con i dati sugli anziani con malattie croniche ma in buona salute dove con licenza elementare sono il 19,6% mentre i laureati il 41,7%.

Tab.34 - Condizione di salute delle persone con +65 anni per titolo di studio - Istat Anno 2018
Valori per 100 persone con le stesse caratteristiche

	In buona salute	Con almeno 1 malattia cronica	Con almeno 2 malattie croniche	Con malattie croniche in buona salute
Licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	25,3	84,8	65	19,6
Licenza di scuola media	38,4	79,8	53,7	31,5
Diploma	45,5	78,8	50,5	38,6
Laurea e post laurea	49,9	73,5	44	41,7
Totale	34,1	81,6	58	27,4

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Riguardo allo stile alimentare in Tabella 35 l'unico dato di un certo significato è relativo al comportamento dei laureati relativamente al pasto principale nell'arco della giornata. A fronte di una media nazionale che indica come pasto principale il pranzo e per il 7,7% la cena, nel caso dei laureati questi due dati scendono il primo al 74,5% e sale il secondo al 19,6. Evidentemente influisce in maniera significativa l'organizzazione della giornata lavorativa.

Tab.35 – Persone +65 anni per stile alimentare e titolo di studio
Valori per 100 persone con le stesse caratteristiche - 2018

	Licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	Licenza di scuola media	Diploma	Laurea e post laurea	Totale
Colazione adeguata (con latte e/o del cibo)	85,5	84,4	95,8	85,5	85,3
Colazione con latte e del cibo	49,7	45,4	42	42	46,6
Pranzo in casa	96,8	96,5	94,7	92,4	96
Pranzo in mensa	-	-	0,2	0,5	0,1
Pranzo al ristorante o trattoria	0,2	0,4	0,6	1	0,4
Pranzo al bar	-	0,1	0,5	0,5	0,2
Pranzo sul posto di lavoro	0,1	0,4	0,6	1,3	0,3
Pasto principale il pranzo	87,9	85,3	84,1	74,5	85,6
Pasto principale la cena	4,5	8,3	10,9	19,6	7,7

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nel merito invece dell'abitudine al fumo, considerato uno dei comportamenti più a rischio, i dati della Tabella 36 indicano che i comportamenti più virtuosi caratterizzano gli anziani a basso livello di istruzione. Interessante notare come tra gli ex fumatori prevalgono il livelli alti di istruzione.



Tab.36 – Persone con +65 anni per abitudine al fumo e titolo di studio Valori per 100 persone con le stesse caratteristiche - 2018				
	Fumatori	Ex fumatori	Non fumatori	Fumatori che fumano sigarette
Licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	7,2	24,5	67	97,4
Licenza di scuola media	11,7	36,3	51,1	98,7
Diploma	12,7	41,7	44,8	94
Laurea e post laurea	11,2	42,4	45,1	86
Totale	9,6	32	57,3	96

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Considerando la propensione ad esercitare una qualche forma di attività fisica, fondamentale per la permanenza in salute, la Tabella 37 indica che a un maggiore livello di istruzione corrisponde una crescente attenzione a praticare attività sportive, anche se, in generale, la percentuale di anziani che non praticano nessuna attività fisiche e/o sportive è decisamente alto per tutti i livelli di istruzione: in media il 59,4%.

Tab.37 - Attività fisica delle persone con + 65 anni e titolo di studio Valori per 100 persone con le stesse caratteristiche - 2018				
	Praticano sport			Non praticano sport né attività fisica
	In modo continuativo	In modo saltuario	Solo qualche attività fisica	
Licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	3.7	1.7	21.1	73.1
Licenza di scuola media	9.9	4.4	33	52.6
Diploma	15.4	6.5	36	42.2
Laurea e post laurea	18.6	9.5	37	34.6
Totale	8.5	3.9	28	59.4

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

4.2.10. Marginale il rapporto con il mercato del lavoro

Uno dei cambiamenti più significativi dovuto al progressivo invecchiamento della popolazione è l'aumento dell'età media degli occupati, passata da poco meno di 41 anni nel 2007 a 44 anni e mezzo nel 2018.

L'incremento è stato pressoché costante negli anni, evidenziando inoltre una convergenza dell'età media di uomini e donne, con quest'ultime che hanno sperimentato il maggiore rialzo arrivando ad annullare nel 2018 la differenza con gli uomini, che nel 2007 era di un anno di età.

In controtendenza rispetto alle altre fasce di età, gli occupati di almeno 55

anni sono cresciuti anche durante gli anni di crisi economica. Tale risultato è stato determinato dall'effetto congiunto dell'invecchiamento della popolazione, dei più elevati livelli di istruzione e, soprattutto, della legislazione vigente in ambito previdenziale che, a partire dal 2012, ha di fatto prolungato per via normativa la permanenza degli occupati nel lavoro.

Secondo i dati riportati dall'ISTAT¹⁸, il tasso di occupazione tra i 55 e i 74 anni è salito dal 20,5 per cento del 2007 al 33,3 per cento del 2018. In particolare tra i 55 e i 64enni, in virtù delle riforme previdenziali, il tasso è salito dal 33,7 per cento del 2007 al 53,7 per cento del 2018. L'Italia tuttavia continua a caratterizzarsi per una scarsa partecipazione attiva sul mercato del lavoro anche tra le fasce di popolazione più adulte di meno 3,1 punti percentuali rispetto alla media europea.

Tab.38 – Persone con +65 anni inattive per genere e area geografica Valori assoluti in migliaia e % - 2018						
	Uomini		Donne		Totale	
	Totale	%	Totale	%	Totale	%
Nord Ovest	1.494	27,6	2.073	28,0	3.566	27,9
Nord Est	1.052	19,5	1.445	19,5	2.496	19,5
Centro	1.097	20,3	1.526	20,6	2.623	20,5
Meridione	1.764	32,6	2.347	31,8	4.111	32,1
Italia	5.406	100	7.390	100	12.796	100

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

In effetti dai dati riportati da ISTAT nel suo Sistema informativo #anziani¹⁹, su un monte di 13.644.363 persone con più di 65 anni, sono inattive 12 milioni e 796mila con una differenza di 848.000. Dal che si deduce che sarebbe attivo nel mercato del lavoro il 6,2% degli anziani over 65 (Tab.38).

Il dato in qualche misura è coerente con quanto riportato nel dominio dell'occupazione dell'*Active ageing index*²⁰ (analisi dei tassi di partecipazione al mercato del lavoro nelle classi di età 55-59, 60-64, 65-69 e 70-74 anni) secondo cui la partecipazione ha interessato tutte le classi di età coinvolte con percentuali di partecipazione più consistenti per le classi tra i 55 e i 59 anni, il cui tasso di occupazione è aumentato di 18,6 punti percentuali, e quelli tra i 60 e i 64 anni (+21,7 punti). Mentre tra i 65-69enni, e i 70-74enni, i tassi di occupazione risultano abbastanza contenuti e gli effetti delle riforme previdenziali ancora marginali o assenti.

18 - Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia – ISTAT 2020

19 - <http://dati-anziani.istat.it/>

20 - Active ageing index



Ad ulteriore conferma della marginalità degli anziani nel mercato del lavoro, sempre dal Sistema informativo dell'ISTAT, risulta che nel 2018 le persone occupate con più di 65 anni sono 629mila (Tab.39), mentre in cerca di occupazione sono 14mila (Tab.40).

Tab.39 – Persone con +65 anni occupate per genere e area geografica Valori assoluti in migliaia e % - 2018						
	Uomini		Donne		Totale	
	Totale	%	Totale	%	Totale	%
Nord Ovest	125	28,3	96	27,1	176	28,0
Nord Est	103	23,3	51	23,3	147	23,3
Centro	101	22,9	44	23,3	145	23,0
Meridione	112	25,5	50	26,2	162	25,7
Italia	440	100	189	100	629	100

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab.40 – Persone con +65 anni in cerca di occupazione per genere e area geografica Valori assoluti in migliaia e % - 2018						
	Uomini		Donne		Totale	
	Totale	%	Totale	%	Totale	%
Nord Ovest	2	24,3	1	21,2	3	24,9
Nord Est	1	10,0	1	21,2	2	14,7
Centro	2	17,6	1	21,2	3	19,0
Meridione	4	48,2	2	30,4	6	7,5
Italia	9	100	3	100	14	100

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

4.2.11. Il reddito nella media inadeguato: per molti latente il rischio povertà

Come sappiamo il decennio appena trascorso è stato caratterizzato da una grave crisi economica che, a partire dalla fine del 2008, si è protratta per quasi cinque anni. La lenta e moderata ripresa successiva non è stata sufficiente a garantire alle famiglie italiane il pieno recupero dei livelli di reddito precisi: secondo i dati dell'indagine Eu-Silc²¹ 2018, il reddito medio familiare era ancora inferiore del nove per cento in termini di potere d'acquisto rispetto ai livelli del 2007.

Sempre nel corso del decennio all'aumentato peso demografico delle classi di età con +65 anni, ha corrisposto un incremento relativo anche del loro peso economico (Tab.41): la quota dei redditi complessivi attribuibile agli anziani è il 28 per cento, mentre i percettori con meno di 45 anni hanno visto ridursi complessivamente la loro quota di redditi di più di 11 punti percentuali.

21 - Indagine Eu-Silc 2018

Tab.41 - Popolazione e reddito per classe di età – Valori % e in euro - 2018								
Classe di età	Popolazione		Reddito medio (prezzi costanti)		Reddito relativo (Base Italia=100)		Quota di reddito	
	2007	2018	2007	2018	2007	2018	2007	2018
Meno di 35 anni	38,5	34,2	15.097	12.219	81,5	66,8	18,1	12,0
35 - 44 anni	16,1	13,8	21.673	19.261	116,9	105,3	23,0	17,8
45 - 54 anni	13,5	16,1	22.382	20.770	120,8	113,6	20,3	22,5
55 - 64 anni	12,1	13,3	20.882	22.488	112,7	122,9	17,0	19,7
65 anni o più	19,9	22,5	15.282	17.481	82,5	95,6	21,6	28,0
Italia	100,0	100,0	18.534	18.290	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: ISTAT: *Invecchiamento attivo e condizione di vita degli anziani*

Al cambiamento della struttura demografica si è infatti accompagnato l'impatto differenziato della crisi economica, che ha colpito in misura maggiore le fasce più giovani della popolazione, in particolare quella con meno di 35 anni. Questo segmento ha registrato una forte riduzione tanto del tasso di occupazione, quasi dieci punti percentuali in meno nel periodo, che dei redditi medi percepiti, diminuiti del 19 per cento in termini reali. Al contrario i redditi sono cresciuti in termini reali del 7,7 per cento per i percettori con età comprese tra 55 e 64 anni (il tasso di occupazione in questa fascia di età è aumentato di oltre venti punti percentuali) e del 14,4 per cento per i percettori con 65 anni e più. La crisi economica ha infatti colpito in maniera significativa i redditi da lavoro dipendente (-5,5 per cento) e soprattutto quelli da lavoro autonomo (-16,1 per cento).

I redditi da pensione, che nel 2018 rappresentavano circa la metà dei redditi dei percettori della classe di età 55-64 e l'85 per cento dei redditi complessivi degli anziani, sono invece cresciuti in termini reali del 6,9 per cento, principalmente per effetto del pensionamento di coorti di lavoratori con retribuzioni e storie contributive migliori delle coorti precedenti. E con sistemi di calcolo afferenti ancora al regime retributivo, più vantaggioso, per grandissima parte degli anni lavorati. Così, se nel 2007 il reddito degli anziani risultava pari all'82,5 per cento del reddito medio individuale, alla fine del decennio tale rapporto era salito a circa il 96 per cento.

Considerando il reddito mediano equivalente²², il miglioramento della situazione economica degli anziani rispetto al resto della popolazione nel corso dell'ultimo decennio risulta ancora più evidente: inferiore di circa il 15 per

22 - Per confrontare le condizioni di vita di individui appartenenti a nuclei familiari di dimensione e composizione diversa, è opportuno utilizzare il reddito equivalente: inoltre, poiché le distribuzioni dei redditi individuali sono asimmetriche e la media risulta così influenzata dai valori più elevati, il valore mediano fornisce una misura più accurata delle condizioni prevalenti (il valore mediano indica il livello di reddito che divide le famiglie in due metà uguali: l'una con redditi superiori o uguali alla mediana, l'altra con redditi inferiori).



cento a quello dei non anziani nel 2007, ha progressivamente ridotto tale distanza nel corso dell'ultima decennio fino a risultare, a partire dal 2016, leggermente superiore.

Per ciò che riguarda le differenze reddituali all'interno della popolazione anziana, si osserva in generale una minore dispersione dei redditi rispetto ai non anziani: l'indice di Gini risultava nel 2018 pari a 0,34 (in crescita rispetto al valore di 0,32 del 2007) per il gruppo dei non anziani, contro lo 0,31 degli anziani (stabile rispetto al 2007).

Le differenze di genere nei redditi sono invece più pronunciate tra gli anziani rispetto ai non anziani: il reddito mediano equivalente delle donne con più di 65 anni nel 2018 risultava inferiore di circa sette punti percentuali rispetto a quello degli uomini dello stesso gruppo, mentre tale differenza si riduce a tre punti nella popolazione con età inferiore ai 65 anni. Questi dati riflettono sia i differenziali salariali di genere legati ad una minore partecipazione delle donne al mercato del lavoro e a storie contributive più brevi, sia la maggiore prevalenza tra le donne anziane di trattamenti assistenziali (pensioni sociali e di invalidità civile) caratterizzati da importi più bassi.

Anche se la gran parte degli anziani vive da sola o in coppie senza figli, circa il 30 per cento degli individui con 65 anni o più vive comunque in nuclei familiari in cui sono presenti figli o altri componenti, cosicché le famiglie con almeno un membro anziano nel 2018 erano quasi il 40 per cento del totale. La migliore tenuta economica dei redditi degli anziani nel corso del periodo esaminato è visibile dunque anche nei redditi familiari a seconda della presenza o meno di componenti con 65 anni o più. Le famiglie senza anziani hanno visto scendere in media i propri redditi di più di 13 punti percentuali in termini di potere d'acquisto a partire dal 2007, mentre le famiglie in cui almeno un anziano è presente hanno limitato la perdita al 2,5 per cento e le famiglie con due o più anziani hanno visto addirittura crescere i propri redditi del 6,3 per cento. Nel 2018 dunque, a testimonianza dell'accresciuto ruolo economico della popolazione anziana, i redditi da pensione rappresentavano un quarto dei redditi delle famiglie italiane, due punti percentuali in più rispetto ai livelli del 2007.

Il rischio di povertà, ovvero la quota di individui il cui reddito equivalente risulta inferiore alla soglia di povertà individuata dal 60 per cento del reddito equivalente mediano per ciascun anno di indagine, è diminuito di quasi sette punti percentuali per gli anziani nel periodo 2007-2018, mentre è cresciuto per tutte le altre classi di età (Tab.42). La presenza di anziani nella famiglia ha costituito così un fattore protettivo rispetto al rischio di povertà anche per i membri non anziani del nucleo (pari a circa 5 milioni e mezzo di individui nel 2018, quasi il 30 per cento dei componenti delle famiglie con anziani). Il rischio di povertà è infatti diminuito del 3,5 per cento nelle famiglie con almeno un anziano e di più di cinque punti nelle famiglie con due o più anziani, mentre è cresciuto di più di tre punti nelle famiglie prive di componenti con 65 anni o più.

Tab.42 - Rischio di povertà e grave deprivazione materiale per classe di età e presenza di anziani in famiglia - Valori percentuali e variazioni in punti percentuali - 2007 e 2018						
	Rischio povertà			Grave deprivazione materiale		
	2007	2018	Variazione 2007-18	2007	2018	Variazione 2007-18
Classe di età						
Meno di 35 anni	21,4	24,8	3,4	7,8	9,4	1,6
35 - 44 anni	18,2	20,4	2,2	6,4	8,0	1,6
45 - 54 anni	16,2	19,8	3,6	7,1	8,7	1,6
55 - 64 anni	14,5	17,7	3,2	6,3	8,9	2,6
65 anni o più	22,2	15,3	-6,9	6,5	7,2	0,7
Famiglie con anziani						
Nessun anziano	19,2	22,5	3,3	7,1	8,9	1,8
Un anziano	22,9	19,4	-3,5	8,7	9,5	0,8
Due o più anziani	16,3	10,9	-5,4	4,4	5,5	1,1
Totale	19,2	22,5	3,3	7,1	8,9	1,8

Fonte: Istat, Indagine Eu-Silc

Nell'ultimo decennio, invece, per gli anziani non è diminuita la grave deprivazione materiale, anche se l'incremento che li ha riguardati è stato il più basso tra tutte le classi di età. In particolare, poi, la grave deprivazione materiale resta più alta nelle famiglie con un solo membro anziano, segnalando l'esistenza di fattori di disagio ed esclusione sociale che sono solo parzialmente catturati dalla condizione reddituale delle famiglie. A dispetto della fragilità alla quale viene comunemente associata la condizione degli anziani, dal punto di vista economico si deve invece rilevare che, negli anni della grave crisi economica iniziata nel 2008, essi hanno rappresentato un elemento di stabilità dei redditi familiari e di protezione dal rischio di un impoverimento ancora maggiore anche per una parte della popolazione non anziana.

Non è però possibile non sottolineare come il miglioramento relativo delle condizioni economiche degli anziani sia l'altra faccia dell'inedito arretramento della struttura produttiva del paese e del progressivo impoverimento della popolazione più giovane e adulta, dunque della sua capacità di generare ricchezza per la grande maggioranza delle famiglie italiane.

Occorre però aggiungere, come messo in evidenza dal CENSIS²³ nel suo rapporto annuale del 2017, che *“ad ogni persona non autosufficiente è associato un flusso di risorse monetarie in uscita che si intrecciano e che nel complesso generano un ammontare molto elevato: l'esempio più eclatante è costituito dalla stima di 9 miliardi*

23 - CENSIS – Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese – Cap. L'emergenza permanente della non autosufficienza - 2017



di euro l'anno per la retribuzione delle badanti, a cui si aggiungono altre spese come quelle sanitarie private relative a una matrice complessa fatta di visite, analisi di laboratorio, trattamenti riabilitativi, farmaci, ecc. con un valore stimato intorno a 4,6 miliardi di euro l'anno".

Ne consegue che, in media, una famiglia con una persona non autosufficiente ha una spesa sanitaria privata che è pari a più del doppio rispetto a quella delle altre famiglie italiane e, quindi, soggetta a una dinamica dagli effetti socialmente regressivi. Ed infatti secondo il CENSIS, il 51% delle famiglie con un non autosufficiente hanno avuto difficoltà a sostenere spese per l'acquisto di prestazioni e servizi sanitari e socioassistenziali, di contro al 31,5% delle altre famiglie.

4.2.12. Partecipazione attiva alla vita sociale e culturale: le opportunità si restringono sempre più

Con l'avanzare della vita muta progressivamente il quadro delle relazioni familiari, amicali, sociali con la perdita di un definito ruolo sociale successivo al pensionamento. Il rischio è l'isolamento, la rinuncia ad un minimo di progettualità, il lasciarsi andare, la perdita della voglia di vivere. Contrastare questa deriva è possibile con l'adozione di strategie individuali e collettive volte a favorire la partecipazione attiva delle persone anziane a iniziative culturali e sociali attraverso cui mantenere vivi i loro interessi, la loro rete di relazioni, la percezione di poter dare un utile contributo alla collettività.

Avere la possibilità di assistere alla proiezione di un film, partecipare ad una rappresentazione teatrale, tenersi aggiornato con i giornali e i mass media, leggere un libro, viaggiare nel tempo visitando un museo o un sito archeologico, andare a ballare o tifare per una gara sportiva, sono tutte attività fondamentali che consentono al tempo di animarsi, e non semplicemente di scorrere.

In questo un contributo importante può essere dato dall'iniziativa delle istituzioni pubbliche (reti formali come servizi organizzati, pianificati, centralizzati e specializzati), anche se numerosi studi dimostrano come iniziative eccessivamente formali non sempre sono sufficienti a far sentire all'anziano la sua utilità sociale. Molto più efficace si dimostra la partecipazione liberamente scelta a reti informali che includono relazioni interpersonali che gravitano intorno alle persone, relazioni di assistenza reciproca di famiglie e parenti. Così come decisamente utile è l'impegno che gli anziani danno alle associazioni di volontariato anche perché le risorse umane e materiali mobilitate all'interno di queste reti assicurano supporto e protezione agli individui, sia nella vita quotidiana che nei momenti più difficili, rappresentando così un elemento essenziale della coesione sociale.

Vediamo allora in che misura le persone anziane partecipano alle diverse attività sociali iniziando con la verifica della loro partecipazione alle attività culturali (Tab.43).

Indubbiamente la televisione ha il primato assoluto fra le attività informative, di svago e intrattenimento delle persone anziane. In questo ha contribuito grandemente la possibilità offerta dai dispositivi disponibili presso il proprio domicilio: nel 2018 l'87,3% guarda la TV tutti i giorni, mentre ascolta la radio tutti i giorni il 18%. La differenza tra uomini e donne è minima per la televisione, mentre è di ben 11,3 punti percentuali nell'ascolto della radio.

Tab.43 – Partecipazione ad attività TV e radio delle persone con +65 anni per genere Valori per 100 persone con le stesse caratteristiche - 2018			
	% Uomini	% Donne	% Totale
Guardano la TV	95,3	94,3	94,7
Tutti i giorni	87,6	87,1	87,3
Ascoltano la radio	43,9	32,6	37,5
Tutti i giorni	20,7	15,9	18,0

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

La lettura dei giornali (Tab.44) è la seconda attività che impegna le persone anziane, superiore anche all'ascolto della radio. Il 26,2% degli uomini leggono il giornale 5 volte e più a settimana, mentre le donne sono il 13,4%.

Anche la lettura di libri rappresenta una forma di partecipazione culturale coltivata dalle persone anziane, con un gap di genere invertito a favore delle donne. Nel 2018 hanno letto almeno un libro il 28,3% degli uomini a fronte di un 30% di donne.

Tab.44 – Persone con +65 anni che leggono quotidiani e libri per genere Valori per 100 persone con le stesse caratteristiche - 2018			
	% Uomini	% Donne	% Totale
Leggono quotidiani almeno una volta a settimana	56,2	37,0	45,3
Leggono quotidiani 5 volte e più a settimana	26,2	13,4	19,0
Negli ultimi 12 mesi ha letto almeno un libro	28,3	30,0	29,2
Negli ultimi 12 mesi ha letto da uno a tre libri	12,4	17,1	12,2
Negli ultimi 12 mesi ha letto 12 o più libri	5,4	5,8	5,7

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nella gerarchia della partecipazione degli anziani ad attività culturali (Tab.45) è interessante rilevare come la frequentazioni di musei e mostre (17,6%) sia superiore a quella del cinema (16,4%), a cui segue la visita a siti archeologici e monumenti (14,9), e il teatro (12,3). Le differenze di genere variano a secondo dell'attività: a favore delle donne nel caso del teatro e dei concerti, a favore degli uomini innanzitutto per gli spettacoli sportivi (ben 10,4



punti percentuali), ma anche per il cinema, musei e mostre. Tra gli anziani suscitano interesse anche le discoteche e le balere per il 4,1% di essi.

Tab.45 – Partecipazione ad attività culturali delle persone con +65 anni per genere Valori per 100 persone con le stesse caratteristiche - 2018			
	% Uomini	% Donne	% Totale
Teatro	11,3	13,1	12,3
Cinema	17,7	15,4	16,4
Musei, mostre	19,5	16,1	17,6
Concerti di musica classica, opera	6,1	6,5	6,3
Altri concerti di musica	6	5,3	5,6
Spettacoli sportivi	14,8	4	8,7
Discoteche, balere	4,8	3,6	4,1
Siti archeologici e monumenti	17,7	12,8	14,9

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Amici e vicini di casa rappresentano una importante risorsa a disposizione dell'anziano, anche se non sempre attivabili o disponibili.

Ponendo attenzione alle informazioni inerenti la socialità delle persone anziane, intesa come propensione a frequentare amici, vicini (esclusi i parenti) sui quali poter contare in caso di necessità, soddisfazione del tempo libero, i dati disponibili (Tab.46) mostrano che solo il 13,6% incontra altre persone ogni giorno, con una notevole differenza di genere a favore degli uomini di 9,5 punti percentuali.

E se il 21% incontra persone più di una volta a settimana, il 15,7% una sola volta a settimana, il 17,5% una sola volta al mese, il 15,3% una volta l'anno per giungere a nessun incontro, il 10,5% e la totale assenza di amici il 4%. Da rilevare che la differenza di genere penalizza sempre pesantemente le donne.

Tab.46 – Vita di relazione - Persone con +65 anni per frequenza di incontri con altre persone e genere - Valori per 100 persone con le stesse caratteristiche - 2018

	% Uomini	% Donne	% Totale
Tutti i giorni	19,0	9,5	13,6
Più di una volta a settimana	21,8	20,4	21,0
Una volta a settimana	15,9	15,5	15,7
Qualche volta al mese	16,9	17,9	17,5
Qualche volta l'anno	13,8	16,5	15,3
Mai	8,0	12,4	10,5
Non ha amici	2,9	4,9	4,0

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

L'attenzione per ciò che avviene sulla scena politica è un segnale di coinvolgimento e di partecipazione nelle vicende della vita pubblica, tanto più se attraverso forme di impegno e di contributo sociale considerate come possibilità di incremento del benessere collettivo. A tal riguardo (Tab.48) i dati ci forniscono un quadro che si caratterizza per un interesse degli anziani all'ascolto di dibattiti politici per il 19,3% (25,5% uomini e 14,4% donne), ma nel complesso si può dire che il loro coinvolgimento non è particolarmente intenso e con una forte differenza di genere che vede le donne anziane molto meno coinvolte.

Tab.48 – Vita associativa - Persone con +65 anni per partecipazione ad attività politica e genere - Valori per 100 persone con le stesse caratteristiche - 2018

	% Uomini	% Donne	% Totale
Partecipazione ad un comizio	5,4	1,1	3
Partecipazione ad un corteo	2,3	0,7	1,4
Ascolto di un dibattito politico	25,5	14,4	19,3
Attività gratuita per un partito politico	1,3	0,2	0,7
Ha dato soldi ad un partito	2,9	0,9	1,8

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Maggiore interesse è dedicato dagli anziani a quelle attività di interesse sociale che richiedono la loro partecipazione diretta (Tab.49). In tal senso nel 2018 le attività più coinvolgenti sono la partecipazione a riunioni in associazioni culturali, ricreative o di altro tipo, l'8,2%, e la partecipazione ad attività gratuite in associazioni di volontariato, l'8,4%. In ambedue le attività è forte la differenza di genere che vede molto più coinvolti gli uomini. Interessante rilevare come nel 2018 sia consistente il numero di anziani disponibili a contribuire economicamente al sostegno di associazioni culturali e di volontariato: il 16,7% degli uomini e il 14,1% delle donne



Tab.49 – Vita associativa - Persone con +65 anni per partecipazione ad attività sociali e genere
Valori per 100 persone con le stesse caratteristiche - 2018

	% Uomini	% Donne	% Totale
Riunioni in associazioni ecologiche, per i diritti civili, per la pace	1,3	0,8	1,0
Riunioni in associazioni culturali, ricreative o di altro tipo	10,3	6,7	8,2
Attività gratuite in associazioni di volontariato	9,9	7,3	8,4
Attività gratuite in associazioni non di volontariato	3,5	1,9	2,6
Attività gratuita per un sindacato	1,1	0,2	0,6
Versare soldi ad un'associazione	16,7	14,1	15,2

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Significativo è la frequentazione degli anziani dei luoghi di culto. Nel 2018 (Tab.50) sono stati frequentati per il 40,7% dalle donne anziane e per il 28,9% dagli uomini. Nel complesso il 20,9% non li ha mai frequentati.

Tab.50 – Pratica religiosa - Persone con +65 anni per frequenza luoghi di culto e genere
Valori assoluti in migliaia e per 100 persone con le stesse caratteristiche - 2018

	Uomini		Donne		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Almeno una volta a settimana negli ultimi 12 mesi	1.708	28,9	3.148	40,7	4.856	35,6
Mai	1.410	23,8	1.448	18,7	2.858	20,9

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

4.2.13. Cresce la domanda di sicurezza

Gli eventi criminosi, il più delle volte sono il risultato dell'interazione di molteplici fattori ambientali, sociali, economici, che rendono i cittadini ed, in particolare, quelli appartenenti ad alcune fasce di popolazione, più vulnerabili. Nella complessa dinamica sociale, economica e culturale in cui matura ogni singolo reato, è possibile talora osservare come il rischio di vittimizzazione si distribuisca in modo diseguale fra i vari strati della popolazione più vulnerabile. Le persone anziane sono una tra le categorie sociali più esposte al rischio di subire reati.

Le informazioni statistiche prodotte dall'Istat permettono di individuare quelli che si è soliti indicare come “fattori di rischio o di vulnerabilità”, si tratta di caratteristiche socio-demografiche o riconducibili allo stile di vita che possono in qualche modo esporre le persone al rischio di subire fatti delittuosi. In particolare, per le persone anziane il rischio di vittimizzazione è significativamente diverso in relazione alle tipologie di reato e al sesso della vittima.

Tra gli over 65, donne e uomini condividono la stessa tripletta di reati di cui sono maggiormente vittime: furti con destrezza, danneggiamenti e truffe

e frodi informatiche (Tab.51). Hanno subito un furto con destrezza 14.378 uomini e 21.340 donne, rappresentando rispettivamente il 26% e il 23,8% di tutti i furti con destrezza subiti nell'anno dalla popolazione maschile e femminile. Le vittime di danneggiamento sono state 22.975 fra gli uomini (16,2% del totale) e 9.236 fra le donne (11,7% del totale), mentre i/le truffati/e e frodati/e informaticamente sono stati/e 15.111 uomini (14,6%) 10.736 donne (16,1%).

Tab.51 – Sicurezza - Persone con +65 anni vittime di delitti denunciati dalle forze di polizia all' autorità giudiziaria Valori assoluti in migliaia e per 100 persone con le stesse caratteristiche - 2018								
Tipo di delitto	Totale persone +65				Totale popolazione			
	Uomini		Donne		Uomini		Donne	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Percosse	817	1,3	503	1,0	7.824	1,9	6.686	2,0
Lesioni dolose	3.139	4,8	1.769	3,5	36.123	8,7	23.738	7,3
Minacce	4.930	7,6	2.467	4,9	40.999	9,9	33.166	10,1
Stalking	465	0,7	409	0,8	3.505	0,8	11.203	3,4
Furti con strappo	1.072	1,7	2568	5,1	4.609	1,1	9.300	2,8
Furti con destrezza	14.378	22,1	21.340	42,4	55.207	13,3	89.575	27,4
Rapine in abitazione	395	0,6	418	0,8	1.121	0,3	1.026	0,3
Rapine in pubblica via	738	1,1	501	1,0	10.675	2,6	4.160	1,3
Estorsioni	919	1,4	395	0,8	6.961	1,7	2.765	0,8
Truffe e frodi informatiche	15.111	23,3	10.736	21,3	103.583	25,0	66.717	20,4
Danneggiamenti	22.975	35,4	9.236	18,3	143.349	34,6	78.682	24,1
Totale	64939	100	50342	100	413.956	100	327.018	100

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

4.2.14. Il gap tecnologico: una sfida che sembra impari

Possedere un “pacchetto smart” di competenze digitali rappresenta, oggi, parametro indispensabile per l'inclusione sociale, economica, culturale, relazionale delle persone.

Nel 2006, a tal proposito, il Parlamento e il Consiglio europeo hanno inserito nelle loro Raccomandazioni anche la digital competence fra le otto competenze ritenute essenziali per la “cittadinanza attiva”.

Nell'era digitale, dunque, il delicato confine fra cittadinanza in senso formale e cittadinanza in senso sostanziale va ridefinito e ricollocato nell'intersezione fra tre elementi imprescindibili: la possibilità di accedere alle ICT - Information and communication technologies (Digital Inclusion); la possibilità di apprenderne l'uso (Digital Skills); l'acquisizione di capacità di discernimento (Digital Competence) per un uso consapevole e responsabile delle ICT.



E le persone anziane? Come si collocano rispetto all'acquisizione della "cittadinanza digitale"? Quali competenze hanno? Sono degli "utenti forti" della Rete o piuttosto dei navigatori sporadici? Quali attività svolgono su Internet?

Rispetto all'uso del PC nel 2018 (Tab.52) il 29,6% degli anziani tra i 65 e i 74 anni dichiarano di usarlo, la quota scende all'8,9% per gli anziani con più di 75 anni. Dichiarano di usarlo tutti i giorni il 16,3% degli anziani tra i 65 e i 75 anni, e soltanto il 4% nella fascia di età superiore ai 75 anni. Non usano il PC il 68,9% degli anziani tra i 65 e i 75 anni e la percentuale sale al 94,4% per gli over 75. Sensibile la differenza di genere nella dimestichezza con il PC che dichiara di non usarlo il 75,6% della classe di età compresa tra i 65 e i 75 anni e per il 94,4% le donne con più di 75 anni.

Tab.52 - Persone di +65 anni per uso del PC e genere Valori per 100 persone con le stesse caratteristiche - 2018									
	Usano il PC			Tutti i giorni			Non usano il PC		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
65-74	37,7	22,6	29,6	23,1	10,5	16,3	61,3	75,6	68,9
75 e +	15,2	4,5	8,9	8,8	2	4,8	83,4	94,4	89,9

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Quanto sia importante partecipare del mondo e della vita anche tramite la Rete sta divenendo una convinzione sempre più salda fra le cittadine e i cittadini italiane/i. Tuttavia l'età rappresenta ancora, indiscutibilmente, un parametro centrale nel delineare il profilo d'uso della Rete: nel 2018 (Tab.53) gli utenti di internet sono il 66,8% nella classe di età tra i 55 e i 64 anni, percentuale che precipita al 25,3% nella classe degli over 65 con una sensibile differenza di genere a sfavore delle donne.

Tav.53 - Persone di 55 anni e più per uso di internet per classi di età – Valori % - 2018													
Classi di età	Pop. totale	Usano internet						Non usano internet					
		Uomini	%	Donne	%	Totale	%	Uomini	%	Donne	%	Totale	%
55-65	7.987	2.717	34,0	2.619	32,8	5.337	66,8	1.150	14,4	1.501	18,8	2.650	33,2
65 e +	13.295	1.912	14,4	1.445	10,9	3.358	25,3	3.894	29,3	6.043	45,5	9.937	74,7

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nondimeno, e pur trattandosi di percentuali ancora molto contenute, la quota di utenti è in continuo aumento anche nelle fasce di popolazione più anziane: se nel 2015 usavano internet il 12,6 % delle persone fra 65 e 74 anni e il 2,9% delle persone di 75 anni e più, nel 2018 usa internet il 25,3% degli over 65. Le attività predilette dagli utenti con 55 anni e più sono la "posta elet-

tronica” (spedire/ricevere e-mail) e la lettura di giornali, riviste, informazioni on line, consultare Wikipedia e altre enciclopedie on line per ottenere informazioni, ricercare informazioni su merci e servizi o informazioni sanitarie, utilizzare servizi bancari partecipa a social network.

Tuttavia la quasi totalità delle persone anziane che usano Internet sa compiere le semplici operazioni considerate nell’area dell’informazione, come usare un motore di ricerca e/o copiare o spostare file, ma scarso è l’uso nelle altre aree di competenza.

Ecco perché le persone anziane, in Italia, sono profilate da una sorta di “primitivismo digitale”, che le connota come utenti digitali caratterizzati dalle sole competenze di base in quasi tutte le aree strategiche in cui si articolano le digital skill. Sono deboli fruitori dell’ICT, spesso non utilizzano il PC e non utilizzano Internet né a casa, né a lavoro né in altri luoghi di possibile alfabetizzazione e pratica informatica. È vero che l’alfabetizzazione di queste persone è avvenuta nell’ “era analogica”: ma spesso il contesto socio-economico e territoriale di riferimento della loro età adulta non è servito da driver per una successiva alfabetizzazione digitale.

4.2.15. Desiderio di vita autonoma, ma casa, quartiere, ambiente sempre più ostili

Il desiderio dei longevi di invecchiare nella propria casa²⁴ per il nostro paese ha un valore del tutto particolare tenuto conto del grande numero di longevi (80,3%) proprietari delle case in cui vivono (Tab.54). Non si può non tener conto, tuttavia, che la possibilità di assecondare questo desiderio (diritto), senza che sia penalizzante (isolamento), dipende in larga misura dalla qualità della loro condizione abitativa, intesa sia nelle sue caratteristiche interne e sia in quelle esterne (di quartiere).

Tab.54 – Anziani in abitazioni di proprietà – Valori assoluti e % - Dati 2011				
a	b	c		
Tot. anziani	Tot. anziani in abitazioni di proprietà	Tot. Abitazioni di proprietà con anziani	% b/a	% c/b
12.348.972	9.947.438	7.265.021	80,3	73,03

Fonte: elaborazione Abitare e Anziani su dati ISTAT

È possibile affermare, purtroppo, che tanto l’una quanto l’altra condizione presentano non pochi elementi problematici, in particolare per gli anziani

24 - Censis - L’eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficienti — Note e commenti Anno LI n. 785 - 2015. recenti stime epidemiologiche secondo cui nel 2020 esse rappresentano l’80% di tutte le patologie del mondo.



non autosufficienti. I risultati del 2° Rapporto sulla “Condizione abitativa degli anziani in case di proprietà”²⁵ di Abitare e Anziani rappresentano una realtà in cui il dato più rilevante è una popolazione anziana relativamente “ricca” sul piano patrimoniale, in quanto proprietaria dell’abitazione in cui vive (abitazioni acquistate molto tempo fa e dunque di un certo pregio per posizione e valore catastale), ma in larga parte relativamente povera sul piano reddituale²⁶, e dunque in difficoltà a intraprendere interventi di ristrutturazione e adeguamento (Tab.55): si consideri che il 55,7% delle abitazioni con anziani in edifici superiori ai due piani è senza ascensore.

Tab.55 - Abitazioni in proprietà di anziani +65 – Dati 2011

Ab. in proprietà di anziani +65	Anziani soli in ab. di proprietà	%	Abitazioni con anziani <79 MQ	%	Abitazioni con anziani > 79MQ	%	Tot. ab. in edifici oltre due piani senza ascensore	%
7.263.021	2.519.749	34,9	2.035.960	28	5.229.061	72	4.047.498	55,7

Fonte: elaborazione Abitare e Anziani su dati ISTAT

I dati ISTAT²⁷ aggiornati al 2018, confermano in via di massima i dati AeA, e riportano che tra le famiglie con il principale percettore over 65:

- il titolo di godimento dell’abitazione è per l’89,9% dei casi in proprietà e per il 10,1% in affitto;
- le abitazioni con almeno un anziano sono per l’88,1% in proprietà e per l’11,9% in affitto;
- le abitazioni con 2 anziani o più sono per il 91,5% in proprietà e l’8,5% in affitto.

Tab.56 - Abitazioni per epoca di costruzione

Anni	<1919	19-45	46-62	62-71	72-81	82-91	92-01	02-11	>2011	Totale
Abitazioni	762.189	651.905	1.153.241	1.715.613	1.474.943	807.452	382.102	176.025	120.595	7.263.021
% su totale	10,5	9	15,9	23,7	20,4	11,1	5,3	2,4	1,7	100

Fonte: elaborazione AeA su dati ISTAT

Il 54,9% delle case degli anziani ha un’età media superiore ai 50 anni (Tab.56) e, di conseguenza, mediamente vetusta, con ambienti e impianti vecchi, spesso fuori norma in materia di sicurezza, con servizi igienici inadeguati,

25 - AeA - 2° Rapporto sulle condizioni alternative degli anziani che vivono in case di proprietà 2015

26 - Istat 2018 - Condizioni di vita, redditi e carico fiscale delle famiglie - Il reddito mediano degli anziani che vivono soli nel 50% dei casi non superano la soglia di 15.376 euro (1.281 euro mensili)

27 - Istat – #Sistema informativo anziani

assenza dell'ascensore, assenza d'impianti di riscaldamento e refrigerazione (2,2 milioni di famiglie in povertà energetica nel 2016, l'8,6% del totale delle famiglie)²⁸.

A questi elementi di disagio si sommano quelli presenti nella zona di residenza (quartiere): il 12,4% denuncia problemi d'inquinamento, il 10,8% rumori, l'11,8% la criminalità, lo stato manutentivo delle strade, la scarsa illuminazione e, ancora, le diffuse barriere architettoniche²⁹.

Il quadro che emerge dai pochi dati riportati è una situazione in cui la condizione abitativa non agevola la vita autonoma degli anziani soli e non autosufficienti, anche se assistita.

Se poi analizziamo il contesto di residenza, la situazione è quella già illustrata per la Tabella 26 in cui si analizza la distribuzione degli anziani per caratteristiche dell'area di residenza.

Come detto le persone longeve in larga misura sono proprietarie della loro casa, ma sappiamo anche che le abitazioni in cui vivono sono molto diverse, così come sono molto diverse le loro condizioni di salute, familiari, economiche. Volendo dare un più preciso profilo delle condizioni abitative della platea dei longevi fragili proponiamo un'articolazione fondata su due aree: quella dei longevi over 65 anni non autosufficienti e quella degli anziani soli over 75 anni. Evidentemente le due platee hanno diverse aree di sovrapposizione, ma per quanto riguarda la nostra analisi, tesa a comprendere il profilo dei bisogni potenziali, la cosa è d'importanza relativa.

- La prima platea, quella dei longevi non autosufficienti over 65 anni, è stimata in circa 3 milioni (Tab.5);
 - una quota di essi, circa 285.000, è ospite in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) con due motivazioni principali: di assistenza socio-sanitaria (circa 245.000) e socio assistenziale (circa 40.000);
 - i rimanenti 2.715.000 vivono in condizioni abitative, familiari e reddituali le più diverse.
- La seconda platea, gli over 75 anni che vive sola, è stimata in 2,5 milioni. Di questi, prendendo a riferimento il report "La solitudine dei numeri ultimi"³⁰, possiamo dire che:
 - il 70% è proprietaria della casa in cui vive;
 - il 60 % è autosufficiente;

28 - Fondazione Di Vittorio - Rapporto "La povertà energetica e gli anziani" realizzato dalla Fondazione Di Vittorio per conto e in collaborazione con lo Spi Cgil - In Abitare e Anziani Informa n.3 - 2020

29 - Istat 2017 - Annuario statistico regionale - Famiglie per presenza di alcuni problemi nella zona in cui abitano.

30 - In-Age 2019 (INclusive AGEing in plac) - Report "La solitudine dei numeri primi" - In Abitare e Anziani informa n.1 2020 - Il report si inserisce nell'ambito del progetto di ricerca "Inclusive ageing in place — IN-AGE" che affronta il tema della condizione di fragilità delle persone anziane e i relativi rischi di isolamento sociale. Nel progetto sono coinvolte tre unità di ricerca (Politecnico, INRCA e Università Mediterranea di Reggio Calabria, con la collaborazione di Auser).



- il 20% vive in abitazioni di edilizia residenziale pubblica;
- molti di loro godono di importi pensionistici modesti, che riflettono carriere lavorative caratterizzate da occupazioni prevalentemente di tipo manuale ed esecutivo (tre quarti degli anziani soli ha un titolo di studio di licenza elementare).

4.3. L'inadeguatezza delle risposte

A fronte dello scenario sopra descritto l'interrogativo che si pone è: in che misura trova soddisfazione la domanda di assistenza sociosanitaria così come abbiamo tentato di quantificarla e caratterizzarla nei paragrafi precedenti? In altri termini: l'offerta di servizi sociosanitari di cui sono titolari le Regioni e i Comuni, è all'altezza, quantitativa e qualitativa, della crescente domanda? In teoria la risposta dovrebbe essere data dalla verifica del rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)³¹ per la sanità e i Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP)³² per i servizi sociali. In pratica il monitoraggio dell'andamento dell'assistenza sanitaria attraverso i LEA in un sistema sanitario segmentato in 21 regioni, di cui 7 impegnate in piani di rientro e ancora concentrato nella rilevazione e valutazione degli esiti nelle cure ospedaliere, presenta non poche difficoltà e incertezze. Del tutto inesistente è invece la possibilità di verificare il rispetto dei LEP in quanto il livello delle prestazioni sociali non è mai stato definito. Inutile parlare poi della verifica delle prestazioni sociosanitarie che sono ancora in un limbo indefinito.

In pratica, quindi, non siamo in grado di valutare l'adeguatezza delle risposte alla domanda di assistenza socio sanitaria sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo. Vediamo comunque quanto si riesce a ricavare dalle verifiche sui LEA e dalle rilevazioni ISTAT sul sistema socio assistenziali.

4.3.1. Risposta alla domanda sociosanitaria in base alla Griglia LEA

L'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 affida la Verifica degli Adempimenti, cui sono tenute le Regioni, al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse (di seguito brevemente rinominato come Comitato LEA) che congiuntamente al Tavolo di verifica degli adempimenti, consente alle Regioni di accedere alla quota premiale del 3% (per le regioni adempienti nell'ultimo triennio la quota è pari al 2%) delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie.

La certificazione degli adempimenti avviene mediante la documentazione ri-

31 - Istat 2018 - Condizioni di vita, redditi e carico fiscale delle famiglie - Il reddito mediano degli anziani che vivono soli nel 50% dei casi non superano la soglia di 15.376 euro (1.281 euro mensili)

32 - Istat - #Sistema informativo anziani

chiesta appositamente alle Regioni attraverso un questionario ed un'analisi della stessa integrata con informazioni già disponibili presso il Ministero della Salute e l'Aifa. La certificazione è effettuata dai componenti del Comitato LEA che stabiliscono annualmente gli adempimenti e i relativi criteri di valutazione. Il lavoro istruttorio viene condotto dagli uffici del Ministero, Aifa e Agenas, competenti nelle materie degli adempimenti, e successivamente esaminato e convalidato dai componenti del Comitato LEA. Prima della conclusione dell'intera procedura, è previsto un confronto interattivo con i rappresentanti regionali.

Nello specifico, la certificazione dell'adempimento relativo all'area "mantenimento nell'erogazione dei LEA" avviene attraverso l'utilizzo di un definito set di indicatori ripartiti tra l'attività di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, raccolti in una griglia (cd. Griglia LEA – Box.1) che consente di conoscere e cogliere nell'insieme le diversità ed il disomogeneo livello di erogazione dei livelli di assistenza.

La selezione degli indicatori riflette da un lato la ripartizione delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tra i livelli di assistenza e, dall'altra, le maggiori indicazioni politico-programmatorie. La metodologia di valutazione complessiva comprende un sistema di pesi ponderati che attribuisce ad ogni indicatore un valore di riferimento e assegna dei punteggi rispetto al livello raggiunto dalla regione nei confronti di standard nazionali.

Annualmente il set di indicatori è soggetto a revisione da parte di un gruppo di esperti che, sulla base di provvedimenti, documenti programmatici istituzionali nazionali ed internazionali, progetti di ricerca sanitaria nonché esperienza degli anni precedenti, lavora al fine di aggiornarli. Il panel di esperti, composto da tecnici operanti sui tre livelli di assistenza, valuta l'affidabilità, la significatività e la rilevanza dei singoli indicatori e ne propone al Comitato LEA l'eventuale conferma, modifica o sostituzione da un anno all'altro.

L'aggiornamento annuale del set di indicatori rende flessibile la griglia, in grado di adattarsi ai nuovi indirizzi politici-programmatori ed in grado di intercettare aspetti via via più rilevanti per quanto concerne l'erogazione dei LEA.

La Griglia LEA si propone pertanto come uno strumento per individuare per le singole realtà regionali quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dall'altro canto ne evidenzia i punti di forza rappresentando, quindi, un adeguato strumento di supporto e di ausilio alle istituzioni politiche e programmatiche sia del livello nazionale che regionale e locale per interventi puntuali e per decisioni di maggiore efficacia.

Allo stato attuale, nelle more dell'attivazione del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), la Griglia Lea rappresenta lo strumento principale per il monitoraggio e la verifica dell'effettiva erogazione delle prestazioni sul territorio nazionale.



Box.1 - Indicatori della Griglia LEA - Livelli Essenziali di Assistenza

PREVENZIONE

- 1.1** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
- 1.2** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
- 1.3** Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni)
- 2** Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto
- 3.2** Indicatore composito sugli stili di vita
- 4** Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare
- 5.1** Malattie animali trasmissibili all'uomo - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla tubercolosi
- 5.2** Malattie animali trasmissibili all'uomo - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla Brucellosi
- 5.3** Anagrafi animali
- 6.1** Contaminanti negli alimenti di origine animale
- 6.2** Controlli sanitari svolti nelle fasi di produzione e distribuzione degli alimenti
- 6.3** Contaminanti negli alimenti di origine vegetale

DISTRETTUALE

- 7.1** Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite
- 7.2** Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco
- 8** Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI
- 9.1** Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti
- 9.2** Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti
- 10.1.1** Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
- 10.1.2** Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
- 10.2.1** Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
- 10.2.2** Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
- 11** Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)

12 Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT

13 Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti

14 Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti

OSPEDALIERA

15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti

15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti

15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti

17 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario

18.1.1 Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1000 parti

18.1.2 Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti

18.2 Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN

19 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario

21 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)

4.3.2. Valutazione sintetica 2017: adempienza rispetto al “Mantenimento dell'erogazione dei LEA”

I risultati per il 2017³³ includono per la prima volta, le regioni a statuto speciale, Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

Risultano valutate positivamente 8 regioni (Tab.57): Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, Umbria, Abruzzo, e Marche che raggiungono un punteggio superiore a 200 (mentre nel 2016 erano 4 le regioni sopra i 200 punti).

Sei regioni si collocano con un punteggio compreso tra 200 e 160 (minimo livello accettabile): Liguria, Friuli Venezia Giulia, Basilicata, la Provincia Autonoma di Trento, Lazio, Puglia, Molise e Sicilia.

33 - Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA 2017 – Ministero della Salute



Le Regioni Campania, Valle D'Aosta, Sardegna, Calabria e la Provincia Autonoma di Bolzano si caratterizzano per i punteggi inferiori a 160 e presentano diverse criticità ascrivibili in particolare all'area della prevenzione (screening e coperture vaccinali) e all'area distrettuale (residenziali anziani e disabili).

Tab.57 - Risultati verifica LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) - Punteggi 2016 – 2017 – 2018			
**Si considerano: adempienti le Regioni con punteggio ≥ 160 o compreso tra 140 - 160 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione <3); inadempienti le Regioni con punteggio < 140 o compreso tra 140 - 160 con almeno un indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)			
Regione	2018	2017	2016
V. D'Aosta*	159	149	//
Piemonte	218	221	207
Lombardia	215	212	198
Liguria	211	195	196
Friuli V.G.*	206	193	//
P.A. Bolzano*	142	120	//
P.A. Trento*	185	185	//
Veneto	222	218	209
Emilia Romagna	221	218	205
Toscana	220	216	208
Marche	206	201	192
Umbria	210	208	199
Lazio	190	180	179
Abruzzo	209	202	189
Molise	180	167	164
Campania	170	153	124
Basilicata	191	189	173
Puglia	189	179	169
Calabria	162	136	144
Sicilia	171	160	163
Sardegna*	145	140	//

Fonte: elaborazione AUSER su dati Ministero della salute – D.G. della Programmazione sanitaria

* Regioni incluse nella Griglia LEA dal 2017

4.3.3. La valutazione LEA relativa ai servizi per anziani

Nel set di indicatori previsti dalla griglia LEA (Box 1) alcuni (pochi) fanno specifico riferimento alle persone longeve. Questi indicatori sono:

- percentuale copertura vaccinale antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni);
- percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI;

- numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti;
- numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti;
- numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti;
- percentuale di pazienti ≥ 65 con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.

Per il monitoraggio della griglia LEA riferita alle singole Regioni si veda il sito presso il Ministero della salute³⁴. Qui di seguito riportiamo le tabelle di comparazione tra le regioni per ogni singolo indicatore riferito alle persone con +65 anni.

Nell'ambito delle attività di prevenzione per le malattie infettive sulla popolazione si considera particolarmente significativo l'indicatore sulla copertura vaccinale antinfluenzale (Tab.58) tenuto conto del potenziale impatto sulla popolazione anziana. Dalla comparazione dei dati riportati in tabella con i valori di riferimento (Tab.59) il quadro che emerge è che nessuna regione si attesta sopra il valore normale del 75%, solo tre Regioni hanno uno scostamento minimo rispetto al valore normale (Umbria, Molise e Calabria), 13 regioni hanno uno scostamento rilevante ma in miglioramento (Lombardia, Liguria, Friuli VG, P.A. Trento, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Abruzzo, Campania, Basilicata, Puglia, Sicilia e Sardegna), 5 regioni presentano uno scostamento inaccettabile (Valle d'Aosta, Piemonte, P.A. Bolzano, Veneto e Marche) tutte con indice decisamente inferiore al 75.

34 - <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioMonitoraggioLea.jsp?id=5148&area=Lea&menu=monitoraggio-Lea&idP=4747>



Tab.58 - Copertura vaccinale antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni) Valori % anni 2015, 2016, 2017			
Regioni	2017	2016	2015
V. D'Aosta	44,1	44,4	42,2
Piemonte	47,9	48,2	46,9
Lombardia	47,7	47,5	47,7
Liguria	50,1	47,3	45,7
Friuli VG	55,7	54,1	51,1
P.A. Bolzano	35,3	37,3	37,8
P.A. Trento	53,5	53,2	50,2
Veneto	55,1	55,8	54,0
Emilia Romagna	53,3	52,7	51,9
Toscana	44,1	44,4	2,2
Marche	50,0	51,0	50,1
Umbria	63,4	63,1	628
Lazio	51,8	51,5	51,0
Abruzzo	49,1	48,6	45,7
Molise	61,0	52,4	43,8
Campania	57,4	56,7	52,8
Basilicata	53,2	49,8	47,9
Puglia	59,4	57,4	50,8
Calabria	61,2	57,9	51,7
Sicilia	54,3	52,9	49,5
Sardegna	44,0	41,6	40,0

Fonte: elaborazione AUSER su dati verifica Comitato LEA

Tab.59 - Valori di riferimento			
Normale	Minimo accettabile	Accettabile minimo in aumento	Non accettabile minimo in diminuzione
>= 75%	60% - 74,9%	< 60%	< 60%

Fonte: elaborazione AUSER su dati verifica Comitato LEA - Numeratore: numero di soggetti di età >= 65 anni vaccinati per influenza Denominatore: numero di soggetti di età >=65 anni residenti

L'indicatore territoriale che ha un maggior peso nell'ambito della Griglia Lea è quello relativo all' Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (Tab.60). La misurazione considera l'assistenza erogata agli anziani, il target prevalente di questo servizio (sebbene non l'unico). Nel 2017 in media sono stati assistiti in ADI il 2,6% degli anziani, con un campo di variazione dallo 0,1% della Valle d'Aosta al 5,4% del Molise. 16 regioni si attestano sopra la soglia normale, la Campania registra uno scostamento minimo, Valle d'Aosta e Calabria uno sco-

stamento minimo in diminuzione inaccettabile, P.A. di Bolzano e Sardegna presentano problemi di attendibilità dei dati (Tab.61). Dal punto di vista geografico, non si riscontrano particolari pattern Nord-Centro-Sud, dal momento che in tutte le ripartizioni si osserva una compresenza di regioni forti e regioni deboli. L'area più avanzata si conferma quella del Nord-Est (dal Friuli all'Emilia tutte le regioni si posizionano nel terzo/quarto quartile). In ogni caso, la valutazione Ministeriale fissa una soglia di normalità molto bassa (1,9%), che fa sì che tutte le regioni siano promosse, tranne Val D'Aosta e Calabria.

Tab.60 - Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI – Valori % anni 2015, 2016, 2017			
Regioni	2017	2016	2015
V. D'Aosta	0,1	0,3	0,3
Piemonte	2,4	2,6	2,6
Lombardia	2,1	2,4	2,1
Liguria	3,2	3,1	3,2
Friuli VG	2,8	2,5	2,6
P.A. Bolzano	//	//	//
P.A. Trento	3,3	3,2	3,2
Veneto	4,2	3,2	2,1
Emilia Romagna	3,5	3,3	3,4
Toscana	0,1	0,3	0,3
Marche	2,6	1,9	1,7
Umbria	2,7	2,0	1,8
Lazio	1,7	1,3	1,3
Abruzzo	3,1	3,5	3,7
Molise	5,4	3,9	3,8
Campania	2,0	1,7	1,3
Basilicata	3,2	1,8	2,1
Puglia	1,9	1,6	1,4
Calabria	1,4	1,6	1,6
Sicilia	3,7	3,4	3,0
Sardegna	0	0,2	0

Fonte: elaborazione AUSER su dati verifica Comitato LEA



Tab.61 - Valori di riferimento			
Normale	Minimo accettabile	Accettabile minimo in aumento	Non accettabile minimo in diminuzione
$\geq 1,88$	$\geq 1,56$ e $< 1,88$	$< 1,56$	$< 1,56$

Fonte: elaborazione AUSER su dati verifica Comitato LEA - Si considerano gli assistiti con prese in carico già aperte al 1 gennaio 2017 o aperte nel corso dello stesso anno, per le quali sia stato inviato almeno un accesso. Sono, inoltre, escluse dal calcolo le prese in carico con CIA 0. Per la definizione delle soglie è stato calcolato il valore mediano ed il 30° percentile della distribuzione dell'ultimo anno disponibile escludendo le regioni con copertura temporale e territoriale $< 100\%$ nonché le regioni non sottoposte a verifica LEA

Per quanto riguarda i servizi per gli anziani, è utile distinguere tra l'assistenza residenziale (Tab.62 - 63) e assistenza nei centri diurni (Tab.64 - 65): la misurazione avviene in termini di posti equivalenti.

In ambito residenziale, a parte la specificità di Trento, presumibilmente legata al regime speciale della Provincia, dieci Regioni hanno un indicatore superiore al normale (Piemonte, Lombardia, Liguria, Veneto, Friuli VG, PA Trento, Emilia Romagna, Marche, Umbria, Calabria), tre Regioni hanno uno scostamento minimo (Toscana, Abruzzo e Puglia), quattro Regioni hanno uno scostamento rilevante, ma in miglioramento (Lazio, Campania, Basilicata e Sicilia), due Regioni hanno uno scostamento non accettabile (Valle d'Aosta e Molise). Il Piemonte si rivela la realtà con maggior diffusione di questo servizio (27,9) e, all'opposto, il minimo si registra in Molise (0,8). In generale si osserva un deciso divario tra le ripartizioni geografiche, con l'indicatore che decresce man mano che ci si sposta verso Sud. Fanno eccezioni a questa regola la Calabria e la Valle D'Aosta, in controtendenza rispetto alle altre regioni della medesima ripartizione.

Tab.62 - Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti – Valori anni 2015, 2016, 2017

Regioni	2017	2016	2015
V. D'Aosta	1,3	1,3	1,5
Piemonte	27,9	24,3	22,5
Lombardia	27,8	26,4	27,1
Liguria	14,1	13,8	13,6
Friuli VG	22,0	21,5	21,3
P.A. Bolzano	//	//	//
P.A. Trento	72,6	69,8	68,0
Veneto	21,5	21,7	21,5
Emilia Romagna	14,9	15,1	15,2
Toscana	9,4	9,2	12,0
Marche	13,6	12,8	13,4
Umbria	17,8	9,5	9,3
Lazio	4,5	3,9	3,5
Abruzzo	7,1	7,9	7,3
Molise	0,8	0,5	0,5
Campania	1,0	0,8	0,6
Basilicata	1,9	1,7	2,5
Puglia	5,4	5,1	4,7
Calabria	12,3	11,8	11,3
Sicilia	3,9	3,3	2,6
Sardegna	//	//	//

Fonte: elaborazione AUSER su dati verifica Comitato LEA

Tab.63 - Valori di riferimento

Normale	Minimo accettabile	Accettabile minimo in aumento	Non accettabile minimo in diminuzione
$\geq 9,80$	$\geq 4,81$ e $< 9,80$	$< 4,81$	$< 4,81$

Fonte: Elaborazione AUSER su dati verifica Comitato LEA – (Sommatoria delle giornate di assistenza dell'anno di riferimento/365) /popolazione anziana residente *1000

Lo squilibrio tra le aree geografiche è ancora più accentuato se si considerano i centri diurni per gli anziani, un servizio sostanzialmente inesistente (o comunque presente in maniera irrisoria) nei sistemi sanitari del Lazio e delle regioni meridionali. Undici sono le Regioni che hanno un indice superiore al normale (Piemonte, Lombardia, Liguria, Friuli VG, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Umbria). Tre Regioni con scostamento rilevante ma in aumento (Lazio, Puglia e Calabria), sei regioni con scostamento



non accettabile (Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Sicilia, Sardegna).
La Valle d'Aosta ha dati non attendibili.

Tab.64 - Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti - Valori anni 2015, 2016, 2017			
Regioni	2017	2016	2015
V. D'Aosta	//	0,34	0,35
Piemonte	27,04	26,06	25,85
Lombardia	26,78	26,64	28,08
Liguria	14,61	14,49	14,51
Friuli VG	24,97	24,32	24,83
P.A. Bolzano	43,02	38,03	38,01
P.A. Trento	40,02	40,20	40,76
Veneto	28,13	28,0	27,71
Emilia Romagna	15,57	15,75	15,93
Toscana	13,38	12,46	12,62
Marche	14,15	12,02	11,41
Umbria	10,46	10,32	10,18
Lazio	5,98	5,44	5,75
Abruzzo	5,6	5,7	5,66
Molise	0,81	0,57	0,55
Campania	1,38	1,37	1,25
Basilicata	1,98	1,38	1,31
Puglia	5,16	5,03	5,71
Calabria	5,91	5,62	6,22
Sicilia	1,41	1,47	1,49
Sardegna	2,21	2,17	2,04

Fonte: Elaborazione AUSER su dati verifica Comitato LEA

Tab.65 - Valori di riferimento			
Normale	Minimo accettabile	Accettabile minimo in aumento	Non accettabile minimo in diminuzione
≥ 10	6 - 9,9	< 6	< 6

Fonte: Elaborazione AUSER su dati verifica Comitato LEA – (Posti nelle strutture residenziali per anziani/ Popolazione anziana residente) * 1.000

Tra gli indicatori con riferimento agli anziani, anche se non specifici, si riportano i dati LEA sul numero di assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale in considerazione del numero crescente di casi di demenza senile (Tab.66 - 67). Ad eccezione della Sardegna, tutte le regioni presentano un indice su-

periore al valore normale con un livello massimo in Puglia con il 23,01 e un livello minimo in Sardegna con il 7,99.

Tab.66 - Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 res. – Valori anni 2015, 2016, 2017			
Regioni	2017	2016	2015
V. D'Aosta	13,19	//	//
Piemonte	20,08	16,78	16,44
Lombardia	17,39	17,17	17,64
Liguria	20,97	19,97	17,66
Friuli VG	16,59	15,36	11,70
P.A. Bolzano	//	//	//
P.A. Trento	11,31	16,83	16,55
Veneto	18,42	17,75	14,35
Emilia Romagna	21,32	20,65	20,59
Toscana	13,19	//	//
Marche	13,34	16,04	15,94
Umbria	18,33	16,67	16,55
Lazio	11,54	13,95	13,86
Abruzzo	15,30	14,29	14,30
Molise	18,32	17,81	16,54
Campania	12,44	14,03	13,92
Basilicata	15,02	10,39	10,80
Puglia	23,01	17,22	16,76
Calabria	19,76	17,90	16,16
Sicilia	18,89	18,92	18,66
Sardegna	7,99	1,76	//

Fonte: Elaborazione AUSER su dati verifica Comitato LEA

Tab. 67 - Valori di riferimento			
Normale	Minimo accettabile	Accettabile minimo in aumento	Non accettabile minimo in diminuzione
>=10,82	>=8,47 e <10,82	< 8,47	< 8,47

Fonte: Elaborazione AUSER su dati verifica Comitato LEA - Rapporto, per 1000 abitanti residenti, tra il numero assistiti residenti presso i Dipartimenti di salute mentale (DSM) nel periodo di riferimento e la popolazione residente nel periodo di riferimento.

Come ultimo indicatore della Griglia LEA, che fa esplicito riferimento alle persone con più di 65 anni, riportiamo i dati (Tab.68 - 69) relativi alla percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2



giornate in regime ordinario. Dieci sono le Regioni che hanno un indicatore superiore al normale (Valle d'Aosta, Piemonte, Friuli VG, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Abruzzo e Sicilia), hanno un indice minimo accettabile nove Regioni (Lombardia, Liguria, Marche, Umbria, Lazio, Campania, Basilicata, Puglia e Sardegna), due Regioni, la Calabria e il Molise, presentano un indice non accettabile.

Tab.68 - % pazienti ≥ 65 con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario – Valori anni 2015, 2016, 2017			
Regioni	2017	2016	2015
V. D'Aosta	79,49	86,76	87,62
Piemonte	66,8	65,32	63,25
Lombardia	58,30	64,75	58,30
Liguria	54,06	57,19	59,77
Friuli VG	71,11	73,83	73,05
P.A. Bolzano	71,37	77,76	80,26
P.A. Trento	72,43	75,73	75,32
Veneto	71,31	69,07	64,24
Emilia Romagna	75,04	73,91	75,04
Toscana	79,49	86,76	87,62
Marche	57,55	58,22	59,84
Umbria	53,02	52,92	53,07
Lazio	46,89	59,81	60,56
Abruzzo	60,53	42,19	32,32
Molise	23,47	35,19	23,64
Campania	42,29	25,03	23,64
Basilicata	46,79	51,24	56,90
Puglia	58,31	52,50	45,80
Calabria	31,84	29,26	26,56
Sicilia	69,46	68,96	60,12
Sardegna	56,84	51,12	46,72

Fonte: Elaborazione AUSER su dati verifica Comitato LEA

Tab.69 - Valori di riferimento			
Normale	Minimo accettabile	Accettabile minimo in aumento	Non accettabile minimo in diminuzione
≥ 60,00	≥38,00 e <59,99	< 38,00	< 38,00

Fonte: Elaborazione AUSER su dati verifica Comitato LEA - (Dimissioni con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore con degenza preoperatoria compresa fra 0 e 2 giorni (inclusi gli estremi))/ (numero dimissioni con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore)

4.3.4. Valutazione di sintesi della Griglia LEA relativa agli indicatori che fanno esplicito riferimento alle persone con più di 65 anni

Nella tabella seguente (Tab.70) è riportato il numero delle Regioni che ricadono nei livelli di performance per i sei indicatori riferiti agli anziani. Il quadro che emerge è che solo nel caso dell'Assistenza Domiciliare Integrata e della assistenza presso i dipartimenti di salute mentale sono il 50% le Regioni che si attestano sopra la soglia di normalità, per i rimanenti indicatori la media è del 50% con il caso limite delle vaccinazioni influenzali in cui nessuna regione supera la soglia di normalità.

Riguardo a questi risultati due le considerazioni che si impongono:

- la prima è relativa alla valutazione complessiva che, come si vede, è decisamente più negativa del già critico risultato che si ricava dalla Tab.57 che riporta il quadro del rispetto dei LEA da parte delle regioni per l'insieme della popolazione residente;
- la seconda è relativa alla taratura degli indicatori. Da questo punto di vista il caso emblematico è se si possa considerare adeguato garantire il servizi ADI all'1,9% della popolazione anziana quando, come riportato nella scheda di valutazione, la percentuale media nazionale degli assistiti in ADI è del 2,6%, da tutti considerata insoddisfacente.

Tab.70 – Sintesi della performance delle Regioni con riferimento agli indicatori della Griglia LEA relativa alle persone con più di 65 anni – Anno 2017

Indicatori	Numero regioni			
	Normale	Minimo accettabile In aumento	Minimo accettabile in diminuzione	Non Accettabile
Copertura vaccinale antinfluenzale dell'anziano (>=65 anni) – Valori % anni 2015, 2016, 2017	0	3	13	5
Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI – Valori % anni 2015, 2016, 2017	16	1	2	(2 con dati non valutabili)
Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti – Valori anni 2015, 2016, 2017	10	3	4	2 (2 con dati non attendibili)
Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti – Valori anni 2015, 2016, 2017	11	3	0	6 (1 con dati non attendibili)
Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 res. – Valori anni 2015, 2016, 2017	19	1	0	(1 con dati non attendibili)
% pazienti ≥ 65 con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario – Valori anni 2015, 2016, 2017	10	6	3	2

Elaborazione AUSER su dati verifica Comitato LEA



In conclusione se leggiamo l'assistenza sociosanitaria attraverso la Griglia Lea, la qualità e l'efficacia dell'assistenza è migliorata in questi anni. Tuttavia, altre fonti e report nazionali e internazionali lasciano intravedere un peggioramento. Ad esempio secondo l'analisi di Gimbe³⁵, *“lo strumento della Griglia Lea si è progressivamente appiattito fino a divenire uno strumento inadeguato”*. Già al suo inizio la capacità di fotografare gli inadempimenti delle Regioni era parziale: pochi indicatori e verifiche basate su autocertificazioni. Negli anni la Griglia si è appiattita anche perché gli indicatori non hanno subito grandi variazioni: indicatori e soglia di adempimento sempre uguale, con sufficienza a 160 punti, equivalente a circa il 70%. In altre parole un sistema che promuove Regioni con un 30% di inadempienza nel garantire i Lea e, inoltre, con un meccanismo che consente aumentare la performance su un solo indicatore di qualche punto percentuale per guadagnare punti per la valutazione complessiva.

4.3.5. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Con il 2020 la griglia Lea andrà in soffitta, sostituita dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)³⁶ che ha visto la luce nel dicembre 2018 con l'Intesa Stato-Regioni divenuta legge dello Stato con il Dm 12 marzo 2019. Formalmente la finalità del NSG è di mettere in relazione i LEA erogati con una valutazione multidimensionale della qualità dell'assistenza: sicurezza, efficacia, appropriatezza clinica e organizzativa, equità, partecipazione di cittadini e pazienti, efficienza. Saranno utilizzati ben 88 indicatori relativi sia ai macro-livelli di assistenza [prevenzione collettiva e sanità pubblica (n. 16), assistenza distrettuale (n. 33), assistenza ospedaliera (n. 24)], sia al monitoraggio di Pdta (n. 10), al contesto per la stima del bisogno sanitario (n. 4) e all'equità sociale (n. 1).

Nonostante l'ampio numero di indicatori previsto dal nuovo strumento, a prendere il posto della griglia LEA non sarà il set descrittivo esteso degli indicatori, ma solo un loro sottoinsieme valutativo il “Core” costituito da 22 indicatori ripartiti in tre aree di assistenza (Box2). In pratica, l'esame non dovrà essere sostenuto su tutte le materie, ma solo su una loro selezione condivisa preventivamente tra commissione giudicatrice (Governo) e candidati (Regioni). In tal senso, la “positiva valutazione delle attività” delle Regioni in sede di intesa fa intuire che il sottoinsieme valutativo dovrà essere adeguatamente “tarato”, anche perché i risultati della prima sperimentazione del NSG sui dati del 2016 hanno promosso solo 9 Regioni su 21.

35 - La Fondazione GIMBE è un'organizzazione indipendente che dal 1996 promuove l'integrazione delle migliori evidenze scientifiche in tutte le decisioni politiche, manageriali, professionali che riguardano la salute delle persone.

36 - <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>

Box.2 - I 22 indicatori “CORE” per area di assistenza del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) – Per l’elenco completo degli indicatori si veda il sito del Ministero riportato in nota.

PREVENZIONE

P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)

P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)

P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino

P12Z - Copertura principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale

P14C - Indicatore composito sugli stili di vita

P15C - Proporzione persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella; per cervice uterina; per colon retto.

DISTRETTUALE

D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco

D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite

D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso

D10Z - Percentuale prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni classe B

D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici

D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)

D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche

D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore

D33Z - Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti.



OSPEDALIERA

H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti

H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui

H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario

H05Z - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni

H13C - Percentuale pazienti (65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario

H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno

H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.

Con il nuovo sistema, il punteggio complessivo per area è determinato dalla media pesata dei punteggi degli indicatori Core, comprensivi di penalità e premialità, ed è anch'esso riassunto in un valore tra zero e 100. Per considerare una Regione "adempiente", il punteggio totalizzato in ciascuna area di assistenza dovrà raggiungere almeno 60 punti. Una performance inferiore, anche in una sola area, si traduce in una valutazione dall'esito negativo. A differenza della Griglia Lea (che ha una soglia di sufficienza fissata a 160), il NSG non sintetizza la valutazione in unico punteggio finale, ma misura in modo indipendente le diverse aree dell'assistenza sanitaria (ospedaliera, prevenzione e distrettuale) coperte dai Lea con la conseguenza che:

- saranno promosse le Regioni che raggiungono la sufficienza nei 3 macro-livelli di assistenza, con una soglia del 60%. Eventuali carenze rilevanti saranno comunque segnalate alle Regioni che dovranno impegnarsi a recuperare;
- saranno rimandate le Regioni con "gravi criticità in almeno due macro-livelli di assistenza". In realtà, tale regola sembra contenere una svista su cui si attendono ragguagli istituzionali, perché gli esami di riparazione dovrebbero essere sostenuti dalle Regioni con 1 o 2 criticità, e non 2 o 3 come lascia intendere l'avverbio "almeno". La procedura impone alla Regione di presentare entro 30 giorni il piano di intervento di potenziamento dei Lea. In caso di mancata presentazione del piano o di sua inadeguatezza, sarà il Ministero della Salute a predisporlo. L'intera procedura deve essere completata entro il 30 settembre;
- saranno bocciate le Regioni con una valutazione insufficiente in tutti e 3 i macro-livelli e tenute all'elaborazione di un "programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento del Servizio sanitario regionale", che farà riferimento alle norme vigenti sui Piani di rientro. Il

commissariamento, patata bollente rinviata a successive rivalutazioni, rappresenta un'extrema ratio, dettata da circostanze eccezionali che giustifichino l'attuazione del potere sostitutivo dello Stato per garantire diritti fondamentali delle persone e tutela dei conti pubblici.

Nonostante le nuove norme siano già scritte e condivise dalle parti in causa, dalla scheda 2 del Patto per la Salute, ripetutamente modificata in corso di stesura, emergono imprecisioni, nodi irrisolti, regole ancora da rodare e tempi di attuazione non sempre prevedibili. Ma la principale preoccupazione è che non tutti i candidati siano in condizione di presentarsi all'esame: infatti, per il calcolo degli indicatori le Regioni devono trasmettere secondo i flussi correnti i dati che, secondo il Dm 13 marzo 2019, riguardano tutti gli 88 indicatori e non solo il "sottoinsieme valutativo". In tal senso, rimane sibillina la frase del Patto che prevede di «assegnare un valore in riduzione agli indicatori del NSG, qualora i dati di riferimento della Banca dati NSIS non raggiungano i livelli di qualità e completezza richiesti». Escamotage per sanare la mancata trasmissione di dati, oppure cartellino giallo per le Regioni?

4.3.6. I risultati della sperimentazione del NSG

Nell'ambito del Comitato LEA, è stato istituito un tavolo tecnico con l'obiettivo di sperimentare la metodologia del nuovo sistema per gli anni 2016, 2017 e 2018. Il NSG, così come la Griglia Lea a partire dal 2017, include anche le Regioni a statuto speciale, in precedenza non sottoposte a verifica degli adempimenti Lea (eccetto la Sicilia che già era inclusa).

I risultati delle sperimentazioni (Tab.71) indicano che:

- nel 2016 sono state promosse 9 Regioni (Piemonte, Lombardia, P.A. Trento, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche) e bocciate 12 Regioni (Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Abruzzo, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Molise, Campania e Sardegna).

Secondo la Griglia LEA 2016, invece, la maglia nera spettava soltanto a Calabria e Campania.

- Nel 2017 sono state promosse 11 Regioni (Piemonte, Lombardia, Liguria, P.A. Trento, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Abruzzo, Puglia), e bocciate 10 Regioni (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, P.A. Bolzano, Lazio, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna).

Secondo la Griglia LEA, invece, la maglia nera spettava a V. d'Aosta, P.A. Bolzano, Campania, Calabria e Sardegna.

- Nel 2018 sono state promosse 13 Regioni (Piemonte, Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Puglia) e bocciate 8 (Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna).

Secondo la Griglia LEA la maglia nera spettava a V. d'Aosta, P.A. Bolzano, Sardegna.



Tab.71 - Esiti Sperimentazione Indicatori Core - Punteggi complessivi 2016 – 2017 - 2018									
Regione	Area Prevenzione			Area Distrettuale			Area Ospedaliera		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
V. D'Aosta	59,16	64,12	72,30	39,07	34,52	36,70	60,21	74,38	71,54
Piemonte	76,30	92,90	93,04	86,19	84,05	88,31	78,82	84,14	85,59
Lombardia	80,92	86,84	89,94	69,12	77,05	83,44	69,12	77,13	79,93
Liguria	65,34	73,94	83,50	86,39	84,16	86,84	74,50	79,99	75,84
Friuli VG	52,00	53,18	73,20	71,43	74,02	76,42	78,96	80,72	82,94
P.A. Bolzano	49,57	53,37	51,86	36,24	44,82	40,60	70,37	73,97	71,38
P.A. Trento	69,41	83,56	93,02	88,49	82,45	72,90	92,40	94,75	94,18
Veneto	63,63	80,75	91,72	84,41	95,10	94,65	82,71	83,67	85,93
Emilia Romagna	70,27	93,03	93,26	83,14	86,82	94,32	84,83	88,51	90,70
Toscana	70,73	87,07	88,48	80,50	82,67	89,79	89,13	94,27	90,91
Marche	61,74	69,00	82,03	71,39	78,51	76,70	64,81	69,84	77,04
Umbria	73,90	92,89	93,92	65,56	67,91	67,48	77,86	80,59	87,33
Lazio	65,24	86,18	84,99	56,32	57,99	62,40	66,16	70,78	73,25
Abruzzo	65,29	66,36	86,24	57,12	63,76	74,05	59,75	67,92	68,54
Molise	68,08	74,18	79,55	46,00	31,25	44,49	33,38	40,66	44,74
Campania	50,21	72,51	74,67	29,05	55,16	64,30	25,41	44,83	58,07
Basilicata	68,71	78,69	84,16	41,41	49,86	45,09	68,40	72,56	75,83
Puglia	55,68	66,21	79,39	58,75	64,60	70,57	59,27	65,90	72,14
Calabria	51,39	65,49	64,03	48,71	47,35	58,4	53,35	50,63	47,22
Sicilia	48,48	50,20	50,76	73,08	74,87	75,64	72,39	73,05	n.c.
Sardegna	65,51	76,36	75,78	35,48	35,16	34,50	55,75	63,74	64,60

Fonte: elaborazione AUSER su dati Ministero della salute – Sperimentazione Nuovo sistema di garanzia (NSG)

4.3.7. La valutazione NSG relativa ai servizi per anziani

Innanzitutto va detto che tra gli 88 indicatori del “NSG” 8 fanno riferimento esplicito alle persone con +65 anni. Quattro di questi rientrano tra gli indicatori del “Core”: nella precedente griglia LEA gli indicatori erano 6. Nel caso degli anziani non autosufficienti per il trattamento socio-sanitario residenziale, la soglia di età si sposta da +65 a +75 anni.

Riguardo invece alla performance delle Regioni (Tab.72) per l'indicatore P14C sugli stili di vita 7 regioni non superano la sufficienza; per il D22Z relativo all'ADI a non raggiungere la sufficienza sono 4 Regioni; per il D33Z relativo al numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 a non raggiungere la sufficienza sono 9 Regioni; infine per il H13C che indica la percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario a non raggiungere la sufficienza sono 5 Regioni.

Tab.72 - Valutazione del NSG relativa ai servizi per anziani contenuti nel “Core” - 2018				
Regione	Prevenzione	Distrettuale		Ospedaliera
	P14C - Stili Vita	D22Z - ADI	D33Z - RSA	H13C – Femore
V. D'Aosta	n.c.	0,0	2,8	90,5
Piemonte	69,4	87,1	100	82,8
Lombardia	n.c.	75,1	100	84,6
Liguria	74,8	79,2	100	55,8
Friuli VG	66,3	77,7	97	81,4
P.A. Bolzano	78,0	n.c.	n.c.	80,9
P.A. Trento	74,9	69,6	100	89,5
Veneto	71,1	92,4	100	86,5
Emilia Romagna	61,9	96,4	100	83,4
Toscana	72,2	97,8	85,0	94,0
Marche	61,0	78,2	100	72,9
Umbria	67,9	59,8	100	73,0
Lazio	60,4	44,4	36,6	71,9
Abruzzo	55,9	91,0	43,0	66,3
Molise	50,2	100,0	7,6	20,4
Campania	50,7	78,6	8,0	56,4
Basilicata	51,1	61,0	35,2	71,1
Puglia	39,8	92,7	15,4	69,7
Calabria	52,6	17,7	43,4	22,8
Sicilia	53,7	89,9	41,8	n.c.
Sardegna	70,7	n.c.	n.c.	55,7

Fonte: Ministero della Salute, - Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Comitato LEA),

P14C - Indicatore composito sugli stili di vita (fonte PASSI)

D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)

D33Z - Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti

H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario

Per quanto riguarda invece la performance relativa ai servizi per anziani contenuti nel “Non Core” (Tab.73), la situazione è molto più critica in quanto la stragrande maggioranza degli indicatori è decisamente inferiore alla sufficienza.



Tab.73 - Valutazione del NSG relativa ai servizi per anziani contenuti nel “Non Core” - 2018

Regione	Prevenzione	Distrettuale		
	P06C	D13C	D20Z	D23Z
V. D'Aosta	45,18	44,43	-	0,47
Piemonte	49,02	57,55	8,46	8,02
Lombardia	48,18	55,63	4,92	6,48
Liguria	50,09	41,22	1,20	10,55
Friuli VG	57,75	47,81	7,30	10,09
P.A. Bolzano	38,35	32,81	-	-
P.A. Trento	54,79	42,50	8,88	6,74
Veneto	55,61	56,72	13,04	11,59
Emilia Romagna	54,72	49,70	16,62	9,99
Toscana	55,98	35,86	16,91	8,89
Marche	51,63	34,41	2,20	7,58
Umbria	64,81	45,65	-	5,11
Lazio	52,30	51,72	1,01	4,33
Abruzzo	52,40	44,26	2,55	8,45
Molise	61,68	44,47	5,82	17,88
Campania	60,29	62,88	0,46	5,64
Basilicata	66,57	46,71	-	6,91
Puglia	51,36	30,77	1,48	7,94
Calabria	59,82	37,96	2,11	3,50
Sicilia	53,02	15,39	0,91	9,02
Sardegna	46,46	35,33	-	-

Fonte: Ministero della Salute - Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Comitato LEA),

P06C - Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano

D13C - Consumo di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni per 1000 abitanti

D20Z - Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente

I D23Z - Tasso di PIC (Prese in Carico) in cure domiciliari integrate I livello (CIA 1), II livello (CIA 2), III livello (CIA 3)

In conclusione il quadro che emerge con il nuovo sistema di garanzia relativamente alla assistenza agli anziani, se esteso a tutti gli indicatori, è molto più critico di quello indicato dalla Griglia LEA e, probabilmente, molto più aderente alla realtà.

4.3.8. I Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEP)

Com'è noto mentre in campo sanitario i Livelli essenziali di assistenza (LEA) definiscono nel dettaglio le attività, i servizi e le prestazioni che il Ser-

vizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP) non sono ancora stati determinati da una normativa statale.

Questo perché la riforma del Titolo V della Costituzione (L.3/2001) ha assegnato alle Regioni la competenza legislativa residuale per le materie dei servizi sociali, nel rispetto della competenza esclusiva e trasversale dello Stato (Art. 117, c.2 lett.m della Costituzione) nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) che, concernendo il soddisfacimento di diritti civili e sociali, devono essere garantiti, con carattere di generalità, a tutti gli aventi diritto (Sentenza Corte Cost. 50/2008)³⁷.

I Livelli essenziali delle prestazioni sociali (in vario modo denominati: Livelli essenziali delle prestazioni (LEP), Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) o Livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS), sono l'insieme degli interventi, sotto forma di beni e servizi, erogabili nei limiti delle risorse dei Fondi dedicati, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dalle regioni e dagli enti locali alla spesa sociale. L'art. 22 della legge 328/2000 individua gli interventi che *"costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale"*.

Gli interventi sono:

- a) *misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;*
- b) *misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;*
- c) *interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;*
- d) *misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16 della legge 328/2000, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;*
- e) *misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio decreto legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;*
- f) *interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell'articolo 14 della legge 328/2000; realizzazione, per i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socioriabilitativi e delle comunità-alloggio di cui*

37 - Ciò comporta che la definizione dei LEP deve comunque essere condivisa con le regioni e che non sono consentiti finanziamenti a destinazione vincolata, in quanto ciò si risolverebbe in uno strumento indiretto, ma pervasivo, di ingerenza dello Stato nell'esercizio delle funzioni delle Regioni e degli enti locali, nonché di sovrapposizione di politiche e di indirizzi governati centralmente a quelli legittimamente decisi dalle Regioni negli ambiti materiali di propria competenza (sentenza Corte Cost. 423/2004).



all'articolo 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;

- g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;*
- h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;*
- i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.*

Le leggi regionali dovranno comunque provvedere, secondo i modelli organizzativi adottati, l'erogazione delle seguenti prestazioni per ogni Zona sociale:

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza;
- b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- c) assistenza domiciliare;
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

L'esigenza di adeguare tali disposizioni alla riforma costituzionale del 2001 (nel nuovo art. 117, comma 2, lett. m, si afferma che lo Stato ha potestà legislativa esclusiva in materia di “*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*”) è stata alla base dell'approvazione dell'art. 46, comma 3, della legge 289/2002 (“*nei limiti delle risorse ripartibili del Fondo nazionale per le politiche sociali, [...] sono determinati i livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale*”) che, al fine di predisporre uno strumento per l'adozione dei livelli essenziali delle prestazioni nella materia dei servizi sociali, ha disciplinato ex novo la procedura per la loro approvazione, indicando i vincoli posti dalla finanza pubblica, il potere di proposta rimesso al Ministro del lavoro e delle politiche sociali, il concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, e l'intesa con la Conferenza unificata.

È stata così riformata la precedente regolamentazione prevista dalla L. 328/2000, dal momento che la natura della nuova competenza regionale, di tipo residuale e non più concorrente, risultava incompatibile con la previsione di un piano statale nazionale e con l'indicazione da parte dello Stato di principi ed obiettivi di politica sociale, nonché delle caratteristiche e dei requisiti delle prestazioni sociali comprese nei livelli essenziali (sentenza Corte Costituzionale 296/2012).

Successivamente è intervenuta la legge delega n. 42/09 che affida ad apposita legge tale determinazione, non inserendola come passo obbligato nel processo di attuazione del federalismo fiscale: tale legge, ad oggi, non è ancora neppure stata abbozzata. In un'ottica universalistica tali norme si propongono di garantire un livello di uguale godimento dei diritti sociali (e civili) in tutto il territorio nazionale: lo Stato individua, con norme proprie e in modo uniforme, i livelli essenziali delle prestazioni relative ai diritti civili e sociali e lascia alle Regioni la facoltà di definire le modalità di organizzazione dei servizi e la possibilità di prevedere livelli ulteriori di assistenza, così da garantire la differenziazione e l'adeguatezza degli interventi nei diversi territori.

I livelli essenziali definiscono il contenuto dell'esigibilità dei diritti civili e sociali, e l'esigibilità dei diritti non può riferirsi solamente a prestazioni, ma comprende necessariamente anche le complesse attività legate all'accesso e alla fruizione dei servizi. Il termine essenziale fa riferimento a ciò che è necessario, indispensabile a soddisfare un determinato bisogno fondamentale, quindi, strettamente legato alla condizione della persona verso cui si dirige la prestazione. Lo stesso Ministero ha precisato che non si può interpretare come sinonimo di minimo, erogato compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili: i livelli essenziali mettono in evidenza profili di diritti che devono essere considerati incompressibili.

La determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni è, dunque, per le ragioni esposte, prerogativa dello Stato, e va definita con norma di legge. La loro concreta attuazione è compito delle Regioni, Province autonome e dei Comuni, nell'esercizio delle rispettive funzioni normative, programmatiche, amministrative, gestionali. Nessuna norma, comunque, impedisce a Regioni, Province autonome e Comuni di disciplinare e realizzare i loro livelli essenziali in assenza di precise disposizioni dello Stato.

In questa situazione molte Regioni presentano nel loro impianto normativo una attenzione verso la definizione dei LEPS, in quanto strumento necessario per la creazione di un sistema razionale di offerta di servizi e prestazioni. Il riferimento ai LEP è infatti presente in tutte le leggi di riordino regionali, che non si discostano significativamente dalla legge nazionale nell'elencare misure e attività che devono essere garantite.

L'indicazione della tipologia di servizi, che devono assicurare i livelli essenziali di assistenza, è invece presente solo in alcune leggi regionali (Calabria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Puglia) e diverse di esse rinviano al piano sociale regionale.

La mancata definizione dei LEPS rende di fatto inesigibile il diritto del cittadino comprimendone la relativa posizione giuridica, il tutto peraltro in difformità da quanto stabilito all'articolo 38, comma 1 della Costituzione il quale prevede che: *ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.*

4.4. L'integrazione sociosanitaria come soluzione

Dalla valutazione dei dati della verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, sia della Griglia LEA e sia del NSG, e dall'assenza della definizione dei LEPS, se ne ricava un giudizio non tanto di disallineamento tra domanda e offerta, ma di una più seria negazione di diritti fondamentali alle persone anziane, cioè a quella sempre più consistente domanda che si caratterizza per la sua complessa fragilità.

Per evitare che si potesse verificare questa situazione i legislatori indicarono la soluzione nell'integrazione sociosanitaria che, prevista da decenni in tutte le pianificazioni di tipo sanitario e sociale³⁸, di fatto è in larga parte non praticata e resta difficile comprendere il perché dello scarso apprezzamento delle sue potenzialità.

Il sistema sanitario e il sistema sociale, pur avendo intrapreso percorsi diversi e sperimentato fasi storiche non sovrapponibili, nascono e si sviluppano all'interno della stessa prospettiva, vale a dire l'assunzione, da parte dell'intera collettività, della tutela del singolo individuo sancita nella Carta costituzionale e fondamento del sistema di welfare nazionale.

In effetti, l'organizzazione dell'assistenza sanitaria è divenuta "sistema" nazionale fin dal 1978 (L. 833/78), all'interno di una visione solidaristica della società, ispirata all'articolo 32 della Costituzione e strettamente connessa con altri interventi di tutela socioassistenziale, che nella L. 328/2.000 sono confluiti in un vero e proprio sistema sociale. L'articolo 22 della 328/2.000 vede l'integrazione sociosanitaria quale elemento preliminare rispetto ai livelli essenziali delle prestazioni sociali; la novità riguarda l'intero corpo dell'articolo, in particolare il comma 4, dove sono fissate le prestazioni da rendere disponibili per ciascun ambito territoriale. Tutto è subordinato a indirizzi regionali e, soprattutto, alla sostenibilità della spesa. L'aspetto innovativo è che tali prestazioni diventano diritti soggettivi da esercitare o rivendicare, se l'ente pubblico non fosse in grado di offrire risposte.

Con il Decreto Legislativo n. 229 del 1999 si inizia a dare forza al tema dell'integrazione sociosanitaria e si dà avvio ad una prima definizione delle prestazioni e dei principali attori coinvolti nell'organizzazione e nella gestione di tale forma assistenziale.

Nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, si afferma che l'integrazione delle responsabilità e delle risorse costituisce una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi. A tal fine, l'integrazione sociosanitaria va attuata e verificata a tre livelli: «istituzionale», «gestionale» e «professionale»

³⁸ - L'integrazione sociosanitaria ha richiamato particolare attenzione, in Italia ma anche in altri paesi europei, nel corso degli anni Novanta, in particolare nella seconda metà. In questo periodo, infatti, avviene una netta inversione di tendenza rispetto alla crescente separazione fra sanità e sociale, avviata con i decreti di aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale dei primi anni Novanta.

(Ministero della Sanità, 1998, p. 86).

Più nello specifico, l'integrazione istituzionale rimanda alla collaborazione fra istituzioni diverse (Aziende sanitarie ed Enti locali) nel comune obiettivo di tutela della salute, attraverso la stipula di convenzioni e accordi di programma a livello del Distretto, individuato come struttura operativa per il governo dei processi integrati e della gestione unitaria delle risorse.

Il livello gestionale dell'integrazione riguarda, invece, il coordinamento operativo delle attività, dei processi e delle prestazioni (in particolare attraverso approcci multidimensionali, lavoro per progetti).

Infine, l'integrazione professionale si correla all'implementazione del lavoro interprofessionale nella produzione dei servizi sanitari (domiciliari, intermedi, residenziali).

Il principio dell'integrazione viene, inoltre, ripreso e ribadito nella stessa legge quadro sui servizi sociali (legge 8 novembre 2000, n. 328) che, per quanto riguarda le attività sociosanitarie, prevede che la programmazione territoriale dei piani di zona debba essere compiuta con la partecipazione delle Aziende sanitarie locali.

Tuttavia, il riferimento normativo fondamentale in merito all'integrazione sociosanitaria è costituito dall'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie (DPCM del 14 febbraio 2001 - *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie*) che recita *"L'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali..."*.

Con il D.P.C.M. vengono individuati, nell'ambito di progetti personalizzati con valutazione multidimensionale, tre tipi di prestazioni:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (art. 3, comma i°), cioè le prestazioni assistenziali (in regime ambulatoriale, domiciliare, o semi e residenziale) di competenza delle Aziende sanitarie che, inserite in progetti personalizzati di media/lunga durata, vengono erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali. Tali prestazioni sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, all'individuazione, alla rimozione e al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite. Contribuiscono, inoltre, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (art. 3, comma ii°) rimandano a tutte le attività del sistema sociale, dunque di competenza dei Comuni (con l'eventuale richiesta di compartecipazione da parte degli utenti), destinate a sostenere la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione che ne condizionano lo stato di salute. Nell'ambito delle non autosufficienze, tali prestazioni spaziano dagli interventi di sostegno e aiuto domestico familiare, finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza a do-



micilio, agli interventi di ricovero in struttura residenziale (per quanto riguarda la parte alberghiera);

- prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria (art. 3, comma iii°), di competenza delle Aziende sanitarie e a carico del fondo sanitario, riguardano invece le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, prevalentemente nelle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da hiv e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni, in particolare attribuite alla fase post-acuta, possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare, semi e residenziale e coprono in particolare gli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza.

Questo quadro normativo viene, infine, completato con il D.P.C.M. 21 novembre 2001 (convertito in legge dall'art. 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289) che, nell'ambito della definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), elenca all'allegato 1C (area «integrazione socio-sanitaria») le prestazioni «*sanitarie a rilevanza sociale*», cioè le prestazioni esigibili nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili. Per tali prestazioni è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, che viene posta a carico dell'Utente/Comune, in base a percentuali stabilite all'interno della stessa normativa LEA.

L'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ha significato, per il sistema sanitario, il tentativo di ridefinire in modo più preciso i diritti sanitari dei cittadini e di utilizzare uno strumento per l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale stesso, più che un semplice strumento di ridimensionamento della spesa. La definizione dei livelli, infatti, è il passo più importante di un percorso per la verifica dell'effettiva erogazione delle prestazioni e dei relativi costi su tutto il territorio nazionale, nell'ottica della razionalizzazione delle risorse a disposizione, ma anche del rispetto del diritto fondamentale alla salute, nonché dell'equità dei metodi di erogazione del servizio sanitario e dell'efficienza del sistema.

Nell'allegato 3 al DPCM del 2001 (punto l'integrazione sociosanitaria) è ribadita l'importanza che riveste l'area dell'integrazione all'interno delle politiche destinate al sostegno e allo sviluppo dell'individuo e della famiglia e alla razionalizzazione dell'offerta di servizio, per poter garantire le prestazioni necessarie alle persone in tutte le fasi della vita, e, in modo particolare, nell'infanzia e nella vecchiaia.

L'erogazione delle prestazioni va regolata in riferimento ai criteri dell'appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità.

Vengono considerati determinanti, inoltre, i punti seguenti:

- l'organizzazione della rete delle strutture di offerta;

- le modalità di presa in carico del problema, anche attraverso una valutazione multidimensionale;
- un'omogenea modalità di rilevazione del bisogno e classificazione del grado di non autosufficienza o dipendenza.

Alla luce di tutto questo, l'integrazione non è, dunque, il risultato della somma di interventi/prestazioni erogati da soggetti diversi quanto, piuttosto, un tutto indivisibile frutto di un metodo di lavoro che:

- considera l'individuo nella sua interezza;
- facilita la lettura del bisogno;
- finalizza l'intervento;
- permette il coinvolgimento di tutti gli attori del processo;
- evita i doppioni;
- garantisce l'assunzione di responsabilità.

Questo significa che la presa in carico dei problemi e dei programmi di intervento nei servizi ad elevata integrazione³⁹ non è solo una forma di intervento o una modalità di gestione, ma un requisito fondamentale per l'identità del servizio e per la messa a punto di setting operativi e organizzativi, utili al consolidamento dell'identità interna ed esterna del servizio medesimo.

La presa in carico non riguarda soltanto i servizi che stabiliscono un rapporto con la persona o la sua famiglia, ma coinvolge anche la comunità locale nelle sue diverse espressioni e, in primo luogo, le realtà solidaristiche, come esplicitato dalla L. 328/00 e dal Piano Sanitario Nazionale 2003-2005⁴⁰.

Su questo terreno l'integrazione diventa una metodologia fondamentale che richiede l'incontro e l'individuazione di diverse responsabilità:

- professionale, da parte del singolo operatore;
- interprofessionale, da parte di professionalità diverse che operano sulla base di un progetto comune;
- di servizio, a garanzia di continuità tecnica e istituzionale dell'intervento;
- fra i servizi, quando la complessità del problema lo richiede, individuando di volta in volta il servizio primario di riferimento;
- istituzionale, a garanzia della esigibilità del diritto considerato;
- comunitaria, nella misura in cui i soggetti diversi, professionali, istituzionali e solidaristici, esercitano una comune responsabilità in ordine alla soluzione del problema.

39 - Servizi ad alta integrazione: sono i servizi del territorio (domiciliari, residenziali, semi-residenziali) che richiedono interventi integrati e interagenti e impegnano il personale sanitario e sociale a lavorare insieme.

40 - Con l'approvazione della Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 "Istituzione del servizio sanitario nazionale" e fino alla riforma del 1992, le Usl (Unità Sanitarie Locali) erano concepite come strutture operative dei Comuni, singoli o associati, o delle Comunità Montane. L'ambito territoriale dunque era quello comunale e nelle grandi città coincideva con le zone del decentramento urbano. La loro dimensione media era ridotta e intesa a favorire la partecipazione popolare: fino al 1985, le Usl erano governate da un'Assemblea, composta dai consiglieri comunali del territorio (eletti) e da un comitato di gestione.



Ne consegue che il compito di proteggere e promuovere la salute non può essere concepito come un dovere solo di alcuni operatori, ma deve rappresentare un impegno comune a tutti i soggetti (istituzionali e non) che sono chiamati a raffrontarsi su questa tematica.

Infatti, mentre la domanda di sanità risulta essere strettamente legata a competenze tecnico-professionali, la domanda di salute coinvolge la comunità intera. Esistono nuove domande che vanno al di là di quelle classificate come controllabili con interventi di tipo strettamente sanitario. I cambiamenti del contesto sociale, scientifico e tecnologico, hanno mutato i bisogni della popolazione, facendo emergere nuove esigenze di cura e di assistenza legate alla cronicità derivanti in larga parte dall'innalzamento dell'età media della popolazione e dal conseguente aumento delle patologie crónico-degenerative.

Questo comporta concepire nuove modalità di erogazione e continuità delle cure, per assicurare la necessaria elevata integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali adeguando l'organizzazione secondo un approccio multifunzionale al bisogno di salute e di assistenza, tramite la revisione dei processi e l'introduzione di sistemi di valutazione e controllo delle attività.

Tutto questo assumendo il territorio e il distretto come l'ambito privilegiato nel quale ricomporre l'unitarietà dei servizi alla persona e luogo di centralità sotto il profilo organizzativo e della programmazione.

4.5. La frattura di un percorso virtuoso

Questo disegno, fondato su una forte integrazione tra dimensione sanitaria e dimensione sociale dell'assistenza, si è realizzato solo in parte e in modo frammentario al punto di poter affermare che l'assistenza integrata sociosanitaria si colloca ancora in uno spazio indefinito in cui sono ancora poco chiari o addirittura da definire titolarità, responsabilità, luoghi, risorse, mezzi, strumenti: quali le cause? Quattro le principali: il progressivo venir meno di riferimenti nazionali unificanti, un regionalismo male interpretato, una liberalizzazione asservita a interessi particolari, un'aziendalizzazione distorta nelle sue finalità.

4.5.1. Il venir meno di riferimenti nazionali unificanti

Come analizzeremo più nel dettaglio nel paragrafo 5.2.1. "I riferimenti per i Piani sanitari regionali" e 5.2.2. "I Riferimenti per i Piani sociali regionali", negli ultimi due decenni è progressivamente venuta meno la capacità di indirizzo nazionale sull'operato delle Regioni in materia sanitaria e sociale.

Il Piano Sanitario Nazionale in pratica è stato sostituito progressivamente dai "Patti per la salute". L'ultimo Piano nazionale, in teoria ancora vigente, resta quello approvato con il DPR 7 aprile 2006 e la programmazione sanitaria nazionale si è fermata a tale data.

Anche la Relazione sullo stato sanitario del Paese è venuta meno con la sop-

pressione del Consiglio Sanitario Nazionale e il passaggio delle sue competenze prima alla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome e successivamente al Ministero della salute. Competenza che prima la Conferenza e poi il Ministero non hanno mai esercitato, tant'è che l'ultima Relazione, come si evidenzia dal sito del Ministero della Salute, rimane quella del 2012-2013.

Il Piano sociale nazionale via via profondamento trasformato rispetto a quanto previsto dalla L. 328/200, tant'è che ora non si può più considerare un documento generale di indirizzo, ma di un mero strumento di programmazione nazionale dell'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali.

4.5.2. Un regionalismo male interpretato

L'articolo 32 della Costituzione sancisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Nell'accezione del diritto sociale, prevede la responsabilità dello Stato di garantire la salute del cittadino e della collettività in condizioni di eguaglianza. Per assolvere a questo compito la Legge 833 del 23/12/78 ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), una delle più grandi conquiste sociali del nostro tempo, che ha introdotto valori e principi fortemente innovativi:

- generalità dei destinatari: tutti i cittadini indistintamente;
- globalità delle prestazioni: prevenzione, cura e riabilitazione;
- uguaglianza di trattamento: equità d'accesso.

La riforma del Titolo V della Costituzione – avvenuta con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 – ha affidato la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, delineando un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di potere e ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali. Infatti, l'art. 117 della Costituzione stabilisce che lo Stato mantiene la competenza legislativa esclusiva in una serie di materie specificamente elencate, mentre il comma 3 dello stesso articolo decreta che le Regioni possono legiferare nelle materie di competenza concorrente, nel rispetto dei principi fondamentali definiti dallo Stato. Purtroppo, tale "concorrenza" ha perso il suo significato di complementarietà, configurando un'antitesi proprio sui principi fondamentali e generando un federalismo sanitario atipico e artificioso, non solo per le dinamiche istituzionali messe in campo (legislazione concorrente), ma anche per la sua genesi anomala visto che di norma i federalismi nascono da stati autonomi che si uniscono e non il contrario, come accaduto in Italia.

In altre parole la riforma del Titolo V che – delegando a Regioni e Province autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari – puntava ad un federalismo solidale, ha finito per generare una deriva regionalista, con 21 differenti sistemi sanitari dove l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie è profon-



damente diversificato. A fronte di un diritto costituzionale che garantisce “universalità ed equità di accesso a tutte le persone” e la L. 833/78 che conferma la “globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini”, i dati smentiscono continuamente i principi fondamentali su cui si basa il SSN. Infatti, le disuguaglianze regionali e locali documentano che l’universalità e l’equità di accesso ai servizi sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini, la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale e la reciprocità di assistenza tra le Regioni rappresentano oggi un lontano miraggio. Inoltre, la stessa attuazione dei principi organizzativi del SSN è parziale e spesso contraddittoria: infatti, la centralità della persona, la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute, la collaborazione tra i livelli di governo del SSN, la valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari e l’integrazione socio-sanitaria presentano innumerevoli criticità.

La modifica del titolo V del 2001 avrebbe potuto rappresentare per le Regioni una straordinaria opportunità di autonomia organizzativa dei servizi sanitari: in realtà il processo federalista si è limitato ad una delega al controllo della spesa e non ha costituito un incentivo a riorganizzare i SSR con il duplice obiettivo di migliorare la qualità dei servizi (spendere meglio) e ridurre i costi (spendere meno). Due le ragioni che verosimilmente hanno portato a sottovalutare l’opportunità delle autonomie regionali: da un lato l’eccessiva enfasi sul controllo della spesa sanitaria posta dallo Stato (dove il Ministero dell’Economia e Finanze ha preso il sopravvento su quello della Salute), dall’altro – salvo alcune lodevoli eccezioni – la limitata capacità delle Regioni nella (ri)organizzazione dei servizi sanitari.

Se in linea di principio le responsabilità della situazione attuale non possono essere attribuite esclusivamente all’impianto federalista, è indubbio che il sistema non ha funzionato soprattutto per la mancanza di senso di responsabilità e l’incapacità di alcune Regioni, in particolare del Mezzogiorno, a fare buona politica e buona gestione della sanità. In queste Regioni si assiste a un inaccettabile paradosso caratterizzato dalla coesistenza di livelli inadeguati di erogazione dei LEA, che contribuiscono alla mobilità sanitaria passiva, e deficit finanziario che genera aliquote IRPEF più elevate per i cittadini. A fronte del malgoverno di alcuni SSR, lo Stato è intervenuto solo con lo strumento dei Piani di Rientro, assolutamente inadeguato per la riqualificazione dei servizi e la sostenibilità a medio-lungo termine, ma soprattutto non è stato in grado di intervenire in alcun modo sui fattori che condizionano il binomio cattiva politica/cattiva sanità. Oggi da un punto di vista sanitario l’Italia si caratterizza come il Paese più eterogeneo d’Europa, con sacche di inefficacia, inefficienza, ingiustizia che in un federalismo disegnato male e gestito peggio sono destinate ad aumentare, di pari passo con le disuguaglianze.

Un quadro che verrebbe probabilmente ulteriormente esasperato se si realizzasse quella “autonomia rafforzata” rivendicata da alcune Regioni.

4.5.3. Una liberalizzazione asservita a interessi particolari

Il progressivo processo di trasformazione dei sistemi sanitari in seguito alla promozione e alla successiva implementazione di politiche cosiddette neoliberiste basate sui capisaldi: privatizzazione, liberalizzazione e deregolamentazione.

Tali politiche si sono fondate sul principio secondo cui “il privato è meglio”. Con questa teoria sono stati “colpiti” numerosi settori del sistema dei servizi pubblici (oltre alla sanità, pensiamo per esempio al sistema dei trasporti, all’assistenza sociale, per arrivare addirittura all’istruzione) mirando a indebolire e confinare il potere dello Stato, finora riconosciuto come principale soggetto garante di protezione sociale nonché promotore di servizi per i cittadini.

Efficienza, efficacia, economicità sono divenute le tre parole chiave che guidano il complesso sistema che va dalla costruzione di strutture, alla fornitura di servizi, passando per la progettazione e successiva implementazione di progetti ed interventi.

In questo processo molto hanno influito, nel bene e nel male, gli orientamenti maturati in sede Europea. All’interno dell’UE i paesi membri differiscono per la configurazione dei loro sistemi sanitari e si distinguono tra quelli basati sugli schemi di assicurazione sanitaria e quelli definiti universalistici, ossia finanziati dalla fiscalità generale. Entrambi sono stati oggetto di politiche e pressioni politiche a livello europeo che hanno creato le condizioni favorevoli per una progressiva affermazione e dominio nel settore sanitario di imprese del settore privato.

La tendenza comune è stata un orientamento verso la privatizzazione dell’assistenza sanitaria, realizzato prima di tutto mediante il processo di “mercattizzazione” dei servizi, con il potere sempre più influente detenuto dalle lobby del mercato sanitario, nonché attraverso la configurazione di Partenariati Pubblico-Privati (i cosiddetti PPP).

Il processo di “mercattizzazione” è consistito nella creazione di mercati interni in materia di salute a livello nazionale o nell’ambito del mercato unico UE. Esso comprende l’outsourcing, ovvero l’esternalizzazione di servizi e la concorrenza tra i vari fornitori dei servizi.

I PPP riguardano invece delle vere e proprie collaborazioni, alleanze tra il settore pubblico e le aziende private promosse con l’intenzione dichiarata di tagliare la spesa pubblica per la sanità e aumentare la qualità dei servizi forniti, fondate sull’idea secondo la quale *“il business sa fare meglio”*.

Quale ruolo ha rivestito l’Unione Europea in tale contesto economico-politico? Ma soprattutto quali sono gli effetti, le conseguenze che tale profondo cambiamento ha comportato e sta comportando?

Con riferimento alla prima questione l’aspetto problematico che sta alla base riguarda la duplice accezione attribuibile alla sanità, la quale si può definire sia come garanzia di promozione del diritto alla salute, sia come una vera e propria attività economica a tutti gli effetti: comporta un profitto, ed è sog-



getta, al pari di ogni altra attività economica alle norme europee che disciplinano il mercato interno (libera circolazione delle merci, delle persone, dei capitali e dei servizi). È proprio su questa sua “natura” di attività economica che le imprese del settore privato hanno fatto leva, sentendosi libere e legittimate ad intervenire, aprendo un annoso dibattito che riguarda l’attribuzione della competenza in materia di sanità: nazionale, europea o dei privati.

Per quanto concerne l’insieme degli effetti conseguenti al processo di trasformazione della sanità si possono fare alcune considerazioni.

Anzitutto nelle condizioni di lavoro di professionisti e operatori sanitari dove si è registrata una notevole riduzione e a volte veri e propri tagli al personale, carichi di lavoro maggiori, riduzione delle retribuzioni, nonché maggior condizioni di stress che incidono in modo negativo sulla qualità della cura fornita.

Gli effetti più consistenti riguardano l’aumento della disuguaglianza tra i pazienti rispetto alla possibilità di cura, nell’accesso alle cure e in generale l’erosione della natura pubblica delle cure sanitarie.

Di fatto si è messo in moto un meccanismo profondamente ingiusto per cui hanno meno possibilità di curarsi i pazienti a più alto rischio o che necessitano di cure di emergenza e poveri (solitamente sono anziani, o persone molto giovani, persone con malattie mentali o malati cronici).

A fronte della prospettiva di creazione di un mercato unico dei servizi sanitari profondamente concorrenziale e per evitare la progressiva configurazione di un sistema che pone i profitti prima dei pazienti, e la concorrenza prima della cooperazione, a scapito della cura delle persone, la pandemia scatenata dal Covid-19 è indubbiamente un monito affinché i sistemi sanitari europei vengano ricentrati sulla salvaguardia e promozione della salute come diritto universale e non come una merce per il business e il mercato da cui trarre profitto.

4.5.4. Una aziendalizzazione distorta nelle sue finalità

A partire dalle riforme del 1992, e con quelle che sono seguite, il SSN è stato sottoposto a forti cambiamenti nel nome dell’ottimizzazione della gestione del contenimento dei costi della spesa sanitaria. Molteplici sono le conseguenze e gli effetti prodotti da tale tendenza che ha visto una nuova accelerazione in alcune Regioni nel corso del 2015. Nonostante la diffusione e l’intensità, la riprogettazione dei sistemi sanitari regionali è stata spesso intrapresa nell’assenza di solide basi di analisi empiriche e prospettiche a supporto.

Con la L. n. 833 del 1978 (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale) e fino alla riforma del 1992, le USL (Unità Sanitarie Locali) erano concepite come strutture operative dei Comuni, singoli o associati, o delle Comunità Montane. L’ambito territoriale dunque era quello comunale e nelle grandi città coincideva con le zone del decentramento urbano. La loro dimensione media era ridotta e intesa a favorire la partecipazione popolare: fino al 1985, le USL erano governate da un’Assemblea, composta dai consiglieri comunali

del territorio (eletti) e da un comitato di gestione.

Nella Tabella 73 sono riportate, per ogni Regione e per alcuni degli anni rilevanti per la riorganizzazione istituzionale (1992, 2005) e lo stato attuale (2018), il numero di USL successivamente denominate ASL e la dimensione media in termini di popolazione afferente (bacino di utenza).

Nel 1992 il numero di USL in Italia era di 659, con una dimensione media di circa 87.000 abitanti. Il divario regionale è evidente, sia in termini di numero di USL sia di bacino di popolazione: si va appunto dalla dimensione minima di circa 44.000 abitanti per le 11 USL della P.A. di Trento fino all'organizzazione del Veneto che nel 1992 contava 36 USL con una media di 127.150 abitanti. La Lombardia all'epoca risultava la Regione con il numero più alto di USL: ben 84 Unità Sanitarie Locali con una media di 108.400 abitanti.

Tab.73 - Evoluzione numerica delle USL/ASL e del loro bacino di utenza dal 1992 al 2018						
Regioni	N. USL	N. ASL		Pop. USL	Pop. ASL	
	1992	2005	2018	1992	2005	2018
V. D'Aosta	1	1	1	120.909	122.040	126.202
Piemonte	63	22	15	67.164	194.101	291.724
Lombardia	84	15	9	108.436	616.453	1.115.140
Liguria	20	5	5	78.610	315.495	311.396
Friuli VG	12	6	3	99.299	199.698	405.179
P.A. Bolzano	4	4	4	116.835	117.909	131.938
P.A. Trento	11	1	4	43.923	490.829	134.975
Veneto	36	21	9	127.150	221.090	545.004
Emilia Romagna	41	11	3	98.298	370.953	1.484.210
Toscana	40	12	3	87.907	297.173	1.245.656
Marche	24	1	5	61.858	1.504.827	306.351
Umbria	12	4	2	69.518	212.006	442.320
Lazio	51	12	10	100.898	433.762	589.669
Abruzzo	15	6	4	84.886	214.316	328.799
Molise	7	1	1	45.864	321.697	308.493
Campania	61	13	7	93.854	443.104	832.409
Basilicata	7	5	2	85.260	119.400	283.559
Puglia	55	12	6	73.163	336.749	674.707
Calabria	31	11	5	64.755	182.849	391.337
Sicilia	62	9	9	80.196	555.918	558.554
Sardegna	22	8	8	74.438	74.438	206.022
Italia	659	180	115	86.982	321.601	525.948

Fonte: elaborazione Auser su dati ISTAT e IRES Veneto



A fronte delle criticità emergenti dalla situazione post riforma del 1978⁴¹ (costi crescenti del SSN, loro incontrollabilità anche a causa della separazione di poteri tra chi effettuava la spesa e chi la finanziava, ovvero Regioni e Stato, assenza di standard minimi di assistenza e proliferazione dell'offerta sanitaria anche in termini numerici di presidi), si determinò la necessità di procedere ad una seconda riforma. Con il D.Lgs. 502/92⁴² e la successiva modifica introdotta dal D.Lgs. 571/92, si riorganizza il sistema sanitario agendo sulla natura delle USL e sui poteri e sulle responsabilità in capo alle Regioni. Inizia così il percorso di aggregazione e accorpamento: il D.Lgs. 571/92 stabilisce infatti che le ex USL, ora ASL (Aziende Sanitarie Locali) per effetto della loro trasformazione in Aziende con riconoscimento di personalità giuridica pubblica ed Enti strumentali della Regione, debbano coincidere con il territorio della Provincia. Questa indicazione di perimetrazione è un elemento importante da tenere in considerazione nell'interpretazione dei cambiamenti che sono seguiti.

Conseguentemente, nel 1995, il numero di ASL nel territorio nazionale scende a 228, con l'eliminazione dunque di 431 unità. Le riduzioni più significative si verificano nel Sud Italia (Sicilia -53, Campania -48, Puglia -43), tuttavia anche nelle altre aree si riscontrano importanti accorpamenti: Lombardia e Piemonte eliminano rispettivamente 40 e 41 ASL, il Lazio 39. Contenuto, a confronto, il "taglio" nel Veneto che da 36 passa a 22 Aziende. Tuttavia, per molte Regioni, l'intervento normativo del 1992 sarà il più rilevante per il processo di riordino organizzativo.

La norma che identifica come bacino ottimale la dimensione provinciale viene abrogata sette anni più tardi con il D.Lgs. 229/94. Nel 2000, il panorama organizzativo - istituzionale non appare così diverso dal 1995, con un'unica eccezione, la Regione Lombardia che riduce a 15 il numero delle ASL.

Conclusa la prima fase dell'aziendalizzazione (1995-2001), inizia un nuovo periodo d'ingegneria istituzionale. Il processo di accorpamento e quindi la riduzione del numero di ASL continua e così anche le dimensioni dei bacini di utenza subiscono notevoli cambiamenti: in media, a livello nazionale, nel 2005 vedono quasi quadruplicata la loro dimensione rispetto al 1992 (da 86.982 abitanti a 321.601). Le Regioni che registrano i cambiamenti più rilevanti sono le Marche che nel 2003 istituiscono l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) e il Molise che nel 2005 segue l'esempio, costituendo l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASReM). A seguire, le Regioni che vedono un aumento considerevole della dimensione del bacino sono la Sicilia (che setteplica la popolazione di riferimento) e la Lombardia (che aumenta il bacino di circa sei volte). Per il Veneto, l'aumento è più contenuto tuttavia considerevole: da

41 - Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 "Istituzione del servizio sanitario nazionale.

42 - D.Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

127.150 abitanti in media per ASL passa a 221.090, quasi raddoppiando.

Nel 2014, rispetto al 2005, a livello nazionale vengono ridotte ulteriormente 40 Asl, registrando così una variazione di ben -519 rispetto al 1992. In quell'anno la dimensione media del bacino di utenza è pari a 434.254 abitanti. Tolte le Regioni che hanno costituito l'Azienda Unica Regionale, la Campania è la Regione con il bacino più ampio (837.361 abitanti), seguita da Puglia (681.684 abitanti) e Lombardia (666.841 abitanti). Il Veneto, non registrando interventi normativi di riordino, vede un lieve incremento del bacino per la crescita demografica (da 616.453 nel 2005 a 666.841 assistiti nel 2014).

Allo stato attuale (2018) le ASL sono 115, con un bacino di utenza medio di 525.948 abitati residenti.

La rilevanza della riorganizzazione territoriale delle ASL non si esaurisce nella "dimensione" intesa come estensione territoriale e di bacino d'utenza servito ma impatta su questioni centrali per il funzionamento dell'intero sistema e, conseguentemente, sulla capacità o meno di garantire alla cittadinanza su base universalistica il diritto alla salute. In particolare viene meno progressivamente il ruolo dei Comuni e, conseguentemente, il rapporto con i cittadini.

Teniamo conto, infatti, che in parallelo al processo di aziendalizzazione delle USL e della loro ripermimetrazione si avvia quello della costituzione delle Aziende ospedaliere (AO). Queste sono state istituite con il già citato D.Lgs. 571/92, riconvertendo alcuni ex presidi delle Usl (ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, nonché i policlinici universitari) in Aziende autonome specializzate nell'assistenza ospedaliera. Anche le AO, nel corso degli anni, sono state soggette al processo di riordino istituzionale: accanto al processo di aggregazione delle ASL è stato avviato infatti un processo di de-integrazione e, da allora, si è andato affermando una crescente centralità della dimensione ospedaliera a scapito della dimensione distrettuale.

In questo quadro, nonostante le funzioni dei Comuni e il loro ruolo in materia di tutela della salute abbiano subito sostanziali variazioni nel tempo, essi continuano ad essere attori chiave nel sistema socio-sanitario, specialmente nell'area dell'integrazione. L'attuazione dell'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale è imprescindibile, infatti, dalla collaborazione costruttiva tra Comuni e ASL e, anche se all'apparenza può sembrare banale, uno degli elementi che incide sull'efficacia di tale interazione è il numero degli Enti locali coinvolti nella rete. Al crescere del numero dei Comuni afferenti alle ASL aumenta la complessità della governance di sistema.

Questo problema era già emerso a partire dalla seconda riforma sanitaria, quando fu indicata la dimensione provinciale come ottimale per la costituzione delle nuove Aziende. Il rischio che si paventava, cosa che si è puntualmente verificata, era che per un efficace esercizio delle funzioni comunali l'elevato numero di Enti coinvolti avrebbe potuto incidere negativamente sulla capacità



relazionale, sulla definizione di strategie e di contenuti ed infine sulla reale attuazione delle politiche e degli interventi.

Nel 2014, in Italia, in media, afferivano a ogni ASL circa 58 Comuni. Escluse le Regioni che già nel 2014 avevano istituito l'Azienda Unica (Valle d'Aosta, Province Autonome di Bolzano e Trento, Molise e Marche) per le quali ovviamente il numero di Comuni cresce esponenzialmente, il quadro in Italia vedeva la Toscana come Regione con la media più bassa di Comuni (pari a 23) e la Lombardia in cima alla classifica con una media di 102. Il Veneto, con la sua media di 28 Enti, seguiva la Toscana.

Attualmente, con la riduzione ulteriore del numero delle ASL il numero dei comuni e la popolazione media è notevolmente cresciuto. Dalla Tabella 74 il numero medio nazionale dei comuni per ASL è di circa 68 con una popolazione media di 525.948 residenti. Le Regioni con il più alto numero di comuni per ASL è la Lombardia (167), a cui segue l'Emilia Romagna (109), mentre quelle con il più basso numero di comuni è la Calabria (24) e la Provincia Autonoma di Bolzano (29). Riguardo alla popolazione le ASL con la popolazione più alta è l'Emilia Romagna (1.484.210), la Toscana (1.245.656) e la Lombardia (1.115.140). Quelle con la popolazione minore sono la Valle d'Aosta (126.202) e la Provincia Autonoma di Bolzano (131.938).

Tab.74 – ASL per Regione, numero medio di Comuni e popolazione media - 2018				
Regioni	N. Comuni	N. ASL	N. medio Comuni	Pop.media ASL
V. D'Aosta	74	1	74	126.202
Piemonte	1.181	15	78,7	291.724
Lombardia	1.506	9	167,3	1.115.140
Liguria	234	5	46,8	311.396
Friuli VG	215	3	71,6	405.179
P.A. Bolzano	116	4	29	131.938
P.A. Trento	166	4	41,5	134.975
Veneto	563	9	62,5	545.004
Emilia Romagna	328	3	109,3	1.484.210
Toscana	273	3	91	1.245.656
Marche	227	5	45,4	306.351
Umbria	92	2	46	442.320
Lazio	378	10	37,8	589.669
Abruzzo	305	4	76,2	328.799
Molise	136	1	136	308.493
Campania	550	7	78,5	832.409
Basilicata	131	2	65,5	283.559
Puglia	257	6	42,8	674.707
Calabria	124	5	24,8	391.337
Sicilia	390	9	43,3	558.554
Sardegna	377	8	47,1	206.022
Italia	7.903	115	68,7	525.948

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT



SECONDA PARTE

5. I Piani sanitari e i Piani sociali regionali

La frattura del percorso prefigurato dalle due riforme base del sistema sociosanitario (la L.833 del 1978 e la L.382 del 2000) e l'emergere dirompente dei problemi derivanti da una popolazione in progressivo e rapido invecchiamento, non potevano non produrre significativi effetti sulla capacità delle Regioni di organizzare una offerta di servizi sanitari che, se pur differenziata in base alle specificità territoriali, fosse comunque segnata da una forte coesione negli obiettivi di tutela della popolazione. Ed infatti la realtà attuale è che il Paese vede la copresenza di 21 sistemi sociosanitari fortemente disarticolati e, conseguentemente, con rilevanti disparità nella fruizione di servizi fondamentali da parte dei cittadini. Il dato di fondo che emerge, che attraversa trasversalmente tutta la ricerca, è una sorta di disorientamento generale a cui ogni regione tenta di dare le sue risposte senza mai trovare la forza, se non in rare circostanze e malgrado le multiformi sollecitazioni, di aprirsi al confronto. Pensare che questo problema possa essere risolto in sede di Conferenza unificata attraverso i Patti per la salute è francamente poco credibile se non si provvede prima a chiarire con maggiore nettezza gli ambiti di responsabilità dei singoli soggetti lì rappresentati.

Come vedremo questa realtà emerge in modo chiarissimo dall'analisi degli strumenti, i Piani sanitari e i Piani sociali delle Regioni, che esprimono in sintesi come le Regioni intendono affrontare le trasformazioni sociosanitarie derivanti dalla crescente longevità della popolazione.

5.1. L'iniziativa delle Regioni

Evidentemente consapevoli delle trasformazioni demografiche in corso, le Regioni negli ultimi decenni hanno prestato una crescente attenzione al tema degli anziani (autosufficienti e non-autosufficienti) sia sotto il profilo sanitario che sociale. Di questo impegno delle Regioni ne sono prova le centinaia di iniziative legislative, amministrative, regolamentari, finanziarie da loro promosse sul tema della assistenza agli anziani. Questa mole di lavoro è forse uno dei principali indicatori del disorientamento di cui si è accennato in quanto espressione del tentativo comunque di trovare una soluzione, ma fuori da un indirizzo unitario condiviso a livello nazionale. Cosa che sta producendo una proliferazione di atti simili, spesso ripetitivi, ognuno alla ricerca della sua, spesso inesistente, specificità.

All'interno di questo impegno si collocano i Piani sanitari e i Piani sociali, ma prima di entrare nel merito di questi ultimi è utile una ricognizione delle iniziative assunte dalle Regioni al fine di avere una panoramica più complessiva del carattere delle loro politiche in materia sociosanitaria e verso quali temi hanno orientato il loro impegno.

La ricognizione viene fatta aggiornando al 2021, con riferimento a quanto riportato nei siti istituzionali regionali, la *“Mappatura degli interventi normativi e di policy delle Regioni italiane: quali temi sono stati promossi maggiormente?”* condotta da Sara Berloto ed Elisabetta Notarnicola⁴³ che esaminano l'iniziativa delle regioni nell'arco temporale dal 2015 al 2019. Complessivamente sono stati individuati 853 diversi atti regionali adottati nell'arco temporale indicato. Nella Tabella 75 è riportato il numero degli interventi totali oltre alla loro classificazione in base al carattere prevalente del loro contenuto.

La classificazione del contenuto degli atti regionali è stata realizzata sulla base di 4 criteri:

- strategici, quelli che prefigurano cambiamenti di indirizzo;
- cambiamento di sistema, quelli di aggiornamento generale del sistema;
- cambiamento di servizi esistenti, quelli di aggiornamento di singoli servizi;
- servizi nuovi, quelli che introducono servizi innovativi.

Dalla ricognizione se ne ricava che le aree su cui le singole regioni si sono maggiormente focalizzate riguardano i cambiamenti di servizi esistenti (31,5%), cambiamenti di sistema (29,7%), una percentuale poco inferiore di interventi ha invece riguardato cambiamenti di strategia complessiva regionale (28,2%) e solamente il 10,9% sono invece quelli adottati per porre in essere servizi innovativi.

Tab.75 – Interventi regionali classificati in base all'anno e al loro contenuto in materia di LTC*					
Anno	Strategia	Cambiamento di sistema	Cambiamento di servizi esistenti	Servizi nuovi	Totale
2015	46	54	36	19	155
2016	47	63	59	25	194
2017	73	67	86	20	246
2018	52	56	68	16	192
2019	22	13	11	9	55
2020	=	=	6	3	9
2021	=	=	2	=	2
Totale	240	253	268	92	853

Fonte: Notarnicola *più siti istituzionali regionali per l'aggiornamento*

*Il numero fa riferimento al contenuto degli atti, motivo per cui è superiore al loro numero.

43 - La mappatura è contenuta in “Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali” 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care – A cura di Giovanni Fosti e Elisabetta Notarnicola



Da questi risultati sembra quindi che lo sforzo prevalente delle Regioni sia orientato a interventi che si possono considerare di “manutenzione ordinaria” finalizzati a rivedere le regole complessive di funzionamento o del sistema nel suo complesso o dei servizi, assumendo significati specifici e differenziati nelle diverse Regioni secondo tre tendenze prevalenti:

- la necessità di alcune di “recuperare” quanto non ancora fatto e normato rispetto alla regolazione (ad esempio per Regioni con sistemi sociosanitario ancora “acerbi” o di formazione recente);
- di altre più “mature” impegnate ad aggiornare regole di funzionamento ormai in essere da diversi anni;
- delle Regioni impegnate nei Piani di rientro nelle ricerca di misure utili ad accelerare il superamento del commissariamento.

Oltre a questi interventi di “manutenzione” significativo è anche il numero di Regioni che si sono dedicate alla definizione di strategie e linee di indirizzo. Meno rilevante è il numero degli atti relativi alla innovazione dei servizi.

Selezionando tra gli atti regionali quelli più rilevanti ai fini dell’assistenza agli anziani e classificandoli secondo il tema prevalente trattato si ricava (Tab.76) che di 106 atti rilevati la maggioranza di essi interessano la domiciliarità (17) e la residenzialità e, in particolare sulla domiciliarità, ben 13 Regioni intervengono più di una volta nell’arco temporale considerato. A questo primo gruppo fanno seguito iniziative sull’invecchiamento attivo (16), di innovazione sociale (13), sulla governance (13), sull’accreditamento (9), sulle risorse (6), sull’ISEE (4), la demenza (4), sulla formazione (3), sugli aspetti istituzionali (2) e cure palliative (2) e infine su PUA e UVMD. Le Regioni più attive per numero di iniziative prese sono le Marche (9), Friuli V.G. (8), Valle d’Aosta, PA di Bolzano, Veneto e Abruzzo rispettivamente con 7 iniziative. Segue la Lombardia e l’Emilia Romagna con 6, Liguria, PA di Trento, Lazio con 5, Piemonte, Toscana, Campania, Basilicata e Puglia con 4, Umbria, Molise, Sicilia e Sardegna 3 e, infine, la Calabria con 2.

Tab.76 - Atti regionali più rilevanti ai fini della assistenza agli anziani secondo il tema prevalente trattato assunti nel periodo 2015 - 2020

	V.D'Aosta	Piemonte	Lombardia	Liguria	Friuli VG	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Basilicata	Puglia	Calabria	Sicilia	Sardegna	Totale
Istituzionale				1															1			2
Governance			2		1			2		1	2		1	1		1	1				1	13
Risorse					1						2	1						1		1		6
ISEE	1								2					1								4
Accreditamento				1		1	2	1		1		1				1				1		9
Inv. Attivo		1		1	2	1		1	1		1	1	2	1		1	1	1	1			16
Domiciliarità	1	2	2	1		1			1					2	2	1	1	1		1	1	17
Residenzialità	1	1			4	1		1			1			2				1			1	13
Demenza	1			1				1							1							4
Cure palliative			1								1											2
PUA													1									1
UVMD	1																					1
Innov. Tecn.	1						1															2
Innov. Sociale			1			3	2	1	1	1	2		1				1					13
Formazione		1							1	1												3
LEPS	1																					1
Totale	7	5	6	5	8	7	5	7	6	4	9	3	5	7	3	4	4	4	2	3	3	106

Fonte: Fosti, Notarnicola – Siti istituzionali regionali

5.2. I Piani regionali analizzati

Nei capitoli precedenti abbiamo visto come alla complessità della domanda di assistenza sociosanitaria le risposte date, come attestano i risultati del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), sono in larga misura inadeguate per quantità, qualità, intensità.

Abbiamo rilevato come i punti critici di questa inadeguatezza, per quanto riguarda la LTC, interessano tanto le cure residenziali, quanto quelle domiciliari.

Abbiamo verificato come questo dipende in larga misura dalla poca attenzione prestata al tema della non autosufficienza; allo squilibrio esistente tra dimensione ospedaliera e dimensione territoriale delle cure; dalla mancata integrazione dei servizi del sistema sociosanitario; dallo scarso livello della innovazione sia sotto il profilo sociale che tecnologico e, infine, da una poco efficace gestione delle risorse che alimentano l'assistenza alla non autosufficienza.

Per comprendere meglio quali le ragioni di questi limiti e tenuto conto delle rilevanti competenze attribuite alle Regioni ed ai Comuni, siamo andati a verificare cosa prevedono i Piani sanitari e i Piani sociali in quanto dovrebbero essere gli strumenti attraverso i quali viene programmata l'iniziativa sociosanitaria a livello regionale e locale.

Tenuto conto della complessa articolazione della materia è opportuno innanzitutto delineare alcuni riferimenti entro cui si colloca l'iniziativa delle Regioni e dei Comuni riguardo ai Piani sanitari e Piani sociali.

5.2.1. I riferimenti per i Piani sanitari regionali

Il metodo della programmazione pluriennale costituisce un principio fondamentale della materia "tutela della salute" ed uno degli elementi qualificanti del SSN. Nella Legge istitutiva il servizio (L.833/79) è previsto che a livello statale, il principale strumento di pianificazione è rappresentato dal Piano sanitario nazionale (art. 53) i cui principali contenuti sono:

- *le aree prioritarie di intervento;*
- *li livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;*
- *il finanziamento per ciascun anno di validità del Piano;*
- *gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;*
- *i progetti obiettivi da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;*
- *le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria;*
- *le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale;*
- *le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;*
- *i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.*

Il Piano sanitario nazionale viene adottato dal Governo su proposta del Ministro della salute tenuto conto delle proposte provenienti dalle Regioni, nonché dei dati e delle informazioni contenute nella relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano sanitario nazionale; viene adottato con Decreto del Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, d'intesa con la Conferenza unificata. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale, è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente e può essere modificato nel corso del triennio con la procedura sopra indicata.

Sempre nella legge istitutiva il SSN i Piani sanitari regionale rappresentano i piani strategici degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento

dei servizi regionali. Entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, le Regioni adottano o adeguano i propri Piani sanitari, trasmettono al Ministro della Salute gli schemi o i progetti allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale.

Ulteriore strumento per agevolare la programmazione sanitaria e misurarne l'effettività è costituito dalla Relazione sullo stato sanitario del Paese a cura del Consiglio Sanitario Nazionale (art.8, L. 833/79), che:

- illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;
- descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;
- espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;
- riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei Piani sanitari regionali;
- fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

Come si vede un sistema chiaro e stringente di programmazione pluriennale nazionale e regionale che, tuttavia, negli ultimi anni è sensibilmente mutato.

Il Piano Sanitario Nazionale in pratica è stato sostituito progressivamente dai "Patti per la salute". L'ultimo Piano nazionale, in teoria ancora vigente, resta quello approvato con il DPR 7 aprile 2006 e la programmazione sanitaria nazionale si è fermata a tale data. C'è da chiedersi quale sia il livello di consapevolezza di questa scelta e quale limite trovi oggi la predisposizione di un Piano sanitario nazionale come strumento di coordinamento delle politiche sanitarie, tale da indirizzare la programmazione regionale al fine di garantirne omogeneità di applicazione sul territorio nazionale anche con riferimento ai Livelli essenziali di assistenza.

Anche la Relazione sullo stato sanitario del Paese è venuta meno con la soppressione del Consiglio sanitario nazionale (art. 3 del d. legisl. n. 266 del 30 giugno 1993) e il passaggio delle sue competenze alla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, tra cui quella di redigere la Relazione annuale. Competenza successivamente trasferita al Ministero della Salute (art.1 del d. leg. n. 229 del 19 giugno 1999). Competenza che prima la Conferenza e poi il Ministero non hanno mai esercitato, tant'è che l'ultima Relazione, come si evidenzia dal sito del Ministero della Salute, rimane quella del 2012-2013. Anche in questo caso c'è da chiedersi il perché di questa scelta che priva il Parlamento di un quadro di conoscenza organico sullo stato della salute del Paese e le Regioni di un punto importante di riferi-



mento in merito ad una valutazione complessiva del loro operato.

In questo contesto le Regioni sono chiamate a produrre i loro piani sanitari e, nel contempo, recepire i piani settoriali e produrre piani regionali sulle stesse materie. Come si comprende il senso di tutto questo non è dei più chiari fondamentalmente perché le Regioni vengono ad essere private di un quadro di riferimento generale per la loro programmazione sanitaria. Ne consegue, come verificheremo nell'analisi dei Piani regionali, una difformità notevole nell'impianto dei singoli Piani e, soprattutto, modalità profondamente difformi nella trattazione degli argomenti presi in considerazione spesso non derivanti dalla specificità territoriale, ma dalla assenza di una cornice unitaria di riferimento.

5.2.2. I riferimenti per i Piani sociali regionali

A differenza del Servizio Sanitario Nazionale per le politiche sociali è attualmente in vigore il Piano sociale nazionale 2018-20 in attuazione dell'art. 21 del Decreto legislativo n 147 del 2017 che, nel riformare la governance del Fondo nazionale per le politiche sociali, ha previsto che l'utilizzo delle sue risorse sia oggetto di programmazione per mezzo di un Piano, della cui elaborazione è responsabile la Rete della protezione e dell'inclusione sociale.

In realtà, non è la prima volta che si prevede un Piano nazionale a governare l'utilizzo delle risorse del Fondo. Il FNPS, infatti, seppur istituito nel 1998 trova una sua piena definizione nell'ambito della legge quadro 328 del 2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” nel contesto della quale è stabilita una stretta connessione tra gli strumenti finanziari, il Fondo per l'appunto e uno specifico strumento di programmazione il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali (art 18). Insieme, Fondo e Piano, rappresentavano nel disegno del legislatore, strumenti fondamentali di attuazione delle politiche sociali nazionali, in quanto avrebbero dovuto garantire la definizione di livelli essenziali delle prestazioni (art 22 della 328). Infatti, il Piano, oltre ad essere uno strumento di governo delle politiche su base nazionale esprimendo indirizzi, priorità di intervento, modalità attuative del sistema dei servizi, avrebbe dovuto indicare «caratteristiche e requisiti delle prestazioni sociali che costituiscono livelli essenziali». Il Fondo, dal canto suo, avrebbe dovuto finanziarli, prevedendo che «la definizione dei livelli essenziali è effettuata contestualmente a quella delle risorse da assegnare al Fondo» (art 20 c. 4 della 328). Tale disegno non ha però potuto realizzarsi per almeno due ordini di ragioni: dal punto di vista delle risorse sin dall'inizio non ha assunto caratteri strutturali, rendendo impossibile il finanziamento di diritti soggettivi. In particolare, nel quinquennio successivo al 2007 gli stanziamenti si sono ridotti anno per anno fino quasi ad azzerarsi nel 2012. Si ricordi che, nell'accezione della Corte Costituzionale, per livelli essenziali si intendono «norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il go-

dimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di diritti (civili e sociali) senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle». Si tratta cioè di diritti soggettivi che necessitano di finanziamenti nazionali e strutturali.

Il secondo ordine di ragioni per cui il disegno originariamente previsto dalla legge 328 non ha trovato attuazione ha a che fare con il riparto di competenze tra i diversi livelli di Governo emerso dalla riforma del Titolo V della Costituzione. In particolare, a seguito di tale riforma, approvata dal Parlamento pochi mesi dopo il varo della 328, la materia delle politiche sociali è diventata competenza esclusiva delle Regioni, rendendo non più legittimo il Piano nazionale inteso come strumento di indirizzo delle politiche territoriali da parte del Governo nazionale.

Nello scenario post riforma l'unica competenza rimasta allo Stato è proprio quella della definizione dei livelli essenziali. Pertanto, nell'impossibilità di definire questi ultimi causa l'assenza di finanziamenti adeguati e strutturali, non resta quindi alcun ancoraggio per un Piano nazionale, che non a caso dopo il primo del 2001 non è stato più adottato. Il risultato è stato l'assenza di un qualunque strumento di coordinamento nazionale ed una estrema eterogeneità territoriale del nostro sistema di welfare.

È quindi per uscire da questa impasse che il Piano sociale nazionale è stato reintrodotta nell'ordinamento, in una forma però costituzionalmente orientata. Innanzitutto, con riferimento all'organismo responsabile della sua elaborazione, la Rete della protezione e dell'inclusione sociale, presieduta dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e composta, oltre che dalle altre amministrazioni centrali eventualmente competenti per materia, dai rappresentanti di ciascuna giunta regionale oltre che delle giunte di 20 comuni individuati dall'ANCI. La Rete ha finalità ampie di indirizzo e coordinamento nella materia delle politiche sociali, condividendo le scelte tra tutti coloro che sono responsabili delle decisioni ai diversi livelli territoriali di governo. Essa stessa si articola in tavoli territoriali, la cui istituzione e le cui regole di funzionamento sono definite dalle Regioni e dagli Ambiti territoriali responsabili della programmazione sociale. Un organismo peraltro aperto alla decisione partecipata, atteso che ordinariamente consulta parti sociali e organizzazioni rappresentative del Terzo settore.

Inoltre, per tener conto delle competenze regionali fissate dalla Costituzione, sono state previste modifiche anche nelle finalità del Piano, più limitate rispetto a quanto stabilito nella L. 328, non si tratta più di un documento generale di indirizzo, ma di uno strumento di programmazione nazionale dell'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali. L'orizzonte è sempre il medesimo, restando il Piano ancorato all'unica competenza che resta allo Stato nella materia delle politiche sociali, e cioè i livelli essenziali delle prestazioni. Ma più che la definizione immediata dei livelli che non può



che essere limitata alle risorse disponibili, compito principale del Piano è quello di individuare il percorso verso gli obiettivi condivisi in maniera da garantire maggiore uniformità territoriale. Nelle parole del legislatore delegato, si tratta di individuare *«lo sviluppo degli interventi nell'ottica di una progressione graduale, nei limiti delle risorse disponibili, nel raggiungimento di livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale»*.

È un disegno che riguarda il Fondo nazionale per le politiche sociali, ma anche, sempre in base all'art. 21 del Decreto legislativo n 147 del 2017, il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, quale strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse della quota del Fondo Povertà di cui all'articolo 7, comma 2 e il Piano per la non autosufficienza, quale strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

In questo contesto, in teoria, le Regioni sono tenute, in relazione alle indicazioni del Piano nazionale, a dotarsi nell'ambito delle risorse disponibili e attraverso forme di intesa con i comuni interessati, del Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, provvedendo in particolare all'integrazione socio-sanitaria in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario regionale, nonché al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro. In pratica, come vedremo meglio nell'analisi dei Piani sociali regionali, tenuto conto del ruolo dei Comuni nel quadro delle competenze in materia sociale, di fatto molte Regioni non producono dei veri Piani ma si limitano a produrre delle Linee guida per l'elaborazione dei Piani di Zona redatti in genere a livello di Ambito sociale.

Box 3 – Articolazione del Piano sociale nazionale (L. 328/2.000)

- le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni sociali comprese nei livelli essenziali previsti;
- le priorità di intervento attraverso l'individuazione di progetti obiettivi e di azioni programmate, con particolare riferimento alla realizzazione di percorsi attivi nei confronti delle persone in condizione di povertà o di difficoltà psico-fisica;
- le modalità di attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e le azioni da integrare e coordinare con le politiche sanitarie, dell'istruzione, della formazione e del lavoro;
- gli indirizzi per la diffusione dei servizi di informazione al cittadino e alle famiglie;
- gli indirizzi per le sperimentazioni innovative per la promozione della concertazione delle risorse umane, economiche, finanziarie, pubbliche e private, per la costruzione di reti integrate di interventi e servizi sociali;
- gli indicatori ed i parametri per la verifica dei livelli di integrazione sociale

effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti nonché gli indicatori per la verifica del rapporto costi - benefici degli interventi e dei servizi sociali;

- i criteri generali per la disciplina del concorso al costo dei servizi sociali da parte degli utenti;
- i criteri generali per la determinazione dei parametri di valutazione delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 3;
- gli indirizzi ed i criteri generali per la concessione dei prestiti sull'onore;
- gli indirizzi per gli interventi e servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti e per i soggetti disabili;
- gli indirizzi relativi alla formazione di base e all'aggiornamento del personale;
- i finanziamenti relativi a ciascun anno di vigenza del Piano in coerenza con i livelli essenziali secondo parametri basati sulla struttura demografica, sui livelli di reddito e sulle condizioni occupazionali della popolazione;
- gli indirizzi per la predisposizione di programmi integrati per obiettivi di tutela e qualità della vita rivolti ai minori, ai giovani e agli anziani, per il sostegno alle responsabilità familiari, anche in riferimento all'obbligo scolastico, per l'inserimento sociale delle persone con disabilità e limitazione dell'autonomia fisica e psichica, per l'integrazione degli immigrati, nonché per la prevenzione, il recupero e il reinserimento dei tossicodipendenti e degli alcolodipendenti.

5.2.3. I Piani sanitari

I piani sanitari analizzati sono riportati nella Tabella 77. Si tratta nel complesso di 21 documenti reperiti facendo ricorso alle AUSER regionali o accedendo ai siti istituzionali delle Regioni, operazione non priva di qualche difficoltà data la loro eterogeneità. In alcuni casi, in particolare per i Piani di rientro, si è fatto ricorso al sito istituzionale del Ministero della salute. Non è stato di aiuto neanche il sito della AGENAS dove l'ultima ricognizione dei Piani regionali risale al 2013. Non sempre è stato possibile reperire tutti i dati relativi all'atto deliberativo e alla data. In alcuni casi è stato necessario integrare con altri documenti al fine di una maggiore comprensione.

In merito alla casistica i Piani si possono distinguere: in 3 Piani sanitari (Provincia autonoma di Bolzano, Provincia autonoma di Trento, Sardegna); 4 Piani sociosanitari (Valle D'Aosta, Friuli VG, Marche, Umbria); 6 Piani sociosanitari integrati (Lombardia, Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Basilicata); 8 Piani di rientro (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Puglia, Sicilia).

Relativamente agli atti deliberativi 2 Regioni hanno approvato il piano con legge regionale, 10 con delibera di giunta regionale, 3 con atti deliberativi dell'assemblea regionale, 5 con Decreto del commissario ad acta, 1 con delibera assessore sanità.



Riguardo alla data in cui gli atti sono stati deliberati il quadro è quanto di più variegato: si va dal 2010 (il caso della Valle D'Aosta, Friuli VG) al 2020 (il caso delle Marche).

In merito, infine, al periodo di vigenza in generale è di tre anni (16 regioni), ma in alcuni casi è di 4 (Piemonte), di 5 (Lombardia, Provincia Autonoma di Bolzano, Veneto); di 10 (Provincia autonoma di Trento).

Ponendo mente a quanto si è detto in merito al rapporto tra programmazione sanitaria nazionale e regionale viene da domandarsi quali siano le ragioni di queste difformità. Probabilmente è una delle conseguenze dell'abbandono dei Piani Sanitari Nazionali a favore dei Patti per la salute: di fatto sono saltati i vincoli di continuità di un processo programmatico che prevedeva, e tutt'ora prevede, atti e tempi omogenei e coordinati. Gli unici Piani che in qualche modo mantengono una relazione di continuità sono i Piani di rientro.

Tab.77 - Piani sanitari regionali			
Regione	Piano	Atto	Data
V. D'Aosta	Piano Regionale per la salute e il Benessere Sociale 2011-2013	LR N. 34	25.10.2010
Piemonte	Piani di riqualificazione e di riequilibrio economico - Piano di rientro 2010-12	DGR N.415	2.8.2010
	Piano Sociosanitario regionale 2012-2015 - Addendum al Piano di rientro	DCR N. 167-14087	3.4.2012
Lombardia	Piano sociosanitario integrato 2019-2023	D.G.R. N° XI / 2498	26.11.2019
	Gestione del servizio sociosanitario	D.G.R. N° XI / 1046	17.12.2018
Liguria	Piano Sociosanitario Regionale 2017/2019	D.C.R. N. 21	12.2017
Friuli V.G.	L.R. N. 27 17.12.2018 - Assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale	L.R. N. 27	17.12.2018
	Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e modifiche alla LR 26/201 e alla LR 6/2006	LR N. 70	5.12.2019
	Piano sanitario e sociosanitario regionale 2010 - 2012	D.G.R. N. 465	11.3.2010
PA Bolzano	Piano sanitario provinciale dell'Alto Adige 2016-20	D.G.P. N.171	10.2.2015
PA Trento	Piano per la salute del Trentino 2015 -2025	D.G.P. N. 2389	18.12.2015
Veneto	Piano sociosanitario regionale 2019-2023	L.R. N. 48 -	28.12.2018
Emilia Romagna	Piano sociale e sanitario 2017-2019	Del. Ass. Legisl. Reg. N 129	12.7.2017
Toscana	Piano sanitario sociale integrato regionale 2018-2020	Del. Consiglio regionale N.73	9.10.19
Marche	Piano sociosanitario regionale 2020-2022	Ass. legisl. regionale N.153	4.2.2020
Umbria	Piano sanitario regionale 2019-2021	D.G.R N. 635	8.5.2019
Lazio	Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 - Piano di rientro	Decreto del Commissario ad Acta N. U00303 -	25.7.2019
Abruzzo	Piano di riqualificazione del sistema sanitario abruzzese 2016-2018 – Piano rientro	Decreto del Commissario ad Acta N.55	10.6.2016
Molise	Programma operativo straordinario della Regione Molise – 2019-21 - Piano rientro	Decreto del Commissario ad Acta N.52	12.9.2016
Campania	Piano campano di sviluppo e riqualificazione del SSR 2019-21 – Piano rientro	Decreto del Commissario ad Acta N. 99	14.12.2018
Basilicata	Piano regionale della salute e dei servizi alla persona 2018-20	DGR N. 778	28.7.2017
	Riordino del sistema sanitario regionale di Basilicata	LR N.2	12.2.2017
Puglia	Programma operativo 2016-2018 – Piano di rientro	DGR N. 129	6.2.18
Calabria	Programma Operativo 2019-21 – Piano di rientro	Decreto del Commissario ad Acta N.57	26.2.20
Sicilia	Il Programma operativo di Consolidamento e Sviluppo 2016-2018 – Piano di rientro	Del. Ass. Salute	31.10.2017
Sardegna	Piano Sanitario Triennale 2018-2020	DGR N. 34/16	12.7.2017
	Riforma sanitaria	LR N. 24	11.9.2020

Fonte: elaborazione AUSER



5.2.4. I Piani sociali

I documenti analizzati relativi alla programmazione sociale regionale sono riportati nella Tabella 78. Si tratta nel complesso di 21 documenti reperiti facendo anche qui ricorso alle AUSER regionali o accedendo ai siti istituzionali delle Regioni, operazione non priva di qualche difficoltà data la loro eterogeneità. Così come non sempre è stato possibile reperire tutti i dati relativi all'atto deliberativo e alla data. In alcuni casi è stato necessario integrare con altri documenti al fine di una maggiore comprensione.

Riguardo alla casistica i documenti analizzati si articolano in: 1 Piano di Zona (Valle D'Aosta); 6 piani integrati sociosanitari (Lombardia, Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Basilicata); 7 Piani sociali regionali (Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria); 7 Linee guida o di indirizzo (Piemonte, P. A. di Bolzano, P. A. di Trento, Friuli V.G., Marche, Sicilia, Sardegna).

In merito agli atti deliberativi anche qui troviamo soluzioni difformi: 1 Accordo di programma, 8 delibere di Giunta regionale, 2 leggi regionali, 7 delibere del Consiglio regionale, 2 delibere di Giunta provinciale e una di Commissione Consiliare.

Riguardo alla data di deliberazione dei diversi atti il quadro è particolarmente difforme: il 2009 e il 2010 nel caso del Piemonte e della PA di Trento a tutti gli altri ricompresi nel periodo 2016 (l'Abruzzo) al 2019 (Sicilia e Sardegna).

Infine, relativamente al periodo di vigenza in grande prevalenza è di tre anni ricompresi tra il 2016 e il 2022 con l'unica eccezione del Veneto che prevede una durata di 5 anni nel periodo 2019-2023.

Anche in questo caso, come per i piani sanitari, all'interrogativo di queste difformità la risposta è per certi versi simile. Di fatto le successive riforme hanno scardinato la continuità dell'impianto programmatico previsto dalla legge 328/2000, con la conseguenza che i Piani sociali regionali si riducono a delle linee di indirizzo per stabilire delle generiche priorità nell'uso dei diversi canali di finanziamento, a partire dal Fondo nazionale per le politiche sociali, tant'è che solo alcune Regioni ne definiscono l'importo e criteri di ripartizione.

Tab.78 - Piani sociali			
Regione	Piano	Atto	Data
V. D'Aosta	Piano di zona 2009-2011 >> 2019-2021	Accordi di programma	6.4.2010 30.9.2018
Piemonte	Linee guida per i piani di zona	DGR N. 28-12295	5.10.2009
Lombardia	Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-20	DGR N. X / 7631	28.12.2017
Liguria	Piano sociosanitario integrato 2017-2019	DCR. N. 21	12.2017
Friuli V.G.	Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale	LR N.6	2.7.2020
P.A. Bolzano	Piano sociale provinciale 2007-2009	DGP N. 3359	15-9-2008
	Indirizzi per il futuro Piano sociale	Indirizzi GP	31.1. 2020
P.A. Trento	Linee guida Piani sociali di comunità	DGP	14.10. 2016
Veneto	Piano sociosanitario regionale 2019-2023	L.R. N. 48	28.12.2018
Emilia Romagna	Piano sociale e sanitario 2017-2019	DCR. N 129	12.7.2017
Toscana	Piano sanitario sociale integrato regionale 2018-2020	DCR n.73	9.10.2019
Marche	Indirizzi Piano sociale regionale 2019-21	DCR N. 109	12.5.2020
Umbria	Nuovo Piano sociale regionale	DCR. N.156	7.3.2017
Lazio	Piano sociale regionale 2019	DCR N.1	24.1.2029
Abruzzo	Piano sociale regionale 2016-18	CC Verbale N.70/4	9.8.2016
Molise	Piano sociale regionale 2020-22	DGR N. 331	29.8.2019
Campania	Piano sociale regionale 2019-21	DGR N.897	28.12.2018
Basilicata	Piano regionale della salute e dei servizi alla persona 2018	DGR N. 778	30.6.2017
Puglia	IV Piano regionale politiche sociali 2017-20	DGR N.2324	28.12.2017
Calabria	Piano sociale regionale 2007-2009	DCR N.364	6.8.2009
Sicilia	Linee guida per l'attuazione delle politiche sociali 2019-20	DGR N.152	24.4.2019
Sardegna	Piano regionale dei servizi sociali 2005	DGR N.4/21	10.2.2005
	Linee guida per i PLUS Piani locali unitari servizi - 2018-20	DGR N.3/20	15.1.2019

Fonte: elaborazione AUSER

5.3. Forme e contenuti dei Piani

Precedentemente abbiamo analizzato il quadro complessivo dei Piani sanitari e dei Piani sociali presi in esame e verificato come emerga una situazione particolarmente articolata, per non dire confusa:

- si parla di Piani sanitari, Piani sociosanitari, Piani sociosanitari integrati senza



che le ragioni di questa diversa denominazione sia del tutto chiara alla verifica dei contenuti;

- le date di approvazione e aggiornamento sono molto difformi e diverse Regioni da anni non aggiornano il loro piano;
- diverse le strumentazioni giuridiche adottate per la loro approvazione;
- eterogeneo l'architettura istituzionale e l'impianto della governance sia politica che amministrativa.

In questo paragrafo tenteremo di capire come sono strutturati i Piani, come è affrontata l'analisi dei determinanti, quale l'articolazione dei contenuti, quale attenzione i singoli Piani dedicano al tema dell'assistenza sociosanitaria degli anziani ed infine quali le forme della partecipazione sociale alla costruzione dei Piani.

5.3.1. Struttura dei Piani

Partendo dal presupposto che un Piano dovrebbe essere un programma di azioni per passare da una situazione A a una situazione B e quindi dovrebbe basarsi sulla conoscenza della situazione A, sapere quali sono i suoi punti critici, definire gli interventi per eliminarli chiarendo le risorse da impiegare, i tempi dell'azione, i soggetti responsabili, i criteri di verifica della loro efficacia, ebbene di tutto questo tanto i Piani sanitari quanto i Piani sociali contengono molto poco.

Nella loro struttura i Piani si caratterizzano secondo i seguenti profili:

- la loro articolazione interna è particolarmente eterogenea nelle priorità e negli obiettivi;
- le loro priorità non discendono da una attenta valutazione della situazione reale della Regione, nel quadro di un indirizzo generale nazionale, ma piuttosto da quanto prevede il quadro normativo in termini di adempimenti e risorse secondo la logica "c'è bisogno" – "bisogna fare";
- nei casi in cui vengono definiti specifici obiettivi, i soggetti responsabili della loro attuazione e i tempi di attuazione sono indicati sempre con ampia alea di approssimazione;
- praticamente tutti i Piani sono privi di una verifica del rapporto obiettivi/risorse;
- il percorso di costruzione del Piano non sempre avviene in un rapporto dialogante con i rappresentanti degli interessi economici e sociali.

In sostanza la struttura dei Piani ha un generico valore programmatico, spesso senza misurare, senza dire chi, come, quando, con quali risorse, verranno realizzate le misure previste. Da questo quadro ne discende la sensazione che i Piani abbiano in generale uno scopo fondamentalmente di immagine a dimostrare che la Regione si prende cura della salute dei cittadini, ma nel merito abbastanza privi di sostanza; solo in alcuni casi vengono indicati specifici obiettivi, il soggetto responsabile della loro attuazione, i tempi di attuazione ma sempre con ampia alea di approssimazione; in altri casi prevale

un impianto in generale burocratico rivolto essenzialmente all'interno delle strutture socio sanitarie e sociali.

La riprova di tutto questo è il modo di come in genere è trattato il tema delle risorse che, in qualche misura, dovrebbe essere uno dei capitoli di massima attenzione. Ebbene in pratica solo pochissimi Piani riportano un quadro esaustivo delle risorse necessarie a realizzare gli obiettivi del Piano. Tant'è che per comprendere il quadro delle risorse impegnate nella sanità dalle Regioni è stato necessario andare a leggere i bilanci regionali che, naturalmente, sono articolati in modo ben difforme dall'articolazione dei Piani sanitari e sociali. Cosa questa che rende impossibile una verifica di coerenza tra quanto prevedono i Piani e le relative poste di bilancio.

Sulla base di queste prime valutazioni i Piani possono essere classificati in (Tab.79):

- *Piani programmatici* - In cui si ricerca un equilibrio tra analisi, proposte e loro attuazione, con rinvio ad altri provvedimenti della parte più "attuativa": interessano in particolare Regioni più strutturate e con esperienza consolidata in campo sociosanitario.
- *Piani riorganizzativi* - Quelli che attraverso una analisi della situazione mirano a rendere più efficiente il sistema. Interessano le Regioni che si misurano con inedite trasformazioni sociali e cercano di adeguarsi ai nuovi scenari.
- *Piani operativi* - Regioni che, costrette a misurarsi con una pesante gestione passata, individuano gli obiettivi da perseguire e definiscono le misure per raggiungerli, il caso delle Regioni impegnate nei Piani di rientro.

Tab.79 – Classificazione dei Piani sanitari e sociali regionali						
Regioni	Programmatici		Organizzativi		Operativi	
	Piano sanitario	Piano sociale	Piano sanitario	Piano sociale	Piano sanitario	Piano sociale
V. D'Aosta		X	X			
Piemonte			X	X		
Lombardia	X	X				
Liguria		X	X			
Friuli VG	X	X				
P.A. Bolzano		X	X			
P.A. Trento	X	X				
Veneto	X					
Emilia Romagna	X X					
Toscana	X					
Marche			X	X		
Umbria	X	X				
Lazio		X			X	
Abruzzo				X	X	
Molise				X	X	
Campania				X	X	
Basilicata			X	X		
Puglia				X	X	
Calabria				X	X	
Sicilia				X	X	
Sardegna	X	X				

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

Qui di seguito riportiamo come vengono caratterizzati i piani nelle parole degli estensori delle introduzioni che in linea di massima sono gli assessori competenti della materia. Nel complesso in molte delle premesse sia dei Piani sanitari che in quelli sociali emerge l'attenzione all'esigenza dell'integrazione sociosanitaria (Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Toscana, Liguria). Questa in alcuni casi si accompagna all'attenzione dedicata ai mutamenti demografici e ai problemi della longevità (Piemonte, Liguria, Campania), che a loro volta stimolano l'attenzione verso le diverse forme di assistenza agli anziani (domiciliarità, residenzialità), anche se, come vedremo, a questi ultimi non sempre viene data la giusta attenzione. Sicuramente prevalente è l'atten-

zione alle problematiche relative all'organizzazione e alla governance come avviene in particolare nelle regioni impegnate nel piano di rientro (Lazio, Campania, Puglia, Molise, Calabria, Sicilia), ma anche le Marche che afferma il ruolo della programmazione e del ruolo pubblico nel welfare insieme al Lazio e all'Abruzzo, del Friuli VG che si pone il problema della cogenza dei sistemi della verifica attraverso un sistema di indicatori, del Molise e Basilicata delle garanzie e esigibilità dei servizi. In alcune regioni (Valle d'Aosta, Toscana, Molise, Sicilia) viene data attenzione alle specificità territoriali e all'autonomia dei comuni, mentre a quelle socioeconomiche presta attenzione la Campania e l'Abruzzo. Non manca l'attenzione al rapporto ospedale/territorio (Puglia), così come è presente l'attenzione alle esigenze di innovazione tecnologica (PA Bolzano) e sociale (Lazio, Basilicata).

Regioni del Nord Ovest

Valle D'Aosta

Piano sanitario: "Erogare salute e benessere in un territorio di montagna presenta inoltre le sue specificità, che constano di profili epidemiologici come di assetti organizzativi e funzionali; di reti sociali come di capitale umano; di mobilità come di accessibilità ai servizi e alle opportunità offerte." (pag.5)

Piano sociale: "parte dall'esigenza di migliorare, quantitativamente e qualitativamente, l'offerta dei servizi, di aumentarne la flessibilità, di avvicinarli il più possibile al domicilio delle persone e di integrarli, sia sotto l'aspetto operativo che organizzativo, con gli altri servizi alla persona (sanitari, socio-sanitari, educativi, formativi), di qualificare le risorse, economiche e professionali, a disposizione nel territorio, di costruire maggiore qualità della spesa sociale." (pag.12)

Piemonte

Piano sanitario: "...prime tra tutte quelle riguardanti i problemi di assistenza socio-sanitaria connessi alla non autosufficienza, l'elevata presenza di anziani e grandi anziani, la disponibilità di terapie e diagnosi ad alto costo indirizzate a specifici bacini di assistiti. Esse, oltre a richiedere un'efficace integrazione delle politiche, degli indirizzi e degli interventi da parte delle diverse aree del welfare, necessitano anche di un sistema coeso che porti alla convergenza dei finanziamenti, provenienti dai diversi settori coinvolti, su obiettivi ed ambiti tematici condivisi e ben definiti". (pag.4)

Piano di zona "E' importante ricordare che la pianificazione regionale si pone quale obiettivo una compiuta integrazione fra i servizi sanitari territoriali e i Comuni/Enti gestori delle funzioni socio assistenziali, con la piena coscienza del permanere di molte difficoltà e disomogeneità territoriali in termini di accesso alle prestazioni e di modalità di erogazione." (pag.3)

Lombardia

Piano sociosanitario: "sviluppare e potenziare soluzioni organizzative basate sui processi trasversali di cura come ha, utilmente, indicato la legge n. 23/2015. La maturata



consapevolezza della complessità dei bisogni di salute e di assistenza, stante, anche, l'invecchiamento della popolazione, richiede un impegno deciso verso l'attivazione di servizi rinnovati da paradigmi più capaci d'interazione collaborativa e interconnessi nella rete dell'offerta". (pag.2)

Liguria

Piano sanitario: "Il nuovo Piano sociosanitario regionale, introduce importanti elementi di novità. In primis, l'introduzione di figure e modelli organizzativi volti al rafforzamento dei percorsi di cura della persona in tutta la sua complessità, in grado di superare la frammentazione del processo di presa in carico, e al potenziamento della governance al fine di garantire l'unitarietà del progetto assistenziale." (Pag.10)

Piano sociale: "La divisione tra politiche sociali e politiche sanitarie ha articolato i settori di intervento in maniera innaturale, particolarmente per il sociosanitario, dove per rimuovere i problemi è necessario intervenire in maniera congiunta. Va ripensata quindi la struttura organizzativa dei sistemi, in termini di integrazione sociosanitaria, di risanamento della finanza pubblica, di diversa distribuzione delle risorse, innovazione nelle procedure erogative dei servizi, dedicando maggior attenzione agli aspetti della prevenzione, promozione di sani stili di vita, tutela dei diritti delle persone più vulnerabili." (pag.8)

Regioni del Nord Est

Friuli V.G.

Piano sanitario: "...definisce le direttrici e le principali linee strategiche di intervento destinate ad orientare l'azione nel triennio e mantiene in capo alla programmazione attuativa il compito di individuare idonei indicatori in grado di consentire la costante verifica dei risultati raggiunti e la valutazione di impatto che ciascuna azione è destinata ad esercitare su altri ambiti di attività e sull'assetto complessivo del sistema." (pag.8)

Piano sociale: "2. Per garantire l'integrazione degli interventi e la continuità assistenziale, nonché la fruizione appropriata e condivisa delle prestazioni e dei servizi, è predisposto un progetto assistenziale individualizzato, definito d'intesa con la persona destinataria degli interventi ovvero con i suoi familiari, rappresentanti, tutori o amministratori di sostegno." (pag.9)

PA Bolzano

Piano sanitario: "L'evoluzione demografica (crescita dell'aspettativa di vita, aumento della popolazione anziana) ed epidemiologica (aumento di malattie croniche, demenza e disturbi psichici), la modifica delle abitudini di vita legate al moto e all'alimentazione, le sfide sociali riferite al trattamento di post-acuti e all'assistenza di persone malate e anziane (cura fuori dalla cerchia dei familiari, strutture per assistenza di breve durata) nonché l'innovazione tecnologica e scientifica, portano a un'evoluzione costante della pratica clinica e dell'assistenza sanitaria...." (Pag. 7)

Piano sociale: "unisce alle indicazioni di base sul futuro orientamento strategico della politica sociale anche talune programmazioni di dettaglio per specifici settori e gruppi, e si caratterizza pertanto ancora una volta per la sua ampia visione settoriale. L'esaurivo

approfondimento delle fondamentali problematiche sociopolitiche della promozione e del sostegno alle famiglie, dell'assistenza e della lotta alla povertà pone tuttavia nuovi accenti contenutistici rispetto al Piano sociale 2000-2002.” Pag. XIV

P.A. Trento

Piano Sanitario: “Due le finalità strategiche individuate:

- migliorare la salute di tutti con particolare riguardo alle disuguaglianze nella salute;*
- migliorare l'organizzazione e la governance per la salute, cioè le modalità con cui le istituzioni e le altre organizzazioni sociali interagiscono, come si relazionano con i cittadini e come prendono decisioni in maniera partecipata.”*

Linee guida Piani sociali: “A tal fine esso individua anche l'oggetto della programmazione sociale locale identificando le attività socio assistenziali di livello locale di competenza delle Comunità distinguendole da quelle socio assistenziali di competenza provinciale e da quelle sociosanitarie” (pag. 1)

Veneto

Piano sociosanitario: “La prosperità futura di ogni persona e della Regione nel suo complesso dipenderà dalla capacità delle politiche di porre al centro l'obiettivo Salute fondato sul coinvolgimento attivo del singolo e della collettività per cogliere nuove opportunità di miglioramento della salute e del benessere delle generazioni presenti e a venire. A tal fine è necessario che la Regione del Veneto adotti un approccio multisettoriale che coinvolga la pluralità delle politiche di promozione della salute che favoriscano la creazione di condizioni sociali, economiche ed ambientali.” (pag. 9)

Emilia Romagna

Piano sociosanitario: “Si è poi deciso di non tenere separate le parti relative alle politiche sanitarie da quelle sociali; sarebbe infatti quasi un paradosso continuare a considerare in modo parcellizzato e frammentato gli sforzi e gli interventi che quotidianamente la Regione fa per rispondere in maniera coordinata ai bisogni che necessitano di risposte socio-sanitarie. L'integrazione socio-sanitaria smetterà di essere solo uno slogan o una enunciazione di principio se effettivamente cominciamo a ragionare non più per compartimenti stagni ma in maniera trasversale sia sul piano degli operatori pubblici che mettono in atto gli interventi, sia sui bisogni che provengono dai nostri cittadini.” (Pag. 7)

Regioni del Centro

Toscana

Piano sociosanitario: “Il sistema sanitario e sociale regionale si deve rivolgere a tutti per essere di qualità, ma insieme si deve porre l'obiettivo di ridurre la forbice tra le famiglie più avvantaggiate e quelle meno, diminuire le disuguaglianze di salute. Nel fare questo devono essere considerate anche le peculiarità territoriali legate alle “aree interne” e alle specificità urbane. Per raggiungere questo obiettivo le politiche devono essere integrate così da agire sia sulle determinanti così dette distali (istruzione, occupazione, reddito, caratteristiche sociali dell'area nella quale viviamo) che su quelle prossimali (stili di vita, condizioni ambientali, fattori igienici o biologici).” (pag. 4)



Marche

Piano sanitario: “È quindi indispensabile realizzare un piano sanitario che integri il sistema sociale e sociosanitario, e che garantisca pienamente i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che richiedono di declinare in maniera definita e incontrovertibile piani assistenziali individualizzati e coerenti con i bisogni di salute.” (pag.8)

Piano sociale: “...si pone come obiettivo strategico di fondo quello di investire in un welfare territoriale pubblico, centrato su un ruolo forte di Comuni e Regione, dopo un decennio in cui la deriva verso una privatizzazione del welfare si è andata affermando in tutta Italia, in maniera più o meno esplicita o più frequentemente, implicita a seguito dei vincoli di bilancio. Un welfare territoriale pubblico inteso però in senso plurale e partecipato con la società civile secondo modalità di co-programmazione e co-progettazione, ma a regia prevalente pubblica” (pag.4)

Umbria

Piano sanitario: “Le aspettative di vivere più a lungo senza il peso degli anni e senza l’idea della fine sono sempre più pervasive nella popolazione, ma si scontrano con una profonda insicurezza che a volte trova conforto nel “consumo” di sanità e nel ricorso a prestazioni non necessarie. La finalità è quindi la costruzione di un’alleanza di intenti che consenta nei fatti di produrre salute o ancora meglio benessere.” (pag.12)

Piano sociale: “Il Piano sociale regionale è lo strumento di governo del sistema dei servizi e delle attività sociali mediante il quale la Regione definisce gli indirizzi, gli obiettivi, le priorità sociali, la soglia territoriale ottimale per la programmazione e la gestione degli interventi sociali ed i criteri per la relativa attuazione.” (pag. 40)

Lazio

Piano sanitario: “...obiettivo del prossimo triennio sarà quello di avviare un percorso di trasformazione del sistema verso la piena integrazione tra ospedale, territorio, e prevenzione, al fine di garantire la semplificazione dei percorsi dei cittadini, adeguati e appropriati livelli di assistenza ai pazienti cronici, nonché azioni di promozione della salute e di prevenzione nella popolazione generale...” (pag.5)

Piano sociale: “Agevolare i percorsi di accesso ai servizi sociali e sociosanitari per tutta la popolazione, soprattutto per le persone più esposte al rischio di emarginazione sociale, eliminando o riducendo gli ostacoli e le barriere di tipo informativo, culturale e fisico, anche attraverso l’integrazione dei diversi sistemi di welfare, la condivisione dei dati relativi alle prestazioni erogate ed ai followup delle stesse, e percorsi unici di ingresso e passaggio tra i diversi servizi assistenziali e di cura.” (pag.11)

Regioni del Meridione

Abruzzo

Piano sanitario: “La Regione Abruzzo con il presente Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale intende intraprendere, ai sensi della disciplina....., un percorso che la porti gradualmente a riappropriarsi dei poteri di programmazione attraverso l’uscita dal commissariamento e dal piano di rientro al termine del prossimo triennio.” (Pag. 5)

Piano sociale: "... rafforzare un welfare "comunitario e integrato", che investa risorse pubbliche anche attraverso forme di integrazione fra politiche sociali, sanitarie, educative, del lavoro e dell'inclusione sociale, e che stimoli la partecipazione attiva della società civile al benessere collettivo." (pag.5)

Molise

Piano sanitario: "si intende, quindi, creare le condizioni necessarie ad adeguare l'offerta di assistenza socio-sanitaria alle reali esigenze della popolazione molisana, offrendo, quindi prestazioni adeguate a una domanda in continua evoluzione, garantendo, al tempo stesso, un servizio Sanitario regionale universale e sostenibile dal punto di vista economico-finanziario." (pag.8)

Piano sociale: "Nella consapevolezza che le prestazioni e i livelli essenziali e omogenei rappresentano uno degli aspetti prioritari del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e nelle more della definizione dei livelli essenziali delle prestazioni da parte dello Stato, con la Legge regionale 13/2014 la Regione li definisce e ne garantisce l'esigibilità e, al fine di renderli espliciti, prevede la presa in carico integrata complessiva della persona, nonché la formalizzazione, nel caso di presenza di bisogni complessi, di piani di assistenza individuali." (pag.13)

Campania

Piano sanitario: "Il paziente al centro" non è una scelta di maniera o solo una proclamazione di intenti ma costituisce il presupposto per un impianto di sistema strutturato e ridisegnato con coerenza e corrispondenza, e deve essere riproposto in tutte le determinazioni e gli atti che la Regione Campania assumerà d'ora in poi, a partire dall'individuazione dei propri obiettivi, a cascata calati sulle Dirigenze aziendali chiamate alla operatività." (pag.14)

Piano sociale: "non può che essere di transizione e preparare le comunità campane, tra loro così diverse in quanto a caratteristiche economico-sociali, ad affrontare i cambiamenti essenzialmente promuovendo composizione ed integrazione di indirizzi programmatici, processi operativi e disponibilità finanziarie disponibili, per ottimizzare le risorse presenti e soddisfare il più possibile i bisogni dei propri cittadini." (pag.1)

Basilicata

Piano sanitario: "Il fine ultimo è quello di creare un sistema di garanzie per la salute e per l'integrazione sociosanitaria. Un sistema di garanzie significa rendere conto dei risultati e delle risorse utilizzate a tutti i portatori d'interesse del sistema assistenziale: ai/celle cittadini/cittadine; alla comunità e le sue espressioni organizzate; agli operatori sanitari; ai privati erogatori di servizi sanitari, ai fornitori di beni, al mondo della comunicazione e informazione." (pag.7)

Piano sociale: "Il piano intercomunale dei servizi sociali e sociosanitari sarà proposto in via inizialmente sperimentale e progressivamente consolidata: si intende, infatti, che questo innovativo modello di Piano possa avere la caratteristica di mettere a punto sul campo una metodologia di programmazione efficace e efficiente e di avviare un processo di governo territoriale dei servizi sociali che lo sia altrettanto." (pag.3)



Puglia

Piano sanitario: “In particolare, gli obiettivi generali del Piano prevedevano un consistente ridimensionamento dell’assistenza sanitaria ospedaliera in termini di posti letto per acuti e, contestualmente, un potenziamento dell’assistenza sanitaria territoriale con particolare riferimento alla riorganizzazione delle cure primarie secondo il Chronic Care Model, alla rete distrettuale, alle cure domiciliari, alla ridefinizione dei percorsi di cura materno-infantili e della rete dei consultori familiari, all’assistenza residenziale e semi-residenziale.” (pag.6)

Piano sociale: “Importantissime novità sono state introdotte, quindi, nel contesto e nello scenario di riferimento per i programmatori sociali a livello regionale e locale che sono destinate, anche se con tempi diversi, a modificare la governance per l’attuazione dei Piani sociali di Zona ma anche a innovare profondamente le Pratiche di intervento sociale per la cura, l’assistenza, la qualità della vita, l’inclusione sociale e l’autonomia possibile in favore delle persone, delle famiglie, delle comunità.” (pag.5)

Calabria

Piano sanitario: “Sta di fatto, che anche questo quarto programma operativo deve confrontarsi con le identiche criticità, Valore della Griglia Lea, Disavanzo, Mobilità Passiva. Sebbene, come detto, le criticità siano immutate, la sfida che si propone il Programma Operativo 2019 - 2021 è quella di affrontarle, innanzitutto, valorizzando tre componenti fondamentali per l’organizzazione, la Governance del Programma Operativo, i Sistemi Informativi, le Persone. (pag.5)

Piano sociale: “Le politiche sociali passano da una politica per settori ad una politica di interventi integrati proponendosi la realizzazione di un’organizzazione reticolare di servizi, capace di utilizzare metodologie di analisi, di progettazione e di gestione, in un’ottica attenta al monitoraggio e alla valutazione degli interventi.” (pag.17)

Regioni delle Isole

Sicilia

Piano sanitario: “Come noto questi anni di vigenza dei Piani di rientro hanno visto la Regione impegnata in un’azione di profondo e radicale rinnovamento del sistema sanitario regionale che ha dato luogo a quello che può definirsi un processo di riconversione strutturale per garantire la sostenibilità dei livelli essenziali di assistenza, coniugando qualità, sviluppo e disponibilità delle risorse.” (pag.5)

Piano sociale: “La programmazione espressa dai distretti socio-sanitari attraverso i Piani di Zona, nel rispetto del principio di autonomia del livello locale sovra comunale, dovrà dunque individuare la destinazione più efficace delle risorse del FNPS tenuto conto dei bisogni rilevati sul territorio e dell’offerta di servizi già attivata o da attivare.” (pag.3)

Sardegna

Piano sanitario: “...perché si fa sempre più strada, tra i decisori e tra gli operatori sanitari, la convinzione che i diversi servizi rivolti ai cittadini in ambito sociale e sanitario debbano essere sempre più interconnessi, con l’obiettivo di costruire una rete di assistenza e di cura che risponda ai bisogni del cittadino, riducendo al minimo gli sprechi.

Si tratta, come è ovvio, di un processo che richiede tempi e modalità gradualità, ma che è senza dubbio rivolto a cambiare la funzione stessa della struttura ospedaliera, così come è stata per lungo tempo intesa.” (pag.41)

Piano sociale: “...deve prevedere un potenziamento dell’integrazione socio-sanitaria e sviluppare una programmazione integrata in ogni territorio distrettuale. L’integrazione socio-sanitaria coinvolge tre diversi livelli: quello istituzionale, fra le diverse politiche e i diversi enti di governo, quello organizzativo e gestionale, fra i servizi dello stesso ente e di enti diversi e quello professionale, fra operatori di diversa formazione e competenza.” (pag.10)

5.3.2. Contenuto dei Piani

Se nel paragrafo precedente abbiamo esaminato la struttura dei Piani sanitari e sociali, in questo quantificheremo, per numero di pagine, lo spazio di attenzione dedicato ai temi principali trattati nei Piani. Le ragioni della scelta di questo metodo deriva dall’esigenza di offrire una visione di sintesi dell’insieme dei contenuti trattati nei Piani e le reciproche proporzioni.

Le tabelle di analisi sono costruite con riferimento alle diverse tipologie dei Piani e ai loro contenuti. Avremo quindi un primo gruppo che raccoglie i 6 Piani socio sanitari integrati e che, quindi, non si distingue tra Piani sociali e Piani sanitari; un secondo gruppo costituito dai 7 Piani sanitari e sociosanitari che nel complesso hanno le stesse caratteristiche; un terzo gruppo relativo agli 8 Piani sanitari delle Regioni in rientro; un quarto gruppo è relativo ai 7 Piani sociali; un quinto gruppo è delle 7 Regioni che hanno adottato linee guida o di indirizzo; infine il sesto gruppo che comprende la sola Valle d’Aosta che ha adottato il Piano di zona regionale.

L’esame dei Piani è condotto sulla base di tre griglie di analisi rispettivamente per i Piani sanitari e per i Piani sociali:

- A. La griglia A riporta i contenuti di carattere generale per numero di pagine dedicate ai singoli argomenti: numero totale delle pagine del Piano comprese quelle degli allegati; presentazione, introduzione e scelte di fondo; analisi del contesto (demografico, sociale, epidemiologico, ambientale, amministrativo, ecc.); assetti istituzionali, organizzativi e gestionali; assistenza sanitaria e sociale; risorse economico e finanziarie, accreditamenti, controlli; partecipazione, co-programmazione, co-progettazione e altre forme di coinvolgimento di soggetti terzi nella gestione dei servizi; lavoro, competenze, loro valorizzazione e formazione; iniziativa di innovazione tecnologica; sommario e numero allegati;
- B. la griglia B riporta i contenuti specifici all’assistenza sanitaria o sociale:
 - *nel caso dei Piani sanitari*: numero di pagine che il Piano dedica ai servizi sanitari (dato ripreso dalla griglia A); prevenzione; assistenza ospedaliera: reti cliniche; assistenza distrettuale; assistenza farmaceutica;
 - *nel caso dei Piani sociali*: numero di pagine che il Piano dedica ai servizi so-



ciali (dato ripreso dalla griglia A); accesso, comprensivo di segretariato sociale; prevenzione; inclusione sociale; servizi per le persone anziane; demenza; casa; altri (minori, giovani, adulti, dipendenze, immigrati, detenuti, disabilità);

C la terza griglia è riferita alla popolazione anziana costruita sul numero di pagine che nell'assistenza distrettuale (griglia B) trattano in modo specifico il tema dell'assistenza sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti. Operazione che in alcuni casi ha richiesto gli accorpamenti di paragrafi trattati in capitoli diversi dei Piani. Inoltre, non essendo stato possibile quantificare lo spazio dedicato alle singole voci dell'assistenza sociosanitaria agli anziani in quanto la trattazione dei singoli temi è fortemente articolata, quanto riportato in tabella sta a indicare se il tema è trattato nel merito (●) o se trattato in modo generico (o). Il che non significa che il servizio non viene fornito, ma solo che nel Piano non è messo in sufficiente evidenza.

Le voci della griglia sono:

- *nei Piani sanitari*: numero di pagine che il piano dedica alla assistenza distrettuale (dato ripreso dalla griglia B); numero di pagine dedicate alla Assistenza sociosanitaria agli anziani; accesso; Unità Valutazione Multidimensionale; Piano Assistenza Individuale; case Manager, assistenza domiciliare; assistenza residenziale; assistenza semiresidenziale; demenze;
- *nei Piani sociali*: pagine dedicate agli anziani; invecchiamento attivo; prevenzione; dote di cura; dimissioni protette; assistenza domiciliare; assistenza residenziale assistenza semiresidenziale

Questa ripartizione, riportata anche nella legenda delle tabelle, consente di valutare il "peso" dell'attenzione dedicato ai diversi temi sia nei singoli piani che nel loro complesso.

Vediamo nel dettaglio il contenuto per singoli gruppi di Piani.

5.3.2.1. Piani sociosanitari integrati

In questo gruppo (Tab.80) rientrano 6 piani delle regioni del Nord (Lombardia, Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Basilicata). Nel loro complesso questi Piani impegnano 855 pagine, allegati compresi, con una rilevante variabilità dimensionale: dalla Lombardia con 56 pagine alla Toscana con 256. Lo spazio principale è dedicato alla Assistenza sanitaria (40,7%) a cui segue la governance (19,7%), l'analisi di contesto con il (13,4%), le risorse (4,9%).

A questo primo gruppo che occupa il 78,7% del contenuto dei Piani, seguono in ordine decrescente il lavoro (3,6%), l'innovazione (3,4%), l'introduzione (2,9%) e la partecipazione (2,4%). Di questo primo gruppo è interessante rilevare, come verificheremo in seguito, il consistente spazio dedicato alla governance (19,7%) derivante dalla necessità di elaborare modelli innovativi capaci di garantire l'integrazione dei servizi.

Tab.80 – Pagine dedicate ai contenuti generali nei Piani sociosanitari integrati per singoli temi											
Regioni	Pag.	Intr.	Cont.	Govern.	Ass. SS.	Risorse	Part.	Lavoro	Innov.	Altro	N.all.
Lombardia	56	1	11	3	32	1	1	1	3	3	/
Liguria	184	2	50	46	52	8	2	10	4	10	3
Veneto	212	6	17	38	95	13	4	9	5	25	/
Emilia Romagna	64	4	12	13	10	5	2	1	1	16	2
Toscana	256	9	12	64	114	15	12	6	12	16	/
Basilicata	83	3	13	6	45	/	o	4	4	8	/
Totale	855	25	115	170	348	42	21	31	29	78	5
% su totale	100	2,9	13,4	19,7	40,7	4,9	2,4	3,6	3,4	9	=

Legenda

- Pag. (pagine): indica il numero totale delle pagine del piano comprese quelle degli allegati;
 - Intr. (introduzione): viene compresa la presentazione, l'introduzione, le scelte di fondo;
 - Cont. (contesto): l'analisi del contesto (demografico, sociale, epidemiologico, ambientale, amministrativo, ecc.);
 - Gover. (governance): viene compreso tutto ciò che attiene agli assetti istituzionali, organizzativi e gestionali;
 - Ass. (assistenza): tutto ciò che attiene ai servizi sanitari di prevenzione, ospedalieri e distrettuali;
 - Risorse: ciò che attiene alle risorse economico e finanziarie, agli accreditamenti, ai controlli;
 - Partecipazione: si riferisce alle forme di co-programmazione e co-progettazione e altre forme di coinvolgimento di soggetti terzi nella gestione dei servizi;
 - Lavoro: fa riferimento alle competenze, alla loro valorizzazione e formazione;
 - Innov. (innovazione): si riferisce alle iniziative di innovazione tecnologica;
 - Altro: sommario e elenchi;
 - N. all. (allegati): indica il numero degli allegati
- Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali



Riguardo alle 348 pagine dedicate dai Piani integrati all'assistenza (Tab.81) il loro contenuto si articola nel 57,2% nella assistenza distrettuale, nel 15,2% nella prevenzione, il 12,3% nella assistenza ospedaliera, l'8% nelle reti cliniche e il 7,3% nella assistenza farmaceutica.

Tab.81 – Pagine dedicate all'Assistenza nei Piani sociosanitari integrati per singoli temi						
Regioni	Pag.	Prev.	A. osped.	A. distrett.	Reti cliniche	A. Farm.
Lombardia	32	6	2	18	3	3
Liguria	52	6	9	16	11	10
Veneto	95	17	7	66	o	5
Emilia Romagna	10	2	3	5	o	o
Toscana	114	20	20	64	4	6
Basilicata	45	2	2	29	10	2
Totale	348	53	43	199	28	26
% su totale	100	15,2	12,3	57,2	8,0	7,3

Legenda

- Pag. (pagine): numero di pagine che il piano dedica ai servizi sanitari (dato ripreso dalla Tab.80 sui contenuti generali);
- Prev. (prevenzione): quanto attiene alle previsioni per la prevenzione;
- A.osp. (assistenza ospedaliera): quanto attiene ai servizi ospedalieri;
- R. clin. (reti cliniche); si riferisce ai servizi prestati dalle reti cliniche;
- A. distr. (assistenza distrettuale): ciò che riguarda i servizi di assistenza territoriale;
- A.farm. (assistenza farmaceutica): ciò che il piano prevede per l'assistenza farmaceutica.

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

Delle 199 pagine dei piani integrati dedicate all'assistenza distrettuale, 29 fanno riferimento agli anziani (il 12,6), con un'attenzione media dell'ordine di 4,1 pagine per ogni piano (Tab.82). Definire in dettaglio quantitativo il contenuto di queste pagine è praticamente impossibile e anche privo di significato. Quello che interessa mettere in evidenza è che tutti i piani entrano nel merito dei singoli servizi di assistenza (punti neri) e che nel complesso delle 855 pagine dei Piani integrati lo spazio dedicato in modo specifico alla assistenza agli anziani è il 2,9%.

Tab. 82 – Pagine dedicate all’Assistenza agli anziani nei Piani integrati per singoli temi										
Regioni	Pag.	A. SS Anziani	Integr.	UVM	PAI	C. Man.	Dom.	Res.	Semir.	Dem.
Lombardia	18	4	•	•	•	•	•	•	•	•
Liguria	16	5	•	•	•	•	•	•	•	•
Veneto	66	2	•	•	•	•	•	•	•	•
Emilia Romagna*	6	4	•	•	•	•	•	•	•	•
Toscana*	64	6	•	•	•	•	•	•	•	•
Basilicata	29	4	•	•	•	•	•	•	•	•
Totale	199	25	•	•	•	•	•	•	•	•
% su totale	100	12,6	•	•	•	•	•	•	•	•

Legenda: • Tema trattato nel merito - o Tema con riferimenti generali - / Tema non trattato

- Pag. (pagine): numero di pagine che il piano dedica alla assistenza distrettuale (dato ripreso dalla Tab.80 sulla assistenza sanitaria) ;

- Ass. SS anziani: numero di pagine dedicate alla Assistenza sociosanitaria agli anziani

- Integr. (integrazione): se è punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- UVM (Unità Valutazione Multidimensionale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- PAI (Piano Assistenza Individuale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- C. man. (case Manager): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- Dom. (assistenza domiciliare): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- Res. (assistenza residenziale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- Semir. (assistenza semiresidenziale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- Dem. (demenze): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine.

Fonte: elaborazione Ausser su Piani sanitari e sociali regionali

5.3.2.2. Piani sanitari e sociosanitari

Nel gruppo dei Piani sanitari e sociosanitari (Tab.83) rientrano 7 Piani (V. d’Aosta, Friuli V.G., P.A. Bolzano, P.A. Trento, Marche, Umbria, Sardegna). Nel complesso impegnano 1052 pagine. Di queste il 43% è dedicato all’assistenza, il 15,8% alla analisi del contesto, il 13,4% alla governance. Alle risorse è dedicato il 3,5% delle pagine. Il totale di questi quattro argomenti interessa il 77,7% dei Piani. Seguono le pagine dedicate all’introduzione (4,8%), il lavoro e l’innovazione ambedue con il 3,6% e la partecipazione con l’1,2%.

Tab.83 – Pagine dedicate ai contenuti generali nei Piani sanitari e sociosanitari per singoli temi											
Regioni	Pag.	Intr.	Cont.	Govern.	Ass. S.	Risorse	Part.	Lavoro	Innov.	Altro	N.all.
V. d'D'Aosta*	122	14	2	19	49	8	o	12	3	15	1
Friuli VG	108	2	o	17	19	3	1	2	2	62	1
P.A. Bolzano	76	8	8	13	25	/	2	5	4	11	2
P.A. Trento	66	10	5	16	25	/	0,5	0,5	1	8	o
Marche	205	6	65	28	93	/	o	3	3	7	4
Umbria	332	7	51	43	159	11	9	15	25	12	/
Sardegna	143	3	35	5	82	15	o	o	o	3	/
Totale	1052	50	166	141	452	37	12,5	37,5	38	118	8
% su totale	100	4,8	15,8	13,4	43,0	3,5	1,2	3,6	3,6	11,2	

Legenda

- Pag. (pagine): indica il numero totale delle pagine del piano comprese quelle degli allegati;
- Intr. (introduzione): viene compresa la presentazione, l'introduzione, le scelte di fondo;
- Cont. (contesto): l'analisi del contesto (demografico, sociale, epidemiologico, ambientale, amministrativo, ecc.);
- Gover. (governance): viene compreso tutto ciò che attiene agli assetti istituzionali, organizzativi e gestionali;
- Ass. (assistenza): tutto ciò che attiene ai servizi sanitari di prevenzione, ospedalieri e distrettuali;
- Risorse: ciò che attiene alle risorse economico e finanziarie, agli accreditamenti, ai controlli;
- Partecipazione: si riferisce alle forme di co-programmazione e co-progettazione e altre forme di coinvolgimento di soggetti terzi nella gestione dei servizi;
- Lavoro: fa riferimento alle competenze, alla loro valorizzazione e formazione;
- Innov. (innovazione): si riferisce alle iniziative di innovazione tecnologica;
- Altro: sommario e elenchi;
- N. all. (allegati): indica il numero degli allegati.

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

Le 452 pagine della assistenza dei piani sanitari e sociosanitari (Tab.84) sono dedicate per il 44,7% alla assistenza distrettuale, il 27% alla prevenzione, il 17,8% alla assistenza ospedaliera, il 7,9% alle reti cliniche e il 2,7% alla assistenza farmaceutica.

Tab.84 – Pagine dedicate alla Assistenza nei Piani sociali e sociosanitari per singoli temi						
Regioni	Pag.	Prev.	A. osped.	A. distrett.	Reti cliniche	A. Farm.
V. D'Aosta	49	9	18	22	o	o
Friuli VG	19	1	4	11	2	1
P.A. Bolzano	25	1	14	4	6	o
P.A. Trento	25	16	0,5	8	0,5	o
Marche	93	20	22	37	10	4
Umbria	159	30	8	97	17	7
Sardegna	82	45	14	23	o	o
Totale	452	122	80,5	202	35,5	12
% su totale	100	27,0	17,8	44,7	7,9	2,7

Legenda

- Pag. (pagine): numero di pagine che il piano dedica ai servizi sanitari (dato ripreso dalla Tab.83 sui contenuti generali);
- Prev. (prevenzione): quanto attiene alle previsioni per la prevenzione;
- A.osp. (assistenza ospedaliera): quanto attiene ai servizi ospedalieri;
- R. clin. (reti cliniche); si riferisce ai servizi prestati dalle reti cliniche;
- A. distr. (assistenza distrettuale): ciò che riguarda i servizi di assistenza territoriale;
- A. farm. (assistenza farmaceutica): ciò che il piano prevede per l'assistenza farmaceutica.

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

Delle 202 pagine dell'assistenza distrettuale (Tab.85) 23 sono dedicate agli anziani (11,4%), con un'attenzione media di circa 3 pagine. La ripartizione per i singoli servizi per gli anziani non è possibile quantificarla, ma anche qui interessa rilevare che sul totale delle 1.052 pagine dei piani del gruppo alla assistenza agli anziani è dedicato il 2,2% dello spazio.



Tab.85 – Pagine dedicate all’Assistenza agli anziani nei Piani sanitari e sociosanitari per singoli temi										
Regioni	Pag.	Anziani	Integr.	UVM	PAI	C. Man.	Dom.	Res.	Semir.	Dem.
V. D’Aosta	22	4	•	•	•	•	•	•	•	•
Friuli VG	11	1	•	•	•	•	•	•	•	•
P.A. Bolzano	4	2	•	o	o	o	•	•	•	•
P.A. Trento	8	1	•	o	o	o	•	•	o	o
Marche	37	4	•	•	•	•	•	•	•	•
Umbria	97	8	•	•	•	•	•	•	•	•
Sardegna	23	3	o	o	o	o	•	•	•	•
Totale	202	23								
% su totale	100	11,4								

Legenda: • Tema trattato nel merito – o Tema con riferimenti generali – / Tema non trattato

- Pag. (pagine): numero di pagine che il piano dedica alla assistenza distrettuale (dato ripreso dalla Tab.83 sulla assistenza sanitaria);

- Ass. SS anziani: numero di pagine dedicate alla Assistenza sociosanitaria agli anziani

- Integr. (integrazione): se è punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- UVM (Unità Valutazione Multidimensionale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- PAI (Piano Assistenza Individuale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- C. man. (case Manager): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- Dom. (assistenza domiciliare): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- Res. (assistenza residenziale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- Semir. (assistenza semiresidenziale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- Dem. (demenze): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine.

Fonte: elaborazione Ausser su Piani sanitari e sociali regionali

5.3.2.3. Piani delle Regioni in rientro

I Piani delle Regioni in rientro (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia) (Tab.86) rappresentano un gruppo del tutto particolare in quanto è costituito da documenti programmatici prioritariamente finalizzati a ricondurre i bilanci sanitari delle Regioni entro parametri di accettabilità. Ne consegue che il profilo dei Piani, definito in sede commissariale in rapporto agli uffici regionali, è profondamente segnato dagli obiettivi di rientro economico finanziario per i singoli servizi. Una riprova di questa caratteristica è data dallo spazio dei Piani dedicato al tema delle risorse che si colloca al 21,2%. Si consideri che negli altri gruppi lo spazio dedicato alle risorse si attesta sotto il 5%, ed in alcuni piani il tema non è nemmeno trattato, ma su questo argomento torneremo in seguito.

La dimensione dei piani varia da un minimo di 63 pagine dell’Abruzzo a un massimo di 259 pagine della Puglia. Il 47,5% delle 1.272 pagine dei Piani è dedicato alla assistenza sanitaria, il 19,2% alle risorse, il 17,1% alla governance, il 4,6% alle analisi di contesto. Questi tre argomenti impegnano l’88,4% dei Piani. Gli altri argomenti occupano il 4,0% il lavoro, il 3,8% l’introduzione e lo 0,4% l’innovazione. Questi dati consentono una ulteriore caratterizzazione del gruppo tenuto conto

delle poche pagine dedicate all'analisi del contesto (a conferma che il focus dei piani è la gestione interna) e alle numerose pagine dedicate alla governance, anche queste derivanti dall'esigenza di elaborare modelli più efficaci di gestione.

Box.5 - Regioni sottoposte a Piani di Rientro

Attualmente sono sottoposte alla disciplina dei Piani di Rientro sette Regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia, Sicilia.

I programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione, di potenziamento del Servizio sanitario regionale (chiamati Piani di rientro) nascono con la Legge finanziaria del 2005 (Legge 311/2004) e sono allegati ad accordi stipulati dai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze con le singole Regioni. I Piani devono contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) per renderle conformi con la programmazione nazionale e con il vigente decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di fissazione dei LEA, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario.

In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, i Piani di rientro proseguono secondo programmi operativi di durata triennale.

Tab.86 – Pagine dedicate ai contenuti generali nei piani di rientro per singoli temi

Regioni	Pag.	Intr.	Cont.	Govern.	Ass. SS	Risorse	Part.	Lavoro	Innov.	Altro	N.all.
Piemonte	146	17	15	14	86	5	o	4	o	5	1
Lazio	193	7	9	29	50	78	/	10	3	7	1
Abruzzo	63	1	4	12	18	21	/	4	ò	3	/
Molise	110	2	4	21	65	7	/	8	o	3	/
Campania	97	7	o	21	49	11	/	2	o	7	/
Puglia	259	11	25	25	172	13	/	7	o	6	2
Calabria	244	3	o	56	106	69	/	5	o	5	1
Sicilia	160	1	2	40	59	40	/	12	2	4	/
Totale	1.272	49	59	218	605	244	/	52	5	40	5
% su totale	100	3,8	4,6	17,1	47,5	19,2	/	4,0	0,4	3,1	=

Legenda

- Pag. (pagine): indica il numero totale delle pagine del piano comprese quelle degli allegati;
- Intr. (introduzione): viene compresa la presentazione, l'introduzione, le scelte di fondo;
- Cont. (contesto): l'analisi del contesto (demografico, sociale, epidemiologico, ambientale, amministrativo, ecc.);
- Gover. (governance): viene compreso tutto ciò che attiene agli assetti istituzionali, organizzativi e gestionali;
- Ass. (assistenza): tutto ciò che attiene ai servizi sanitari di prevenzione, ospedalieri e distrettuali;
- Risorse: ciò che attiene alle risorse economico e finanziarie, agli accreditamenti, ai controlli;
- Partecipazione: si riferisce alle forme di co-programmazione e co-progettazione e altre forme di coinvolgimento di soggetti terzi nella gestione dei servizi;
- Lavoro: fa riferimento alle competenze, alla loro valorizzazione e formazione;
- Innov. (innovazione): si riferisce alle iniziative di innovazione tecnologica;
- Altro: sommario e elenchi;
- N. all. (allegati): indica il numero degli allegati

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali



Le 605 pagine dell'assistenza sono ripartite (Tab.87) per il 35,2% nell'assistenza distrettuale, il 21,3% nella assistenza ospedaliera, il 14% nell'assistenza farmaceutica, il 16% nella prevenzione e l'13,3% nelle reti cliniche. Anche qui l'attenzione data all'assistenza farmaceutica sta a indicare l'esigenza di intervenire su una delle voci particolarmente sensibile del bilancio sanitario regionale.

Tab.87 – Pagine dedicate alla Assistenza nei Piani di rientro per singoli temi						
Regioni	Pag.	Prev.	A. osped.	A. distrett.	Reti cliniche	A. Farm.
Piemonte	86	14	16	32	24	o
Lazio	50	11	8	24	1	6
Abruzzo	18	2	9	7	o	o
Molise	65	2	23	20	13	7
Campania	49	11	14	20	o	4
Puglia	172	19	34	82	o	37
Calabria	106	20	20	8	31	27
Sicilia	59	18	5	20	12	4
Totale	605	97	129	213	81	85
% su totale	100	16,0	21,3	35,2	13,3	14,0

Legenda

- Pag. (pagine): numero di pagine che il piano dedica ai servizi sanitari (dato ripreso dalla Tab.86 sui contenuti generali);

- Prev. (prevenzione): quanto attiene alle previsioni per la prevenzione;

- A.osp. (assistenza ospedaliera): quanto attiene ai servizi ospedalieri;

- R. clin. (reti cliniche); si riferisce ai servizi prestati dalle reti cliniche;

- A.distr. (assistenza distrettuale): ciò che riguarda i servizi di assistenza territoriale;

- A.farm. (assistenza farmaceutica): ciò che il piano prevede per l'assistenza farmaceutica.

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

Le 213 pagine dedicate alla assistenza distrettuale, il 15,5%, sono dedicate agli anziani: circa 4 pagine a Piano (Tab.88). Nel merito della loro ripartizione per i diversi servizi si può osservare dalla tabella come la trattazione di merito riguarda essenzialmente i servi domiciliari e residenziali, mentre per altri ci si limita a riferimenti generali. Sul complesso delle 1.272 pagine del gruppo il 2,6% è dedicato agli anziani.

Tab.88 – Pagine dedicate all'Assistenza sociosanitaria agli anziani per singoli temi										
Regioni	Pag.	Anziani	Integr.	UVM	PAI	C. Man.	Dom.	Res.	Semir.	Dem.
Piemonte	32	4	•	•	•	•	•	•	•	•
Lazio	24	2	•	o	o	o	•	•	•	•
Abruzzo	7	4	•	o	o	o	•	•	•	•
Molise	20	4	•	o	o	o	•	•	•	•
Campania	20	2	o	o	o	o	•	•	o	•
Puglia	82	12	•	•	•	•	•	•	•	•
Calabria	8	2	o	o	o	o	•	•	•	•
Sicilia	20	3	o	o	o	o	•	•	•	•
Totale	213	33								
% su totale	100	15,5								

Legenda: • Tema trattato nel merito – o Tema con riferimenti generali - / Tema non trattato

- Pag. (pagine): numero di pagine che il piano dedica alla assistenza distrettuale (dato ripreso dalla Tab.86 sulla assistenza sanitaria) ;

- Ass. SS anziani: numero di pagine dedicate alla Assistenza sociosanitaria agli anziani

- Integr. (integrazione): se è punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- UVM (Unità Valutazione Multidimensionale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- PAI (Piano Assistenza Individuale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- C. man. (case Manager): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- Dom. (assistenza domiciliare): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- Res. (assistenza residenziale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- Semir. (assistenza semiresidenziale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- Dem. (demenze): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine.

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

5.3.2.4. Piani sociali

Il gruppo delle Regioni con Piani sociali comprende Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria (Tab.89). Nel loro complesso i Piani sviluppano 803 pagine con una variabilità che va dal minimo di 53 pagine della Puglia, ad un massimo di 213 pagine del Lazio. Lo spazio dedicato ai singoli argomenti vede in testa le analisi di contesto con il 35,2% delle pagine, a cui segue l'assistenza sociale con il 25,7%, la governance con il 16,4% e le risorse con l'8,5%. Questi primi 4 temi occupano l'85,8% dello spazio. A questi argomenti segue: introduzione (3,7%), innovazione (2,2%), partecipazione (1,4%), LEP (1,2%), lavoro (0,5%).



Tab.89 - Pagine dedicate ai contenuti generali nei Piani sociali per singoli temi

Regioni	Pag.	Intr.	Cont.	Gov.	Ass.	Ris.	LEPS/ Liveas	Part.	Lav.	Innov.	Altro	Altro
Umbria	112	4	30	18	33	12	4	1	2	o	8	8
Lazio	213	12	77	17	64	19	3	5	1	13	2	2
Abruzzo	136	3	54	27	24	14	o	5	o	4	5	5
Molise	136	2	64	22	34	4	2	o	1	1	6	6
Campania	78	1	26	15	23	6	o	o	o	o	7	7
Puglia	53	4	8	8	18	9	o	o	o	o	6	6
Calabria	75	4	24	25	10	4	1	o	o	o	7	7
Totale	803	30	283	132	206	68	10	11	4	18	41	41
% su totale	100	3,7	35,2	16,4	25,7	8,5	1,2	1,4	0,5	2,2	5,1	5,1

Legenda

- pag. (pagine): indica il numero totale delle pagine del Piano comprese quelle degli allegati;
- intr. (introduzione): viene compresa la presentazione, l'introduzione, le scelte di fondo;
- cont. (contesto): analisi del contesto (demografico, sociale, ambientale, amministrativo, ecc.);
- gover. (governance): viene compreso tutto ciò che attiene agli assetti istituzionali, organizzativi e gestionali;
- ass. (assistenza sociale): tutto ciò che attiene ai servizi sociali di prevenzione, e assistenza;
- LEPS - Liveas: se previsti
- risorse: ciò che attiene alle risorse economiche e finanziarie, agli accreditamenti, ai controlli;
- partecipazione: si riferisce alle forme di co-programmazione e co-progettazione e altre forme di coinvolgimento di soggetti terzi nella gestione dei servizi;
- lavoro: fa riferimento alle competenze, alla loro valorizzazione e formazione;
- innov. (innovazione): si riferisce alle iniziative di innovazione tecnologica;
- altro: sommario e elenchi;
- all. (allegati): indica il numero degli allegati.

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

All'assistenza sociale (Tab.90), con il 25,7% di pagine, viene dedicato poco più di un quarto dello spazio, grosso modo lo stesso spazio riservato ai temi riguardanti la gestione del sistema (governance e risorse 24,9%).

Il 25,7% dell'assistenza è dedicato per il 48% a minori, giovani, adulti, famiglie, dipendenze, immigrati, detenuti, persone con disabilità, l'11,7% ai servizi per l'accesso, il 10,2% agli anziani, l'8,7% alla famiglia e alla inclusione sociale, il 6,6% alla prevenzione, il 3,1% alla demenza e alla casa.

Tab.90 – Pagine dedicate all'Assistenza nei Piani sociali per singoli temi									
Regioni	Pag.	Prev.	Acc.	Incl. S.	Anziani	Famiglia	Dem.	Casa	Altri
Umbria	33	3	2	6	4	5	2	1	10
Lazio	64	4	7	1	5	2	1	4	40
Abruzzo	24	o	4	1	2	2	o	o	15
Molise	34	o	4	1	4	5	1	o	9
Campania	23	3	3	5	2	1	o	o	9
Puglia	18	3	2	2	2	1	1	1	6
Calabria	10	o	1	1	1	1	1	o	5
Totale	196	13	23	17	20	17	6	6	94
% su totale	100	6,6	11,7	8,7	10,2	8,7	3,1	3,1	48,0

Legenda

- pag. (pagine): numero di pagine che il Piano dedica ai servizi sociali (dato ripreso dalla tabella dei contenuti generali);

- acc. (accesso): comprensivo di segretariato sociale;

- prev. (prevenzione): quanto attiene alle previsioni per la prevenzione;

- incl. (inclusione sociale): pagine dedicate ai servizi per l'inclusione;

- anziani: pagine dedicate ai servizi per le persone anziane;

- altri: comprende minori, giovani, adulti, famiglie, dipendenze, immigrati, detenuti,, disabilità

- dem. (demenza): pagine dedicate ai servizi per le persone con demenza;

- casa: pagine dedicate ai servizi per le persone con problemi abitativi;

- altri: comprende minori, giovani, adulti, dipendenze, immigrati, detenuti, disabilità.

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali



Le 20 pagine dedicate agli anziani, dalle 5 del Lazio all'unica della Calabria, sono impegnate a trattare nel merito o in termini generali, i vari servizi di assistenza alla non autosufficienza (Tab.91) .

Tab.91 – Pagine dedicate agli anziani nei Piani sociali per singoli temi								
Regioni	Pag.	I.A.	Prev.	Dote cura	Dim. Prot	Domic.	Resid.	Semi. Res.
Umbria	4	•	•	•	•	•	•	•
Lazio	5	•	•	o	•	•	•	•
Abruzzo	2	•	o	o	•	•	•	•
Molise	4	•	o	o	•	•	•	•
Campania	2	•	o	•	o	•	•	•
Puglia	2	•	o	•	o	•	•	•
Calabria	1	•	o	•	•	•	•	•
Totale	20	•	•	•	•	•	•	•

Legenda: • Tema trattato nel merito – o Tema con riferimenti generali - / Tema non trattato

- pag. (pagine): numero di pagine che l'assistenza distrettuale (dato ripreso dalla tabella sulla assistenza sociale) sono dedicate agli anziani;

- I.A. (invecchiamenti attivo): se è un punto di attenzione e eventuali e numero di pagine;

- prev. (prevenzione);

- dote c. (dote di cura): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- dom. (assistenza domiciliare): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- res. (assistenza residenziale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- semir. (assistenza semiresidenziale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine.

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

5.3.2.5. Linee guida o indirizzi per i Piani di zona

Un gruppo di 6 Regioni (Piemonte, Friuli VG, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Marche, Sicilia, Sardegna) (Tab.92) invece del Piano sociale regionale hanno scelto di adottare Linee guida per i piani di zona. L'insieme di questi documenti occupa 578 pagine, di cui il 36,5% è dedicato all'assistenza sociale, il 28,2% alla governance, il 10,2% alle risorse, il 7,5 alle introduzioni e il 5,8% alla analisi del contesto: a questo primo gruppo di temi è dedicato l'88,2% dello spazio. A questi segue la partecipazione con il 3,8%, il lavoro 1,6%, il LEP 0,5% e l'innovazione 0,2%.

Tab.92 - Pagine dedicate ai contenuti generali nelle Linee guida o indirizzi per i Piani sociali per singoli temi												
Regioni	Pag.	Intr.	Cont.	Gov.	Assist.	Ris.	LEPS liveas	Part.	Lav.	Innov.	Altro	All.
Piemonte	19	0,5	3	13,5	/	1	/	1	o	o	/	/
Friuli VG	31	2	o	16	8	3	o	o	2	o	/	/
P.A. Bolzano	269	17	o	82	94	36	o	17	6	o	/	/
P.A. Trento	69	10	10	12	23	2	3	2	/	1	/	4
Marche	92	2	17	17	39	10	o	2	1	o	/	/
Sicilia	62	5	2	4	45	3	o	o	o	o	/	2
Sardegna	36	7	2	18	2	3	o	o	o	o	/	4
Totale	578	43,5	34	162,5	211	58	3	22	9	1	/	10
% su totale	100	7,5	5,8	28,2	36,5	10,2	0,5	3,8	1,6	0,2	/	

Legenda

- pag. (pagine): indica il numero totale delle pagine del Piano comprese quelle degli allegati;
- intr. (introduzione): viene compresa la presentazione, l'introduzione, le scelte di fondo;
- cont. (contesto): analisi del contesto (demografico, sociale, ambientale, amministrativo, ecc.);
- gover. (governance): viene compreso tutto ciò che attiene agli assetti istituzionali, organizzativi e gestionali;
- ass.s. (assistenza sociale): tutto ciò che attiene ai servizi sociali di prevenzione, e assistenza;
- LEPS - Liveas: se previsti
- risorse: ciò che attiene alle risorse economiche e finanziarie, agli accreditamenti, ai controlli;
- partecipazione: si riferisce alle forme di co-programmazione e co-progettazione e altre forme di coinvolgimento di soggetti terzi nella gestione dei servizi;
- lavoro: fa riferimento alle competenze, alla loro valorizzazione e formazione;
- innov. (innovazione): si riferisce alle iniziative di innovazione tecnologica;
- altro: sommario e elenchi;
- all. (allegati): indica il numero degli allegati.

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali



Delle 211 pagine dedicate all'assistenza (Tab.93), con comportamenti molto difformi delle singole Regioni, il 50,7% sono dedicate a minori, giovani, adulti, famiglie, dipendenze, immigrati, detenuti, persone con disabilità, il 13,5% a anziani, il 10,7% a persone con demenza, il 10,4 all'inclusione sociale, il 7,3% alla famiglia, il 3,3% alla prevenzione, il 2,6% alla casa, l'1,4% all'accesso ai servizi.

Tab.93– Pagine dedicate all'Assistenza nelle Linee guida e indirizzi per i Piani sociali per singoli temi

Regioni	Pag.	Prev.	Acc.	Incl. S.	Anziani	Famiglia	Dem.	Casa	Altri
Piemonte	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Friuli VG	8	o	o	o	0,5	0,5	0,5	0,5	6
P.A. Bolzano	94	o	o	15	14	8	6	2	49
P.A. Trento	23	1	1	2	2	2	1	1	13
Marche	39	6	2	5	4	5	1	2	14
Sicilia	45	o	o	o	8	o	14	o	23
Sardegna	2	o	o						2
Totale	211	7	3	22	28,5	15,5	22,5	5,5	107
% su totale	100	3,3	1,4	10,4	13,5	7,3	10,7	2,6	50,7

Legenda

- pag. (pagine): numero di pagine che il piano dedica ai servizi sociali (dato ripreso dalla tabella dei contenuti generali);
- acc. (accesso): comprensivo di segretariato sociale;
- prev. (prevenzione): quanto attiene alle previsioni per la prevenzione;
- incl. (inclusione sociale): pagine dedicate ai servizi per l'inclusione;
- anziani: pagine dedicate ai servizi per le persone anziane;
- altri: comprende minori, giovani, adulti, famiglie, dipendenze, immigrati, detenuti, disabilità
- dem. (demenza): pagine dedicate ai servizi per le persone con demenza;
- casa: pagine dedicate ai servizi per le persone con problemi abitativi;
- altri: comprende minori, giovani, adulti, dipendenze, immigrati, detenuti, disabilità.

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

Le 28,5 pagine dedicate agli anziani (dalle 14 della PA di Bolzano, alla mezza del Friuli VG), sono dedicate ai vari servizi dell'assistenza approfondendo in varia misura i singoli temi (Tab.94).

Tab.94 – Pagine dedicate agli anziani nelle Linee guida e indirizzi per i Piani sociali per singoli temi								
Regioni	Pag.	Invec. attivo.	Prev.	Dote cura	Dim. prot	Domic.	Resid.	Semi. res.
Piemonte	o	/	/	/	/	/	/	/
Friuli VG	1/2	•	•	o	•	•	•	•
P.A. Bolzano	14	•	•	o	•	•	•	•
P.A. Trento	2	•	•	•	•	•	•	•
Marche	4	•	•	•	•	•	•	•
Sicilia	8	o	o	•	o	•	•	•
Sardegna	•	o	o	o	o	o	o	o
Totale	28,5	•	•	•	•	•	•	•

Legenda: • Tema trattato nel merito – o Tema con riferimenti generali - / Tema non trattato

- pag. (pagine): numero di pagine che l'assistenza distrettuale (dato ripreso dalla tabella sulla assistenza sociale) sono dedicate agli anziani;

- I.A. (invecchiamenti attivo): se è un punto di attenzione e eventuali e numero di pagine;

- prev. (prevenzione);

- dote c. (dote di cura): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- dom. (assistenza domiciliare): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- res. (assistenza residenziale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- semir. (assistenza semiresidenziale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine.

Fonte: elaborazione Ausser su Piani sanitari e sociali regionali

5.3.2.6. Piano di Zona

La Valle d'Aosta (Tab.95) è l'unica Regione che ha adottato a livello regionale direttamente il Piano di Zona che complessivamente si sviluppa su 194 pagine dedicate per il 39,2% all'assistenza sociale, il 23,2% all'analisi di contesto, il 14,9% alla governance e l'8,2% alle risorse e all'introduzione. Complessivamente questi 5 argomenti impegnano il 93,7% del Piano. A questi seguono il lavoro 2,1% e l'innovazione 0,5%.



Tab.95 - Pagine dedicate ai contenuti generali nel Piano di zona della Valle d'Aosta sociali per singoli temi

Regioni	Pag.	Intr.	Cont.	Gov.	Ass. S.	Ris.	LEPS Liveas	Part.	Lav.	Innov.	Altro	All.
V. D'Aosta	194	16	45	29	76	16	o	o	4	1	7	2
% su totale	100	8,2	23,2	14,9	39,2	8,2	o	o	2,1	0,5	3,6	

Legenda

- pag. (pagine): indica il numero totale delle pagine del piano comprese quelle degli allegati;
- intr. (introduzione): viene compresa la presentazione, l'introduzione, le scelte di fondo;
- cont. (contesto): analisi del contesto (demografico, sociale, ambientale, amministrativo, ecc.);
- gover. (governance): viene compreso tutto ciò che attiene agli assetti istituzionali, organizzativi e gestionali;
- integr. (integrazione): se è punto di attenzione e eventuale numero di pagine;
- ass.s. (assistenza sociale): tutto ciò che attiene ai servizi sociali di prevenzione, e assistenza;
- LEPS - Liveas: se previsti
- risorse: ciò che attiene alle risorse economiche e finanziarie, agli accreditamenti, ai controlli;
- partecipazione: si riferisce alle forme di co-programmazione e co-progettazione e altre forme di coinvolgimento di soggetti terzi nella gestione dei servizi;
- lavoro: fa riferimento alle competenze, alla loro valorizzazione e formazione;
- innov. (innovazione): si riferisce alle iniziative di innovazione tecnologica;
- altro: sommario e elenchi;
- all. (allegati): indica il numero degli allegati.

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

Le 76 pagine del Piano dedicate all'assistenza (Tab.96) il 57,9 sono dedicate a minori, giovani, adulti, famiglie, dipendenze, immigrati, detenuti, persone con disabilità, il 15,8% agli anziani, l'11,8% ai servizi per l'accesso, il 19,5 alla famiglia e il 3,9 alla prevenzione.

Tab.96 – Pagine dedicate all'Assistenza nel Piano di zona della Valle d'Aosta sociali per singoli temi

Regioni	Pag.	Prev.	Acc.	Incl. S.	Anziani	Famiglia	Dem.	Casa	Altri
V. D'Aosta	76	3	9	o	12	8	o	o	44
% su totaleT	100	3,9	11,8	o	15,8	10,5	o	o	57,9

Legenda

- pag. (pagine): numero di pagine che il piano dedica ai servizi sociali (dato ripreso dalla tabella dei contenuti generali);
- acc. (accesso): comprensivo di segretariato sociale;
- prev. (prevenzione): quanto attiene alle previsioni per la prevenzione;
- incl. (inclusione sociale): pagine dedicate ai servizi per l'inclusione;
- anziani: pagine dedicate ai servizi per le persone anziane;
- altri: comprende minori, giovani, adulti, famiglie, dipendenze, immigrati, detenuti,, disabilità
- dem. (demenza): pagine dedicate ai servizi per le persone con demenza;
- casa: pagine dedicate ai servizi per le persone con problemi abitativi;
- altri: comprende minori, giovani, adulti, dipendenze, immigrati, detenuti, disabilità.

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

Le 12 pagine dedicate agli anziani (Tab.97) si concentrano prevalentemente sui servizi residenziali e domiciliari. In parte anche all'invecchiamento attivo e alla prevenzione.

Tab.97 – Pagine dedicate agli anziani nel Piano di zona della Valle d'Aosta per singoli temi								
Regioni	Pag.	Invec. attivo.	Prev.	Dote cura	Dim. prot	Domic.	Resid.	Semi. res.
V. D'Aosta	12	•	•	o	•	•	•	•

Legenda: • Tema trattato nel merito – o Tema con riferimenti generali - / Tema non trattato

- pag. (pagine): numero di pagine che l'assistenza distrettuale (dato ripreso dalla tabella sulla assistenza sociale) sono dedicate agli anziani;

- I.A. (invecchiamenti attivo): se è un punto di attenzione e eventuali e numero di pagine;

- prev. (prevenzione);

- dote c. (dote di cura): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- dom. (assistenza domiciliare): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- res. (assistenza residenziale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine;

- semir. (assistenza semiresidenziale): se è un punto di attenzione e eventuale numero di pagine.

Fonte: elaborazione Ausser su Piani sanitari e sociali regionali

5.3.2.7. Sintesi contenuti

Nel loro insieme le diverse fattispecie di Piani sanitari e Piani sociali impegnano circa 4.735 pagine di cui 3.179 nei Piani sanitari (compresi i 18 allegati) e 1.556 nei Piani sociali (anche qui compresi i 30 allegati, ma senza tener conto delle pagine di contenuto sociale dei piani integrati). Sia i Piani sanitari che quelli sociale hanno una rilevante variabilità tra di essi: per i primi si va da un minimo di 56 pagine del Piano sociosanitario integrato della Lombardia, a un massimo di 332 pagine del Piano dell'Umbria; per i secondi da un minimo di 31 pagine per il Friuli VG ad un massimo di 269 per la PA di Bolzano.

Nel complesso dei Piani sanitari (Tab.98), compresi quelli integrati, lo spazio maggiore è dedicato al tema dell'Assistenza sanitaria che occupa il 44,2% dei Piani, cioè meno della metà è dedicato a quello che dovrebbe essere il loro tema centrale. Seguono per ordine di grandezza: il 16,6% dedicato ai temi della governance, dove sono trattati i problemi organizzativi dei sistemi sanitari regionali; il 10,7% dedicato a descrivere i contesti entro cui si realizza il servizio sanitario; il 10,2% dedicato alle risorse che alimentano il sistema. A questo primo gruppo di temi, che nel complesso occupano l'81,7% dei Piani, seguono le introduzioni ai Piani (3,9%), il tema del lavoro (3,8%), quello della innovazione tecnologica (2,3%), la partecipazione (3,8%). Infine c'è un 7,4% di pagine dedicato all'impaginazione.



Tab.98 - Sintesi delle pagine dedicate ai contenuti generali dei Piani sanitari											
	Pag.	Intr.	Cont.	Govern.	Ass. SS.	Risorse	Part.	Lavoro	Innov.	Altro	N.all.
Piani integrati	855	25	115	170	348	42	21	31	29	78	5
Piani sanitari e sociosanitari	1052	50	166	141	452	37	12,5	37,5	38	118	8
Piani Regioni in rientro	1.272	49	59	218	605	244	/	52	5	40	5
Totale	3179	124	340	529	1405	323	33,5	120,5	72	236	18
% su totale	100	3,9	10,7	16,6	44,2	10,2	3,8	3,8	2,3	7,4	

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

Le pagine dedicate all'assistenza (Tab.99) sono ripartite per il 43,7% per i servizi distrettuali, il 19,4% per la prevenzione, il 18% per i servizi ospedalieri, il 10,3% per le reti cliniche e l'8,8% per l'assistenza farmaceutica.

Tab.99 - Sintesi delle pagine dedicate all'Assistenza nei Piani sanitari						
	Pag.	Prev.	A. osped.	A. distrett.	Reti cliniche	A. Farm.
Piani integrati	348	53	43	199	28	26
Piani sanitari e sociosanitari	452	122	80,5	202	35,5	12
Piani Regioni in rientro	605	97	129	213	81	85
Totale	1405	272	252,5	614	144,5	123
% su totale	100	19,4	18,0	43,7	10,3	8,8

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

Riguardo i contenuti dei Piani sociali (esclusi i Piani integrati) (Tab.100) , lo spazio prevalente è occupato dall'Assistenza sociale (31,3%), a cui segue l'analisi di contesto (22,9%), la governance (20,5%) e le risorse (9,1): questi quattro temi occupano l'83,8% dell'insieme. A questi seguono in ordine decrescente lo spazio dedicato alle introduzioni (5,7%), la partecipazione (2,1%), il lavoro (1,1%), l'innovazione (1,3%), i Lep (0,8%).,

Tab.100 - Sintesi pagine dedicate ai contenuti generali dei Piani sociali e affini												
	Pag.	Intr.	Cont.	Gov.	Ass.	Ris.	LEPS/ Liveas	Part.	Lav.	Innov.	Altro	All.
Piani sociali	803	30	283	132	206	68	10	11	4	18	41	9
Linee indirizzo	578	43,5	34	162,5	211	58	3	22	9	1	/	10
Piano di zona	194	16	45	29	76	16	o	o	4	1	7	2
Totale	1575	89,5	362	323,5	493	142	13	33	17	20	48	21
% su totale	100	5,7	22,9	20,5	31,3	9,1	0,8	2,1	1,1	1,3	3,1	

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

Le pagine dedicate all'assistenza sociale (Tab.101) sono impegnate per il 50,7% per minori, giovani, adulti, famiglie, dipendenze, immigrati, detenuti e persone con disabilità, il 12,5% agli anziani, l'8,5% per la prevenzione, l'8,4% per la famiglia, l'8,1% per l'inclusione sociale, il 7,2% per l'accesso, il 5,9% per le persone con demenza e il 2,4% per la casa.

Tab.101 - Sintesi pagine dedicate all'assistenza sociale nei Piani sociali e affini									
	Pag.	Prev.	Acc.	Incl. S.	Anziani	Famiglia	Dem.	Casa	Altri
Piani sociali	196	13	23	17	20	17	6	6	94
Linee indirizzo	211	7	3	22	28,5	15,5	22,5	5,5	107
Piano di zona	76	3	9	o	12	8	o	o	44
Totale	483	23	35	39	60,5	40,5	28,5	11,5	245
% su totale	100	8,5	7,2	8,1	12,5	8,4	5,9	2,4	50,7

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

Infine le pagine dedicate agli anziani sono 81 nei Piani sanitari e 60,5 nei Piani sociali. Le prime (Tab.102) corrispondono al 13,2% delle pagine dedicate all'assistenza sanitaria e al 2,5% dell'insieme delle pagine dei Piani sanitari. Le seconde (Tab.103) corrispondono al 12,5% delle pagine dedicate all'assistenza sociale e al 3,9% all'insieme delle pagine dei Piani sociali. Nel complesso lo spazio dedicato agli anziani è il 3% della somma dei Piani sanitari e Piani sociali.

Tab.102 - Sintesi pagine dedicate agli anziani nei Piani sanitari		Tab.103 - Sintesi delle pagine dedicate agli anziani nei Piani sociali e affini	
	Pagine		Pagine
Piani integrati	25	Piani sociali	20
Piani sanitari e sociosanitari	23	Linee indirizzo	28,5
Piani Regioni in rientro	33	Piano di zona	12
Totale	81	Totale	60,5
% su totale pagine assistenza	13,2	% su totale pagine ass. soc.	12,5
% su totale pagine piani sanitari	2,5	% su totale Pagine Piani	3,9

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali



6. L' integrazione sociosanitaria

Come si è visto precedentemente è a partire dal Decreto Legislativo n. 229 del 1999 che si inizia a dare forza al tema dell'integrazione sociosanitaria e si dà avvio ad una prima definizione delle prestazioni e dei principali attori coinvolti nell'organizzazione e nella gestione di tale forma assistenziale.

Il principio dell'integrazione viene, inoltre, ripreso e ribadito nella stessa legge quadro sui servizi sociali (legge 8 novembre 2000, n. 328) che, per quanto riguarda le attività sociosanitarie, prevede che la programmazione territoriale dei Piani di zona debba essere compiuta con la partecipazione delle Aziende sanitarie locali.

Si è visto anche come nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, si affermi che l'integrazione delle responsabilità e delle risorse costituisce una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi e che questo si deve attuare a tre livelli: «istituzionale», «gestionale» e «professionale».

Il livello istituzionale implica la collaborazione fra istituzioni diverse (in particolare Aziende sanitarie ed Enti locali titolari degli interventi sociali) nel comune obiettivo della tutela sociosanitaria attraverso la stipula di convenzioni e accordi di programma a livello del Distretto, individuato come struttura operativa per il governo dei processi integrati e della gestione unitaria delle risorse.

Il livello gestionale dell'integrazione riguarda, invece, il coordinamento operativo delle attività, dei processi e delle prestazioni (in particolare attraverso approcci multidimensionali e lavoro per piani e progetti).

Infine, l'integrazione professionale si correla all'implementazione del lavoro interprofessionale nella produzione dei servizi sanitari (domiciliari, intermedi, residenziali).

Riguardo alle sue forme, l'integrazione sociosanitaria è disciplinata come modalità di coordinamento delle prestazioni sociosanitarie, intese come tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Nell'ambito delle prestazioni sociosanitarie si distinguono:

- le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria che attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie

per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Ciascuna tipologia è attribuita ad uno specifico livello istituzionale: la prima e la terza sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria e dai Piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali, mentre le prestazioni afferenti alla seconda categoria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale.

Il compito di garantire l'integrazione sociosanitaria è attribuito al Distretto, articolazione organizzativa dell'azienda ASL attraverso l'organizzazione e l'erogazione dei servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie.

Relativamente, infine, alla gestione associata dei servizi sociali l'articolo 6 della legge 328/00 affida ai comuni associati le funzioni amministrative concernenti i servizi sociali nelle forme previste dal testo unico degli enti locali e l'articolo 19 affida ad essi la definizione e realizzazione del Piano sociale di zona. L'articolo 8, comma 3, lettera a) affida alle Regioni la definizione degli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete.

Le forme della gestione associata dei servizi sono definiti dagli art. 30, 31,32,33,34 del Decreto Legislativo 267/2000 sono riportate nel Box 4.

Sulla base di queste indicazioni e tenuto conto di quanto emerso negli ultimi due decenni, nel nostro esame oltre ai criteri indicati dal Piano sanitario 1998-2000 adotteremo altri tre criteri che assumono a riferimento la dimensione in cui l'integrazione sociosanitaria si realizza e, quindi, parleremo anche di:

- integrazione verticale: quando avviene a più livelli della stessa filiera istituzionale;
- integrazione orizzontale: quando interessa aree di politiche di welfare diverse;
- integrazione trasversale tra sistemi di cura formale e informale.

Terremo conto, inoltre, del livello in cui avviene l'integrazione a seconda che coinvolga il sistema nel suo complesso, il singolo servizio, l'eventuale progetto e dello stato del processo di integrazione a seconda che sia programmata, già in corso di sperimentazione o decisamente implementata.

Questa griglia di riferimento consente di articolare l'analisi della integrazione nei Piani regionali nei seguenti singoli contenuti di merito:

- innanzitutto come viene considerata l'integrazione sociosanitaria nelle premesse dei Piani da parte dei responsabili politici e degli estensori dei Piani;
- segue la valutazione di quanto l'integrazione indirizzi le modalità di valutazione dei determinanti e/o dei contesti di riferimento dei Piani;
- un'attenzione del tutto particolare richiede l'analisi di quanto si sia tenuto conto nella Regione della esigenza di armonizzare alle sue finalità l'architettura istituzionale e i modelli di governance;
- capitolo centrale della integrazione è come essa determini la qualità dei servizi di assistenza sociosanitaria con particolare riferimento alla dimensione



distrettuale e alla “filiera” delle cure di lunga durata (prevenzione, accesso, valutazione, piano assistenziale individuale, continuità assistenziale, case manager, domiciliarità, residenzialità ecc.);

- la verifica dei livelli e delle modalità dell’integrazione nell’uso delle risorse;
- in che misura si tiene conto della formazione alla cultura dell’integrazione;
- quanto l’integrazione determini gli indirizzi e le procedure nella informazione;
- infine come l’integrazione sia assunta a riferimento nelle forme di partenariato pubblico-privato con particolare riferimento al ruolo del terzo settore.

BOX 4 – Le forme della gestione associata dei servizi sociali previste dal decreto Legislativo 267/2000.

Art. 30 - Convenzioni

1. Al fine di svolgere in modo coordinato funzioni e servizi determinati, gli enti locali possono stipulare tra loro apposite convenzioni.
2. Le convenzioni devono stabilire i fini, la durata, le forme di consultazione degli enti contraenti, i loro rapporti finanziari ed i reciproci obblighi e garanzie.
3. Per la gestione a tempo determinato di uno specifico servizio o per la realizzazione di un’opera lo Stato e la Regione, nelle materie di propria competenza, possono prevedere forme di convenzione obbligatoria fra enti locali, previa statuizione di un disciplinare-tipo.
4. Le convenzioni possono prevedere anche la costituzione di uffici comuni, che operano con personale distaccato dagli enti partecipanti, ai quali affidare l’esercizio delle funzioni pubbliche in luogo degli enti partecipanti all’accordo, ovvero la delega di funzioni da parte degli enti partecipanti all’accordo a favore di uno di essi, che opera in luogo e per conto degli enti deleganti.

Art. 31 - Consorzi

1. Gli enti locali per la gestione associata di uno o più servizi e l’esercizio associato di funzioni possono costituire un consorzio secondo le norme previste per le aziende speciali di cui all’articolo 114 del D.Legs. 267/2000, in quanto compatibili. Al consorzio possono partecipare altri enti pubblici, quando siano a ciò autorizzati, secondo le leggi alle quali sono soggetti.
2. A tal fine i rispettivi consigli approvano a maggioranza assoluta dei componenti una convenzione ai sensi dell’articolo 30, unitamente allo statuto del consorzio.
3. In particolare la convenzione deve disciplinare le nomine e le competenze degli organi consortili coerentemente a quanto disposto dai commi 8, 9 e 10 dell’articolo 50 e dell’articolo 42, comma 2 lettera m), e prevedere la tra-

smissione, agli enti aderenti, degli atti fondamentali del Consorzio; lo statuto, in conformità alla convenzione, deve disciplinare l'organizzazione, la nomina e le funzioni degli organi consortili.

4. Salvo quanto previsto dalla convenzione e dallo statuto per i consorzi, ai quali partecipano a mezzo dei rispettivi rappresentanti legali anche enti diversi dagli enti locali, l'assemblea del consorzio è composta dai rappresentanti degli enti associati nella persona del sindaco, del presidente o di un loro delegato, ciascuno con responsabilità pari alla quota di partecipazione fissata dalla convenzione e dallo statuto.

5. L'assemblea elegge il consiglio di amministrazione e ne approva gli atti fondamentali previsti dallo statuto.

6. Tra gli stessi enti locali non può essere costituito più di un consorzio.

7. In caso di rilevante interesse pubblico, la legge dello Stato può prevedere la costituzione di consorzi obbligatori per l'esercizio di determinate funzioni e servizi. La stessa legge ne demanda l'attuazione alle leggi regionali.

8. Ai consorzi che gestiscono attività di cui all'articolo 113-bis si applicano le norme previste per le aziende speciali.

Art. 32 - Unione di comuni

1. L'Unione di comuni è l'ente locale costituito da due o più comuni, di norma contermini, finalizzato all'esercizio associato di funzioni e servizi. Ove costituita in prevalenza da comuni montani, essa assume la denominazione di Unione di comuni montani e può esercitare anche le specifiche competenze di tutela e di promozione della montagna attribuite in attuazione dell'articolo 44, secondo comma, della Costituzione e delle leggi in favore dei territori montani.

2. Ogni comune può far parte di una sola Unione di comuni. Le Unioni di comuni possono stipulare apposite convenzioni tra loro o con singoli comuni.

3. Gli organi dell'Unione, presidente, giunta e consiglio, sono formati, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, da amministratori in carica dei comuni associati e a essi non possono essere attribuite retribuzioni, gettoni e indennità o emolumenti in qualsiasi forma percepiti. Il presidente è scelto tra i sindaci dei comuni associati e la giunta tra i componenti dell'esecutivo dei comuni associati. Il consiglio è composto da un numero di consiglieri definito nello statuto, eletti dai singoli consigli dei comuni associati tra i propri componenti, garantendo la rappresentanza delle minoranze e assicurando la rappresentanza di ogni comune.

4. L'Unione ha potestà statutaria e regolamentare e ad essa si applicano, in quanto compatibili e non derogati con le disposizioni della legge recante disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni, i principi previsti per l'ordinamento dei comuni, con particolare riguardo allo status degli amministratori, all'ordinamento finanziario e con-

tabile, al personale e all'organizzazione. Lo statuto dell'Unione stabilisce le modalità di funzionamento degli organi e ne disciplina i rapporti. In fase di prima istituzione lo statuto dell'unione è approvato dai consigli dei comuni partecipanti e le successive modifiche sono approvate dal consiglio dell'unione.

5. All'Unione sono conferite dai comuni partecipanti le risorse umane e strumentali necessarie all'esercizio delle funzioni loro attribuite. Fermi restando i vincoli previsti dalla normativa vigente in materia di personale, la spesa sostenuta per il personale dell'Unione non può comportare, in sede di prima applicazione, il superamento della somma delle spese di personale sostenute precedentemente dai singoli comuni partecipanti. A regime, attraverso specifiche misure di razionalizzazione organizzativa e una rigorosa programmazione dei fabbisogni, devono essere assicurati progressivi risparmi di spesa in materia di personale. I comuni possono cedere, anche parzialmente, le proprie capacità assunzionali all'unione di comuni di cui fanno parte.

5-bis. Previa apposita convenzione, i sindaci dei comuni facenti parte dell'Unione possono delegare le funzioni di ufficiale dello stato civile e di anagrafe a personale idoneo dell'Unione stessa, o dei singoli comuni associati, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 3, e dall'articolo 4, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396, recante regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'articolo 2, comma 12, della legge 15 maggio 1997, n. 127. Il presidente dell'Unione di comuni si avvale del segretario di un comune facente parte dell'Unione, senza che ciò comporti l'erogazione di ulteriori indennità e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Sono fatti salvi gli incarichi per le funzioni di segretario già affidati ai dipendenti delle unioni o dei comuni anche ai sensi del comma 557 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311. Ai segretari delle Unioni di comuni si applicano le disposizioni dell'articolo 8 della legge 23 marzo 1981, n. 93, e successive modificazioni. 6. L'atto costitutivo e lo statuto dell'unione sono approvati dai consigli dei comuni partecipanti con le procedure e con la maggioranza richieste per le modifiche statutarie. Lo statuto individua le funzioni svolte dall'unione e le corrispondenti risorse.

7. Alle Unioni competono gli introiti derivanti dalle tasse, dalle tariffe e dai contributi sui servizi ad esse affidati.

8. Gli statuti delle Unioni sono inviati al Ministero dell'interno per le finalità di cui all'articolo 6, commi 5 e 6.

Art. 33 - Esercizio associato di funzioni e servizi da parte dei comuni

1. Le Regioni, nell'emanazione delle leggi di conferimento delle funzioni ai Comuni, attuano il trasferimento delle funzioni nei confronti della generalità dei Comuni.

2. Al fine di favorire l'esercizio associato delle funzioni dei Comuni di minore dimensione demografica, le Regioni individuano livelli ottimali di esercizio delle stesse, concordandoli nelle sedi concertative di cui all'articolo 4. Nell'ambito della previsione regionale, i Comuni esercitano le funzioni in forma associata, individuando autonomamente i soggetti, le forme e le metodologie, entro il termine temporale indicato dalla legislazione regionale. Decorso inutilmente il termine di cui sopra, la Regione esercita il potere sostitutivo nelle forme stabilite dalla legge stessa.

3. Le Regioni predispongono, concordandolo con i Comuni nelle apposite sedi concertative, un programma di individuazione degli ambiti per la gestione associata sovracomunale di funzioni e servizi, realizzato anche attraverso le Unioni, che può prevedere altresì la modifica di circoscrizioni comunali e i criteri per la corresponsione di contributi e incentivi alla progressiva unificazione. Il programma è aggiornato ogni tre anni, tenendo anche conto delle unioni di comuni regolarmente costituite.

4. Al fine di favorire il processo di riorganizzazione sovracomunale dei servizi, delle funzioni e delle strutture, le Regioni provvedono a disciplinare, con proprie leggi, nell'ambito del programma territoriale di cui al comma 3, le forme di incentivazione dell'esercizio associato delle funzioni da parte dei Comuni, con l'eventuale previsione nel proprio bilancio di un apposito fondo. A tale fine, oltre a quanto stabilito dal comma 3 e dagli articoli 30 e 32, le Regioni si attengono ai seguenti principi fondamentali: a) nella disciplina delle incentivazioni: 1) favoriscono il massimo grado di integrazione tra i comuni, graduando la corresponsione dei benefici in relazione al livello di unificazione, rilevato mediante specifici indicatori con riferimento alla tipologia ed alle caratteristiche delle funzioni e dei servizi associati o trasferiti in modo tale da erogare il massimo dei contributi nelle ipotesi di massima integrazione; 2) prevedono in ogni caso una maggiorazione dei contributi nelle ipotesi di fusione e di unione, rispetto alle altre forme di gestione sovracomunale; b) promuovono le Unioni di comuni, senza alcun vincolo alla successiva fusione, prevedendo comunque ulteriori benefici da corrispondere alle unioni che autonomamente deliberino, su conforme proposta dei consigli comunali interessati, di procedere alla fusione.

Art. 34 - Accordi di programma

1. Per la definizione e l'attuazione di opere, di interventi o di programmi di intervento che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione integrata e coordinata di Comuni, di Province e Regioni, di amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici, o comunque di due o più tra i soggetti predetti, il presidente della Regione o il presidente della provincia o il sindaco, in relazione alla competenza primaria o prevalente sull'opera o sugli interventi o sui programmi di intervento, promuove la conclusione di un accordo



di programma, anche su richiesta di uno o più dei soggetti interessati, per assicurare il coordinamento delle azioni e per determinarne i tempi, le modalità, il finanziamento ed ogni altro connesso adempimento.

2. L'accordo può prevedere altresì procedimenti di arbitrato, nonché interventi surrogatori di eventuali inadempienze dei soggetti partecipanti.

3. Per verificare la possibilità di concordare l'accordo di programma, il presidente della regione o il presidente della provincia o il sindaco convoca una conferenza tra i rappresentanti di tutte le amministrazioni interessate.

4. L'accordo, consistente nel consenso unanime del presidente della regione, del presidente della provincia, dei sindaci e delle altre amministrazioni interessate, è approvato con atto formale del presidente della regione o del presidente della provincia o del sindaco ed è pubblicato nel bollettino ufficiale della regione. L'accordo, qualora adottato con decreto del presidente della regione, produce gli effetti della intesa di cui all'articolo 81 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, determinando le eventuali e conseguenti variazioni degli strumenti urbanistici e sostituendo le concessioni edilizie, sempre che vi sia l'assenso del comune interessato.

5. Ove l'accordo comporti variazione degli strumenti urbanistici, l'adesione del sindaco allo stesso deve essere ratificata dal consiglio comunale entro trenta giorni a pena di decadenza.

6. Per l'approvazione di progetti di opere pubbliche comprese nei programmi dell'amministrazione e per le quali siano immediatamente utilizzabili i relativi finanziamenti si procede a norma dei precedenti commi. L'approvazione dell'accordo di programma comporta la dichiarazione di pubblica utilità, indifferibilità ed urgenza delle medesime opere; tale dichiarazione cessa di avere efficacia se le opere non hanno avuto inizio entro tre anni.

7. La vigilanza sull'esecuzione dell'accordo di programma e gli eventuali interventi sostitutivi sono svolti da un collegio presieduto dal presidente della regione o dal presidente della provincia o dal sindaco e composto da rappresentanti degli enti locali interessati, nonché dal commissario del Governo nella regione o dal prefetto nella provincia interessata se all'accordo partecipano amministrazioni statali o enti pubblici nazionali.

8. Allorché l'intervento o il programma di intervento comporti il concorso di due o più regioni finitime, la conclusione dell'accordo di programma è promossa dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, a cui spetta convocare la conferenza di cui al comma 3. Il collegio di vigilanza di cui al comma 7 è in tal caso presieduto da un rappresentante della Presidenza del Consiglio dei Ministri ed è composto dai rappresentanti di tutte le regioni che hanno partecipato all'accordo. La Presidenza del Consiglio dei Ministri esercita le funzioni attribuite dal comma 7 al commissario del Governo ed al prefetto.

6.1. L'integrazione nelle premesse dei Piani

Come è logico che sia, nelle premesse dei Piani in genere vengono indicati gli indirizzi programmatici e gli obiettivi che l'amministrazione intende perseguire. Questo non sempre avviene e comunque vediamo in quali Piani e come il tema dell'integrazione socio sanitaria per l'assistenza alle persone anziane viene affrontata. L'analisi verrà condotta sulla base della casistica di Piani individuata nel paragrafo sulle diverse tipologie di Piano. Per i Piani sanitari la distinzione è tra: Piani sanitari, Piani sociosanitari, Piani sociosanitari integrati, Piani di rientro. Per i Piani sociali: Piano di Zona, Piani integrati socio sanitari, piani sociali regionali, Linee guida o di indirizzo.

Nel complesso delle premesse ai Piani l'esigenza della integrazione tra dimensione sanitarie e dimensione sociale ha un massimo di attenzione nei Piani sociosanitari integrati e un minimo nei Piani di rientro nelle Regioni commissariate. La cosa è del tutto comprensibile trattandosi, nel primo caso, della scelta della integrazione come indirizzo di fondo su cui far convergere l'insieme del sistema socio sanitario regionale; nel secondo caso di Piani tutti concentrati nel risanamento del sistema sanitario regionale. Interessante però è notare come nei Piani sociali delle Regioni in rientro alla esigenza della integrazione venga prestata una attenzione non secondaria.

Nelle premesse dei Piani integrati socio-sanitari (Emilia Romagna, Veneto, Toscana, Lombardia , Basilicata e Liguria)

Nelle premesse di questi Piani la scelta dell'integrazione è estremamente chiara.

- Nel Piano dell'**Emilia Romagna** *“la scommessa dell'integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie diventa ancora più forte e ancora più operativa”* (pag. 7), *tant'è che “sarebbe infatti quasi un paradosso continuare a considerare in modo parcellizzato e frammentato gli sforzi e gli interventi che quotidianamente la Regione fa per rispondere in maniera coordinata ai bisogni che necessitano di risposte socio-sanitarie. L'integrazione socio-sanitaria smetterà di essere solo uno slogan o una enunciazione di principio se effettivamente cominciamo a ragionare non più per compartimenti stagni ma in maniera trasversale sia sul piano degli operatori pubblici che mettono in atto gli interventi, sia sui bisogni che provengono dai nostri cittadini”.* (pag. 7,8) Si precisa inoltre che: *“il Distretto quale snodo strategico e punto nevralgico dell'integrazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria. Il Distretto è l'ambito territoriale che orienta su un bacino specifico di popolazione la lettura dei bisogni e delle risorse e la programmazione degli interventi, ed è al tempo stesso l'attore istituzionale “composito” e complesso costituito dagli Enti locali associati nell'esercizio delle funzioni sociali e socio-sanitarie e dall'Azienda Usl nella sua articolazione territoriale”.* (pag.8)
- Nel Piano del **Veneto** pur in assenza di specifici riferimenti all'integrazione socio sanitaria, si pone l'esigenza di un approccio multisettoriale per garantire la salute dei cittadini: *“La prosperità futura di ogni persona e della Regione nel suo complesso dipenderà dalla capacità delle politiche di porre al centro l'obiettivo Salute fon-*



dato sul coinvolgimento attivo del singolo e della collettività per cogliere nuove opportunità di miglioramento della salute e del benessere delle generazioni presenti e a venire.

A tal fine è necessario che la Regione del Veneto adotti un approccio multisettoriale che coinvolga la pluralità delle politiche di promozione della salute che favoriscano la creazione di condizioni sociali, economiche ed ambientali. Intervenire su questi fattori che incidono altresì sull'accesso ai sistemi socio-sanitari di qualità assicura la riduzione delle disuguaglianze di salute per gli individui più disagiati della comunità.

Un buon governo per la salute promuove l'azione congiunta del settore sanitario e di altri settori, degli attori pubblici e privati e dei cittadini. Essa richiede un insieme sinergico di politiche, la maggior parte delle quali appartengono a settori interconnessi a quello sanitario e devono essere sostenute da politiche che ne favoriscano la collaborazione". (pag.9)

- Nel Piano della **Toscana** il tema della integrazione si espande in una dimensione più complessiva e definita in relazione anche alle differenze sociali, territoriali e ai profili organizzativi e istituzionali. *"Il sistema sanitario e sociale regionale si deve rivolgere a tutti per essere di qualità, ma insieme si deve porre l'obiettivo di ridurre la forbice tra le famiglie più avvantaggiate e quelle meno, diminuire le disuguaglianze di salute. Nel fare questo devono essere considerate anche le peculiarità territoriali legate alle "aree interne" e alle specificità urbane. Per raggiungere questo obiettivo le politiche devono essere integrate così da agire sia sulle determinanti così dette distali (istruzione, occupazione, reddito, caratteristiche sociali dell'area nella quale viviamo) che su quelle prossimali (stili di vita, condizioni ambientali, fattori igienici o biologici). (pag. 4)*

- Nel Piano della **Lombardia** i riferimenti all'integrazione socio sanitaria si fanno più specifici. *"sviluppare e potenziare soluzioni organizzative basate sui processi trasversali di cura come ha, utilmente, indicato la legge n. 23/2015. La maturata consapevolezza della complessità dei bisogni di salute e di assistenza, stante, anche, l'invecchiamento della popolazione, richiede un impegno deciso verso l'attivazione di servizi rinnovati da paradigmi più capaci d'interazione collaborativa e interconnessi nella rete dell'offerta. Il welfare regionale deve essere meno settoriale;*

i processi d'integrazione dovranno coinvolgere la rete d'offerta pubblica e quella privata in un dialogo capace di esprimere nuove sperimentazioni gestionali. Regione Lombardia sosterrà specifiche iniziative territoriali finalizzate a ricomporre l'offerta al fine di prefigurare soluzioni che facilitino l'accesso ai servizi e diminuiscano le attese;

potenziare e ricomporre la filiera dei servizi domiciliari e territoriali sanitari, socio-sanitari e socioassistenziali, per garantire ai cittadini lombardi e alle loro famiglie la presa in cura integrata presso il proprio domicilio. Nuovo impulso servirà per migliorare gli interventi ed i servizi di Primary Care;

supportare la famiglia e i suoi componenti in condizione di fragilità e vulnerabilità sociale al fine di garantire una presa in carico complessiva anche attraverso l'individuazione di un pacchetto di prestazioni flessibili e personalizzate". (pag.2)

- Nel Piano della **Basilicata** – *“Il fine ultimo è quello di creare un sistema di garanzie per la salute e per l’integrazione sociosanitaria. Un sistema di garanzie significa rendere conto dei risultati e delle risorse utilizzate a tutti i portatori d’interesse del sistema assistenziale: ai/alle cittadini/cittadine; alla comunità e le sue espressioni organizzate; agli operatori sanitari; ai privati erogatori di servizi sanitari, ai fornitori di beni, al mondo della comunicazione e informazione.* (pag.7)

Centralità del territorio, nelle sue diverse articolazioni sia in comunità che nelle strutture organizzative e gestionali, in una logica di molteplicità di soggetti “produttori di salute”. Risulta fondamentale valorizzare ed integrare anche i contributi della componente di volontariato e di associazionismo”. (pag.7)

- Nelle premesse del piano della **Liguria** l’esigenza dell’integrazione nasce dalla consapevolezza del processo di invecchiamento della popolazione e delle conseguenze sulla sostenibilità del sistema sanitario regionale (Pag. 9) per cui: *“ il Piano intende affermare un’idea di welfare improntato sulla libertà di scelta dell’accesso al servizio sanitario, sulla presa in carico globale del cittadino e sulla continuità dei percorsi assistenziali dall’accoglienza alla integrazione tra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale, secondo criteri di uniformità ed equità su tutto il territorio regionale” (pag.10)*

Nelle premesse dei Piani sociosanitari (Valle D’Aosta, Friuli VG, Marche, Umbria)

Nei Piani sociosanitari il tema dell’integrazione sociosanitaria ha un profilo più tradizionale risolvendosi in una maggiore attenzione della dimensione sociali dei bisogni di assistenza, ma rimanendo all’ombra dell’ambiguità di uno spazio indefinito e la cui esigibilità è troppo spesso demandata alla buona volontà.

- Nel piano socio sanitario della **Valle D’Aosta** si fa cenno all’ integrazione nel quadro degli obiettivi del Piano: *“potenziamento della continuità assistenziale e della domiciliarità delle cure, da preferire alla residenzialità a parità di sicurezza clinica e, più in generale, sviluppo della medicina territoriale, anche mediante il potenziamento delle forme associative nella medicina primaria; politiche integrate nel contrasto della disabilità e della non autosufficienza, orientate sempre alla valorizzazione della persona, qualunque sia la sua condizione di salute o di funzionalità residua”. (pag.15)*
- Nelle premesse del Piano del **Friuli V.G.** non sono presenti riferimenti alla integrazione. Alcuni cenni indiretti si rintracciano nell’art. 2 dove sono indicate le finalità del Piano:
 - b) perseguire l’integrazione tra l’assistenza sanitaria e l’assistenza sociale;*
 - e) valorizzare il ruolo del distretto sanitario, anche con un corretto dimensionamento delle articolazioni territoriali;*
 - j) valorizzare la partecipazione delle Autonomie locali alla pianificazione e programmazione del settore sociosanitario;*
 - k) valorizzare gli organismi di volontariato e del privato sociale non a scopo di lucro, anche attraverso l’individuazione di adeguate sedi di consultazione”. (art.2)*



La Regione con Legge n. 6 del 31 marzo 2006, ha definito il “Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”. Modificata diverse volte il testo vigente è del 2 luglio 2020.

- Il Piano delle **Marche** trae motivazione per l'integrazione dall'impatto devastante degli eventi sismici del 2016-17 che hanno *“evidenziato la necessità di sviluppare forme assistenziali meno rigide e più velocemente riconfigurabili, che forniscano risposte assistenziali ai disagi derivanti da nuove esigenze dei cittadini. Tra i bisogni emergenti a seguito degli eventi disastrosi, è inoltre opportuno individuare le attività assistenziali che tengano conto anche di supporti di tipo psico-socio assistenziale e fornire forme di assistenza “a distanza” (teleassistenza, telemedicina).*

È quindi indispensabile realizzare un Piano sanitario che integri il sistema sociale e sociosanitario, e che garantisca pienamente i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che richiedono di declinare in maniera definita e incontrovertibile piani assistenziali individualizzati e coerenti con i bisogni di salute”. (pag.8)

Il Piano sociale *“si pone come obiettivo strategico di fondo quello di investire in un welfare territoriale pubblico, centrato su un ruolo forte di Comuni e Regione, dopo un decennio in cui la deriva verso una privatizzazione del welfare si è andata affermando in tutta Italia, in maniera più o meno esplicita o più frequentemente, implicita a seguito dei vincoli di bilancio.*

Un welfare territoriale pubblico inteso però in senso plurale e partecipato con la società civile secondo modalità di co-programmazione e co-progettazione, ma a regia prevalente pubblica”. (pag.4)

- Nel Piano dell'**Umbria** in premessa non si accenna al tema dell'integrazione: *“La base di partenza è l'analisi dello stato attuale demografico ed epidemiologico della popolazione che vive in Umbria, con le sue caratteristiche di longevità, con l'aumento delle malattie croniche e la presenza di stili di vita non sempre appropriati, con una multiculturalità sempre più ricca e con la comparsa di un nuovo stato di povertà legato alle dinamiche lavorative, ma non solo.*

Le aspettative di vivere più a lungo senza il peso degli anni e senza l'idea della fine sono sempre più pervasive nella popolazione, ma si scontrano con una profonda insicurezza che a volte trova conforto nel “consumo” di sanità e nel ricorso a prestazioni non necessarie.

La finalità è quindi la costruzione di un'alleanza di intenti che consenta nei fatti di produrre salute o ancora meglio benessere. (pag. 12)

Nel Piano sociale *“un nostro ulteriore intento è migliorare il coordinamento inter-settoriale delle politiche pubbliche, delle risorse, dei soggetti in campo e degli interventi da realizzare. Insomma, l'obiettivo è escludere la frammentazione, il settorialismo, la pura elencazione delle categorie disagiate, frammenti su cui depositare azioni episodiche; occorre, ad esempio, evitare che, “lasciato solo”, il Piano Sociale decada un po' per volta ad un riduttivo piano dei servizi sociali”. (pag.16 - 17)*

Nelle premesse dei Piani sanitari (Provincia autonoma di Bolzano, Provincia autonoma di Trento, Sardegna)

Nelle premesse dei Piani sanitari nel complesso si parla di esigenza di coinvolgimento, partecipazione, coordinamento, il riferimento all'integrazione viene ripreso come esigenza importante solo con riferimento all'integrazione socio sanitaria.

- Nel piano della **Provincia Autonoma di Bolzano**: *“Innanzitutto, è importante promuovere con ancora più slancio la prevenzione, infondendo ai cittadini un senso di responsabilità personale per la propria salute, e offrendo una gamma di prestazioni più organica e coordinata per prevenire le patologie e proteggere meglio la salute di tutta la popolazione altoatesina. Per potenziare l'assistenza sanitaria decentrata e ambulatoriale, è indispensabile coordinare meglio l'erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari in tutto il territorio della provincia. L'obiettivo primario, infatti, è di integrare l'assistenza attuale – prestata soprattutto negli ospedali e incentrata prevalentemente sulle acuzie e sull'attesa – con un'assistenza sanitaria salutogenetica, proattiva e più rispondente al reale fabbisogno. Inoltre, per far sì che l'assistenza sia fornita quanto più vicino possibile ai luoghi di residenza dei pazienti, occorre integrare meglio il settore sanitario e il settore sociale.*

Nell'assistenza in regime residenziale, poi, due presupposti essenziali per dare a tutti un'assistenza efficace e sostenibile, sono da un lato il coordinamento intersettoriale delle prestazioni sanitarie all'interno di una rete ospedaliera che abbraccia tutti gli ospedali della provincia, e dall'altro una dislocazione più razionale dei luoghi di erogazione dei servizi”. (pag.8)

- Per il Piano della **Provincia Autonoma di Trento** due i punti di partenza *“la definizione della salute come benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia e la consapevolezza che per promuovere e rafforzare la salute occorre intervenire su più fattori – di natura individuale, economica, sociale e ambientale – con il contributo e la partecipazione di tutti i settori della società e del governo nel suo insieme. Questa consapevolezza ha trovato applicazione non solo nei contenuti del Piano ma anche nel metodo scelto per elaborarlo. Il Piano è il risultato di un percorso collaborativo a cui hanno partecipato numerose istituzioni (Azienda sanitaria, oltre a diversi dipartimenti dell'amministrazione provinciale), servizi, enti, associazioni (professionali, di volontariato e della società civile), singoli professionisti e la cittadinanza”.* (Pag. 5)

In **Trentino** le linee guida del 2010 hanno dato corpo al sistema della programmazione locale individuando un percorso metodologico per la predisposizione dei Piani. Le linee guida *“hanno l'obiettivo di dare stabilità al sistema sperimentato con i piani 2011- 2015, con l'obiettivo di potenziare la partecipazione allargandola al mondo delle imprese, al mondo del lavoro e ai cittadini e di lavorare sul tema dell'integrazione tra politiche e innovazione sociale.* (pag.3)

- Il Piano della **Sardegna** non cita l'integrazione nelle premesse, tuttavia *“Gli ultimi cicli di programmazione nazionale e regionale si caratterizzano per due grandi sfide assistenziali: la prima è quella relativa ai problemi di assistenza socio-sanitaria*



connessi alla non autosufficienza; la seconda è legata all'incremento dei costi legato allo sviluppo della tecnologia e ai nuovi farmaci.

Senza alcun dubbio, la necessità di una maggiore integrazione socio-sanitaria è alla base di tutti i processi di riequilibrio dei sistemi sanitari che sono in atto nelle varie realtà del nostro Paese". (pag. 41)

La legge regionale 23/2005 attribuisce al Piano locale unitario dei servizi (PLUS) compiti e funzioni centrali nel sistema integrato dei servizi alla persona. *"La legge regionale prevede che i Comuni e l'ATS provvedano, attraverso il PLUS, alla programmazione e alla realizzazione del sistema integrato dei servizi e all'attuazione locale dei livelli essenziali sociali e sociosanitari". (pag. 3)*

Nei Piani sanitari delle Regioni commissariate (Piemonte⁴⁴, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia)

In queste Regioni i Piani sono tutti improntati alla esigenza di risanamento economico-finanziario da perseguire fundamentalmente per via del ridimensionamento del sistema sanitari regionale. Di conseguenza, poco o nulla è stato concesso alla ricerca di modalità organizzative che, attraverso efficaci forme di integrazione, garantissero più elevati livelli di sostenibilità. Un approccio miope che nel giro di pochi anni ha ridotto il sistema sanitario del meridione a soglier critiche.

- Nelle premesse del Piano del **Piemonte** si pone come *"obiettivo prioritario del servizio sanitario piemontese non solo quello della promozione "della salute dei cittadini", ma, in un'accezione più lungimirante, quello della promozione del "benessere e della salute dei cittadini e delle comunità".*

Risulta opportuno, pertanto, che il Servizio Sanitario Regionale (SSR) assuma anche il ruolo di facilitatore di una strategia di coordinamento tra le diverse istituzioni e di integrazione degli indirizzi delle politiche intersettoriali, al fine di orientare, positivamente ed in maniera sinergica, i determinanti della salute e del benessere, in conformità alle direttive della Carta di Tallinn (2008)". (pag.4)

Nella Regione il Piano sociale rimane tuttora confinato nel limbo determinatosi dall'irrisolta questione delle modalità con cui realizzare l'esercizio associato della funzione fondamentale della progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni.

- Il **Lazio**, malgrado la stretta finalità del Piano di rientro, trova comunque il modo di porsi il problema dell'integrazione: *"L'obiettivo che la Regione Lazio deve porsi nei prossimi anni è quello di consolidare il grande lavoro di recupero di efficienza contabile e gestionale, che ha permesso di arrivare all'equilibrio economico, e avviare azioni migliorative, da sostenere anche attraverso un coerente orientamento degli assetti regolatori, in quegli ambiti nei quali non si sono ancora raggiunti stan-*

44 - La regione Piemonte è stata inserita nel gruppo delle Regioni in rientro in quanto il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario si è concluso a seguito della verifica del 21 marzo 2017.

dard di efficacia. Efficienza e appropriatezza dei processi. Nello specifico, obiettivo del prossimo triennio sarà quello di avviare un percorso di trasformazione del sistema verso la piena integrazione tra ospedale, territorio e prevenzione, al fine di garantire la semplificazione dei percorsi dei cittadini adeguati e appropriati livelli di assistenza dei pazienti cronici, nonché azioni di promozione della salute e di prevenzione nella popolazione in generale, a beneficio delle future dinamiche dei bisogni di salute e della capacità di rispondere alle sfide del sistema". (pag. 5)

Il Piano sociale del **Lazio** dedica molta attenzione alla dimensione sociosanitaria con particolare riferimento ai soggetti anziani e fragili, tuttavia in premessa non si fa cenno alla esigenza di integrazione. (pag.11)

- Nelle premesse del Piano di rientro **L'Abruzzo** non fa riferimento al tema dell'integrazione, tuttavia assume l'impegno: "di istituire L'Azienda Sanitaria Unica(in seguito ASU) mediante la fusione delle attuali Aziende Sanitarie Locali. L'istituzione dell'ASU, che avverrà secondo la normativa vigente D. Lgs 502/92 e ss.mm.li, assolverà ad un duplice obiettivo: da un lato faranno ad essa capo tutte le competenze dell'area "no core" in modo da garantire la razionalizzazione e dall'altro, l'abbattimento dei confini attuali delle ASL faciliterà la mobilità delle competenze professionali e la creazione di reti cliniche in coerenza con adeguati volumi di attività a garanzia di migliori esiti" (pag.8)

Nel Piano sociale abruzzese tra le sue priorità vengono indicate:

- "la ridefinizione della governance, finalizzata all'integrazione socio-sanitaria, con lo sviluppo dell'organizzazione dei Distretti e l'integrazione con gli Ambiti sociali, la coincidenza ambiti-distretti;

- l'integrazione socio-sanitaria nell'ambito dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, nell'area della non autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze" (pag.5).

- Nelle premesse al Piano del **Molise** non si fa riferimenti all'integrazione anche se assume l'impegno di "Con il presente Programma operativo si intende, quindi, creare le condizioni necessarie ad adeguare l'offerta di assistenza socio-sanitaria alle reali esigenze della popolazione molisana, offrendo, quindi prestazioni adeguate a una domanda in continua evoluzione, garantendo, al tempo stesso, un Servizio Sanitario Regionale universale e sostenibile dal punto di vista economico e finanziario". (pag.8)

Nel Piano sociale si mette in evidenza come "Dall'esperienza maturata nel corso degli ultimi anni, a seguito dell'attivazione di un sistema integrato sociale, creato in attuazione del quadro normativo istituzionale della Legge regionale n. 1/2000 e dei Piani Sociali 2004-2006 e 2009-2011, sono emerse alcune criticità di ... insufficiente definizione della governance del sistema integrato (pag.13)

- Il piano della **Campania** pur non parlando di integrazione si pone il problema che "La reingegnerizzazione del SSR deve dunque tener conto delle tipologie di pazienti che richiederanno servizi e prestazioni nel prossimo futuro, e delle mutazioni delle infrastrutture di sistema che contestualmente dovranno sorreggerne lo sviluppo". (pag.14)



Nel Piano sociale *“è più che verosimile che gli attori istituzionali e non del welfare italiano siano coinvolti nella sua realizzazione e sembra più che probabile che esso necessiti la composizione di un quadro articolato nel quale le politiche sociali siano sempre più integrate con le altre politiche pubbliche”*. (pag.1)

- Nelle premesse il Piano di rientro della **Puglia** si attiene rigidamente alle indicazioni emerse nella sessione congiunta del Tavolo Adempimenti Regionali e del Comitato Verifica LEA.

Nel Piano sociale *“L’obiettivo...è proseguire il consolidamento del welfare cosiddetto “tradizionale” nella nostra Regione, cioè di consolidamento di un sistema di servizi sociali e sociosanitari a trazione pubblica e proteso al miglioramento della qualità della vita, delle condizioni di benessere e dell’efficacia degli sforzi di presa in carico delle persone con fragilità e di inclusione sociale dei soggetti svantaggiati, assicurando risposte sempre più capillari e robuste alle domande sociali ormai consolidate”*. (pag. 6)

- Il Piano di rientro della **Calabria**, la sfida che si propone è quella di valorizzare *“tre componenti fondamentali per l’organizzazione (del SSR), la Governance del Programma Operativo, i Sistemi Informativi, le Persone”*. (pag.5)

Nel Piano sociale l’integrazione *“è un punto fondamentale per le politiche sociali, integrazione fra sociale e sanitario, pubblico e privato sociale, fra il mondo del lavoro e della formazione, fra enti e professionalità diverse. Le politiche sociali passano da una politica per settori ad una politica di interventi integrati proponendosi la realizzazione di un’organizzazione reticolare di servizi, capace di utilizzare metodologie di analisi, di progettazione e di gestione, in un’ottica attenta al monitoraggio e alla valutazione degli interventi”*. (pag.17)

- Nelle premesse al Piano di rientro della **Sicilia** non si fa riferimento alle esigenze di integrazione ma al *“Consolidamento e sviluppo ... dei risultati raggiunti, mediante la previsione di misure di programmazione sanitaria e di razionalizzazione della spesa che consentano di promuovere lo sviluppo di un più alto livello di tutela della salute in un contesto di risorse limitate, tenendo conto prioritariamente della corretta erogazione del Livelli Essenziali di Assistenza...”*. (pag.6)

Nel Piano delle azioni e dei servizi sociosanitari: *“In conformità a tali elementi sostanziali dell’assetto generale della presente strategia di intervento, si rende utile porre in essere le procedure necessarie all’assegnazione delle funzioni di Programmazione, Gestione, Monitoraggio, Controllo e Valutazione della programmazione Socio Sanitaria presso l’Assessorato alla Salute, mantenendo le specifiche competenze in capo agli Assessorati interessati, favorendo il coordinamento tra tutti i soggetti istituzionali coinvolti ed effettuando le analisi dettagliate dei servizi e le valutazioni scientifiche in modo da consentire periodicamente la verifica della corrispondenza costo-beneficio e la conseguente costruzione di un sistema integrato di risorse economiche”*. (pag.9)

6.2. L'integrazione nella valutazione dei determinanti

Per valutazione dei determinanti si intende l'analisi critica del contesto di riferimento dei Piani sanitari e dei Piani sociali. Il loro scopo dovrebbe essere quello di individuare con una certa approssimazione i bisogni di salute e sociali della popolazione di riferimento.

Come stanno effettivamente le cose? Le analisi sviluppate nei piani sono in grado di dare questo tipo di informazione? Quale il riferimento territoriale delle analisi? Quali i riferimenti temporali della base statistica delle analisi? Per quanto riguarda la condizione degli anziani le analisi contenute nei Piani consentono di apprezzare la multidimensionalità della loro domanda?

Dare risposte univoche a questi interrogativi non è affatto semplice. Anche in questo caso cercheremo di sostenere con una valutazione quantitativa come nei piani è affrontata l'analisi dei contesti.

I Piani dedicano nel complesso all'analisi dei contesti 702 (il 14,8%), con una variabilità tra le singole Regioni che spazia da quelle che praticamente non svolgono nessuna analisi del contesto (Tav.103), è il caso del Friuli VG, Campania e Puglia nel caso dei servizi sanitari e Friuli VG e PA di Bolzano per i Piani sociali, alle Regioni che dedicano al contesto una grande attenzione come nel caso della Liguria, le Marche, la Sardegna nel caso dei Piani sanitari e il Molise, l'Abruzzo, il Lazio nel caso dei Piani sociali.

In termini più aggregati è interessante notare come la minore attenzione alle analisi di contesto si verifica nei Piani delle Regioni in rientro. La cosa è in parte comprensibile tenuto conto della interpretazione che è stata data a questa tipologia di Piani tutta finalizzata al risanamento economico finanziario dei bilanci sanitari regionali. Alla carenza di analisi di questi Piani si contrappone la rilevanza delle analisi di contesto che le stesse Regioni dedicano nei Piani sociali. La cosa si può spiegare come espressione della esigenza di comprendere più a fondo le trasformazioni che interessano le diverse realtà regionali al di là di un approccio economicistico.



Tab.103 – Pagine dei Piani dedicate alla analisi dei contesti							
Piani sanitari				Piani sociali			
	Pagine totali	Pagine contesto	%		Pagine totali	Pagine contesto	%
Piani integrati				Piani sociali			
Lombardia	56	11	19,6	Umbria	112	30	26,8
Liguria	184	50	27,2	Lazio	213	77	36,2
Veneto	212	17	8,0	Abruzzo	136	54	39,7
Emilia Romagna	64	12	18,8	Molise	136	64	47,1
Toscana	256	12	4,7	Campania	78	26	33,3
Basilicata	83	13	15,7	Puglia	53	8	15,1
	855	115	13,4	Calabria	75	24	32,0
					803	283	35,2
Piani sanitari e sociosanitari				Linee guida e di riferimento			
V. d'D'Aosta	122	2	1,6	Piemonte	19	3	15,8
Friuli VG	108	o	o	Friuli VG	31	o	o
P.A. Bolzano	76	8	10,5	P.A. Bolzano	269	o	o
P.A. Trento	66	5	7,6	P.A. Trento	69	10	14,5
Marche	205	65	31,7	Marche	92	17	18,5
Umbria	332	51	15,4	Sicilia	62	2	3,2
Sardegna	143	35	24,5	Sardegna	36	2	5,6
	1052	166	24,5		578	34	7,8
Piani Regioni in rientro				Piano di zona			
Piemonte	146	15	10,3	V. D'Aosta	194	45	23,2
Lazio	193	9	4,7				
Abruzzo	63	4	6,3				
Molise	110	4	3,6				
Campania	97	o	o				
Puglia	259	25	9,7				
Calabria	244	o	o				
Sicilia	160	2	1,3				
	1.272	59	4,6				

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

Ma al di là degli aspetti quantitativi quello che interessa capire, per dare risposte agli interrogativi posti precedentemente, è la qualità delle analisi contenute nei Piani. In generale al centro dell'attenzione delle analisi di contesto, pressoché da tutte le Regioni, si colloca il processo di trasformazione demografica, l'invecchiamento della popolazione.

“Le dinamiche demografiche della Regione Molise dovute al progressivo invecchiamento della popolazione, all’allungamento della vita media, alla denatalità, all’accreciuta immigrazione, ai cambiamenti delle forme di convivenza familiare, alle modifiche del sistema produttivo regionale, hanno imposto una trasformazione dei servizi, rispetto alle tradizionali aree di intervento, per affrontare non solo le forme di disagio grave e già conclamato ma anche quelle latenti, riorganizzando quindi la rete sociale degli interventi anche attraverso il potenziamento dei servizi integrati socio-sanitari di ascolto, consulenza, orientamento, accompagnamento.” (Piano sociale Molise)

a cui di solito fanno seguito le analisi del quadro epidemiologico con attenzione alla cronicità e alla multimorbilità,

“All’invecchiamento generale della popolazione marchigiana corrisponde un cambiamento epidemiologico complessivo con l’aumento delle malattie neurodegenerative. Ne consegue la necessità di affrontare con sempre maggior forza, il tema dell’invecchiamento della popolazione attiva e la conseguente riorganizzazione della vita lavorativa, come anche l’aumento dell’incidenza delle malattie croniche non trasmissibili a cui contribuiscono l’invecchiamento della popolazione e gli stili di vita non salutari. A ciò corrisponde un aumento dei bisogni di salute e la loro traduzione in domanda di servizi sanitari dedicati ed adeguati.” (Piano sanitario Marche)

“L’analisi e la descrizione dei dati epidemiologici forniscono una visione complessiva dello stato di salute della popolazione altoatesina e dei suoi fattori più rilevanti, sicché rilevare regolarmente questi dati è un presupposto importante per progettare un’assistenza sanitaria basata sui bisogni reali dei cittadini.” (Piano sanitario PA Bolzano)

Spesso non mancano riferimenti alle trasformazioni economiche e sociali degli ultimi decenni, l’attenzione alla povertà, al fenomeno migratorio e dell’inclusione sociale.

“I pochi indicatori sui servizi evidenziano una situazione ancora largamente carente rispetto alla media nazionale. Nonostante l’ampia dotazione di risorse finanziarie esterne ed interne che hanno interessato la Calabria nell’ultimo decennio, la Regione presenta dunque ancora condizioni di arretratezza sia sociale che economica. I principali ostacoli allo sviluppo della regione possono essere ricondotti da un lato alle critiche condizioni di legalità che contraddistinguono larga parte della vita economica e civile, dall’altro lato, alla bassa capacità gestionale delle amministrazioni pubbliche.” (Piano sociale Calabria)

“Sebbene la Toscana non sia una regione povera, la crisi economica ha avuto effetti negativi sulle famiglie ed individui che vivono sotto il minimo vitale, la cosiddetta povertà assoluta che è salita dall’2% del 2008 al 3,8% del 2016 passando da circa 32mila a 62mila famiglie e da 52mila a 142mila individui. Tra le famiglie in cui sono presenti componenti in età da lavoro la povertà relativa è aumentata mediamente di 4,3 punti percentuali tra il 2008 e il 2014. Parallelamente è cresciuta anche la quota di famiglie che si trovano in una condizione economica inferiore a quella necessaria per accedere agli stili di vita prevalenti (la cosiddetta povertà relativa), che è cresciuta dal 2008 al 2016 dal 9,2% all’9,6%.” (Piano sanitario Toscana)



Solo alcune regioni pongono attenzione ai problemi derivanti dalle differenze territoriali (aree interne e montane) e ai problemi della qualità ambientale e dell'abitare su cui si soffermano solo alcuni Piani.

“Il flusso di popolazione attiva dall'interno verso la costa comporta effetti importanti per le dinamiche dell'intero territorio Regionale: il richiamo delle classi di età più giovani nei comuni costieri, anche in una situazione economica e lavorativa difficile, che grazie ancora a residue opportunità offerte dal mercato del lavoro e dal turismo (la cui stagionalità rappresenta ancora una criticità), incrementa i consumi e l'economia locale, contribuisce ad accentuare il divario con i comuni interni e determina un abbassamento dell'età media della popolazione residente. Il risultato più evidente di questo processo è il fenomeno dello spopolamento delle zone interne. Al processo di progressivo spopolamento, di emigrazione interna dei paesi dell'interno verso le città e in particolare verso le città costiere, è corrisposto un aggravamento dei divari di crescita e di qualità della vita, fra zone interne e aree urbane in una visione negativamente antagonistica dei rispettivi ruoli e potenzialità” (Piano sanitario Sardegna)

“La regione Basilicata ha una superficie di 9.992,37 kmq, ripartita pressoché totalmente tra montagna (46,9%) e alta e media collina (45,1%), mentre l'area pianeggiante rimane circoscritta all'8% dell'intero territorio. Benché sia solo la quattordicesima regione italiana in termini di superficie territoriale, la rilevante estensione di territorio montuoso rende difficoltosi gli spostamenti, infatti il tempo di percorrenza da Melfi principale centro abitato del nord-ovest a Maratea, situata sulla costa tirrenica meridionale è pari a 2 ore e 30 minuti; il percorso tra Melfi e Policoro, dunque lungo la direttrice ovest-est, richiede 1 ora e 50 minuti.” (Piano sanitario Basilicata)

Rara è l'attenzione all'invecchiamento attivo come scenario delle politiche di prevenzione.

“Occorre sviluppare un programma provinciale dell'invecchiamento attivo mettendo in rete le iniziative promosse da diversi soggetti (servizi sociosanitari, associazioni, circoli anziani, Università della terza età e del tempo disponibile), in un'unica cornice che comprenda interventi relativi a tutte e tre le colonne dell'invecchiamento attivo (partecipazione, sicurezza, salute). Questo programma dovrebbe seguire un approccio di promozione della salute complessiva, superare gli interventi su singole patologie, con l'obiettivo di “aggiungere vita agli anni e non solo anni alla vita”. (Piano sanitario PA Trento)

Se sotto il profilo della domanda le analisi si limitano ad un approccio molto generale, dal punto di vista dell'offerta dei servizi sociali e sanitari i piani sono molto carenti e solo in alcuni casi tentano una lettura comparata tra domanda e offerta di servizi capace di determinare il concreto bisogno di servizi.

“In questo senso si intende proporre un nuovo modello organizzativo integrato, in grado di realizzare un insieme di programmi sanitari ed assistenziali a livelli differenti di intensità assistenziale e li eroghi ai residenti di una determinata area geografica (distretto sociosanitario).

Il nuovo modello integrato di cure flessibili deve essere in grado di dare risposte adeguate ai bisogni clinico-riabilitativo-assistenziali della popolazione, in particolare se fra-

gile e anziana, con la possibilità di indirizzare il paziente verso i setting appropriati in termini di organizzazione e di risorse, garantendo una rete integrata di servizi fra ospedale e territorio con valorizzazione delle diverse figure professionali coinvolte. Il percorso deve tenere conto di tutte le fasi dell'assistenza al paziente fragile e cronico, dalla prevenzione alla presa in carico, alla rivalutazione e agli esiti. Il distretto assume un ruolo peculiare in quanto luogo fisico della gestione, del coordinamento e della responsabilità istituzionale/organizzativa dell'intero percorso sanitario e socio-assistenziale del paziente.” (Piano Sanitario Piemonte)

“Le esperienze positive finora realizzate dovranno diventare strumenti di azione collettiva. L'integrazione professionale che si può realizzare attraverso l'équipe multiprofessionale, l'erogazione congiunta di attività assistenziali e la ricerca-azione dell'approccio comunitario garantiscono la massima efficacia degli interventi e si realizzano attraverso la partecipazione delle figure professionali alla definizione delle linee organizzative, la realizzazione di processi condivisi, la predisposizione di un sistema informativo in rete e la realizzazione di moduli formativi comuni.” (Piano integrato Emilia Romagna)

In sostanza, tolte alcune eccezioni, in generale le analisi di contesto sono caratterizzate da alcuni limiti di fondo che fanno mettere in dubbio la loro stessa utilità: sono spesso generiche e frammentarie; minimo è l'impegno a mettere in relazione domanda e offerta di servizi; rinuncia a comprendere le interazioni reciproche tra i diversi fenomeni socio economici e il loro contesto; mediamente non aggiornate. Come si può ben comprendere rappresentano la negazione a priori della possibilità di elaborare una politica integrata socio-sanitaria programmata. Con questo si vuole affermare che la volontà di integrazione, al di là delle enunciazioni di premessa, si deve esprimere fin dalla impostazione delle analisi di contesto: non farlo significa rinunciare alla possibilità di comprendere gli enormi benefici che ne possono derivare per la popolazione, ma anche per le risorse pubbliche sia in termini monetari che di credibilità.

Unica giustificazione possibile a questo basso profilo delle analisi di contesto può essere ricercato nella inadeguata base statistico/informativa sia nazionale che regionale. Da questo punto di vista fanno bene quelle Regioni che nei loro piani dedicano attenzione alla esigenza di dotarsi di un adeguato sistema informativo. C'è da osservare però che il problema non si risolve realizzando 21 sistemi informativi regionali che non dialogano e fuori da un raccordo con il sistema statistico nazionale.

6.3. L'integrazione istituzionale e nella governance

Nel capitolo 4.5 in cui si è tentato di capire il contesto istituzionale in cui si inquadra l'assistenza socio sanitaria è emerso chiaramente come essa sia da individuare in uno spazio indefinito di sovrapposizione di competenze e responsabilità attribuibili per un verso al sistema sanitario e per l'altro al sistema sociale. Uno spazio in cui numerosi sono gli elementi di incertezza e conflitti



di competenza, causa non ultima dei ritardi nei processi di integrazione auspicata da più di un ventennio.

In questo paragrafo tenteremo di capire cosa emerge a riguardo dai piani sanitari e sociali a partire da come le regioni si sono organizzate per dirigere queste materie.

6.3.1. L'architettura istituzionale

Stato, Regioni, e Comuni, nei rispettivi ambiti di competenze, in teoria dovrebbero collaborare tra di loro, con l'obiettivo di assicurare condizioni socio-sanitarie uniformi su tutto il territorio nazionale e livelli delle prestazioni accettabili e appropriate per tutti i cittadini. Nei fatti pesano notevolmente sui livelli di collaborazione praticata nelle singole realtà i diversi percorsi che hanno portato alla definizione dell'architettura istituzionale in ambito sanitario e sociale.

- Nel caso dei servizi sanitari a livello regionale i cardini del sistema sono:
 - la direzione politica e la direzione amministrativa riconducibili la prima all'assessore alla salute e la seconda alla direzione generale regionale;
 - le aziende sanitarie locali che a loro volta si articolano nei distretti sanitari e, quindi negli ambiti locali.
- Nel caso dei servizi sociali i cardini sono:
 - la direzione politica in capo ai comuni che la gestiscono in varie forme associate intercomunali;
 - gli ambiti sociali, espressione delle associazioni intercomunali dei comuni con compito di progettazione, organizzazione e gestione associata dei servizi sociali.

Come si vede i due sistemi sono notevolmente difforni e la possibilità che trovino dei terreni di collaborazione ai fini della integrazione dei servizi dipende in larga misura da alcune condizioni minimali:

- convergenza programmatica nella direzione politica;
- coordinamento della direzione amministrativa;
- coincidenza territoriale degli ambiti di intervento.

Rispetto a queste tre condizioni quella che si verifica nelle regioni è riportato nelle tabelle seguenti.

6.3.2. La direzione politica e amministrativa

Vediamo innanzitutto come è organizzata la direzione politica e amministrativa a livello regionale. Nella Tabella 104 è riportato il quadro degli organi di direzione previsti dalle singole regioni. Come si può constatare possiamo considerare il quadro in relativo movimento tenuto conto che numerose regioni (13 su 21) hanno ritenuto opportuno unificare l'assessorato alla salute con quello delle politiche sociali. La cosa è di gradevole rilievo in quanto assicura all'area in cui si colloca l'assistenza sociosanitaria una direzione politica unita-

ria. Evidentemente sta maturando la consapevolezza della necessità di ridurre le possibili barriere che ostacolano l'integrazione sociosanitaria a partire dal suo vertice regionale.

Tab.104 – Gli organi di direzione delle politiche della salute e sociali regionali			
Tema / Regione	Governance	Strutture Dir. Regionale	
		Sanità	Sociali
V. D'Aosta	Ass. unico	Dip. Sanità, Salute e Politiche Sociali	
Piemonte	Ass. distinti	Dir. Reg. sanità e welfare	
Lombardia	Ass. unico	Dir.Reg. Welfare	
Liguria	Ass. unico	Dip. salute e servizi sociali	
Friuli VG	Ass. unico	Dir. Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità	
P.A. Bolzano	Ass. unico	Dir. Reg salute e politiche sociali	
P.A. Trento	Ass. unico	Dip. Salute e politiche sociali	
Veneto	Ass. unico	Area sanità e sociale	
Emilia Romagna	Ass. distinti	Dir. Gen cura della persona, salute e welfare	
Toscana	Ass. unico	Dir. Gen. Diritti di cittadinanza e coesione sociale	
Marche	Ass. unico	Dir. Gen. Sanità	Dir. Gen. Pol. Sociali
Umbria	Ass. unico	Dir. Reg. Salute, Welfare	
Lazio	Ass. distinti	D.R. sanità e integr. SS	D. R. inclusione sociale
Abruzzo	Ass. distinti	Dip. per la Salute e integr. socio-sanitaria	D.R. Pol. sociali
Molise	Ass. distinti	Dir. Gen. Salute	Servizio Prog. Politiche Sociali
Campania	Ass. distinti	D. G. Tutela Salute D.G. Sociosanitarie	D. G. Politiche sociali e sociosanitarie
Basilicata	Ass. unico	Dip. Politiche della persona	
Puglia	Ass. unico	Dip. Prom. Salute, del Benessere Sociale	
Calabria	Ass. distinti	Dip. Tutela salute	Dip. welfare
Sicilia	Ass. distinti	Dip. Salute	Dip. welfare
Sardegna	Ass. unico	Dir. Gen. Sanità	Dir. Gen. Pol. sociali

Fonte: elaborazione Auser su dati siti istituzionali regionali

Ovviamente nelle rimanenti 8 Regioni si conferma la distinzione di direzione politica tra sanità e sociale. C'è da sottolineare inoltre che in alcune regione la responsabilità politica della sanità è intestata direttamente al Presidente di regione: questo avviene nel caso della Calabria e Molise. Una scelta questa che certamente non aiuta.

L'unificazione della direzione politica sta determinando anche l'unificazione, anche se in forme diverse (aree, dipartimenti, direzioni generali), della direzione amministrativa. In 13 Regioni, infatti, alla unificazione degli asses-



sorati ha corrisposto l'unificazione anche delle direzioni generali in materia sanitaria e sociale. Una convergenza che non sempre si verifica, come nel caso di Sardegna e Marche, dove alla unificazione degli assessorati rispondono direzioni amministrative distinte. Viceversa l'unificazione delle direzioni amministrative avviene anche nel caso di assessori distinti a cui risponde un unico punto di direzione amministrativa, come nel caso dell'Emilia Romagna e del Piemonte.

6.3.3. L'organizzazione territoriale sanitaria e sociale

In ambito sanitario l'organizzazione territoriale viene decisa in sede regionale e, come abbiamo verificato in precedenza, negli ultimi anni le Regioni si sono mosse in direzione di una progressiva concentrazione delle strutture di gestione del servizio sanitario. Un processo che ha prodotto una drastica riduzione delle aziende sanitarie locali.

Anche nel caso dei servizi sociali è in corso un processo di aggregazione con l'obiettivo nazionale di far coincidere i distretti sanitari con gli ambiti sociali. Tenuto conto che gli ambiti sociali dipendono dalla volontà dei singoli comuni il percorso è stato molto più difficoltoso anche se le Regioni stimolano in varie forme la spinta alla aggregazione.

Attualmente la situazione, così come risulta da piani sanitari e piani sociali è la seguente (Tab.105): nell'organizzazione territoriale dei servizi sanitari 10 Regioni (Valle d'Aosta, Liguria, Friuli V.G., P.A. Bolzano, P.A. Trento, Veneto, Lazio, Abruzzo, Molise, Sardegna) si sono dotate di aziende regionali che svolgono varie funzioni di direzione e coordinamento. La Toscana non ha seguito la strada della azienda regionale, ma ha ripartito il suo territorio regionale in tre aree vaste con compiti di direzione e coordinamento. Nelle altre regioni non sono presenti aziende regionali. Nei servizi sociali nessuna regione ha pensato di costituire aziende regionale di direzione e coordinamento con l'unica eccezione della Valle d'Aosta che considera la regione un unico ambito sociale.

A livello sub regionale in ambito sanitario sono attive 115 aziende con una dimensione media di 525.948 abitanti residenti, con una variabilità che oscilla da un minimo di 126.202 abitanti serviti nel caso della Valle d'Aosta, ai 1.484.210 del Veneto. Per i servizi sociali non esiste un livello di direzione e coordinamento assimilabile al ruolo che svolgono le ASL.

Tab.105 – Articolazione delle strutture sanitarie nel territorio regionale e provinciale							
Regioni	Az. Regionale	Az. USL		Distretti		Ambiti	
	Numero	Numero	Pop. Media	Numero	Pop. Media	Numero	Pop. Media
V. D'Aosta	1	1	126.202	4	31.551	9	14.022
Piemonte	//	15 (11+4TO)	291.724	47	93.104	//	//
Lombardia	//	9	1.115.140	27	371.713	61	164.529
Liguria	Alisa Direzione strategica	5	311.396	19	81.946	69	22.565
Friuli VG	ARCS Az.Reg. Coord. Salute	3	405.179	20	60.777	//	//
P.A. Bolzano	1	4	131.938	20	26.388	//	//
P.A. Trento	1	4	134.975	4	134.975	//	//
Veneto	1	9	545.004	23	213.262	//	//
E. Romagna	//	3	1.484.210	8	556.579	38	117.174
Toscana	3 aree vaste	3	1.245.656	26	143.730	26	143.730
Marche	//	5	306.351	13	117.827	//	//
Umbria	//	2	442.320	12	73.720	//	//
Lazio	Lazio.0	10	589.669	46	128.189	//	//
Abruzzo	ASU Az. Sanitaria Unica (?)	4	328.799	25	52.608	//	//
Molise	1	1	308.493	3	102.831	//	//
Campania	//	7	832.409	71	82.068	//	//
Basilicata	//	2	283.559	11	51.556	//	//
Puglia	//	6	674.707	45	89.961	//	//
Calabria	//	5	391.337	18	108.705	//	//
Sicilia	//	9	558.554	54	93.092	//	//
Sardegna	ATS Azienda Tutela Salute	8	206.022	22	74.917	//	//
Totale		115	525.948	518	116.764		

Fonte: elaborazione Auser su dati regionali e Ministero della Salute

Una maggiore corrispondenza tra i livelli di direzione dei servizi sanitari e sociali si ritrova a livello distrettuale. A questo livello le ASL hanno articolato il loro territorio in 518 Distretti sanitari con una popolazione media di 116.764 abitanti residenti e una variabilità che va da un minimo di 31.551 abitanti della Valle d'Aosta ad un massimo di 556.579 della Emilia Romagna.

Per la direzione dei servizi sociali i Comuni hanno costituito 499 ambiti sociali che servono una popolazione media di 121.210 abitanti residenti. Anche in questo caso la variabilità è notevole oscillando da un minimo di 31.759 della P.A. di Trento, a un massimo di 772.020 abitanti della Lombardia.



In alcune realtà regionali, evidentemente per avvicinare i centri di servizio alla popolazione, sono stati costituiti dei sub-ambiti sia per i servizi sanitari (Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Emilia Romagna e Toscana) e sia per i servizi sociali (Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Liguria, P.A. Bolzano, Emilia Romagna).

Da notare come nel caso dei servizi sociali (Tab.106), non esistendo una struttura simile alle ASL, i comuni si servono di 651 soggetti gestori dei servizi con una popolazione media servita di 92.909 abitanti residenti. Anche in questo caso con una oscillazione che va da un minimo di 14.022 della Valle d'Aosta a 527.750 della P.A. di Bolzano. Comunque sul tema torneremo in seguito.

Tab.106 – Articolazione delle Strutture sociali nei territori regionali e provinciali						
Regioni	Ambiti		Sub Ambiti		Gestori Istat 2016	
	Numero	Pop. Media	Numero	Pop. Media	Numero	Pop. Media
V. D'Aosta	1	126.202	5	25.240	9	14.022
Piemonte	8	546.983	52	84.151	56	78.140
Lombardia	13	772.020	95 (61 Ambiti)	105.645	97	103.467
Liguria	19	81.946	69	22.565	19	81.946
Friuli VG	20	60.777	//	//	19	63.976
P.A. Bolzano	8	65.969	20	26.388	1	527.750
P.A. Trento	17	31.759	//	//	16	33.744
Veneto	21	233.573	//	//	22	222.956
Emilia Romagna	9	494.737	38	117.174	38	117.174
Toscana	15	249.131	//	//	34	109.911
Marche	23	66.598	//	//	24	63.823
Umbria	12	73.720	//	//	12	73.720
Lazio	55	107.213	//	//	37	23.909
Abruzzo	35	37.577	//	//	35	37.577
Molise	7	44.070	//	//	7	44.070
Campania	71	82.068	//	//	57	102.226
Basilicata	9	63.013	//	//	15	37.808
Puglia	45	89.961	//	//	45	89.961
Calabria	32	61.146	//	//	30	65.223
Sicilia	54	93.092	//	//	54	93.092
Sardegna	25	65.927	//	//	24	68.674
Totale	499	121.210			651	92.909

Fonte: elaborazione Auser su dati regionali e Ministero della Salute



Ed infatti se osserviamo le diverse realtà regionali, riferendoci in particolar modo alla gestione della funzione sociale (istituzionalmente in capo ai Comuni) ci accorgiamo che c'è una grande varietà di modelli (convenzioni, consorzi, unioni, aziende speciali, delega alle ASL) e che ciascuna forma gestionale scelta è spesso differente anche se nominativamente medesima (i consorzi, così come le unioni dei comuni, ad esempio, sono molto diversi fra di loro, per dimensioni, per la concreta responsabilità nella gestione dei servizi - su tutto o solo su parte dell'attività, ecc.).

Alla varietà delle forme si aggiunge il fatto che il succedersi dei cambiamenti organizzativi genera disorientamento sia negli operatori che nei cittadini. Tutto ciò complica e rende ancor più difficile la percezione dei servizi socio sanitari al cittadino, ma anche agli operatori. Per superare questa condizione sarebbe necessario, una volta valutate le opzioni possibili, una maggior omogeneità nella definizione del modello organizzativo funzionale e dovrebbe essere resa ovunque obbligatoria almeno la coincidenza fra distretto sanitario e ambito sociale, attribuendo però alle due funzioni la medesima autorevolezza.

In conclusione dal quadro sopra descritto emerge una situazione in cui lo sforzo di convergenza sta facendo dei passi avanti per quanto riguarda le differenze superabili dalla volontà dei territori, è però evidente una difformità di impianto difficilmente superabile in assenza di misure che pongano sullo stesso piano i servizi sanitari e servizi sociali. In particolare risulta evidente che alla forza di impianto dei servizi sanitari, derivante da norme nazionali che ne definiscono la struttura, corrisponde una fragilità del sistema dei servizi sociali in larga misura espressione della volontà dei Comuni di costituirsi in sistema.

Come si comprende, considerando che l'assistenza sociosanitaria è espressione della integrazione di questi due sistemi, dalla soluzione di questo problema dipende in larga misura la sua qualità.

6.4. L'integrazione nella prevenzione

I piani dedicano alla prevenzione il 6,2% del loro spazio con notevoli differenze tra le diverse tipologie di Piano (Tab.107). Lo spazio maggiore è dedicato dai Piani sanitari e sociosanitari con l'11,6%, a questi seguono i Piani delle regioni in rientro con il 7,6%, i Piani integrati con il 6,2%, i Piani sociali con l'1,6% e il Piano di zona con l'1,5% e, infine, le linee guida o indirizzi per i Piani di zona con l'1,2%.

Anche tra le regioni diversissimi sono i livelli di attenzione al tema. I massimi livelli si hanno in Sardegna con il 31,47% del piano sanitario, la P.A. di Trento con il 24,24% nel Piano sanitario, a cui seguono Campania e Calabria con i Piani di rientro rispettivamente con l'11,34 e l'11,25%. I minimi si hanno nelle regioni che nei loro Piani sociali non dedicano spazio al tema.

Si tenga conto, però, che in base all'ultimo aggiornamento del Ministero della Salute del 21 Febbraio 2017, come previsto dall'Intesa Stato Regioni 13



novembre 2014, tutte le Regioni e Province Autonome hanno predisposto il proprio Piano regionale di prevenzione (PRP) e, coerentemente a quanto stabilito dall'Accordo Stato Regioni 25 marzo 2015 (Documento di valutazione del PNP 2014-2018), è stata verificata la rispondenza dei PRP ai criteri definiti nel documento.

Questo significa che le Regioni, oltre ad affrontare il tema della prevenzione nei loro Piani sanitari e sociali, sono tenute a predisporre anche il Piano regionale della Prevenzione. Evidentemente questa pluralità di occasioni determina, comprensibilmente, degli spazi di discrezionalità. Comunque quello che interessa capire è quale sia il profilo dell'approccio alla prevenzione nei diversi Piani. A riguardo c'è da osservare come nel complesso continui a prevalere un approccio di carattere prestazionale (campagne vaccinali) e che rari sono i riferimenti agli obiettivi dell'invecchiamento attivo come via maestra per un approccio di prevenzione integrato nella vita quotidiana delle persone. Questo limite, purtroppo, è presente anche nel Piano nazionale della prevenzione (Box 6) in un quadro in cui alla prevenzione viene destinato solo lo 0,5% del Pil a fronte di una media europea del 2,9%.

Tab.107 – Pagine dei Piani dedicate alla prevenzione			
Regioni	Pagine tot.	Pagine prevenzione	%
Piani integrati			
Lombardia	56	6	10,71
Liguria	184	6	3,26
Veneto	212	17	8,02
Emilia Romagna	64	2	3,13
Toscana	256	20	7,81
Basilicata	83	2	2,41
Totale	855	53	6,2
Piani sanitari e sociosanitari			
V. d'D'Aosta*	122	9	7,38
Friuli VG	108	1	0,93
P.A. Bolzano	76	1	1,32
P.A. Trento	66	16	24,24
Marche	205	20	9,76
Umbria	332	30	9,04
Sardegna	143	45	31,47
Totale	1.052	122	11,6
Piani delle Regioni in rientro			
Piemonte	146	14	9,59
Lazio	193	11	5,70
Abruzzo	63	2	3,17
Molise	110	2	1,82
Campania	97	11	11,34
Puglia	259	19	7,34
Calabria	244	20	8,20
Sicilia	160	18	11,25
Totale	1.272	97	7,6
Piani sociali			
Umbria	112	3	2,68
Lazio	213	4	1,88
Abruzzo	136	o	//
Molise	136	o	//
Campania	78	3	3,85
Puglia	53	3	5,66
Calabria	75	o	//
Totale	803	13	1,6
Linee guida o indirizzi per i Piani di zona			
Piemonte	19		
Friuli VG	31	o	//
P.A. Bolzano	269	o	//
P.A. Trento	69	1	1,45
Marche	92	6	6,5
Sicilia	62	o	//
Sardegna	36	o	//
Totale	578	7	1,2
Piano di Zona			
V. D'Aosta	194	3	1,5
Totale Generale	4.735	295	6,2

Fonte: elaborazione Auser



BOX 6 - Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025

Adottato con Intesa in Conferenza Stato-Regioni il **Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025**. è lo strumento fondamentale di pianificazione centrale degli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio e mira a garantire sia la salute individuale e collettiva sia la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale attraverso azioni quanto più possibile basate su evidenze di efficacia, equità e sostenibilità che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi in cui vive e lavora.

Il PNP 2020-2025 rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente. Riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali-ecosistemi

Alla luce delle recenti esperienze legate alla pandemia da COVID-19, il Piano sottolinea l'indispensabilità di una programmazione sanitaria basata su una rete coordinata e integrata tra le diverse strutture e attività presenti nel territorio, anche al fine di disporre di sistemi flessibili in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva, sia per garantire interventi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio, tutela dell'ambiente, ecc.) e affrontare le sfide della promozione della salute e della diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità.

Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute, il Piano punta su alleanze e sinergie intersettoriali tra forze diverse, secondo il principio della "Salute in tutte le Politiche" e conferma l'impegno nella promozione della salute, chiamata a caratterizzare le politiche sanitarie non solo per l'obiettivo di prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche, ma anche per creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza, resilienza e capacità di controllo che mantenga o migliori il capitale di salute e la qualità della vita.

Gli obiettivi: il Piano intende consolidare l'attenzione alla centralità della persona, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare l'Health Literacy (alfabetizzazione sanitaria) e ad accrescere la capacità degli individui di interagire con il sistema sanitario (engagement) attraverso relazioni basate sulla fiducia, la consapevolezza e l'agire responsabile. In tale contesto è necessario un attivo coinvolgimento dei MMG e PLS, figure chiave per favorire l'health literacy e l'empowerment dei cittadini. Il PNP 2020-2025 ribadisce inoltre l'approccio life course, finalizzato al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza,

per setting (scuola, ambiente di lavoro, comunità, servizi sanitari, città), come strumento facilitante per le azioni di promozione della salute e di prevenzione, e di genere, al fine di migliorare l'appropriatezza ed il sistematico orientamento all'equità degli interventi.

Il PNP 2020-2025 mira a contribuire al raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, che definisce un approccio combinato agli aspetti economici, sociali e ambientali che impattano sul benessere delle persone e sullo sviluppo delle società, affrontando dunque il contrasto alle disuguaglianze di salute quale priorità trasversale a tutti gli obiettivi.

Il Piano si articola in sei Macro Obiettivi: malattie croniche non trasmissibili, dipendenze e problemi correlati; incidenti stradali e domestici; infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali; ambiente, clima e salute; malattie infettive prioritarie

Le risorse: Le Regioni e le Province autonome convengono di “confermare per gli anni 2020-2025, per la completa attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione, come previsto dall'articolo 4, comma 1 lett e) dell'Intesa del 23 marzo 2005, la destinazione di 200 milioni di euro annui a valere sulle risorse che costituiscono il livello di finanziamento corrente al Servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato per il periodo di riferimento”. Insomma, per intenderci, lo Stato, ancora una volta non mette un euro in più per la prevenzione.

La verifica dell'attuazione: Entro il 31 marzo di ogni anno (2023-2026) le Regioni documentano lo stato di avanzamento del Piano. Per l'anno 2020 la valutazione ha esito positivo in presenza dell'atto regionale di recepimento dell'intesa. Per l'anno 2021 la valutazione ha esito positivo se la pianificazione regionale risponde agli obiettivi prefissati. Per gli anni 2022-2025 la valutazione ha esito positivo se una proporzione crescente (60% nel 2022, 70% nel 2023, 80% nel 2024, 90% nel 2025) del totale degli indicatori.

Il coordinamento dell'attuazione del Piano è affidato al Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria, che assicura il necessario raccordo operativo con le altre Direzioni generali del Ministero coinvolte.

6.5. L'integrazione sociosanitaria territoriale

6.5.1 Il Distretto sociosanitario

Il Distretto sociosanitario dovrebbe essere, come attesta la sua denominazione, il cuore della integrazione sociosanitaria. Qui che si dovrebbe misurare in concreto il livello della integrazione tra il pilastro sanitario e il pilastro sociale della assistenza.

Tuttavia le ambiguità del suo profilo istituzionale (Box 7) ne fanno una struttura quanto meno indeterminata nella sua configurazione, tant'è che non



esistono statistiche che lo riguardino in modo specifico sia sul fronte sanitario che su quello sociale e gli stessi piani regionali usano al riguardo formulazioni quanto meno ambigue con il risultato di non far capire con esattezza chi è il soggetto di riferimento quando viene trattato l'argomento della assistenza socio-sanitaria.

BOX 7 - Il Distretto socio sanitario: cos'è, cosa fa

Cos'è: è una struttura territoriale non definita organicamente dalla legislazione nazionale vigente.

Mentre il Distretto sociale, o Ambito, è definito espressamente dalla Legge 328/2000, e il Distretto Sanitario è regolamentato da una serie di norme tra cui il Dlgs 502/92 e così non è per il Distretto sociosanitario la cui forma organizzativa è di competenza esclusiva delle Regioni.

Poiché tanto i Distretti/Ambiti sociali, quanto i Distretti sanitari hanno la competenza di erogare servizi socio sanitari integrati, si può affermare che il Distretto sociosanitario è l'insieme strutturato delle attività integrate di programmazione ed erogazione dei servizi sociali e sanitari.

In base alla normativa regionale può quindi essere organizzato e ubicato nel Distretto sanitario, in quello Sociale o in un'altra struttura tipo "Casa della Salute".

Dovunque esso si trovi è comunque il luogo ove si prendono in carico i bisogni integrati della persona e si programmano le risposte adeguate.

Compiti del Distretto: programma, organizza ed eroga prestazioni socio-sanitarie integrate in favore di persone in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione che ne condizionano lo stato di salute.

Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Fonte: <https://www.pensionati.it/blog/distretto-sociosanitario-cos-e-e-cosa-fa>

Da questa indeterminatezza ne consegue che per comprendere come è strutturata l'assistenza sociosanitaria è indispensabile far riferimento ai soggetti che dovrebbero esprimere il Distretto sociosanitario e cioè i Distretti sanitari e i Distretti/Ambiti sociali.

I Piani sanitari regionali dedicano a questo argomento il 19,3% degli interi piani e il 43,7% dello spazio dedicato alla assistenza sanitaria: uno spazio certamente non secondario che sta a testimoniare una chiara consapevolezza della sua importanza. D'altra parte basta scorrere alcune delle pagine che nei piani si riferiscono alla dimensione territoriale per rendersene conto.

“Il cuore di un sistema integrato sociosanitario di assistenza agli anziani è il distretto territoriale inteso come il luogo in cui (Il Distretto, come già sottolineato in altre parti del presente documento di programmazione, rappresenta il luogo dove nel concreto prende forma l'integrazione delle attività e servizi sociali, socio-sanitari e sanitari)” (Piano Veneto).

“Il distretto è considerata l'ambito ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate”. (Piano Toscana)

“Il Distretto è il luogo ove si realizza l'integrazione sociosanitaria ovvero dove l'incontro del bisogno sociale e quello sanitario che genera il bisogno complesso, cui si risponde attraverso una condivisione di progettualità tra EE.LL. e ATS.

Strumento strategico di integrazione sono i PLUS (Piani Locali Unitari dei Servizi) che governano l'integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari e con le altre politiche dell'ambito territoriale” (Piano Sardegna)

“Il distretto ad oggi viene percepito dal cittadino principalmente come luogo di autorizzazione o certificazione per accedere ai servizi sanitari e non sanitari. Tuttavia già oggi il Distretto sarebbe deputato a svolgere una funzione di “tutela” dei cittadini residenti, di valutazione dei bisogni, committenza e gestione dell'offerta dei servizi nell'ambito delle cure primarie, dell'integrazione sociosanitaria, della riabilitazione territoriale, dei servizi rivolti alle persone non autosufficienti, delle dipendenze e delle attività consultoriali.” (Piano Lazio)

“Attualmente i Distretti, nonostante le indicazioni regionali, di cui al DCA n. 130/2015, in alcuni casi di configurano più come strutture di gestione di alcuni servizi territoriali sanitari e sociosanitari che come effettivo centro di responsabilità per la tutela della salute dei cittadini ed il governo dei relativi percorsi assistenziali”. (Piano Calabria)

Ma se nei Piani la consapevolezza dell'importanza della dimensione territoriale della integrazione è evidente, purtroppo questa non sempre si traduce in coerenti iniziative tese a produrre quel valore aggiunto in più che l'integrazione può produrre e che passa necessariamente attraverso una più chiara identificazione del “soggetto” che dovrebbe assicurare l'assistenza socio sanitaria.

Da questo punto di vista la Tabella 108 è di particolare interesse in quanto è una dimostrazione indiretta di quanto appena detto. Se il distretto è il luogo in cui si realizza l'integrazione in quanto è il luogo più prossimo al cittadino, nei fatti la distribuzione dei servizi ne tiene conto solo in minima parte. Tant'è



che dai dati del Ministero della salute risulta che il numero dei servizi coincide esattamente con il numero della ASL e trascura totalmente l'articolazione distrettuale. Se la cosa ha più di una ragione nel caso del CUP, non si spiega assolutamente ad esempio per il servizio ADI.

Nelle pagine che seguono verificheremo queste valutazioni su alcuni punti nodali della dimensione sociosanitaria territoriale.

Tab.108 - Servizi nei distretti delle Aziende sanitarie locali - 2017						
Regioni	ASL	Distretti attivati	CUP	Dip. Salute mentale	Dip. Prev.	Servizio ADI
V. D'Aosta	1	4	1	1	1	1
Piemonte*	12	47	12	9	12	12
Lombardia	8	77	5	8	8	8
Liguria	5	19	5	5	5	5
Friuli VG	5	20	5	5	5	5
P.A. Bolzano	1	20	-	-	-	1
P.A. Trento	1	4	1	1	1	1
Veneto	9	26	9	9	9	9
Emilia Romagna	8	38	8	8	8	8
Toscana	3	34	3	3	3	3
Marche	1	13	1	1	1	1
Umbria	2	12	2	2	2	2
Lazio	10	46	10	10	10	10
Abruzzo	4	29	4	4	4	4
Molise	1	3	1	1	1	1
Campania	7	72	7	7	7	7
Basilicata	2	11	2	2	2	2
Puglia	6	46	6	6	6	6
Calabria	5	6	5	5	5	5
Sicilia	9	47	9	7	8	9
Sardegna	1	22	1	1	1	1
Totale	101	596	97	95	99	101

Fonte: elaborazione Auser su dati Min. della salute – Dir. Gen. Della digitalizzazione del sistema informativo sanitario

6.5.1.1. Il rapporto Distretti sanitari e Distretti/Ambiti sociali

Come risulta dalla Tabella 105 l'organizzazione territoriale della assistenza sociosanitaria a livello nazionale si articola nel campo sanitario in 115 Aziende Sanitarie Locali, ripartite a loro volta in 518 Distretti sanitari con una popolazione media di 116.764 abitanti. Nel campo sociale (Tab.106) sono presenti 499 Ambiti sociali con una popolazione media di 121.210. Stando a questi numeri

sembrerebbe che l'obiettivo di far coincidere territorialmente Distretti e Ambiti sia stato in larga misura raggiunto. Evidentemente la cosa è molto positiva, ma dove si pongono i problemi? Innanzitutto nella profonda differenza, ancora una volta, del "profilo" delle due strutture che dovrebbero "produrre" il Distretto sociosanitario.

Il Distretto sanitario è fortemente incardinato nell'ambito del sistema sanitario in quanto articolazione delle ASL con chiara missione e chiari referenti politici, programmatici e amministrativi. Il mandato, che nel corso degli anni gli è stato conferito, di estendere il suo ambito di intervento anche ad aspetti della dimensione sociale (che giustifica in parte l'estensione della sua denominazione in Distretto sociosanitari) potrà trovare il giusto compimento a due condizioni:

- il superamento di una "cultura" sanitaria ancora troppo incentrata nella dimensione clinica/prestazionale;
- la realizzazione di una equilibrata integrazione con i Distretti/ambiti sociali titolari pieni della assistenza sociale.

I Distretti/ambiti sociali hanno, invece, un più debole profilo istituzionale e amministrativo che lo rende in parte l'anello debole della integrazione sociosanitaria territoriale. Le ragioni di questo sono diverse:

- innanzitutto perché la titolarità delle politiche sociali è in capo ai singoli Comuni i quali, per raggiungere una soglia dimensionale adeguata per la gestione dei servizi, la gran parte di essi deve necessariamente associarsi ad altri comuni;
- che le forme di questo rapporto associativo sono le più diverse⁴⁵ e non sempre condivise e, comunque, non sempre garantiscono livelli di gestione adeguati;
- che la erogazione dei servizi è di norma affidata ad uno o più soggetti terzi anche qui attraverso formule tra le più diverse;
- che il rapporto con il Distretto sanitario è di norma regolato da formule pattizie le più diverse non sempre garanzia di efficace integrazione;
- che notevolissima è la disparità nella disponibilità di risorse tra distretto sanitario e distretto/ambito sociale.

Le Regioni che hanno scelto la strada del Piano sociosanitario integrato esprimono il massimo di sensibilità in merito alla necessità di risolvere questo complesso problema attraverso formule innovative di gestione integrata dei servizi sociosanitari. Del tutto evidente però, che fin quando il Distretto sociosanitario non troverà una più compiuta configurazione sarà molto difficile raggiungere l'auspicato livello di integrazione nella gestione dei servizi di assistenza sociosanitaria.

45 - Nota sulle forme associative



Nei paragrafi che seguono cercheremo di capire come queste divaricazioni si riflettono nella gestione dei servizi territoriali di assistenza.

6.5.2. Il Punto Unico di Accesso (PUA)

Il Punto Unico di Accesso (PUA) è un modello organizzativo di assistenza integrata, a disposizione del cittadino, in particolare dei soggetti con bisogni sociosanitari complessi, atto a governare la presa in carico, tramite un accesso unitario alla rete dei servizi sanitari e sociali, non compresi nell'emergenza.

Lo scopo principale del PUA è affermare il carattere universalistico dell'assistenza, riconoscendo al cittadino il diritto alla certezza della prestazione sociosanitaria appropriata. Il PUA promuove una maggiore equità d'accesso ai servizi territoriali, garantisce l'effettività dei livelli essenziali di assistenza, in particolare per la tutela delle fragilità e non autosufficienza, migliora le modalità di presa in carico unitaria, elimina o semplifica i numerosi passaggi ai quali la persona assistita e i suoi familiari devono adempiere.

Il PUA è deputato a gestire tutte le attività che caratterizzano il processo organizzativo di presa in carico, dalla segnalazione del bisogno alla stesura del piano personalizzato e al follow-up; rappresenta dunque l'identità e la cabina di regia dell'intera rete di servizi, mettendo in relazione tra loro reti di assistenza già attive sul territorio: la rete dei servizi sanitari, dei servizi sociali, del volontariato e delle relazioni che ruotano intorno all'assistito.

Il Punto Unico di Accesso è stato delineato a livello normativo-programmatico attraverso il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali per il triennio 2001-2003, in attuazione della Legge 328/2000, che indica esplicitamente la costituzione "Porta unitaria di accesso" alla rete dei servizi socio-sanitari. Il PUA è uno dei luoghi dell'integrazione socio-sanitaria, professionale e gestionale e, come tale, richiede il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali. Il collegamento con i servizi sociali deve essere pertanto sistematico e integrato, a cominciare da una programmazione concordata.

Il Patto per la Salute 2014-2016 all'art. 6 prevede un processo strutturato di presa in carico che ha fasi ben individuate: attraverso un sistema unico di accesso; la definizione di un sistema di valutazione multidimensionale del bisogno basato su strumenti scientificamente validati e unitari almeno a livello regionale; il coordinamento dell'assistenza con valutazione multidimensionale del bisogno della persona; la definizione di un piano di assistenza individuale; l'individuazione del case manager del percorso di cura, il relativo monitoraggio e rivalutazione del percorso. Tale percorso di cura può avvalersi delle potenzialità delle tecnologie emergenti, come la tecnoassistenza (teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio).

Di fronte alla grande eterogeneità intra ed interregionale dell'assistenza sociosanitaria, anche il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione ed aggiornamento

dei livelli essenziali di assistenza” persegue l’uniformità del percorso della presa in carico della persona e dell’assistenza nel rispetto dell’autonomia organizzativa delle regioni. In particolare prevede la garanzia dei percorsi assistenziali integrati sanitari e sociali con accesso unitario ai servizi, valutazione multidimensionale dei bisogni clinici funzionali e sociali con strumenti standardizzati ed uniformi almeno a livello regionale, la presa in carico della persona e definizione del progetto di assistenza individuale (PAI). Inoltre declina le attività nei diversi regimi assistenziali (domiciliare, residenziale e semiresidenziale) e differenzia secondo livelli di complessità ed intensità assistenziale crescente in relazione al bisogno di cura.

Perché tale approccio funzioni occorre da parte del distretto il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali per la presa in carico unitaria della persona; il finanziamento integrato dei servizi; lo sviluppo dei sistemi informativi e digitali e della telemedicina come fattori abilitanti i nuovi servizi sul territorio; la valorizzazione delle figure infermieristiche sul territorio, come agente di continuità nel percorso assistenziale del paziente sul territorio e nei diversi setting assistenziali.

Malgrado le sollecitazioni a uniformare il servizio del PUA nelle Regioni e nelle ASL, tuttavia continuano a prevalere logiche distintive non solo di carattere nominalistico, ma anche sostanziali. Nella Tabelle 109, 110, 111, 112, sono riportate le diversità regionali nella denominazione del PUA e le diverse definizioni, funzioni e prestazioni riprese dallo studio di Franco Pesaresi “Le funzioni dei punti unici di accesso” del 2013, in larga misura tuttora valide.

Tab.109 - Denominazioni del Punto Unico di Accesso	
Denominazione	Regioni
Porta Unica di Accesso	Abruzzo, Friuli VG, Lombardia, Marche, Sardegna, Sicilia, Toscana
Punto Unitario di Accesso	Campania, Molise, Puglia
Punto Unico di Accesso Integrato Sociosanitario	Calabria
Sportello Integrato Sociosanitario	Liguria
Sportello Integrato	Veneto
Sportello Unico Sociosanitario	Piemonte
Sportello Unico di Accesso ai Servizi Sociali e Sanitari	Basilicata

Fonte: Franco Pesaresi “Le funzioni dei punti unici di accesso” del 2013



Tab.110 - Definizione dei Punti Unici di Accesso nelle Regioni	
Regioni	Definizione
Abruzzo	Il PUA è una risorsa a disposizione del cittadino e degli operatori, per individuare i percorsi efficaci per affrontare i bisogni di ordine sanitario, sociale e sociosanitario, in modo unitario e integrato.
Calabria	Lo Sportello Unico di Accesso ai servizi sociali e sanitari è lo strumento che consente la semplificazione dei percorsi amministrativi nell'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.
Campania	Il PUA è un organismo unitario, realizzato dalle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) e dai Comuni, che esprime, in senso figurato, il luogo di ingresso ai servizi territoriali.
Friuli VG	Il PUA rappresenta non tanto un unico luogo fisico al quale gli utenti possono rivolgersi, ma la strutturazione integrata e in rete tra tutti i punti di contatto e di accesso dei cittadini presenti sul territorio.
Lazio	Il PUA integrato sociosanitario si caratterizza quale modalità organizzativa che, nell'ottica di fornire risposte integrate complete e appropriate a bisogni semplici ed avviare i percorsi per i bisogni complessi, è funzionale anche alla razionalizzazione dei processi e delle risorse.
Lombardia	Il PUA ai servizi sociosanitari e sociali è inteso come modalità di integrazione attraverso strumenti organizzativi e telematici.
Molise	La Porta Unica di Accesso è una modalità organizzativa, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, anche per situazioni urgenti ma non comprese nell'emergenza. E' costruito su bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi ai quali la persona assistita e i suoi familiari sono spesso costretti a intraprendere.
Piemonte	Lo sportello Unico sociosanitario si delinea come porta unitaria di accesso del cittadino alle informazioni relative agli ambiti, sociale, assistenziale e sanitario e come primo momento di restituzione di interventi.
Puglia	La Porta Unica di Accesso (PUA) è la funzione che garantisce l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari, promuovendo la semplificazione delle procedure, l'unicità dei trattamenti dei dati, l'integrazione della gestione del caso, la garanzia per l'utenza ei un tempo certo per la presa in carico.
Sardegna	Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta il luogo di attivazione della rete socio-sanitaria territoriale. Il PUA garantisce la continuità e la tempestività delle cure alle persone con problemi sociosanitari complessi, cui devono essere fornite risposte multiple di tipo sanitario e sociosanitario.

Fonte: Franco Pesaresi "Le funzioni dei punti unici di accesso" del 2013.

Tab.111 – Funzioni a cui si accede attraverso il Punto Unico di Accesso	
Prestazioni	Regioni
Sociosanitarie	Friuli VG, Sardegna, Toscana
Sociosanitarie e sociali	Lombardia, Puglia, Sicilia, Veneto
Sociosanitarie, sociali e sanitarie	Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Marche, Molise, Piemonte

Fonte: Franco Pesaresi "Le funzioni dei punti unici di accesso" del 2013.

Tab.112 - Le prestazioni dei PUA nelle Regioni	
Regioni	Funzioni
Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli VG, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Sardegna, Toscana, Veneto	Informazione e orientamento cittadino
Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli VG, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Sardegna, Toscana, Veneto	Accoglimento della domanda di assistenza, prima valutazione del bisogno, accompagnamento del cittadino e attivazione (avvio presa in carico) del servizio di competenza (UVM, ecc.)A,
Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli VG, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Sicilia.	Raccolta ed elaborazione dati mappatura dei servizi
Calabria, Puglia, Sardegna	Garantisce il raccordo operativo con la UVM, attraverso la gestione dell'agenda, l'organizzazione e la calendarizzazione delle sedute della stessa convocata dalla direzione del Distretto.
Lazio, Molise	Monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati e delle procedure operative per l'accesso alle prestazioni e ai percorsi assistenziali.
Puglia, Toscana	Presa in carico.
Puglia	Verifica i requisiti di ammissibilità per la predisposizione del PAI
Sardegna	Valutazione multidimensionale del bisogno e progetto personalizzato di massima.
Calabria	Gestisce la banca dati relativa agli assistiti.
Marche	Cura le dimissioni protette dall'ospedale
Basilicata	Individua un operatore esperto (case manager) che segua le diverse fasi attuative della presa in carico dei disabili e delle predisposizione del progetto di vita individualizzato.
Molise	Accesso alle principali procedure amministrative sanitarie (iscrizione SS, esenzioni ticket, assistenza all'estero, percorsi riabilitativi, ass. integrativa, ass. protesica, donazione organi)

Fonte: Franco Pesaresi "Le funzioni dei punti unici di accesso" del 2013.

6.5.3. Valutazione Multidimensionale (VMD)

La VMD è da considerarsi il "core" della continuità assistenziale quando la persona è assistita da più Unità Operative, al fine di garantire la continuità del percorso assistenziale ed essenziale per l'elaborazione del Progetto Assistenziale Individualizzato, per la erogazione dei servizi partecipati e per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) è l'organismo operativo chiamato a garantire l'integrazione della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali a livello territoriale ed è del tutto evidente come una debole integrazione tra la componente sanitaria e quella sociale incrina di fatto l'efficacia del sistema che vede nelle UVM il suo centro nevralgico.

Sebbene vi sia la ricerca di nuove forme di accesso ai servizi socio-sanitari, la UVM costituisce ad oggi il punto di accesso prioritario, in particolare per i pazienti anziani e pluripatologici, e rappresenta lo strumento essenziale per garantire l'integrazione dei servizi territoriali (Distretto, Comuni e altri soggetti della rete dei servizi).



Pur se leggermente diverse possono essere le denominazioni che assumono nelle diverse realtà ed in alcuni casi diversi sono gli ambiti di intervento, nella sostanza è costituita da un'equipe professionale con competenze multidisciplinari in grado di leggere le esigenze dei cittadini con bisogni sanitari e sociali complessi e di rilevare e classificare le condizioni di bisogno, per poter definire il percorso più appropriato di trattamento dell'utente.

Varie e diversificate sono le funzioni attribuite alle UVM, che possono comprendere:

- la valutazione multiprofessionale e multidimensionale che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse, in termini di personale e di servizi;
- l'approvazione di programmi di massima o di progetti di vita delle persone non autosufficienti al fine di mantenere le loro capacità residue;
- la certificazione delle situazioni di non autosufficienza nei casi previsti da normative regionali;
- l'individuazione dell'Operatore referente del progetto per la persona, per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni;
- l'individuazione delle risposte ai bisogni mediante la definizione dell'accesso al sistema integrato dei servizi che richiedono un coordinamento inter-istituzionale ed una integrazione delle risorse;
- il monitoraggio e verifica dei risultati dei singoli progetti approvati, nonché la rivalutazione per gli utenti che ne hanno necessità.

Per quanto riguarda invece le aree di intervento che richiedono la valutazione in UVM, esse includono: dipendenze, disabilità, minori, salute mentale e adulti e anziani.

L'UVM, attraverso la valutazione multidimensionale (relazionale ed ambientale) e multi-professionale (sanitaria e sociale) elabora un progetto personalizzato degli interventi, individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili ed attivabili (quali professionisti, quali prestazioni, quali servizi, in che misura, con che modalità e per quanto tempo).

Sono componenti necessari della UVM: il Responsabile dell'UVM, il Medico di famiglia e/o il Pediatra di Libera Scelta, l'Assistente Sociale del Comune di residenza. Partecipano inoltre, a bisogno e su richiesta del Responsabile UVM, professionisti che, con le proprie conoscenze sul caso, possono contribuire alla migliore soluzione del problema. Per compiere la valutazione del bisogno si ricorre a scale e strumenti scientificamente validati. Tra i diversi strumenti utilizzabili si richiamano quelli che consentono, ai fini della misurazione della non autosufficienza, l'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psico-fisica: autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali

e di un asse collegato alle caratteristiche sociali: supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria.

6.5.4. Il Piano Assistenziale Individuale (PAI)

Tra gli strumenti di pianificazione efficaci e efficienti in grado di raccordare tutte le fasi di diagnosi-cura-assistenza-riabilitazione, si inseriscono - insieme al PTI (Piano Terapeutico Individuale) e ai PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali), il PAI (Piano Assistenziale Individualizzato).

Il P.A.I. è il documento che sintetizza la valutazione di ciascun ospite, raccolta e descritta in un'ottica multidisciplinare, con lo scopo di avviare un progetto di assistenza e cura che abbia come finalità il benessere dell'ospite. È il risultato del coordinamento di tutte le figure professionali che si occupano dell'utente accolto in struttura (sia essa pubblica che privata), è un documento condiviso, sottoscritto dall'ospite o paziente oppure dal familiare. La programmazione del P.A.I. inizia nel momento dell'ingresso dell'ospite/paziente: viene compilato dall'equipe di lavoro e viene modificato successivamente con cadenza periodica, secondo le esigenze dell'assistito, comunque almeno una volta all'anno,

Il P.A.I. comprende, pur nelle diverse interpretazioni regionali: la valutazione di aspetti clinici e sanitari riportata dal Medico di Medicina Generale; la valutazione fatta dagli infermieri con la collaborazione degli Operatori Socio Sanitari che si prendono cura della persona tutti i giorni; la valutazione delle necessità di riabilitazione e riattivazione motoria messa a punto dal Fisioterapista dopo la visita Fisiatrica; la valutazione di aspetti più personali, di relazione e socializzazione, effettuata dall'Assistente Sociale, dagli Educatori e dallo Psicologo; le problematiche relative alla comunicazione e alla deglutizione, che sono di competenza del Logopedista; una sintesi di integrazione e condivisione con la famiglia.

Nel P.A.I. sono individuati obiettivi che sono misurabili e quantificabili, relativi alla cura e all'assistenza dell'ospite, vengono prefissi dall'equipe multidisciplinare e sottoposti a verifica periodica. Il P.A.I. viene applicato per un periodo che ha una durata prestabilita, può tuttavia subire delle modifiche che seguono di pari passo lo stato di salute della persona ospite della struttura.

Le differenze con il PDTA sono evidenti: mentre nel caso dei Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali si cerca di uniformare e standardizzare gli approcci di cura a determinate categorie di pazienti, attraverso il PAI si mira ad individualizzare e quindi a massimizzare la personalizzazione degli stessi.

Il PAI viene applicato per un periodo di durata prestabilita, che tuttavia può subire delle variazioni. Il PAI si sviluppa in quattro fasi: osservazione; pianificazione; erogazione dell'intervento; verifica dei risultati.

Gli obiettivi presenti nel PAI sono soggetti a verifica ed adeguamento periodico e per questo motivo è di fondamentale importanza la scelta di indica-



tori misurabili e quantificabili che possano garantire un costante monitoraggio degli interventi che sono stati attuati.

6.5.5. L'Assistenza Domiciliare

Nelle intenzioni del legislatore del 1978, l'integrazione socio-sanitaria si configurava come una modalità efficace di risposta ai bisogni della popolazione in grado di coniugare gli aspetti sanitari con quelli sociali, e non è un caso che, fin dalla determinazione degli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali, si fosse stabilito che questi dovessero coincidere con gli ambiti territoriali di gestione dei servizi sociali. Eppure i numerosi interventi legislativi e gli atti programmatori, sia di livello nazionale che regionale che si sono succeduti nel tempo, non hanno nei fatti modificato le profonde differenze nella concreta attuazione di una integrazione tra servizi socio-assistenziali e sanitari, che pure viene considerata un obiettivo qualificante in ogni atto normativo. In numerosi casi emerge la varietà e talvolta la carenza di strumenti di attuazione dell'integrazione sociosanitaria nella loro possibile diversa articolazione istituzionale, organizzativa ed operativa. Così, nella concreta erogazione del servizio di ADI, può anche verificarsi che l'integrazione si attui nella persona stessa dell'assistito, pur soddisfatto destinatario di una serie, anche importante, di attività sanitarie e assistenziali, ma assolutamente non coordinate. Anche quando esistono, come avviene nella maggior parte dei casi, gli strumenti operativi e di coordinamento tra servizi per una gestione unitaria delle competenze appaiono molto variegati.

La parola chiave che ricorre in modo indifferenziato su tutto il territorio nazionale è eterogeneità, anche laddove l'impianto normativo, organizzativo e le scelte operative rendono più facile l'attuazione dell'integrazione. Esiste comunque una prima macro-differenziazione: da una parte, ci sono le regioni e le ASL in cui i Comuni hanno delegato alle ASL anche l'attività socio-assistenziale o, come spesso accade, esistono momenti di raccordo strutturati tra i due enti a livello di programmazione, valutazione del bisogno ed attivazione del servizio; dall'altra, si collocano le regioni in cui ASL e Comuni si muovono in modo autonomo, rispondendo in modo separato ai bisogni sanitari e a quelli sociali degli assistiti, anche quando, come accade nella maggior parte dei casi, la valutazione del bisogno assistenziale viene effettuata insieme all'assistente sociale (che può fare capo al Comune o alla ASL), figura sempre prevista anche nei casi di presa in carico al momento della dimissione ospedaliera. La differenziazione appare trasversale: così una integrazione che si concretizza sul paziente, che riceve di volta in volta forme diffuse di assistenza di tipo sociale dagli operatori comunali e sanitaria dagli infermieri della ASL.

Le forme più compiute di integrazione si hanno quando il percorso inizia con il buon funzionamento del punto unico di accesso (PUA), con la valutazione congiunta del caso, la definizione condivisa di un piano assistenziale fino

agli incontri periodici per la organizzazione ed il monitoraggio di una modalità di assistenza veramente integrata. Infatti, è vero che quasi in tutte le aziende sanitarie la valutazione del bisogno assistenziale prevede la figura dell'assistente sociale (che può fare capo al Comune o alla ASL), e si parla spesso di una segnalazione reciproca, che può partire sia dalla ASL che dal Comune, della coesistenza di problemi di tipo sociale e sanitario, ma dopo il momento valutativo, le modalità di integrazione dell'assistenza possono essere molto variabili e nella maggior parte dei casi le attività sono realizzate da operatori che, facendo capo a enti differenti, non sempre trovano momenti reali di raccordo. Così in non pochi casi sono segnalate le difficoltà dei Comuni, soprattutto di quelli di dimensioni più piccole, ad adeguarsi alla più veloce e completa attivazione dei servizi sanitari. E' comunque abbastanza frequente nella prassi che alcuni aspetti del bisogno sociale dei pazienti trovino una risposta già all'interno dell'attività gestita dalla stessa ASL attraverso la figura dell'operatore socio-sanitario (OSS). Le modalità gestionali hanno comunque un peso nel determinare il grado di integrazione sociosanitaria ed anche sotto questo profilo la situazione rilevata appare diversificata, anche se la modalità prevalente è quella dell'appalto, da parte della ASL e del Comune, ad enti gestori esterni (più spesso cooperative) rispettivamente per la parte sanitaria e per quella sociale, in cui è sempre il soggetto pubblico a definire il fabbisogno generale ed effettuare la valutazione multidimensionale; in altre ASL invece ci possono essere modalità di erogazione miste in cui alcune prestazioni sono erogate con personale interno ed altre appaltate all'esterno.

Nell'articolazione frastagliata dei modelli e delle scelte operative emerge una difficoltà ricorrente legata alla asimmetria tra ASL e Comuni. Mentre le ASL rappresentano realtà più strutturate, i Comuni hanno una forte differenziazione anche in termini di dimensioni e quindi di disponibilità di risorse. L'attivazione della parte sociale è spesso ritardata e ci sono difficoltà di coordinamento, che può, in alcuni casi, risultare anche molto limitata in termini di ore e di attività. Da non sottovalutare infine che, mentre la parte sanitaria è sempre gratuita, la parte sociale può essere soggetta a compartecipazione dell'utente, il che rappresenta un ulteriore deterrente, stavolta dal punto di vista dell'utente, ad una reale integrazione tra le attività garantite dai due enti.

I diversi modelli organizzativi di erogazione dell'ADI prevedono l'interazione e l'integrazione di vari erogatori sia pubblici che privati. Si tratta di una forma di assistenza che si innesta e si interseca con svariati altri servizi territoriali che talvolta implicano anche interventi domiciliari e che vedono come attori i MMG, l'ospedale, gli hospice e lo stesso distretto. La descrizione dei modelli organizzativi qui fornita farà esclusivo riferimento a quanto formalmente codificato come ADI. Se da un lato la programmazione, la valutazione ed il controllo delle attività vengono sempre svolte in maniera centralizzata dalle aziende sanitarie, l'erogazione dei servizi avviene secondo le più differenti modalità.



In un primo caso il distretto garantisce l'intera gamma di servizi sanitari previsti dal PAI: medici specialisti del distretto e altri professionisti sanitari si interfacciano quindi con il MMG per erogare le prestazioni programmate. È questo, ad esempio, il caso dell'ASL dell'Alto Adige e dell'AUSL di Reggio Emilia, dove il MMG coordina e supervisiona il percorso del paziente in collaborazione con medici specialisti, infermieri, fisioterapisti e tutte le altre figure professionali coinvolte.

Alternativamente, l'erogazione delle attività viene garantita a mezzo di terzi enti gestori profit e no profit recepiscono il PAI formulato dal distretto (tranne in alcuni casi in cui PAI viene stilato dall'ente gestore stesso sulla base dei bisogni individuati dall'Unità di Valutazione Multidimensionale) e, per incarico diretto o attraverso l'utilizzo di voucher socio-sanitari, erogano i servizi al cittadino, come ad esempio nel caso dell'ASP di Catania o delle ATS lombarde qui prese in esame. Nella maggior parte delle realtà, tuttavia, si documenta una suddivisione delle prestazioni tra distretto ed enti gestori privati che possono essere di varie tipologie, prevalentemente cooperative sociali, fondazioni, Onlus e S.p.A.

È interessante evidenziare come l'eterogeneità organizzativa emerga non solo tra aziende sanitarie diverse, ma talvolta anche nell'ambito della stessa realtà si assiste ad una commistura di differenti modelli assistenziali. È questo il caso della ASL di Salerno, dove il servizio ADI è garantito tramite enti gestori privati nei distretti della parte Sud della provincia e direttamente dalla ASL nella parte Nord. Un sistema misto è invece presente nel territorio del distretto che copre l'area urbana del capoluogo.

I servizi offerti al cittadino in regime di ADI sono diversificati e ricalcano quanto già stabilito dai LEA. A tal riguardo, il Ministero della Salute fornisce un puntuale elenco di prestazioni erogabili, suddivise per livello di intensità assistenziale, che raggiungono il numero di centodieci nel caso di cure domiciliari integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative fornite ai malati terminali.

6.5.5.1. L'Assistenza domiciliare integrata (ADI)

Nella Tabella 113 sono riportati i dati regionali dei casi trattati in ADI forniti dal Ministero della Salute al 2017. Il quadro che ne emerge è caratterizzato: dalla conferma del basso livello di prestazioni tenuto conto che il numero di casi trattati copre molto parzialmente la domanda potenziale. Il milione di casi trattato, che rappresenterebbe circa un terzo dei non autosufficienti, in effetti si riferisce alle prestazioni fornite che in non pochi casi interessano la stessa persona; dalla rilevanza del numero di anziani trattati in ADI, l'83,7% come media nazionale con un minimo del 50,2% nella Valle d'Aosta e un massimo dell'89,8% nel Lazio; la difformità dei casi trattati in rapporto alla popolazione che varia dai 126,3 anziani per mille anziani con più di 65 anni, ai 5,6 della

Valle d'Aosta; l'alto numero di casi terminali anziani trattati in ADI nelle regioni meridionali (il 19,3% in Sardegna) e in Valle d'Aosta e nelle PA di Trento e Bolzano.

Tab.113 – Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): casi trattati - 2017						
	Casi trattati					
Regione	Numero	x 100.000 abitanti	Di cui anziani (%)	Anziani trattati per 1.000 anziani residenti	Di cui terminali (%)	Terminali per 1.000 residenti
Piemonte	56.672	1.295	81,7	41,9	10,1	1,3
Valle d'Aosta	331	262	50,2	5,6	34,1	0,9
Lombardia	140.272	1.397	87,7	54,7	6,4	0,9
P.A. di Bolzano	1.154	219	61,2	6,9	32,2	0,7
P.A.di Trento	5.838	1.081	68,1	33,9	24,4	2,6
Veneto	176.553	3.597	84,3	134,2	8,3	3,0
Friuli V.G.	20.977	1.726	83,0	55,2	6,0	1,0
Liguria	21.463	1.379	73,4	35,6	18,8	2,6
Emilia Romagna	135.898	3.052	84,9	108,7	7,8	2,4
Toscana	124.295	3.326	88,2	116,2	4,6	1,5
Umbria	13.669	1.545	80,4	49,2	12,5	1,9
Marche	16.657	1.087	81,1	36,0	9,4	1,0
Lazio	65.223	1.106	89,8	46,4	5,5	0,6
Abruzzo	22.088	1.679	81,3	58,0	9,0	1,5
Molise	10.734	3.479	88,0	126,3	1,1	0,4
Campania	52.411	899	84,8	41,3	8,4	0,8
Puglia	47.888	1.183	71,4	38,9	15,3	1,8
Basilicata	8.520	1.502	77,2	51,3	14,8	2,2
Calabria	13.676	695	76,1	25,1	12,2	0,9
Sicilia	67.792	1.349	78,0	50,5	14,6	2,0
Sardegna	12.515	759	72,3	23,7	19,3	1,5
ITALIA	1.014.626	1.677	83,7	62,2	8,8	1,5

Fonte: elaborazione Auser su dati Min. della Salute – Dir. Gen. Della digitalizzazione del sistema informativo sanitario

Nella Tabella 114 sono riportati i dati relativi ai servizi prestati per caso trattato. I dati nella loro eloquenza non hanno bisogno di particolari commenti: il numero delle ore annuali per caso trattato è in media di 17 nel caso di anziani e di 24 in caso di paziente terminale. Anche nelle regioni che più si impegnano nella prestazione del servizio (Piemonte, Sardegna) sono in tutti i casi sotto il livello del bisogno.



Tab.114 – Assistenza domiciliare integrata – Ore e accessi - 2017

Assistenza per Caso trattato										
Tutti i casi trattati										
Regione	Terapisti della Riabilitazione		Infermieri		Altri Operatori		Medici	Totale ore per caso	Totale ore per caso anziano	Totale ore per paziente terminale
	Ore per caso	Accessi per caso	Ore per caso	Accessi per caso	Ore per caso	Accessi per caso	Accessi per caso			
Piemonte	1	1	42	14	1	1	4	45	46	62
Valle d'Aosta	3	3	26	21	(*)	(*)	5	30	33	21
Lombardia	3	3	9	18	2	2	1	14	12	18
P.A. di Bolzano	–	–	29	52	–	–	9	29	–	–
P.A.di Trento	–	–	12	20	14	8	6	25	18	41
Veneto	(*)	(*)	4	7	1	1	4	5	4	10
Friuli V.G.	2	2	14	21	(*)	(*)	1	16	15	15
Liguria	4	5	14	17	3	3	3	21	22	15
Emilia Romagna	(*)	(*)	10	10	6	6	5	16	15	17
Toscana	(*)	(*)	5	10	2	2	4	7	7	9
Umbria	(*)	(*)	9	19	7	9	5	16	15	12
Marche	3	3	19	26	2	2	4	24	23	23
Lazio	5	5	25	21	4	1	3	34	25	38
Abruzzo	11	12	16	22	(*)	(*)	3	27	25	33
Molise	6	8	9	16	1	1	1	16	14	179
Campania	7	11	21	35	7	7	7	34	26	33
Puglia	3	3	16	15	12	8	5	30	27	10
Basilicata	9	10	30	56	3	3	5	41	43	42
Calabria	31	4	39	17	(*)	1	3	70	72	24
Sicilia	10	12	17	23	5	5	4	32	28	44
Sardegna	13	15	46	52	2	2	11	60	44	34
ITALIA	3	3	14	16	3	3	4	20	17	24

Fonte: elaborazione Auser su dati Min. della Salute – Dir. Gen. Della digitalizzazione del sistema informativo sanitario

6.5.5.2. Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

Il Servizio di Assistenza Domiciliare sociale dei Comuni (SAD) è il caposaldo storico della domiciliarità assistita di anziani e soggetti fragili. Tuttavia da diversi anni vari indicatori indicano che tale tipo di servizio stia man mano perdendo attrattiva per la potenziale utenza e rischi di diventare marginale. I dati indicano che, pur con grande variabilità nel Paese e forti eterogeneità a livello provinciale, la copertura di utenti ultra 65enni continua ad essere in flessione nella maggior parte delle Regioni.

I dati del Ministero della Salute riportati in Tabella 115 indicano che solo

l'1% della popolazione gode del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale (circa 600.000 persone) e lo 0,5% del servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari (circa 300.000 persone).

Le ragioni che stanno alla radice del progressivo declino di quello che andrebbe considerato il primo polo dell'offerta pubblica di Long-Term Care, vanno ricercate nello squilibrio che si è venuto a determinare tra il profilo dell'offerta, anche se professionalmente qualificata e le crescenti esigenze degli anziani e dei loro familiari.

Salvo le fisiologiche differenze locali, infatti, l'offerta prevalente del servizio SAD consiste in attività – circoscritte per intensità, quantità e durata – legate alle funzioni vitali (alzata, igiene personale, vestizione, mobilitazione, cure diverse, ecc.) di persone gravi e grandi anziani compromessi sul piano psico-fisico e comportamentale, spesso indirizzati al servizio comunale dalle strutture sanitarie. Questo profilo del servizio con il tempo si dimostra inadeguato in rapporto alle esigenze quotidiane degli anziani in quanto qualunque sia il bisogno le risposte si basano sempre sull'offerta standardizzata di alcune prestazioni svolte in orari diurni, mentre la gestione complessiva della situazione è addossata alla famiglia oppure resta precaria e in tutti i casi rappresentano una risposta del tutto marginale a fronte della crescente domanda dovuta alla crescente aspettativa di vita.

A contribuire a ridurre il ricorso al SAD vanno considerati poi sia i criteri d'accesso molto specifici e stringenti; gli iter burocratici complessi; la necessità di presentare l'ISEE per l'ammissione al servizio o per la determinazione dei costi; quote di compartecipazione elevate, introdotte ex novo o già esistenti e ritoccate verso l'alto. Quest'ultimo fattore, in particolare non solo ha pesato notevolmente nel contenere i fruitori del SAD ma ne ha ulteriormente modificato e selezionato la tipologia.

La conseguenza è che tra i richiedenti e le persone prese in carico aumentano soprattutto i casi "sociali", inseriti d'emergenza dai Servizi in mancanza o in attesa di altre soluzioni e gli anziani soli e/o a basso reddito o indigenti. Per chi deve corrispondere contribuzioni ridotte o nulle, infatti, usufruire del SAD è ancora conveniente. Le famiglie in condizioni economiche migliori, invece, scelgono di rivolgersi al "care" privato o direttamente ai gestori di assistenza domiciliare, talora spendendo meno ed evitando i relativi adempimenti.

Paradossalmente, malgrado la qualità del servizio sia migliorata sviluppando prassi e forme di erogazione più articolate, ampie e flessibili, non riesce ad incidere più di tanto nelle criticità intrinseche del servizio dimostrandosi incapace a rispondere efficacemente alla domanda di assistenza e tutela avanzata dalle famiglie dei non autosufficienti che tendono a preferire le risposte interne al nucleo e/o il mercato privato di cura, anche quando poco qualificato.

In sostanza, oggi l'assistenza domiciliare pubblica erogata dai servizi sociali viene percepita da fasce di potenziali interessati come non competitiva con



altre forme di care e poco attrattiva. Il SAD comunale viene sempre più visto come un servizio per gli anziani poveri e soli.

Tab.115 - Interventi e servizi sociali dei comuni – Valori % - 2017

Regioni	Ass. domiciliare socio-assistenziale		Ass. domiciliare integrata con servizi sanitari		Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	
	Utenti su pop. di riferimento del servizio (%)	% comuni che offrono il servizio	Utenti su pop. di riferimento del servizio (%)	% comuni che offrono il servizio	Utenti su pop. di riferimento del servizio (%)	% comuni che offrono il servizio
Valle d'Aosta	3.8	100	0	6.8	0	0
Piemonte	0.7	97.6	0.6	79.7	0.4	96.3
Lombardia	1.2	85.9	0.1	10.4	0.2	57.1
Liguria	0.9	97.4	0.2	11.1	0.2	85.5
Friuli V.G.	2	99.5	0.1	22.7	0.8	61.1
P.A. Bolzano	4,3	-	0	-	0	-
P.A. Trento	.2	100	0	23.7	0	94.4
Veneto	1.1	92.5	3.2	81.4	2.4	98.6
Emilia Romagna	1.2	76	0.4	32.7	0.3	31.8
Toscana	0.6	92.4	0.9	66.7	0.3	26.4
Umbria	0.3	88	0.5	48.9	0	27.2
Marche	0.5	73.	0.1	13.1	0.5	62.4
Lazio	0.8	81.	0.2	43.7	0	21.7
Abruzzo	1	92.5	0.2	75.7	0.1	11.5
Molise	2	89	0.1	21.3	0	0
Campania	0.6	71.8	0.2	44	0.1	12.4
Basilicata	0.1	12.4	0.1	8.4	0.3	46.6
Puglia	0.6	92.2	0.3	70.9	0	5.4
Calabria	0.6	44.7	0.2	28.6	0	7.9
Sicilia	0.9	53.3	0.1	29.7	0.1	14.9
Sardegna	1.9	82	0	20.4	0.3	16.7
Italia	1	84	0.5	41.3	0.4	49

Fonte – Elaborazione Auser su dati Istat

6.5.6. L'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale

La residenzialità è, insieme all'assistenza domiciliare, il secondo pilastro su cui si fonda la rete dell'assistenza a lungo termine alle persone anziane e fragili.

L'epidemia causata dal Covid-19 ha portato all'attenzione dell'opinione pubblica la situazione delle strutture residenziali per non autosufficienti (RSA) per la concentrazione di infezioni e decessi provocati dal Coronavirus. Ma ha

anche aperto un dibattito su come riorganizzare questi servizi. E, soprattutto, che cosa deve essere una RSA.

Nel Box 8 si riportano le proposte di Auser per la riforma delle RSA presentate alla Commissione per la riforma della assistenza socio sanitaria presieduta dal Monsignor Paglia. Come si può vedere le proposte di Auser prefigurano un modello del tutto alternativo del profilo del servizio visto in continuità con quello domiciliare.

BOX 8 – AUSER: RSA come “centri di servizio”, ecco come riformarle

Le proposte di Auser presentate alla Commissione tecnica “per la riforma dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana”, voluta dal ministero della Salute. Costa: “Rendere esigibile il diritto di ogni anziano di invecchiare a casa propria”

“Rendere esigibile il diritto di ogni anziano di invecchiare a casa propria”: lo ribadisce il presidente nazionale Auser Enzo Costa è stato oggi audito presso la Commissione tecnica “per la riforma dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana”, istituita dal Ministero della Salute e presieduta da monsignor Paglia. “Malgrado i limiti evidenti - ha sottolineato Costa - Auser ritiene che le Rsa siano un servizio importante per persone che non potrebbero essere assistiti a domicilio e ritiene che la riforma delle Rsa debba tener conto di una serie di importanti indirizzi che abbiamo presentato alla Commissione”.

Ecco dunque le proposte di riforma, presentate in sede di audizione.

Il diritto di invecchiare a casa propria

Il rapporto tra domiciliarità e residenzialità deve essere coniugato con intelligenza tenuto conto che lungimiranti politiche di potenziamento dei servizi socioassistenziali territoriali integrato a politiche abitative attente ai bisogni degli anziani possano giocare un ruolo fondamentale per la loro vita, ma anche per i bilanci pubblici in quanto consentirebbero di contrastare efficacemente il ricorso a strutture pubbliche e/o private sanitarie e para sanitarie con rilevanti benefici per la spesa sanitaria.

Città, case, strutture, servizi, vanno rese compatibili con le esigenze che maturano lungo l’intero arco della vita delle persone, non solo perché più accoglienti per tutti, ma anche perché possono prevenire i rischi di fragilità in vecchiaia, generando una minore domanda sanitaria.

Occorre, in sostanza, produrre una nuova offerta abitativa e di servizi di assistenza sociosanitaria domiciliare in grado di mettere le persone in condizione di cercare e trovare autonomamente risposte efficaci ai propri bisogni, riducendo le barriere che i più diffusi modelli abitativi e di organizzazione dei servizi oggi impongono ai soggetti fragili, a causa dell’età o di altre disabilità.



“Centri servizi” capaci di offrire assistenza a domicilio

Occorre superare l'attuale drastica frattura tra servizi domiciliari e residenziali al fine di offrire alle persone opportunità che possano fondarsi su un continuum di interventi. Rsa, dunque, anche a sostegno delle cure domiciliari, dove la persona che è assistita al domicilio possa andare a fruire del bagno assistito, e/o della mensa, e/o di momenti di animazione. Oppure possibili Rsa progettate come “Centri servizi”, ossia capaci di offrire assistenza al domicilio (soprattutto dove i servizi domiciliari del territorio sono fragili).

E' semplicistico e sbagliato pensare che il problema degli anziani critici si risolve realizzando più strutture residenziali con più posti letto sulla base dell'attuale modello: si tratta invece di realizzare un graduale processo di riconversione a partire da un diverso paradigma, al cui centro collocare l'anziano fragile che, malgrado le sue limitazioni, va considerato come portatore di un suo progetto di vita.

No mini ospedali ma “casa”

Il primo obiettivo da perseguire è evitare che le Rsa siano considerate come dei mini ospedali in cui si riproduce la routine tipica della vita in ospedale. Considerando che lo scenario prevalente vede le RSA coinvolte nella ospitalità di anziani dimessi dall'ospedale nella fase post acuta per essere riabilitati alla vita “normale”, il modello da assumere a riferimento in base al quale riconfigurarle è quello di considerare le Rsa come una sorta di “casa” di transizione in cui l'anziano recupera la sua autonomia. Tutto questo senza far venire meno la componente sanitaria ai fini sia di una buona riabilitazione e sia tenendo conto che accolgono sempre più soggetti con gravi patologie in atto e facili alla riacutizzazione se trascurate.

Luoghi dove “far vivere nel modo migliore possibile”

Le Rsa non debbono essere considerate luoghi di mera “custodia” di anziani non autosufficienti. Devono essere invece luoghi di “cura” dove è garantito il percorso riabilitativo con interventi sulle diverse esigenze sanitarie. “Cura” nelle Rsa deve significare “prendersi cura”, ossia un insieme di attenzioni il cui obiettivo non è solo “far guarire” e nemmeno solo “medicare” o “riabilitare” bensì “far vivere nel modo migliore possibile” pur in presenza di gravi limitazioni personali. Assumere questi due criteri significa garantire ai ricoverati una vita di relazione il più ricca possibile. E offrire “vita di relazione” implica fantasia organizzativa: presenza di animazione, palestra, attività motorie, ingresso di associazioni e volontari, promuovere e sostenere il rapporto con i familiari (coltivare gli affetti), formazione a questo scopo degli operatori. E chi è costantemente allettato non deve essere a priori escluso da offerte per potenziare le relazioni. Così come per i non pochi pazienti con gravi forme di demenza presenti nelle RSA, per i quali andranno organizzate modalità che consentano di “accettare” e gestire i loro compor-

tamenti: alzarsi di notte e muoversi nella struttura, mangiare in ore diverse. Anche questo è una forma di cura.

Evitare il rischio della spersonalizzazione

Il rischio della spersonalizzazione è quanto mai presente nelle strutture residenziali collettive, subordinando i comportamenti dei singoli ai ritmi organizzativi. Continuare a “far sentire persona” l’anziano deve essere l’obiettivo centrale della vita in Rsa ed è attenzione che implica azioni molto concrete: poter portare nella propria camera oggetti e piccoli arredi ai quali si è affezionati, poter farsi rammendare il vestito che ha molti anni ma al quale si tiene molto (magari a cura di residenti capaci di farlo), poter scegliere cosa mangiare e come passare il tempo tra diverse alternative, garantire privacy adeguata (anche con ampia presenza di stanze a due letti e singole).

Minialloggi e nuclei per diversi gradi di non autosufficienza

E’ cruciale in una Rsa la possibilità di offrire risposte molto differenziate, puntando ad articolare l’ospitalità nel modo più flessibile possibile: mini alloggi e anziani fragili ma ancora autosufficienti (ad esempio con priorità a congiunti di chi è ricoverato), nuclei per diversi gradi di non autosufficienza per evitare che in caso di aggravamento il ricoverato debba cambiare struttura. Certo la gestibilità di questa articolazione dipende da molti fattori: il contesto ambientale, i limiti strutturali e logistici, le capacità di investimento del gestore. Potrebbe però essere incentivata, anche valorizzandola come elemento di qualità nelle procedure di autorizzazione e di accreditamento.

Un contratto unico nazionale

Un tema delicato è il numero di ore che attualmente gli operatori dedicano ai pazienti. È giudizio comune che gli attuali parametri stabiliti per le RSA sono spesso insufficienti per assicurare le giuste cure. Non per nulla sempre più sovente i familiari pagano di tasca propria per fornire assistenza supplementare. È ineludibile la necessità di una revisione al rialzo dei parametri, degli OSS, dei fisioterapisti, degli infermieri, concertata con i rappresentanti dei familiari, dei gestori delle Rsa e di tutti coloro che possono dare il loro contributo per migliorare questa situazione. In questo quadro si colloca un intervento decisivo sull’inquadramento contrattuale del personale impegnato nelle Rsa. Oggi il settore è una giungla delle retribuzioni e trattamenti. Noi riteniamo che dovrebbe esserci un contratto unico nazionale, che metta le RSA sullo stesso piano degli altri servizi sanitari.

Un “sistema delle cure” per la non autosufficienza

La fragilità dimostrata nel fronteggiare l’epidemia ha fatto maturare l’orientamento a incardinare più robustamente le RSA nel sistema sanitario visto che sono servizi per persone malate e non sono “case di riposo” ma “luoghi di cura”. A condizione che “curare” sia obiettivo da declinare come chiarito, e una maggiore competenza del SSN non implichi la rinuncia alle attenzioni e requisiti sin qui esposti. Ciò che va irrobustito è un completo



“sistema delle cure” per la non autosufficienza, progettando in modo organico offerte domiciliari e residenziali e loro interazioni, c’è una azione che sarebbe utile promuovere all’interno del SSN (e delle funzioni delle ASL): garantire una gestione integrata delle due componenti, inclusi i raccordi finanziari. Potenziare la tutela a domicilio di non autosufficienti può condurre anche ad un risparmio del SSN, perché spenderebbe meno rispetto ai ricoveri in casa di cura o in RSA.

L’assistenza medica, due modelli a confronto

Schematicamente, si citano 2 modelli: il primo individua la responsabilità del **MMG che ha, tra i suoi assistiti, anche i residenti della RSA; il secondo prevede la presenza di una equipe medica specifica della struttura.** Vi sono aspetti positivi e negativi in entrambe le modalità. Il primo modello che rende le RSA più inserite nell’ “anima” del territorio è efficace se i MMG sono positivamente coinvolti nel “fare equipe” con gli operatori della RSA. Nel secondo modello il rischio è di replicare la logica del mini ospedale che comunque offre il vantaggio di aggredire più tempestivamente alcune criticità e di essere meno ambigua circa le responsabilità.

Liste d’attesa e modalità di accesso

Poter fruire di un posto letto in RSA con metà del costo a carico del SSN è un diritto esigibile ben precisato nella normativa sui LEA. Dunque devono essere evitate le lunghe liste d’attesa oggi presenti in diversi territori. E se i LEA includono questo diritto, allora nel sistema col quale il Ministero della Salute valuta se le Regioni adempiono agli obblighi dei LEA va inserito esplicitamente un indicatore che evidenzi se nelle singole Regioni vi sono liste d’attesa per i posti in RSA in convenzione con il SSN, come una delle misure sull’adempimento LEA, mentre la valutazione dei LEA trascura questo aspetto. E la condizione economica degli utenti deve essere utilizzata non tra gli indicatori che definiscono la priorità di accesso agli interventi, visto che si tratta di prestazioni per persone malate, ma solo per determinare la contribuzione al loro costo.

La trasparenza della gestione delle RSA e la certificazione di qualità

Per evitare i troppi casi di malaffare che si sono verificati come documentano le ispezioni dei Nas, è necessari intervenire su più linee di azione. Intanto quello della prevenzione. Esercitare un controllo serrato sul contenuto e rispetto delle convenzioni; introdurre in forma vincolante un serio sistema di gestione per la qualità tanto delle strutture quanto dei singoli operatori. In numerose strutture, in particolare nel Nord, hanno adottato sistemi di gestione della qualità, ma la maggior parte sono ispirate alla norma UNI EN ISO 9001 e alla norma UNI 10881. Soltanto un numero limitato ha percorso la strada della certificazione da parte di un ente terzo (organismo di certificazione), investendo in organizzazione e offrendo al pubblico un attestato emesso da un ente indipendente.

La sostenibilità del sistema delle Rsa

Il rebus principale riguarda il finanziare questo segmento di welfare, visti gli elevati costi destinati a crescere ulteriormente dato l'invecchiamento della popolazione. Se la riforma delle RSA viene considerata isolata dal contesto comporterà dei costi non lievi. Se invece viene contestualizzata, in modo particolare in relazione a efficaci politiche di prevenzione, una politica domiciliare articolata congiunta ad un rafforzamento dei servizi di prossimità e a politiche abitative intelligenti, l'insieme dei costi sociali e sanitari evitati c'è da ritenere che il bilancio sarà decisamente a suo favore. A questo fine è evidentemente determinate il ruolo pubblico a partire dal riordino dei flussi finanziari (pubblici e privati) che attualmente sostengono il settore.

Fonte: Redattore sociale 3/11/2020

6.5.6.1. La situazione nella residenzialità

I servizi residenziali si realizzano nell'ambito delle Residenze Socioassistenziali (RSA)⁴⁶, strutture residenziali e semi-residenziali. Secondo i dati del Ministero della salute (Tab.116) le strutture residenziali in Italia al 2017 erano 7.389 di cui 3.365 (il 45,5%) dedicate agli anziani. Le strutture semiresidenziali (Tab.117) erano 3.158, sempre nel 2017, di cui 903 (il 28,6%) dedicate agli anziani. Il numero di posti letto disponibili nelle strutture residenziali (Tab.118) sono 251.701, mentre nelle semiresidenziali sono 57.861 per un totale complessivo di 309.562 posti letto, circa 512 per 100.000 abitanti residenti. Di questi posti letto il 69,7% sono per l'assistenza agli anziani (Tab.119). I dati di attività, sempre secondo il Ministero della salute, nel 2017 ha visto 278.865 ospiti nelle strutture residenziali con una permanenza media di 219 giorni e di 22.435 ospiti nelle semiresidenziali con una presenza media di 127 giorni.

Sulla carta le RSA sono strutture finalizzate all'assistenza sanitaria a tempo determinato (circa tre mesi) di soggetti temporaneamente non autosufficienti dimessi dall'ospedale. In realtà, il 24% degli anziani in RSA è autosufficiente, i servizi sanitari non sono sempre preponderanti sull'intero trattamento erogato e la durata della degenza è normalmente più estesa rispetto a quella prevista, se non addirittura definitiva.

Nel caso dei servizi semiresidenziali, si tratta di servizi erogati in strutture di tipo diurno (Centri Diurni) che sostengono gli anziani che sono solitamente

46 - La RSA è una struttura residenziale extra ospedaliera finalizzata a fornire accogliimento, prestazioni sanitarie e di recupero, tutela e trattamenti riabilitativi ad anziani in condizioni di non autosufficienza fisica e psichica, privi di supporto familiare che consenta di erogare a domicilio gli interventi sanitari continui e l'assistenza necessaria. Le RSA sono volte a coniugare le esigenze di assistenza sanitaria con le esigenze di assistenza tutelare ed alberghiera. Le RSA possono diversificarsi a seconda della tipologia degli ospiti, della valenza assistenziale e del modello organizzativo in RSA di base e RSA di cura e recupero. Le RSA di base possono ospitare anziani non autosufficienti con limitazioni di autonomia di ogni genere (fisiche, mentali e sociali) non assistibili a domicilio. Le RSA di cura e recupero si rivolgono alla stessa tipologia di utenza che richiede assistenza sanitaria e riabilitativa continue e, comunque, non tali da consentire il ricovero ospedaliero.



in condizioni di parziale autosufficienza.

Sia nel caso dei servizi residenziali, sia nel caso dei servizi semiresidenziali, le modalità di accesso, le caratteristiche specifiche dei servizi e il costo variano in base alle disposizioni normative regionali e ai regolamenti emanati dai comuni di appartenenza.

Dai dati dei principali paesi OCSE si rileva che i servizi residenziali per anziani sono organizzati su un'offerta che varia da 4 a 8 posti letto per 1.000 abitanti (o meglio da 30 a 60 posti per 1.000 anziani). Considerando che attualmente i posti letto disponibili nelle RSA italiane sono circa 309.562 ne deriva un rapporto di 22,7 posti letto ogni 1000 anziani (13.644.363 anziani 2018).

Applicando i riferimenti OCSE sarebbero necessari da 409.320 a 818.640 posti letto, cioè dal 32,2% al 164,5% in più per allineare le nostre medie a quelle degli altri paesi.

Occorre poi tener conto che in prospettiva la popolazione invecchierà, aumenteranno le persone anziane con limitazioni funzionali, diminuiranno i caregivers familiari e, conseguentemente, aumenterà la domanda di assistenza.

Se questo è il quadro nazionale a livello regionale le cose sono molto differenziate. Per quanto riguarda la distribuzione territoriale delle strutture residenziali per l'assistenza agli anziani, l'89,9% sono nelle regioni del Centro-Nord.

Tab.116 – Strutture sanitarie pubbliche e private per tipo di assistenza - 2017						
Regione	Strutture Residenziali*					Totale
	Assistenza Psichiatrica	Assistenza ai Disabili Fisici	Assistenza ai Disabili Psicici	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai Pazienti Terminali	
Piemonte	319	159	250	611	15	1354
Valle d'Aosta	7	1	2	-	1	11
Lombardia	310	236	32	665	68	1311
P. A. Bolzano	9	1	4	76	2	92
P. A. Trento	16	1	13	59	3	92
Veneto	219	57	193	355	20	844
Friuli V. G.	64	29	1	86	11	191
Liguria	91	6	15	187	7	306
Emilia Romagna	193	256	35	356	22	862
Toscana	119	21	40	304	19	503
Umbria	69	12	10	60	3	154
Marche	56	11	8	159	7	241
Lazio	140	16	19	108	25	308
Abruzzo	37	6	3	37	6	89
Molise	14			2	1	17
Campania	49	17	23	43	9	141
Puglia	159	31	90	102	11	393
Basilicata	28	2	8	11	4	53
Calabria	25	15	19	68	5	132
Sicilia	70	19	26	54	15	184
Sardegna	41	15	16	22	17	111
ITALIA	2.035	911	807	3.365	271	7.389

Fonte: elaborazione Auser su dati Min. della Salute – Dir. Gen. Della digitalizzazione del sistema informativo sanitario
 * Strutture residenziali - Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscono articolazioni organizzative) e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale

Nel caso delle strutture semiresidenziali per l'assistenza agli anziani (Tab.117) anche queste sono concentrate per il 92% nelle regioni del Centro-Nord. Da notare come questo importantissimo servizio in alcune Regioni del sud è del tutto assente.



Tab.117 – Strutture sanitarie pubbliche e private per tipo di assistenza - 2017					
	Strutture Semiresidenziali*				
Regione	Assistenza Psichiatrica	Assistenza ai Disabili Fisici	Assistenza ai Disabili Psichici	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai Pazienti Terminali
Piemonte	42	59	115	41	-
Valle d'Aosta	2	-	-	-	-
Lombardia	163	247	20	277	
P. A. Bolzano	6	-	-	2	1
P. A. Trento	7	1	3	28	-
Veneto	108	94	278	102	-
Friuli V. G.	50	3	2	34	-
Liguria	21	-	11	31	-
Emilia Romagna	46	275	-	210	-
Toscana	70	25	36	110	5
Umbria	25	15	32	16	-
Marche	22	27	6	6	-
Lazio	68	3	10	4	1
Abruzzo	15	-	-	-	-
Molise	14	-	-	-	-
Campania	65	10	6	8	-
Puglia	53	45	47	23	-
Basilicata	7	-	-	1	-
Calabria	16	1	1	-	-
Sicilia	53	-	6	5	-
Sardegna	14	2	2	5	-
ITALIA	867	807	575	903	7

Fonte: elaborazione Auser su dati Min. della Salute – Dir. Gen. Della digitalizzazione del sistema informativo sanitario

*Strutture semiresidenziali - Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale

Riguardo al numero dei posti letto per anziani nelle strutture residenziali e semiresidenziali (Tab.118), a fronte di una disponibilità di posti letto complessiva di 309.562 per l'89,7% sono nelle Regioni del Centro-Nord.

TAB.118 – Strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali – Numero di posti 2017				
	Numero posti			
Regione	Strutture Residenziali	Strutture Semiresidenziali	Totale	x 100.000 abitanti
Piemonte	36.319	5.041	41.360	945
Valle d'Aosta	230	31	261	207
Lombardia	70.433	15.954	86.387	861
P. A. Bolzano	4.588	147	4.735	897
P. A. Trento	5.014	444	5.458	1.011
Veneto	36.608	9.857	46.465	947
Friuli V. G.	9.259	1.171	10.430	858
Liguria	8.134	1.109	9.243	594
Emilia Romagna	21.326	8.765	30.091	676
Toscana	14.595	3.937	18.532	496
Umbria	3.263	1.406	4.669	528
Marche	6.415	1.036	7.451	486
Lazio	10.752	2.013	12.765	216
Abruzzo	2.511	326	2.837	216
Molise	214	54	268	87
Campania	3.157	1.485	4.642	80
Puglia	8.814	3.440	12.254	303
Basilicata	678	89	767	135
Calabria	3.627	177	3.804	193
Sicilia	3.850	969	4.819	96
Sardegna	1.914	410	2.324	141
ITALIA	251.701	57.861	309.562	512

Fonte: elaborazione Auser su dati Min. della Salute – Dir. Gen. Della digitalizzazione del sistema informativo sanitario

* Strutture residenziali - Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscano articolazioni organizzative) e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale

* Strutture semiresidenziali - Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale

Nella Tabella 119 sono indicate le prestazioni praticate nelle strutture residenziali e semiresidenziali. Come si vede nella media nazionale la grande prevalenza, il 69.7% è per l'assistenza agli anziani. Tuttavia dalla analisi delle singole Regioni in molti casi, in particolare in quelle del sud, si riscontra una notevole percentuale nella assistenza psichiatrica superiore a quella per gli anziani: è il caso della Sicilia, Basilicata e Molise.



Tab.119 – Strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali – Numero di posti 2017					
	Distribuzione percentuale per tipo di assistenza				
Regione	Assistenza Psichiatrica	Assistenza Anziani	Assistenza Pazienti Terminali	Assistenza Disabili Psicici	Assistenza Disabili Fisici
Piemonte	10,0	73,6	0,4	11,3	4,7
Valle d'Aosta	79,3	-	2,7	10,3	7,7
Lombardia	7,8	76,3	1,0	1,4	13,4
P. A. Bolzano	4,3	93,6	0,5	1,0	0,6
P. A. Trento	4,1	90,9	0,6	2,7	1,8
Veneto	7,9	68,8	0,4	19,6	3,3
Friuli V. G.	10,0	79,6	0,7	0,9	8,8
Liguria	17,9	76,7	0,9	3,1	1,4
Emilia Romagna	9,4	65,2	1,0	0,7	23,7
Toscana	12,2	75,5	0,8	7,8	3,7
Umbria	20,7	55,0	0,6	15,0	8,7
Marche	15,0	72,7	0,9	2,8	8,7
Lazio	30,3	58,9	3,4	4,5	3,0
Abruzzo	29,4	60,7	2,2	5,3	2,5
Molise	71,6	22,4	6,0	-	-
Campania	30,2	34,2	2,1	20,1	13,3
Puglia	20,5	40,9	1,5	25,6	11,5
Basilicata	49,0	34,2	4,3	12,5	(*)
Calabria	13,5	63,9	1,1	12,6	8,9
Sicilia	49,0	31,7	2,6	11,6	5,1
Sardegna	30,1	40,2	10,5	10,7	8,5
ITALIA	12,2	69,7	1,0	7,9	9,2

Fonte: elaborazione Auser su dati Min. della Salute – Dir. Gen. Della digitalizzazione del sistema informativo sanitario

* Strutture residenziali - Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscano articolazioni organizzative) e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale

* Strutture semiresidenziali - Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale

Nella Tabella 120 sono riportati i dati relativi alla media delle giornate per utente nelle strutture residenziali e semiresidenziali. Nella media nazionale nelle strutture semiresidenziali la media è di 127 giornate, mentre nelle residenziali è di 219. Nel caso delle semiresidenziali si discostano dalla media la Basilicata con un minimo di 43 giornate e la PA di Bolzano con un massimo di 249 giornate. Nel caso delle strutture residenziali la Sicilia con un minimo di 61 giornate e la Lombardia con un massimo di 253 giornate.

Tab.120 – Assistenza agli anziani – Dati di attività 2017							
	Assistenza agli anziani						
Regione	Strutture semiresidenziali			Strutture residenziali			
	Posti	Utenti	Giornate per utente	Posti	Utenti	Giornate per utente	Utenti x 100.000 anziani
Piemonte	677	781	121	29.744	30.806	198	2.785,2
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	6.421	10.396	134	59.524	82.779	253	3.682,8
P. A. Bolzano	80	110	249	4.351	6.481	231	6.316,8
P. A. Trento	343	679	106	4.617	7.096	236	6.050,5
Veneto	1.566	2.688	123	30.387	38.798	232	3.498,6
Friuli V. G.	476	699	104	7.827	11.241	236	3.564,4
Liguria	608	876	113	6.482	13.790	150	3.117,9
Emilia Romagna	1.566	2.688	123	16.456	27.167	203	2.560,0
Toscana	1.419	1.924	142	12.568	13.260	246	1.405,7
Umbria	238	503	92	2.330	4.464	150	1.999,8
Marche	124	174	133	5.290	11.031	161	2.937,6
Lazio	50	94	125	7.463	9.801	236	777,1
Abruzzo	-	-	-	1.722	3.361	156	1.084,9
Molise	-	-	-	60	127	141	169,9
Campania	125	134	111	1.464	1.515	187	140,9
Puglia	533	498	194	4.476	5.427	247	618,3
Basilicata	10	9	43	252	534	87	416,6
Calabria	-	-	-	2.432	3.333	200	803,9
Sicilia	65	104	97	1.463	6.715	61	640,9
Sardegna	105	78	103	829	1.139	201	298,3
ITALIA	14.406	22.435	127	199.737	278.865	219	2.043,8

Fonte: elaborazione Auser su dati Min. della Salute – Dir. Gen. Della digitalizzazione del sistema informativo sanitario

* Strutture residenziali - Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscano articolazioni organizzative) e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale

* Strutture semiresidenziali - Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale

Negli ultimi anni alcune Regioni (Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Liguria) hanno sviluppando forme alternative di residenzialità - RSA aperte - destinate agli anziani che mantengono residue capacità motorie e psico-relazionali. Le esperienze di residenzialità alternativa intendono garantire a tali soggetti la possibilità di vivere autonomamente in un contesto protetto e dotato di servizi, con lo scopo di evitare o ritardare l'istituzionalizzazione.



BOX 9 - Forme di residenzialità consolidate

Comunità Alloggio - Strutture di tipo residenziale in grado di ospitare un piccolo numero di persone. L'inserimento dell'anziano in tali strutture avviene quando si verificano condizioni e difficoltà tali da rendere problematica la permanenza della persona all'interno del proprio nucleo familiare. Le Comunità Alloggio possono essere sia strutture sociali di convivenza volte alla riabilitazione e al reinserimento sociale delle persone ospitate, che strutture di convivenza capaci di diventare la casa del soggetto in esse inserito. Esse hanno le caratteristiche di un normale appartamento e cercano di ricreare l'ambiente domestico nel quale l'anziano era inserito. Nelle Comunità è generalmente presente personale in grado di assistere l'anziano nelle diverse funzioni della vita quotidiana (preparazione dei pasti, cura della persona, ecc.), mentre per gli interventi sanitari si fa generalmente riferimento alle strutture territoriali.

Case albergo - Sono strutture residenziali destinate ad accogliere, temporaneamente o in via definitiva, gli anziani autosufficienti. Sono costituite da complessi di appartamenti o dotati di servizi autonomi e predisposti per fornire accoglienza a coppie di coniugi o anziani soli. Ogni struttura dispone di spazi di socializzazione e di servizi comuni (cucina, lavanderia, guardaroba, ecc.). Le case albergo, a differenza degli alloggi protetti, sono in grado di fornire prestazioni infermieristiche e assistenza medico-sanitaria, oltre che attività sociali e ricreative.

Alloggi protetti - Sono residenze destinati a ad anziani non autosufficienti che non sono assistibili a domicilio. La struttura consiste in alloggi contigui destinati ad una o più persone. In esse viene fornita assistenza di carattere sociosanitario (medico, infermiere, fisioterapista) con lo scopo di prevenire ulteriori perdite di autonomia e mantenere le residuali capacità psico-fisiche dell'ospite.

Tutte queste diverse tipologie che ospitano servizi di residenzialità, hanno tutte clamorosamente mostrato i loro limiti tant'è che il Ministro della salute ha ritenuto opportuno insediare una specifica commissione di riforma, Presieduta dal Mons. Vincenzo Paglia. Alla Commissione l'Auser ha dato il suo contributo incentrato sulla idea di fare delle RSA delle strutture di servizio per la Domiciliarità.

6.6. L'integrazione nelle risorse

La spesa complessiva per la LTC in Italia, considerando la spesa sanitaria e quella socio assistenziale, ammonta a 31,6 Mld – 1,84% del PIL (Tab.121)

Tab.121 - Spesa per LTC in Italia: risorse finanziarie anno 2017 in MLD €		
	Valore assoluto	%
Spesa per indennità di accompagnamento	15.400	0,9%
Spesa sanitaria relativa alla non autosufficienza	12.014	0,7%
Spesa per altre prestazioni socioassistenziali (inclusa spesa sociale dei Comuni e fondi regionali)	4.119	0,24%
Totale	31.580	1,84%

Fonte: elaborazione Auser su dati Consiglio Superiore di Sanità - Audizione del 19.2.2020

Ma quale rapporto esiste tra queste cifre fornite dal Consiglio superiore di sanità e il modo in cui i Piani regionali trattano il tema del finanziamento?

Nel loro insieme i Piani sanitari dedicano al tema delle risorse il 10,2% del loro spazio. A dedicare la maggiore attenzione sono i Piani di rientro: la cosa è più che comprensibile considerata la natura di questo tipo di piano che ha come obiettivo il riequilibrio di bilancio. I Piani sociali e affini dedicano al tema uno spazio del 9,1% simile ai Piani sanitari.

Nel merito di come viene trattata la materia il dato più rilevante che si ricava non è tanto e solo l'assenza di un benché minimo ragionamento sulla necessità di integrare le risorse sanitarie con quelle sociali al fine di una maggiore efficacia degli interventi, quanto l'assenza in numerosi piani delle previsioni pluriennali delle risorse necessarie a realizzare gli obiettivi di piano. La cosa può sembrare strana, nel senso che le previsioni economiche finanziarie pluriennali dovrebbero essere uno dei pilastri di un atto di programmazione quale sono in piani sanitari e sociali. Quale siano le ragioni di questa scelta è difficile dirlo, sicuramente depotenzia il ruolo della programmazione sanitaria e sociale riducendola ad un mero atto di intenti e compromette alla radice le possibilità di integrazione.

Ma vediamo più in dettaglio la situazione analizzando la Tabella 122 che riporta come è trattata la materia economica finanziaria nei piani delle singole regioni.

Per quanto riguarda i piani sanitari le regioni che trattano il capitolo delle risorse indicando anche la ripartizione tra spesa ospedaliera e distrettuale sono solo la Valle D'Aosta e il Piemonte; la Toscana, unica tra le regioni con piano integrato sociosanitario, riporta in modo dettagliato quantità e criteri di ripartizione delle risorse tra i vari soggetti e le varie aree regionali; la Sardegna le tratta in modo articolato; Lombardia, Liguria, Friuli V.G., P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Umbria non trattano il capitolo, in alcuni casi viene riportato in modo generale il quadro delle fonti di finanziamento; infine c'è il gruppo delle regioni in piano di rientro che per necessità riportano in modo dettagliato il quadro delle risorse tendenziale e programmatico.

Per i Piani sociali la tabella ci riporta una situazione leggermente diversa.



La sola Valle d'Aosta, la P.A. di Bolzano e la Toscana trattano le previsioni economiche finanziarie di Piano distinguendo anche le varie destinazioni: ad esempio è possibile ricavare quale sia la previsione di spesa per gli anziani. A queste si aggiungono il Lazio con un'analisi molto dettagliata del finanziamento dei servizi sociali, l'Abruzzo e il Molise con la ripartizione delle risorse in base a criteri definiti e in rapporto ai fabbisogni di ogni singolo servizio, la Puglia con il quadro delle risorse e la ripartizione per ambiti, la Sardegna che indica i criteri di ripartizione, la Campania con alcuni riferimenti non sistematici. A queste fanno seguito le Marche, l'Umbria, la Calabria e la Sicilia che riportano il quadro delle fonti di finanziamento. Infine il Piemonte, la Lombardia, la Liguria, il Friuli V.G., la P.A. di Trento, il Veneto e l'Emilia Romagna e la Basilicata che non trattano il capitolo delle risorse.

Tab.122 – Indicazione delle previsioni economico finanziarie nei piani sanitari e sociali regionali e loro ripartizione					
Regioni	Piano sanitario			Piano sociale	
	Totale risorse	Ospedaliera	Distrettuale	Totale risorse	Anziani
V. D'Aosta	SI	SI	SI	SI	SI
Piemonte	SI	SI	SI	NO	NO
Lombardia	NO	NO	NO	NO	NO
Liguria	NO	NO	NO	NO	NO
Friuli VG	NO	NO	NO	NO	NO
P.A. Bolzano	NO	NO	NO	SI	SI
P.A. Trento	NO	NO	NO	NO	NO
Veneto	NO	NO	NO	NO	NO
Emilia Romagna	NO	NO	NO	NO	NO
Toscana	In modo dettagliato quantità e criteri di ripartizione delle risorse tra i vari soggetti e le varie aree regionali				
Marche	NO	NO	NO	Quadro delle fonti di finanziamento	
Umbria	Quadro delle fonti di finanziamento			Quadro delle fonti di finanziamento	
Lazio	Sono indicati i tendenziali e i programmati			Analisi molto dettagliata del finanziamento dei servizi sociali	
Abruzzo	Sono indicati i tendenziali e i programmati			Analisi dettagliata delle risorse e della ripartizione in base a criteri definiti e in rapporto ai fabbisogni di ogni singolo servizio	
Molise	Sono indicati i tendenziali e i programmati			Analisi dettagliata delle risorse e della ripartizione in base a criteri definiti e in rapporto ai fabbisogni di ogni singolo servizio	
Campania	Sono indicati i tendenziali e i programmati - Meno dettagliati di altri piani			Alcuni riferimenti non sistematici	
Basilicata	NO	NO	NO	NO	NO
Puglia	Sono indicati i tendenziali e i programmati			Quadro delle risorse e ripartizione per ambiti	
Calabria	Sono indicati i tendenziali e i programmati			Quadro delle fonti di finanziamento	
Sicilia	Sono indicati i tendenziali e i programmati			Quadro delle fonti di finanziamento	
Sardegna	Trattato in modo articolato			Criteri ripartizione	NO

Fonte: elaborazione Auser su Piani Regionali

A fronte di questo quadro è più che legittimo interrogarsi in quale sede viene elaborato il fabbisogno, dove vengono definite le diverse attribuzioni,



chi regola i flussi di spesa. Ebbene la risposta è molto semplice: è il bilancio regionale. La cosa per certi versi è più che comprensibile, ma è pur vero che privando i piani sanitari e sociali della loro funzione di prevedere quale sia il fabbisogno di spesa a fronte degli obiettivi prefigurati, si svuotano di gran parte della loro funzione.

Comunque stando così le cose per capire quali sono le risorse regionali impegnate in ambito sanitario e sociale siamo andati a ricercarle nei Bilanci regionali. Nella Tabella 123 riportiamo le spese contabilizzate nei bilanci regionali 2018 per le missioni tutela della salute e tutela sociale. Il quadro che se ne ricava è il seguente. Mediamente le Regioni spendono il 42,4% del loro bilancio in spese sanitarie. Rispetto alla media le scostamenti variano dai minimi toccati da Valle d'Aosta (15%), P.A. di Trento (18,4%) e Bolzano (16,4%), ai massimi di Emilia Romagna (61,3%), Piemonte (51,3%), Veneto (50,4%).

La spesa sociale regionale è decisamente inferiore attestandosi alla media del 1,7% del bilancio regionale con una variabilità che va dal minimo dello 0,7% per la Lombardia, allo 0,8% per le Marche, Umbria e Abruzzo, al massimo della P.A. di Bolzano (8,5%), Valle d'Aosta (5,1%), P.A. Trento (4,5%).

Da rilevare infine la spesa per gli anziani che si attesta alla media dello 0,2% dei bilanci regionali con una oscillazione che varia dal minimo di 0,00% della Campania, Calabria e Sardegna ad un massimo dell'1,9% della Valle d'Aosta.

Tab.123 – Spese contabilizzate nei bilanci regionali nelle missioni tutela della salute e tutela sociale – Valori assoluti e % - Anno 2018

Regioni	A Bilancio 2018 Totale Spese	B Missione Tutela Salute Tot. Spese		C Missione Tutela Sociale Tot. Spese		D Missione Tutela Sociale Tot. Spese per anziani	
	Totale	Totale	% B/A	Totale	% C/A	Per anziani	% D/A
V. D'Aosta	1.752.950.324	262.737.359	15,0	89.258.672	5,1	34.022.278	1,9
Piemonte	20.554.497.039	10.535.626.578	51,3	557.146.461	2,7	121.302.309	0,6
Lombardia	52.574.278.783	25.627.832.767	48,7	382.537.913	0,7	76.244.353	0,1
Liguria	9.987.694.810	4.146.042.858	41,5	112.859.933	1,1	//	//
Friuli VG	11.053.340.401	3.166.813.948	28,7	308.006.217	2,8	17.508.272	0,2
P.A. Bolzano	8.448.220.285	1.383.419.171	16,4	715.331.647	8,5	63.627.393	0,8
P.A. Trento	6.797.507.382	1.252.225.960	18,4	303.561.959	4,5	77.747.000	1,1
Veneto	21.266.044.529	10.722.680.907	50,4	254.894.274	1,2	83.978.839	0,4
E. Romagna	16.798.557.363	10.296.112.082	61,3	185.409.399	1,1	36.629.543	0,2
Toscana	22.219.633.732	10.558.756.492	47,5	201.860.492	0,9	//	//
Marche	6.342.274.993	3.089.085.485	48,7	51.041.400	0,8	7.809.646	0,1
Umbria	6.955.207.494	2.060.139.449	29,6	52.164.837	0,8	533.922	0,01
Lazio	32.732.221.688	15.102.892.726	46,1	544.313.549	1,7	9.313.991	0,03
Abruzzo	7.814.883.897	3.194.810.049	40,9	62.298.854	0,8	4.623.815	0,06
Molise	3.008.899.635	1.024.286.185	34,0	30.684.640	1,0	1.062.053	0,04
Campania	33.538.510.810	13.519.730.772	40,3	338.562.774	1,0	1.010.000	0,00
Basilicata	4.215.344.828	1.366.411.790	32,4	140.986.783	3,3	4.227.920	0,10
Puglia	27.756.838.429	9.932.776.217	35,8	479.958.429	1,7	90.752.135	0,33
Calabria	13.444.453.100	5.555.540.872	41,3	208.445.270	1,6	335.635	0,00
Sicilia	29.650.373.127	10.741.015.749	36,2	599.794.345	2,0	//	//
Sardegna	10.208.691.052	3.800.791.739	37,2	355.351.043	3,5	455.000	0,00
Totale	347.120.423.701	147.339.729.155	42,4	5.974.468.891	1,7	631.184.104	0,2

Fonte: elaborazione Auser su bilanci regionali

Quello che inoltre non emerge con chiarezza dai Piani è che le risorse sono frazionate non solo fra parte sociale e parte sanitaria, ma anche riferite a plurimi e specifici ambiti e diversa provenienza (Ministeri, Regione, bilanci comunali, trasferimenti ASL ...), ciascuna con proprie normative e regole di utilizzo. In questo modo le risorse si disperdono in mille ambiti, spesso circoscritte e dedicate ad un problema: ad esempio la vita indipendente, i malati di SLA, i disabili sensoriali, vittime di abusi, i minori extracomunitari non accompagnati, ecc.: si tratta di una modalità che ha permesso negli anni di affrontare



specificità via via resesi evidenti e/o particolarmente significative, ma che porta con sé controindicazioni non secondarie.

Frazionare in modo eccessivo le risorse limita le possibilità per una loro gestione integrata e crea iniquità (la persona non autosufficiente malata di SLA ha dei sostegni che non può avere il grave malato terminale di cancro, o altra persona con differente malattia seppur molto grave). Andrebbe costruito un fondo unico e tale fondo dovrebbe in qualche modo comprendere sia la parte sociale che quella sanitaria: partendo da un unico *budget* si eviterebbero continui spostamenti di responsabilità e di competenza per riuscire, ognuno, a tutelare la propria spesa (anche da possibili richiami della Corte dei Conti di cui si teme il responso). Questo è un aspetto che fa perdere tantissimo tempo al cittadino (ma anche agli operatori): per capire a volte a chi compete che cosa e, una volta chiaro, trovare nel posto giusto i denari necessari, passano mesi, a volte anni. Non a caso la percentuale di fruitori delle classi sociali medie o alte è proporzionalmente maggiore (possono anticipare e aspettare l'esito, hanno più capacità di seguire le complicate prassi burocratiche collegate, spesso diverse a seconda delle richieste), mentre le classi sociali più povere e fragili rischiano di stare fuori perché non riescono ad accedere ai servizi sia perché meno capaci, sia perché scelgono vie più immediate anche se meno tutelanti. Le risorse sono inoltre ancora troppo concentrate su interventi di residenzialità e, per i motivi di cui si diceva prima, non ancora chiaramente programmate e definite sul territorio.

Sulla questione delle risorse economiche un capitolo a parte meriterebbe il tema della compartecipazione economica, dove uno stesso servizio è gratuito per la parte sanitaria e soggetto a compartecipazione del cittadino – secondo regole eterogenee da un territorio all'altro - per la parte sociale. Questo tema apre un dibattito sicuramente difficile ma, anche questo, non più procrastinabile. Risulta sempre molto difficile sviluppare un ragionamento costruttivo in merito e, ogni volta che si affronta tale tematica, si aprono fronti, rivendicazioni e s'instaura un clima di tensione e di lotta: condizione che non facilita l'individuazione di soluzioni possibili e praticabili. Alcuni contesti territoriali sono riusciti a “contrattare” anche solo a livello locale, delle forme chiare e equilibrate di compartecipazione alla spesa che hanno permesso di includere più cittadini fragili e di allargare il campo degli interventi. Sarebbe in ogni caso indispensabile che ogni Regione assumesse delle chiare e precise linee di intervento, limitando le ineguaglianze di trattamento oggi esistenti.

6.7. L'integrazione nel lavoro e nella formazione

Il personale impegnato nei servizi sanitari e sociali è indubbiamente uno dei pilastri fondanti per la costruzione di un sistema di qualità. Lo abbiamo ben visto nel corso della pandemia. Gli altissimi livelli di dedizione e professionalità hanno consentito in larga parte di fronteggiare momenti di crisi acu-

tissimi. Tuttavia lo spazio che i piani dedicano al lavoro e alla sua formazione è del 3,8% nei piani sanitari e 1,1% nei piani sociali. Non si può certo dire che sia una grande attenzione, tanto più che questa è posta essenzialmente sulla quantificazione e definizione degli assetti organici dei diversi servizi.

Nella Tabella 124 sono riportati i dati regionali relativi ad alcune figure professionali del sistema socio sanitario. Dalla comparazione, al di là delle significative differenze regionali, due sono gli aspetti che si pongono all'attenzione. Il primo è la inadeguatezza del numero dei geriatri. Lo squilibrio risulta evidente se paragoniamo il numero di 9,3 pediatri per 10.000 bambini e il numero di 3,1 geriatri ogni 10.000 anziani con più di 65 anni. Questi dati ci dicono che come per il pediatra e il medico di medicina generale, è venuto il momento di introdurre la figura del geriatra di famiglia. Il secondo dato che emerge è relativo al numero degli assistenti sociali decisamente inadeguato a fronteggiare la domanda sociale della popolazione anziana: anche qui pensiamo che vada introdotta la figura dell'assistente sociale di quartiere così come per l'infermiere.

Ma venendo alla necessità di una maggiore integrazione del lavoro di queste varie figure, da più parti è stato messo in evidenza come uno degli ostacoli alla integrazione derivi proprio da un deficit culturale di fondo che, al di là della disponibilità individuale, non attrezza gli operatori sanitari e sociali a moduli comportamentali aperti alla collaborazione nella integrazione delle relazioni e delle funzioni. da questo deficit che hanno origine quell'insieme di comportamenti (competitività, chiusura, indisponibilità, ecc.) che, sommandosi ai già numerosi elementi disfunzionali, rendono praticamente impossibile realizzare modelli di lavoro integrato.

Per risolvere questo problema le regioni dovrebbero dedicare ben altra attenzione ai percorsi formativi di base e permanente, allo stato ancora molto concentrati sulle singole specializzazioni e comunque su aspetti specifici.

Se la complementarietà fra il lavoro di *front office* del medico di medicina generale da un lato (sanità) e dell'assistente sociale dall'altro (sociale), si impone come sempre più come una necessità ordinaria, di fatto non vi sono ancora alla base percorsi di formazione comune e, probabilmente, non se ne ravvisa neanche l'esigenza. Tenuto conto delle diversità delle Facoltà da cui i diversi professionisti provengono (medicina, sociologia, giurisprudenza, scienze politiche, scienze della formazione, ecc...), non è facile prevedere momenti integrati nei corsi di base. Può essere invece più immediatamente possibile pensare a master o corsi di formazione permanente (già presenti in alcune realtà) pressoché obbligatori e comuni per professionisti di ambito sociale e sanitario.

Inoltre, seguendo l'esempio di alcuni corsi di laurea, potrebbe essere utile proporre laboratori, inseriti in percorsi di formazione di base o permanente, mono professionale o – meglio – pluriprofessionale in cui venga valorizzato,



attraverso testimonianze dirette, il punto di vista dei cittadini – utenti, considerati alla pari dei libri di testo come fonte di conoscenza: questo favorirebbe uno sguardo diverso da parte di chi opera in ambito sociale e sanitario, meno centrato sui confini professionali e più sui bisogni dei cittadini, che è il punto di partenza più produttivo per mettere in discussione gli assetti consolidati e aprirsi a nuove ipotesi di integrazione.

Tab.124 - Comparazione MMG x 10.000 Ab Res – Pediatri x 10.000 bambini <15 anni, Geriatri x 10.000 +65 - Assistenti sociali e Infermieri per 10.000 Ab. Res. - 2017										
Regioni	MMG	MMG x 10.000 Ab. Res.	Pediatri	Pediatri x 10.000 bambini <15 anni	Geriatri	Geriatri x 10.000 +65	Assistenti sociali	A.S x 10.000 Ab. Res.	Infermieri	Infermieri x 10.000 Ab. Res.
V. D'Aosta	86	6,79	16	9,39	12	4,1	47	3,7	725	57,1
Piemonte*	3.038	6,92	421	7,61	251	0,4	1.518	3,4	21.515	49,0
Lombardia	6.245	6,22	1.188	8,53	841	3,8	3.545	3,5	34.644	34,6
Liguria	1.151	7,37	165	9,35	186	4,2	712	3,1	6.277	40,1
Friuli VG	873	7,17	120	8,04	391	3,6	723	5,9	24.296	49,5
P.A. Bolzano	279	5,3	63	7,55	41	3,6	199	3,7	3.008	55,8
P.A. Trento	361	6,69	75	9,52	36	3,6	324	6,2	3.205	61,1
Veneto	3.198	6,51	558	8,38	51	1,6	1.868	3,8	7.136	58,6
Emilia Romagna	2.995	6,72	626	10,58	358	3,4	1.720	3,9	24.557	55,2
Toscana	2.718	7,26	452	9,6	232	2,5	1.211	3,2	21.257	56,8
Marche	1.125	7,32	179	9,04	73	3,3	735	4,8	4.679	52,6
Umbria	719	8,1	113	10,01	85	2,3	344	3,8	7.863	51,1
Lazio	4.600	7,8	784	9,8	385	3,1	1.952	3,3	18.451	31,3
Abruzzo	1.105	8,37	175	10,52	145	4,7	587	4,4	5.910	44,7
Molise	264	8,53	37	10,37	22	2,9	210	6,8	1.266	40,8
Campania	4.297	7,36	765	8,82	353	3,3	1.633	2,8	18.145	31,1
Basilicata	486	8,54	61	8,78	24	1,9	235	4,1	2.823	49,5
Puglia	3.286	8,1	568	10,4	231	2,7	1.863	4,6	14.638	36,0
Calabria	1.604	8,17	268	10,17	124	3,0	834	4,2	7.340	37,4
Sicilia	4.089	8,11	754	10,66	315	3,0	2.239	4,4	17.400	34,4
Sardegna	1.212	7,33	202	10,62	93	2,5	783	4,7	8.294	50,2
Totale	43.731	7,22	7.590	9,33	4.249	3,1	23.282	3,8	253.430	41,8

Fonte: ISTAT, Assistenza sanitaria di base e strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali - Min. Salute, Dir. Gen. Digitalizzazione del sist. inf. sanitario - Caratteristiche organizzative delle Aziende Sanitarie Locali - Banca dati iscritti CNOAS Ordine nazionale Assistenti Sociali

6.8.L'integrazione nella informazione e comunicazione

L'integrazione nella informazione e comunicazione, a cui i Piani sanitari dedicano l'1% del loro spazio e lo 0,5% i Piani sociali, si presenta come un sistema in rapida evoluzione che richiede ulteriori azioni strategiche al fine di completare il processo di convergenza informativa delle Aziende sanitarie/distretti e lo sviluppo di ulteriori soluzioni innovative. L'obiettivo è sfruttare le potenzialità del digitale per rispondere alle sfide legate ai nuovi bisogni di salute.

Due sono i focus su cui si concentrano i piani: la qualità e la convergenza dei flussi informativi e di conoscenza propri del sistema sociosanitario dal punto di vista dei decisori e degli operatori; l'informazione e la comunicazione verso i cittadini relativamente alla organizzazione sociosanitaria e i relativi servizi.

Nel primo caso cresce la consapevolezza che l'evoluzione tecnologica consente di rappresentare il sistema socio sanitario, nella sua complessità ed estensione geografica/territoriale, tramite un patrimonio informativo sempre più esteso ed articolato: l'informatizzazione di un numero sempre maggiore di attività socio-sanitarie ha ormai raggiunto ottimi risultati in termini di affidabilità e completezza del dato, punto di partenza per una efficiente analisi dei processi oggetto di studio.

Nel prossimo futuro il governo del sistema sociosanitario si potrà basare sulla conoscenza sempre più approfondita, condivisa a livello aziendale/distrettuale e trasparente per il cittadino, di tale patrimonio informativo, consentendo di:

- individuare le migliori pratiche erogate nei singoli servizi, comprenderne i motivi di successo e di estenderle su tutto il territorio regionale;
- identificare le eventuali criticità esistenti, definire le azioni di miglioramento necessarie alla loro risoluzione e monitorarne lo stato di attuazione;
- valutare le eventuali sovrapposizioni/ridondanze di attività svolte nelle singole aziende/distretti, nonché le eventuali difformità nel loro svolgimento, ricondurle a un processo di omogeneizzazione e, dove possibile, di centralizzazione, anche ai fini di liberare risorse da dedicare ad attività in grado di creare maggior valore per il cittadino.

In sostanza la corretta gestione dei flussi informativi rappresenta sempre più il nodo iniziale e imprescindibile per la disponibilità di un patrimonio informativo agile da consultare, affidabile nei contenuti e aggiornato nelle informazioni.

Allo stato c'è però da dire che la strada da compiere è ancora lunga per un doppio limite: quello di concepire l'innovazione dei sistemi informativi essenzialmente ai fini della gestione interna del sistema e, l'altro, di dedicare poca o nulla attenzione al problema. Il risultato è che l'informazione e la comunicazione a favore del cittadino è ancora essenzialmente unidirezionale e in generale limitata ai soli luoghi in cui si esercita il servizio. Di fatto si può parlare di una informazione di servizio in quanto si limita a informare i cittadini su



come accedere alle prestazioni. L'unica effettiva forma di informazione attiva è nelle campagne vaccinali in cui viene richiesta la disponibilità dei cittadini oltre il perimetro in cui si esercita il servizio.

Questi limiti sono particolarmente gravi considerando l'importanza strategica assunta dalla comunicazione pubblica in sanità nel quadro dei rapporti tra cittadini e sistema sociosanitario. Lo si è visto in modo clamoroso nel corso della emergenza sanitaria. Il cittadino che vive attivamente l'era digitale può usufruire oggi di un compendio di informazioni e strumenti che, se ben progettati, possono facilitare l'accesso ai servizi e la scelta dei percorsi di cura, o determinare l'assunzione di comportamenti collegati a stili di vita più salutari.

In tale contesto, valorizzando uno dei processi fondamentali della comunicazione, quale è l'ascolto, si possono intercettare attese e aspettative degli utenti, modificare i servizi sulla base dei fabbisogni rilevati, monitorare la qualità di quanto viene erogato, portando all'interno dell'ente la voce del cittadino. L'applicazione di corrette ed efficienti strategie di comunicazione nel campo della sanità pubblica rappresentano di conseguenza una reale opportunità per il miglioramento dell'attività amministrativa e gestionale del servizio.

Se i gestori dei servizi pubblici hanno il dovere di garantire a tutti l'erogazione di servizi di qualità e la soddisfazione di bisogni fondamentali, la comunicazione diventa - in tale contesto - un elemento essenziale e irrinunciabile nel processo di riforma e di riorganizzazione dell'intero sistema sanitario.

6.9. L'integrazione nella partecipazione

Alla partecipazione i piani sanitari dedicano il 3,8% del loro spazio, mentre i Piani sociali il 2,1%.

L'integrazione nella partecipazione si articola nei Piani su tre focus principali: la partecipazione dei cittadini all'attività sociosanitaria; la partecipazione nella fase di redazione dei Piani; la partecipazione alla progettazione e gestione dei servizi sociosanitari.

Nel primo caso l'ambito privilegiato in cui si realizza il rapporto partecipativo è quello della prevenzione in cui il cittadino si fa parte attiva di stabilire un rapporto collaborativo con i servizi sociosanitari: è questo il caso tipico delle campagne vaccinali. Ma a ben vedere, considerando l'ampio spettro in cui andrebbero articolate le politiche della prevenzione in rapporto agli obiettivi dell'invecchiamento attivo, mediamente l'attenzione dei Piani è meno che sufficiente e scarsamente integrata. Su questo fronte ben altro potrebbe essere fatto in termini di servizi innovativi. Purtroppo il limite del sistema è di fare eccessivo affidamento al sistema mediatico e alla offerta di servizi di mercato.

Nel secondo caso il processo partecipativo si realizza nel percorso di costruzione dei piani attraverso forme di consultazione delle organizzazioni della società civile. Questa scelta, non adottata da tutte le Regioni, è decisamente prevalente nella redazione dei Piani sociali. Le forme in cui viene realizzato il

processo partecipativo sono le più diverse: da quelle che si limitano all'ascolto delle organizzazioni sociali, a quelle più formali che prevedono il loro coinvolgimento in commissioni e gruppi di lavoro in un rapporto dialettico con i responsabili istituzionali.

Del tutto evidente che nel caso in cui la partecipazione entra nel merito delle scelte la qualità dei Piani ne risente in modo determinante non solo nella loro impostazione e articolazione, ma anche nella loro successiva gestione.

Nel terzo caso i Piani prevedono che il processo partecipativo si realizzi attraverso il coinvolgimento delle organizzazioni dell'Associazionismo, del volontariato e del terzo settore che rappresentano oggi fondamentali stakeholders capaci di aggiungere valore e completezza all'intervento sanitario e sociosanitario.

Nei Piani che viene assunta questa linea si riconosce al mondo del terzo settore un ruolo fondamentale nell'erogazione di servizi sociali a seguito dell'accrescersi della complessità della domanda sociale. La tendenziale crescita dell'emarginazione sociale, seguita ai mutamenti nella struttura della società e a rapporti economici sempre più complessi, ha generato uno sviluppo di reti sociali di solidarietà come difesa al mancato soddisfacimento di nuovi bisogni sociali e alla promozione di risposte auto organizzate "dal basso". In questo ruolo il terzo settore rappresenta anche un elemento di sviluppo e di crescita occupazionale, ed è attualmente caratterizzato da una forte tendenza alla specializzazione settoriale.

La Legge di riforma del terzo settore 117/2017, introduce rilevanti novità sul rapporto tra enti pubblici e terzo settore, definendo le diverse funzioni che i due enti devono svolgere e riconoscendo, espressamente, al privato sociale un ruolo in termini di co-programmazione e co-progettazione dei servizi e di realizzazione concertata degli stessi.

L'obiettivo è realizzare un sistema di welfare all'interno del quale sia riconosciuto:

- a taluni soggetti del terzo settore inteso come privato sociale (ad esempio le cooperative sociali, le imprese sociali, le associazioni di promozione sociale, le fondazioni) la facoltà di produrre l'offerta di servizi e di partecipare attivamente alla progettazione ed alla realizzazione concertata degli interventi;
- ad altri soggetti del terzo settore, tra i quali i soggetti del volontariato, i comitati degli utenti dei servizi, gli enti di patronato e altri, compiti legati all'espressione organizzata di solidarietà sociale e di concorso, attraverso lo strumento della convenzione, all'offerta di prestazioni complementari rispetto a servizi che richiedono un'organizzazione complessa.

6.10. L'integrazione nella innovazione

Alla innovazione i Piani Sanitari dedicano l'1,3% del loro spazio, mentre i Piani sociali lo 0,8%. L'argomento può essere visto secondo due diverse angos-



lazioni: la prima è relativa alla innovazione tecnologica nella gestione dei servizi; la seconda e nella innovazione nella concezione dei servizi.

Il primo caso, in qualche modo complementare a quanto detto riguardo al sistema informativo, fa perno sulla ricchezza delle opportunità che offre il processo di digitalizzazione. Praticamente in tutti i piani c'è consapevolezza che l'innovazione, quale direttrice trasversale di sviluppo, rappresenta la chiave attraverso cui definire e pianificare risposte nuove e adeguate agli attuali scenari. Innovare significa operare un cambiamento culturale e strutturale che prenda in considerazione tutti i fattori determinanti e gli attori coinvolti per realizzare strategie, processi e modelli organizzativi efficaci e sostenibili. L'adozione di un approccio multidimensionale e multidisciplinare insieme alla definizione di valori comuni, risulta cruciale per la realizzazione degli obiettivi strategici del Piano socio-sanitario. La valutazione e il monitoraggio degli interventi sono parte integrante di tale processo.

Un ruolo importante viene riconosciuto alla ricerca, che per sua natura è portatrice di nuove conoscenze e nuove prospettive e che deve essere vista come supporto al cambiamento, opportunità di ampliamento degli orizzonti e promozione alla collaborazione. Solo grazie ad una alleanza d'intenti e di forze, unita all'utilizzo di strumenti quali le nuove tecnologie si può conseguire il necessario sviluppo della società e del sistema.

In tempi di rapidi progressi scientifici e tecnologici, il personale sociosanitario deve essere messo in condizione di utilizzare con padronanza quanto e reso disponibile dall'innovazione e dal quali è possibile ottenere vantaggi in termini di efficienza, efficacia e sostenibilità.

In alcuni piani è evidente la consapevolezza che lo sviluppo della assistenza sociosanitaria ruota intorno alla robotica, alla assistenza digitale volta alla medicina personalizzata ed al correlato sviluppo di nuovi modelli organizzativi ed operativi.

Pressoché tutti i Piani che trattano in modo articolato il tema sono consapevoli che dai progressi scientifici in questi campi, possano derivare enormi benefici in termini clinico assistenziali, ma con l'accortezza di approcciare il cambiamento avendo comunque a disposizione strumenti di controllo. Per questo un aspetto considerato decisivo dell'attuale contesto è rappresentato dall'individuazione delle condizioni per l'adozione di quanto deriva dalla ricerca e dall'evoluzione tecnologica, con il consolidamento delle logiche di Health Technology Assessment (HTA) nell'ambito di un approccio capace di valutarne appieno il potenziale e misurarne gli effetti, secondo criteri di valutazione che misurino gli impatti in ambito assistenziale, economico e sociale.

Nel secondo caso, relativo alla innovazione dei servizi, dai Piani emerge un panorama molto differenziato, ma anche di grande interesse in quanto stanno a dimostrare che l'integrazione è possibile a condizione che vi sia una volontà determinata a realizzarla. Il tratto che caratterizza le esperienze più innovative

si fonda, infatti, sulla capacità di offrire servizi in cui si integrano diverse dimensioni della assistenza sociosanitaria, formule gestionali fondate sulla partecipazione, innovazione tecnologica, dimensione territoriale, prossimità.

Esempi di questi servizi innovativi, sia di carattere nazionale che regionale, sono il Fascicolo sanitario elettronico, le Case della salute, le Reti cliniche integrate nelle piccole isole, le Aggregazioni territoriali funzionali, le Società della salute, le aziende pubbliche di servizi alla persona, il Progetto pronto soccorsi, l'Ospedale di comunità, il Progetto delle micro aree di Trieste, il Budget di salute, l'Infermiere di quartiere, le Comunità di pratica, le RSA aperte, il Case manager, la reinterpretazione della SAD, ecc.

Qui si seguito riportiamo delle sintetiche schede su alcune di queste esperienze verificando, in alcuni casi, il loro stato di attuazione.

BOX 11 - Fascicolo sanitario elettronico - Attualmente il 95% delle Regioni italiane dà la possibilità ai cittadini di attivare un fascicolo sanitario elettronico.

Il fascicolo può consentire di avere a disposizione in qualsiasi momento i propri dati clinici in formato digitale, eliminando la documentazione cartacea, quindi permettendo risparmi di costo e una migliore accessibilità delle informazioni sanitarie da parte del paziente, nonché delle Asl e delle strutture ospedaliere e facilitando così anche gli interventi di cura ordinari e straordinari.

Secondo le ultime rilevazioni nazionali, in ben 19 su 20 risulta sia stato attivato almeno un fascicolo sanitario elettronico, con una crescita del numero di Regioni che consentono questa opzione del 90% negli ultimi 3 anni. Oggi le Regioni operative sono passate dalle 10 del 2016 alle attuali 19. Mentre ammontano a 11 milioni e mezzo gli italiani che hanno dato il consenso all'apertura di un proprio fascicolo sanitario elettronico e hanno toccato complessivamente quota 239 milioni i referti digitalizzati.

Tab.125 - Fascicolo sanitario elettronico							
Regioni	Indicatore attuazione %	USL		Medici		Cittadini	
		ASL che alimentano il FSE	Operatori sanitari abilitati	Utilizzano il FSE	Alimentano il FSE	Attivato	Utilizzato ultimi 90 gg 4° quadrimestre 2020
V. d'D'Aosta	100	84	31	100	89	56	24
Piemonte	94	15,6	77	1	0	71	3
Lombardia	100	78,2	100	100	0	100	54
Liguria	86	15,57	0	0	0	38	18
Friuli VG	96	98,14	22	100	1	85	28
P.A. Bolzano	92	0	0	0	0	0	0
P.A. Trento	97	0	100	100	0	97	0
Veneto	97	100	88,83	96	0	71	72
Emilia Romagna	99	49,23	60,38	100	0	89	87
Toscana	100	99,86	100	6	0	60	21
Marche	99	63,25	19	47	0	2	30
Umbria	85	2	0	73	27	86	20
Lazio	99	1,11	0	5	0	1	100
Abruzzo	36	0	0	0	0	0	0
Molise	99	0	3	3	0	2	0
Campania	98	0	0	0	0	0	0
Basilicata	92	0	10	0	0	1	0
Puglia	100	47,3	50,2	91	0	36	10
Calabria	97	0	0	0	1	0	0
Sicilia	100	72,47	13,79	71	17	86	19
Sardegna	99	86,75	95,25	100	0	100	100

Fonte: elaborazione AUSER su dati <https://www.fascicolosanitario.gov.it/monitoraggio/bc>

Società della salute – Sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa zona-distretto e dell’Azienda USL territorialmente competente, per l’esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate”. Due leggi regionali del 2014, la 44 e la 45, individuano due strumenti per regolare gli assetti territoriali integrati in ogni zona distretto: il proseguimento della Società della Salute o la stipula di una convenzione sociosanitaria fra tutti i comuni della zona distretto e l’Azienda Usl di riferimento. Per questo dove non sono costituite le società della salute l’esercizio dell’integrazione sociosanitaria per la non autosufficienza e la disabilità è attuata attraverso apposita

convenzione stipulata da tutti i comuni della zona distretto e dall'azienda unità sanitaria locale del territorio.

Sul territorio della Toscana, ci sono attualmente 15 Società della Salute e 11 zone distretto senza SdS che devono sottoscrivere la Convenzione socio-sanitaria di cui all'articolo 70 bis della L.R. 40/2005.

In queste organizzazioni, lavorano fianco a fianco professionisti e operatori sanitari e sociali, del terzo settore e del volontariato.

Le Società della salute, integrando i servizi e le attività di Comuni e Aziende sanitarie, lavorano per offrire alle persone risposte unitarie ai bisogni sociosanitari e sociali e diventano l'unico interlocutore e porta di accesso ai servizi territoriali.

Sulla base di dati sullo stato di salute della popolazione locale, le SdS descrivono gli obiettivi e programmano gli interventi sociosanitari territoriali per raggiungerli. La conoscenza delle caratteristiche epidemiologiche di un territorio e la partecipazione sono essi stessi fattori importanti per la salute del singolo e della comunità.

Si occupano di stili di vita e di promozione della salute e sulla base di dati sullo stato di salute della popolazione locale, descrivono gli obiettivi e programmano gli interventi sociosanitari territoriali, nonché di quelle del sistema integrato di interventi e servizi sociali di competenza degli enti locali, per raggiungerli. Organizzano e gestiscono le attività sociosanitarie della non autosufficienza e disabilità e le attività di assistenza sociale individuate dal piano sanitario e sociale integrato regionale

I Piani Integrati di Salute rappresentano l'atto fondamentale con cui le Società della Salute programmano gli obiettivi di salute e benessere e percorsi assistenziali, interpretati ed attuati sulle caratteristiche peculiari di ciascun territorio, definiscono azioni attuative e programmano soluzioni operative e attivano strumenti di controllo, monitoraggio e di valutazione.

La conoscenza del territorio e il coinvolgimento attivo delle persone sono fattori importanti per la promozione della salute del singolo e della comunità. Per questo le Società della Salute favoriscono la partecipazione dei cittadini alle scelte sui servizi socio-sanitari.

Reti cliniche integrate (Piccole isole) - Un progetto pilota nazionale, rilanciato dalla Regione Toscana, con il patrocinio del Ministero della Salute, con gli obiettivi di facilitare l'accesso del cittadino alle prestazioni sanitarie in territori con difficoltà di accesso alle cure.

Le caratteristiche del progetto sono state alla base del 17° Congresso nazionale Anspi (Associazione nazionale sanitaria delle piccole isole) sul tema "Ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso" che si è svolto a Pisa.

Anspi, Regione Toscana, Azienda USL Toscana Sud Est e Azienda USL



Toscana Nord Ovest hanno dato avvio ad un lavoro di approfondimento per l'individuazione di nuovi strumenti, una valutazione dei percorsi di cura e nuovi modelli organizzativi e tecnologici dell'assistenza sanitaria in queste zone per un fattivo miglioramento dei servizi e della qualità percepita dalla popolazione residente e turistica.

Grazie a questo progetto, in Toscana sono stati avviati già una serie di interventi nelle isole Elba, Capraia, Giglio e anche nel Mugello. E poiché la sfida dell'eccellenza del sistema sanitario deve partire dalle zone maggiormente disagiate, è proprio dall'Isola del Giglio che è iniziato lo studio sperimentale del Laboratorio di Management e Sanità. La collaborazione del Laboratorio della Scuola Superiore Sant'Anna è fondamentale per la sua conoscenza scientifica e l'esperienza in ambito sanitario, che consentono di valutare l'effettiva percezione di qualità dei servizi nei cittadini, per poter costruire risposte a misura dell'utente e del territorio.

Aziende pubbliche servizi alla persona - Le Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp) sono costituite dalle Regioni nell'ambito del programma di riordino e trasformazione delle Ipab (Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza) previsto D.lgs. 4 maggio 2001, n. 207

Le Asp sono aziende di diritto pubblico dei Comuni dell'ambito distrettuale o subdistrettuale. Sono costituite per garantire la gestione unitaria e la qualificazione dei servizi sociali e socio-sanitari erogati a persone di ogni fascia di età. Sono collegate con gli altri soggetti e servizi che costituiscono il sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari dell'Emilia-Romagna.

Il processo di trasformazione delle Ipab in Asp permette di riorganizzare, in tutto il territorio regionale, l'offerta pubblica di servizi che, con gli altri soggetti pubblici e privati, costituisce la rete integrata dei servizi territoriali.

La riforma si fonda sull'autonomia e la responsabilità dei Comuni dell'ambito distrettuale all'interno di un sistema di regole definite dalla Regione, indispensabili per garantire omogeneità di accesso e di qualità dei servizi a tutti i cittadini.

Case della salute (Tab. 126) - La Casa della salute, come definita dal Decreto del 2007, è una struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie. In tal senso, la Casa della salute deve rappresentare il luogo della partecipazione democratica dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività e sono chiamati a valutare i risultati ottenuti in termini di salute e di benessere percepito.

All'interno della struttura devono trovare collocazione gli studi dei Me-

dici di Medicina Generale (MMG) e deve essere garantita la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e per le 24 ore attraverso il lavoro in team con i medici di continuità assistenziale (MCA) e di emergenza territoriale (MET). Gli studi di MMG che per ragioni di opportunità non possono trovare allocazione all'interno della struttura devono essere in ogni caso a questa funzionalmente collegati attraverso un idoneo sistema a rete che consenta la gestione informatizzata dei dati clinici dei pazienti.

Sono parte integrante della Casa della salute gli ambulatori della Specialistica ambulatoriale. Devono essere in ogni caso previsti appositi protocolli che disciplinino i rapporti tra gli specialisti ambulatoriali, i MMG e gli altri professionisti sanitari al fine di rendere possibili, in caso di richiesta urgente l'effettuazione di consulenze e di refertazioni nell'arco della stessa giornata.

Nella Casa della salute deve, inoltre, essere adeguatamente rappresentato il personale appartenente alle professioni sanitarie, con particolare riferimento a quello afferente alle aree della riabilitazione e della prevenzione. Inoltre, nella Casa della salute deve essere attivato l'ambulatorio infermieristico e l'ambulatorio per le piccole urgenze che non richiedano l'accesso al PS Ospedaliero. Gli infermieri assegnati stabilmente all'area sub-distrettuale, pur mantenendo la loro autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) nei moduli operativi integrati: l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), l'ADI, il Centro Diurno, la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), la degenza territoriale (Ospedale di Comunità). Ai fini della integrazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali, nella struttura deve essere presente lo Sportello Unico di Accesso all'insieme delle prestazioni ad integrazioni socio assistenziale.

Attraverso lo sportello unico ed il personale ad esso dedicato, si realizza la presa in carico del paziente con l'affido diretto alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale. In contiguità con lo sportello unico di accesso deve essere allocato il Centro Unico di Prenotazioni (CUP) per tutte le prestazioni erogate dal Servizio 6 sanitario nazionale. Inoltre, al fine di realizzare la reale integrazione tra le attività di prevenzione, cura e riabilitazione, con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche, l'organizzazione e la gestione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è una delle funzioni che deve trovare allocazione all'interno della casa della salute.

L'ADI deve essere intesa come un servizio multiprofessionale in cui attraverso il lavoro in team dei diversi professionisti che operano all'interno della struttura si realizza l'ospedalizzazione a domicilio e l'umanizzazione delle cure. Nella Casa della salute deve infine trovare implementazione la telemedicina e il teleconsulto a distanza attraverso la messa in opera di una piattaforma tecnologica che consenta il collegamento in tempo reale con l'ospedale/i di riferimento per la diagnostica di secondo livello.



Tab.126 - Le case della salute dichiarate attivi nelle regioni - 2020	
Regioni	Case della salute dichiarate attive
	N
V. D'Aosta	//
Piemonte	71
Lombardia	//
Liguria	4
Friuli VG	//
P.A. Bolzano	//
P.A. Trento	//
Veneto	77
Emilia Romagna	124
Toscana	76
Marche	21
Umbria	8
Lazio	22
Abruzzo	N.C.
Molise	6
Campania	//
Basilicata	1
Puglia	//
Calabria	13
Sicilia	55
Sardegna	15
Totale	493

Fonte: Camera dei deputati – Documentazione e ricerche - n. 144 1° marzo 2021

Aggregazioni funzionali territoriali (AFT- UCCP) - Ai sensi dell'art. 5, comma 4, del Patto per la salute 2014-2016, Le UCCP e le AFT hanno come compiti essenziali di:

- assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale tramite le AFT, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto);
- garantire la continuità dell'assistenza mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del FSE;
- garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti

del ruolo unico della Medicina Generale;

- garantire la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni (relazionale, gestionale ed informativa), prevedendo l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera

Il progetto Pronto Badante - partito in via sperimentale nel 2015 a Firenze e provincia, e successivamente esteso a tutta la Toscana, ha come obiettivo il sostegno alla famiglia con anziano convivente o all'anziano che vive da solo, nel momento in cui si presenta la prima fase di difficoltà dell'anziano, garantendo la copertura di questo delicato momento, in genere quasi totalmente scoperto, durante il quale la famiglia si trova a vivere una situazione di grave difficoltà che spesso impedisce di provvedere alle prime azioni necessarie (ad esempio: nel caso di rientro dell'anziano al proprio domicilio a seguito di dimissione dall'ospedale, nel reperimento delle informazioni e indicazioni sulle procedure per ottenere un servizio, su come e dove trovare specifici ausili, etc.). Tale intervento si propone altresì di contrastare la solitudine e il disagio delle persone anziane fragili e delle proprie famiglie promuovendo la socializzazione e l'integrazione sociale.

Il progetto, con il coinvolgimento del Terzo settore, del volontariato e dei soggetti istituzionali presenti sul territorio, prevede l'intervento diretto di un operatore autorizzato, presso l'abitazione dove l'anziano vive entro le 48H dal manifestarsi della difficoltà, in modo da garantire alla famiglia un'unica figura di riferimento da cui ottenere informazioni riguardanti i percorsi socio-assistenziali e un sostegno economico, una tantum, per l'attivazione di un rapporto di assistenza con una/un assistente familiare.

Ospedali di comunità (Tab.127) - Gli ospedali di comunità sono presidi sanitari presenti in molte regioni, che ne hanno definito funzioni e requisiti. Solo recentemente, il 20 gennaio 2020, è stata sancita l'Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni sull'Ospedale di Comunità (OdC) che ha definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli OdC pubblici o privati, come indicato dall'art. 5, commi 17 e 18, dell'Intesa Stato-Regioni sul Patto per la salute 2014-20163 e in coerenza con quanto previsto dal D.M. 2 aprile 2015, n. 704, allegato 1, paragrafo 10 (Continuità ospedale-territorio) e 10.1 (Ospedali di comunità).

Il Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero: è una struttura atta a garantire le cure intermedie, ovvero le cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico.



Tab. 127 - Ospedali di comunità dichiarati attivi nelle regioni - 2020		
Regioni	Ospedale di comunità dichiarati attivi	
	N	PL
V. D'Aosta	//	//
Piemonte	5	30
Lombardia	20	467
Liguria	1	20
Friuli VG	//	//
P.A. Bolzano	//	//
P.A. Trento	//	//
Veneto	69	1.426
Emilia Romagna	24	359
Toscana	20	245
Marche	14	616
Umbria	//	//
Lazio	//	//
Abruzzo	5	//
Molise	2	//
Campania	1	//
Basilicata	//	//
Puglia	//	//
Calabria	//	//
Sicilia	//	//
Sardegna	//	//
Totale	163	3.163

Fonte: Camera dei deputati – Documentazione e ricerche - n. 144 1° marzo 2021

Il progetto delle Microaree di Trieste - Nasce nel 2005 per sviluppare un approccio proattivo ai problemi della comunità e coinvolge piccole aree del territorio dove ASUTs, Comune e ATER collaborano allo sviluppo di comunità che generano Salute. Nate dalla volontà di Franco Rotelli, ex Direttore Generale dell'Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste, le Microaree hanno come obiettivo quello di sviluppare una “*medicina radicata nei luoghi, nelle case, negli habitat sociali della città*”, con particolare attenzione alle zone con un'alta prevalenza di edilizia pubblica e famiglie a basso reddito. Ogni Microarea ha un'estensione geografica propria, che varia a seconda del contesto socio-territoriale, e presenta una sede centrale, punto di riferimento del quartiere, a cui fa capo un referente (non necessariamente sanitario).

L'esperienza delle Microaree di Trieste, che interessa ad oggi 16 piccole frazioni di dimensione compresa tra i 500 e i 2500 abitanti, si basa sulla creazione di una rete di operatori sanitari presenti in modo continuo nei caseggiati popolari con maggiori problemi di reddito e integrazione sociale. L'intervento è volto a garantire aiuti diretti in ambito sanitario, a sviluppare relazioni di aiuto tra i cittadini e una sinergia tra i servizi.

6.11. Quadro di sintesi della integrazione sociosanitaria nei Piani regionali

A conclusione della analisi dei piani in questo paragrafo tenteremo di fare una schematica sintesi delle principali forme in cui è stata realizzata l'integrazione tra i servizi sanitari e sociali nelle diverse realtà regionali. Come si è detto nel paragrafo 4.4. già nel Piano sanitario nazionale del 1998-2000 si prevedeva che l'integrazione si realizzasse ai livelli istituzionali, gestionali e professionali.

Nel nostro caso adotteremo due criteri diversi più rispondenti alla analisi svolta. Il primo criterio fa riferimento al *profilo istituzionale* su cui si fonda l'integrazione visto sotto tre angolazioni:

- *Istituzionale puro* quando la scelta di politiche integrate sanitarie e sociali fanno capo ad un unico riferimento istituzionale che esprime gli indirizzi per le politiche regionali;
- *gestionale* quando la responsabilità della attuazione delle politiche sociosanitarie fanno capo ad un unico riferimento amministrativo regionale che si coordina con la responsabilità politica;
- *programmatico* quando l'integrazione tra dimensione sanitaria e dimensione sociale deriva da una scelta assunta in sede politica.

Il secondo criterio assume a riferimento la *dimensione* in cui l'integrazione sociosanitaria si realizza e, quindi, parleremo di:

- *integrazione verticale*: quando avviene a più livelli della stessa filiera istituzionale;
- *integrazione orizzontale*: quando interessa aree di politiche di welfare diverse;
- *integrazione trasversale tra sistemi di cura formale e informale*.

Nella Tabella 128 è riportato il quadro in cui si collocano i piani delle Regioni in base ai tre profili indicati di *integrazione sociosanitaria istituzionale*.

- Nel caso del profilo di *integrazione istituzionale pura* 13 Regioni hanno unificato la direzione delle politiche sanitarie e sociali in capo ad un unico assessore, mentre 8 mantengono la distinzione delle competenze. Da notare come l'Emilia Romagna pur avendo scelto l'integrazione mantiene distinte le responsabilità politiche. Viceversa la Puglia unifica in un unico assessorato le competenze ma non compie la scelta della integrazione.
- In base al profilo della *integrazione sociosanitaria gestionale* le Regioni che hanno unificato la direzione amministrativa delle politiche sanitarie e sociali sono 13, ma non esattamente coincidenti con l'unificazione della direzione



politica. Infatti l'Emilia Romagna unifica la direzione amministrativa pur mantenendo distinti gli assessorati, inversamente dal comportamento delle Marche.

- Riguardo al profilo di *integrazione sociosanitaria programmatica* delle 21 Regioni e province autonome solo 6 hanno fatto la scelta politica della integrazione tra dimensione sanitaria e sociale: 9 Regione esprimono consapevolezza del problema, ma non ne fanno una scelta e si limitano a prevedere forme di integrazione su servizi e progetti; infine le 6 Regioni in piano di rientro non fanno nessun riferimento alle esigenze di integrazione, anche se alcune di esse esprimono questa esigenza nei piani sociali.

Tab.128 – Integrazione sociosanitaria istituzionale, gestionale e programmatica,

Regioni	Istituzionale		Gestionale		Programmatica	
	P. sanitari	P. sociali	P. sanitari	P. sociali	P. Sanitari	P. Sociali
V. D'Aosta	●	●	●	●	●	●
Piemonte	○	○	○	○	○	○
Lombardia	●	●	●	●	●	●
Liguria	●	●	●	●	○	○
Friuli VG	●	●	●	●	○	○
P.A. Bolzano	●	●	●	●	○	○
P.A. Trento	●	●	●	●	○	○
Veneto	●	●	●	●	●	●
Emilia Romagna	○	○	○	○	●	●
Toscana	●	●	●	●	●	●
Marche	●	●	●	●	●	●
Umbria	●	●	●	●	○	○
Lazio	○	○	○	○	○	○
Abruzzo	○	○	○	○	—	—
Molise	○	○	○	○	—	○
Campania	○	○	○	○	—	—
Basilicata	●	●	●	●	●	●
Puglia	●	●	●	●	—	—
Calabria	○	○	○	○	—	—
Sicilia	○	○	○	○	—	—
Sardegna	●	●	●	●	○	○
Legenda: ● positivo, ○ neutro, — non si esprime						

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

Nella Tabella 129 è riportato il quadro delle Regioni con riferimento alle tre dimensioni in cui si realizza l'integrazione.

- *L'Integrazione sociosanitaria verticale*, in particolare tra servizi ospedalieri e territoriali, è una necessità presente, in varia misura, in tutti i Piani, anche se gli approcci e i dettagli operativi presentano elevata eterogeneità. L'integrazione si realizza attraverso il consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati da protocolli di presa in carico coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e figure di riferimento (*case manager*); la diffusione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (pdta); il potenziamento degli strumenti di scambio informativo e dei sistemi informativi integrati a supporto dell'integrazione professionale; il consolidamento della prassi aziendale di definire obiettivi trasversali per il budget dell'ospedale e per il budget del territorio. L'unità di valutazione multidisciplinare del Distretto è lo strumento per la definizione del progetto assistenziale individualizzato. Particolare enfasi viene data al ruolo del responsabile infermieristico al quale spesso viene attribuita la funzione di *case manager*. Particolare attenzione viene data alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche, con disabilità gravi, e delle fasi di fine della vita, con la costruzione di un percorso assistenziale integrato, attraverso lo sviluppo, la qualificazione e la specializzazione della rete dei servizi, valorizzando e sostenendo il ruolo delle famiglie e privilegiando i servizi domiciliari.

Lo sviluppo di questo modello è proiettato verso l'organizzazione di Case della Salute sul territorio, che intendono essere un modello gestionale extra-ospedaliero che possa garantire i livelli più bassi d'emergenza, i servizi di prevenzione e quelli territoriali quali il consultorio, il sert e l'assistenza psichiatrica, tenendo conto delle esperienze positive già effettuate.

- *L'integrazione orizzontale* si articola secondo due ulteriori dimensioni: quella tra servizi sociali e sanitari e quella con altri servizi di welfare considerando che la risposta ai bisogni multipli richiede, infatti, un coordinamento anche con altre politiche, come ad esempio quelle abitative, il sistema dei trasporti, il contrasto alle discriminazioni, la promozione dell'invecchiamento attivo.

L'integrazione orizzontale caratterizza i piani delle 6 Regioni che hanno fatto la scelta della integrazione sociosanitaria, tuttavia coinvolge anche altre regioni che, pur non prevedendo forme di integrazione organica, comunque prevedono varie forme di raccordo, collegamento, coordinamento tra servizi sociali e sanitari. il Distretto è il luogo ove si realizza l'integrazione, ovvero dove l'incontro del bisogno sociale e quello sanitario genera il bisogno complesso, cui si risponde attraverso una condivisione di progettualità tra EE.LL. e ATS.

- *L'integrazione orizzontale tra servizi sociali e sanitari* si realizza attraverso l'attivazione di punti unici di accesso alle prestazioni sociali e sociosanitarie con le funzioni di: informazione sull'offerta dei servizi, sulle modalità di accesso e sui relativi costi; orientamento e supporto alle persone e alle famiglie sui di-



ritti alle prestazioni sociali e sociosanitarie; segnalazione delle situazioni complesse ai servizi per la presa in carico e attivazione della valutazione multidimensionale, del progetto personalizzato di assistenza, nonché della continuità assistenziale nei confronti della persona e del nucleo familiare; raccolta ed elaborazione dati. Anche in questo caso le Case della Salute sono il modello organizzativo atto a fornire risposte unitarie ai bisogni assistenziali sanitari e sociosanitari. Le Case della Salute rappresentano, infatti, il punto di riferimento per l'accesso a tutti i servizi sociali e assistenziali e sono presentate come in fase di sperimentazione.

- *L'integrazione orizzontale tra diverse politiche di welfare.* Questa dimensione della integrazione stenta ancora ad affermarsi anche nelle regioni che hanno fatto la scelta della integrazione. Le ragioni sono facili da comprendere tenuto conto che questo modello di integrazione si pone come fine non l'erogazione del servizio, ma la salute, tramite un sistema costruito intorno ai cittadini e basato sulla costruzione di una rete tra tutti i settori e le istituzioni coinvolte, come ingranaggi interdipendenti l'uno dall'altro. La consapevolezza della necessità di sviluppare un approccio integrato tra le aree di *policy* si concretizza nella promozione della salute all'interno delle politiche urbanistiche e ambientali, del welfare, della viabilità e del trasporto, del commercio e della grande distribuzione, della scuola, della cultura e dello sport, che viene realizzata attraverso il coinvolgimento di diversi attori che includono il governo centrale e regionale, ma soprattutto le amministrazioni locali. Il modello organizzativo della Società della Salute realizzato in Toscana prefigura il contesto operativo dell'effettiva integrazione caratterizzato dall'implementazione di sinergie istituzionali.
- *L'integrazione sociosanitaria trasversale* interessa le relazioni tra cure formali e cure informali ad esempio nel caso del rapporto con i familiari e/o da assistenti familiari che hanno un ruolo centrale nelle situazioni di non autosufficienza o, ancora, nel rapporto con soggetti del terzo settore che spesso si fanno carico di servizi di supporto (ad esempio il ruolo del case manager).

Nonostante il ruolo centrale delle famiglie non tutti i Piani riconoscono e valorizzano questa dimensione. Cure formali e informali rimangono nella maggior parte dei casi non integrate, rispecchiando le caratteristiche del sistema di welfare mediterraneo di totale delega alla famiglia e di ruolo spesso marginale e residuale degli interventi pubblici nella risposta ai bisogni sociali.

Riconoscere il ruolo delle risorse informali e spontanee comporta concepirle in una logica di sistema, promuovendo una visione imperniata sulla coesione sociale e sulla responsabilizzazione diffusa. A tal fine promuove la costituzione di una partnership di comunità che coinvolga anche i soggetti non istituzionali, con una particolare attenzione al volontariato. Nel Distretto viene promossa l'assistenza territoriale caratterizzata da una visione olistica perché interessata alla persona nel contesto della famiglia e della comunità.

La famiglia, considerata un importante ammortizzatore sociale, è sostenuta nel lavoro di cura verso i suoi componenti più deboli (anziani non autosufficienti, disabili ecc.) attraverso il potenziamento dell'assistenza domiciliare, degli assegni di cura e altri interventi. Il sostegno alla permanenza della persona anziana nel proprio contesto di vita, anche quando non autosufficiente, è supportata da servizi di assistenza domiciliare anche di carattere sanitario; da contributi economici e da interventi di sollievo alla famiglia tramite attivazione di sostegni psicologici, moduli di sollievo, soggiorni ad alta protezione, centri diurni ecc.; dalla promozione di azioni di selezione, formazione ed accompagnamento delle persone che assistono gli anziani all'interno delle famiglie; dallo sviluppo dell'housing sociale protetto, soprattutto nei Comuni con alta dispersione demografica.

Attenzione viene posta, inoltre, alla sperimentazione di modalità di sostegno, aiuto e intervento in caso di emergenza attraverso la promozione delle reti informali di solidarietà sociale (per esempio: portierato, custode sociale), il sostegno all'associazionismo volontario disponibile a favorire assetti aggregativi di auto/mutuo aiuto, il consolidamento di servizi di e-care quali il tele-soccorso e la teleassistenza con il supporto dell'associazionismo volontario. Nella valorizzazione del ruolo che il terzo settore può avere nella partecipazione al sistema integrato l'Emilia-Romagna ha messo a punto un sistema di accreditamento complesso e innovativo quale elemento fondante la costruzione del sistema di welfare territoriale.



Tab.129 – Stato della integrazione sociosanitaria per dimensione

Dimensioni						
Regioni	Verticale		Orizzontale		Trasversale	
	P. sanitari	P. sociali	P. sanitari	P. sociali	P. sanitari	P. sociali
V. D'Aosta	●	●	●	●	●	●
Piemonte	○	○	●	●	—	—
Lombardia	●	●	●	●	●	●
Liguria	●	●	●	●	—	—
Friuli VG	○	○	●	●	○	○
P.A. Bolzano	○	○	●	●	○	○
P.A. Trento	○	○	●	●	○	○
Veneto	●	●	●	●	●	●
Emilia Romagna	●	●	●	●	●	●
Toscana	●	●	●	●	●	●
Marche	●	●	●	●	●	●
Umbria	○	○	●	●	○	○
Lazio	○	—	○	○	—	—
Abruzzo	—	—	—	○	—	—
Molise	—	—	—	○	—	—
Campania	—	—	—	—	—	—
Basilicata	○	○	●	●	○	○
Puglia	—	—	○	○	—	—
Calabria	—	—	—	—	—	—
Sicilia	—	—	—	—	—	—
Sardegna	○	○	○	○	○	○
Legenda ● positivo, ○ neutro, — non si esprime						

Fonte: elaborazione Auser su Piani sanitari e sociali regionali

Osservazioni conclusive - Dalla analisi dei Piani si conferma il processo di lenta ma crescente integrazione dei servizi sociosanitari, ma si conferma altresì la progressiva differenziazione regionale delle politiche sociali e sanitarie con il conseguente aumento nell'eterogeneità dei servizi offerti e delle disuguaglianze territoriali. Senza ombra di dubbio è questa la principale conseguenza della scelta di mettere in discussione l'obiettivo dell'uguaglianza nell'accesso ai servizi, così come indicato dalla legge istitutiva del sistema sanitario nazionale. Le trasformazioni conseguenti alla regionalizzazione e alla aziendalizzazione, hanno di fatto legittimato la differenziazione dei modelli organizzativi. Probabilmente tutto questo poteva essere in parte evitato se si fosse rafforzata

la capacità di orientamento del contesto regolativo nazionale (si veda ad esempio il venir meno del Piano sanitario nazionale, la Relazione annuale al Parlamento, il mancato varo dei LEPS o la debole efficacia dei LEA).

Di fatto oggi le Regioni sono chiamate a decidere sulla delicatissima materia della integrazione sociosanitaria in assenza di una cornice nazionale di riferimento. Trovare il corretto punto di equilibrio tra servizi sociali e servizi sanitari caratterizzati da profonde asimmetrie strutturali va ben oltre le competenze regionali.

L'integrazione deve essere considerata come un mezzo e mai fine sé stessa e quindi occorre evitare soluzioni di facciata, mettendo invece in luce la complessità dei processi di integrazione. Le risposte sociosanitarie, il sentirsi parte della rete dei servizi di un territorio, sono esigenze forti sia da parte del cittadino che della sua famiglia, specialmente se in condizioni di fragilità dovute a non autosufficienza.

Allo stesso modo, la capacità di un singolo servizio di rispondere a bisogni complessi è necessariamente non adeguata se non integrata con altre politiche e servizi. Il bisogno di risposte integrate di cura e presa incarico nasce quindi sia nei cittadini che nei servizi, entrambi alla ricerca di risposte più efficaci ed efficienti.

Tuttavia, la sua effettiva realizzazione richiede percorsi di riforma a più livelli. Processi di integrazione a livello istituzionale devono essere accompagnati da azioni di integrazione a livello gestionale e professionale.

La sfida è proprio quella di riformare contemporaneamente aree di welfare nate come silos, di fatto fortemente autoreferenziali, in un contesto di riduzione complessiva delle risorse e di crescita dei bisogni sociali.

Tutte ragioni che motivano ampiamente l'esigenza di una legge nazionale per la non autosufficienza che non può non fondarsi su una forte integrazione della dimensione sanitaria con quella sociale.

Terza parte

7. L'integrazione sociosanitaria: le proposte di riforma

Indubbiamente la pandemia ha avuto il grande merito di ricondurre il tema degli anziani non autosufficienti al centro della attenzione. Questo ha determinato la ripresa di un confronto sulla riforma del sistema della assistenza sociosanitaria che si andava sviluppando da almeno due decenni. Un dibattito che, pur favorendo il conseguimento di risultati significativi, tuttavia ancora stenta a definire soluzioni di riforma decisive e condivise.

Numerosi sono i protagonisti di questo dibattito.

Il Governo nazionale che, alla vigilia della pandemia, adottò il Piano nazionale per la non autosufficienza 2019, a cui ha fatto seguito il Provvedimento Rilancio Italia, che contiene numerose misure in materia sociosanitaria, e da poco ha adottato il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) che potrà beneficiare di cospicui finanziamenti europei. Ma ancor prima si ricorda l'istituzione del Fondo per le non autosufficienze approvato con la Finanziaria 2007 da parte del Governo Prodi, da considerarsi come prima anticipazione della riforma a cui però, pur con il passare degli anni, non ha mai fatto seguito la vera riforma.

Il mondo sindacale che già dal 2005 ha visto lo SPI Cgil, FNP Cisl e Uil Pensionati avanzare una proposta di riforma di iniziativa popolare con il sostegno di centinaia di migliaia di firme. Proposta aggiornata e ripresentata nel 2018.

Il mondo del terzo settore, dell'associazionismo e del volontariato, della ricerca che hanno contribuito al dibattito, con analisi, proposte, esperienze di buone pratiche. Si ricordano in particolare le proposte di Auser, di 50epiù, del NNA⁴⁷, del Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa, il Capp, il Cer, l'ARS⁴⁸ e molte altre ancora.

Le proposte dei partiti politici con riferimento a quanto contenuto nei loro programmi elettorali nelle elezioni del 2018.

Le elaborazioni delle varie commissioni di indagine sulla condizione degli anziani: la Commissione Onofri sul Fondo per prestazioni di assistenza ai non autosufficienti del 1996⁴⁹, la Commissione Sirchia-Maroni sulla prevenzione e

47 - Network Non Autosufficienza (NNA). Appello al Governo: subito il patto per le persone non autosufficienti, 2012.

48 - ARS – Associazione per la Ricerca Sociale (2016. Costruiamo il welfare dei diritti. Prospettive sociali e sanitarie n.2.

49 - Commissione per le analisi delle compatibilità macroeconomiche dello stato sociale (Commissione Onofri – 1997). Rapporto finale – La spesa per l'assistenza.

il trattamento delle non autosufficienza, la Commissione Gasbarri del 2006, quella Donaggio del 2008, quella Pizzinato del 2014. Da ultimo la Commissione presieduta da Monsignor Paglia istituita nel 2020 dal Ministro della Salute.

Ed ancora le numerose proposte di legge di iniziativa parlamentare che si sono susseguite dai primi anni del 2000 ad oggi.

Qui di seguito riprendiamo in modo sintetico alcune di queste elaborazioni e proposte per verificare in che misura si sono fatte carico della necessità di una maggiore integrazione della dimensione sanitaria con quella sociale della assistenza agli anziani.

7.1. Il Piano nazionale non autosufficienza (PNA) 2019-21⁵⁰

Alla vigilia del manifestarsi della pandemia da Covid 19, il 21 novembre 2019, con DPCM il Governo adotta il Piano nazionale per la non autosufficienza 2019-2021. In realtà non è il Piano tanto atteso, ma di un più semplice provvedimento, anche se ben strutturato, che definisce nuove regole per la programmazione degli interventi regionali finanziati dal FNA⁵¹. Il focus principale del Piano riguarda, infatti, l'analisi dettagliata della platea dei beneficiari e degli interventi finanziati a valere sul Fondo, da utilizzare come punto di partenza per l'affermazione di politiche dalle caratteristiche omogenee in tutto il Paese.

Un elemento fondamentale del Piano è il metodo di attuazione che prevede l'adozione di Piani regionali al fine di garantire prestazioni omogenee sull'intero territorio italiano e la futura definizione dei LEP, ossia livelli essenziali delle prestazioni. In particolare si prevede che all'interno del sistema dei servizi dovrà essere garantito, specialmente alle persone con disabilità gravissima, un assegno di cura e per l'autonomia che permetta di intensificare sensibilmente i sostegni di cui tali persone necessitano.

Con il Piano è previsto, inoltre, un modello unitario di riconoscimento delle persone che esprimono maggiori bisogni. L'obiettivo è costruire un sistema di intervento in materia di vita indipendente per consentire alle persone non autosufficienti e con disabilità di scegliere, in piena libertà ed autonomia, come, dove e con chi vivere. Un percorso da compiere insieme alle Regioni ed alle federazioni delle persone con disabilità con cui sono state individuate le aree di intervento per la messa a punto di un modello operativo nazionale.

Le aree di intervento riguardano: l'assistente personale; le forme dell'abitare in autonomia: housing e cohousing; l'inclusione sociale e relazionale; la

50 - Governo Conte, Piano nazionale per la non autosufficienza 2019-21 - <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2020/02/04/28/sg/pdf>

51 - Il Fondo nazionale per la non autosufficienza è stato istituito nel 2006 con Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (art. 1, co. 1264), con l'intento di fornire sostegno a persone con gravissima disabilità e ad anziani non autosufficienti al fine di favorirne una dignitosa permanenza presso il proprio domicilio evitando il rischio di istituzionalizzazione, nonché per garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali.



domotica per l'autonomia nell'ambiente domestico; le azioni di sistema (es. forme di coinvolgimento attivo del mondo associativo e della comunità di riferimento).

Indubbiamente il Piano 2019-2021, a differenza dei precedenti Piani di riparto delle risorse, costituisce uno strumento di programmazione ben disegnato fondato sui seguenti punti chiave:

- obiettivi graduali e sostenibili di sviluppo degli interventi – su base triennale – definiti in modo puntuale e accompagnati da indicatori quantitativi per verificarli;
- progressiva estensione dei destinatari, con l'identificazione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali loro destinati;
- predisposizione di uno strumento nazionale per classificare la disabilità e misurare il bisogno assistenziale, nel quale le Regioni che intendono mantenere i propri strumenti già in uso possono “tradurne” i relativi dati;
- redazione da parte delle Regioni di propri piani, coerenti con quello nazionale. Per assicurare la tempestività dell'iter, le Regioni ricevono i fondi dallo Stato dopo la loro predisposizione.

Tuttavia è tutto da dimostrare che attraverso questa strumentazione si possa realizzare una programmazione nazionale del sistema capace di ricomporre la frammentazione delle politiche per la non autosufficienza – tanto tra i livelli di governo (Stato, Regioni e Comuni) quanto tra i molteplici attori presenti nei territori.

7.2. L'emergenza Covid-19

Agli inizi del 2020, a pochi mesi dalla approvazione del Piano 2019-2021, il Paese è piombato nella emergenza sanitaria in cui siamo ancora immersi e che ha colpito in modo particolare proprio quel mondo che il Piano intendeva tutelare. Un colpo durissimo che richiederà tempo e cure per superare l'eredità che lascia. Il bilancio degli anziani morti a causa del virus lascia un pesantissimo debito sulle spalle della collettività per non aver saputo proteggere adeguatamente la parte più fragile della popolazione. Su questo drammatico argomento, che ha messo in evidenza tutti i limiti del sistema italiano di assistenza sociosanitaria dei longevi, in numerosi hanno espresso opinioni e dato consigli, ma, soprattutto, ha spinto il Governo nazionale a intervenire, con il D. L. Rilancio Italia⁵², sulla assistenza socio sanitaria.

Malgrado il sistema sanitario italiano sia considerato tra i migliori è indubbio che, nonostante l'impegno dei suoi operatori, numerose sono state le falle venute alla luce. In particolare il punto di maggiore crisi si è manifestato nel

52 - Governo Conte, Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34 recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".

sistema dei presidi di assistenza socio sanitaria territoriali. Che questo potesse avvenire era del tutto prevedibile in quanto da tempo le organizzazioni sociali e del volontariato avevano denunciato la poca attenzione prestata ai distretti sociosanitari, con particolare riguardo alle cure domiciliari. È quindi stata quanto mai opportuna, anche se tardiva, l'attenzione contenuta nel DL a questo livello di servizi. Per la sanità territoriale è previsto, infatti, un investimento complessivo pari a 1 miliardo e 256 milioni di euro, destinato a finanziare le aree che si sono rilevate di maggiore criticità.

7.2.1. D. L. Rilancio Italia

Qui di seguito riportiamo alcune delle misure contenute nel DL a favore della assistenza sociosanitaria territoriale:

- *per l'assistenza domiciliare vengono implementate sul territorio, con personale dedicato, le azioni terapeutiche e assistenziali domiciliari. L'assistenza ai pazienti ultra 65enni passerà dagli attuali 610.741, pari al 4% della popolazione over 65, a 923.500, pari al 6,7%. Risorse stanziare per personale e servizi: 733.969.086 euro;*
- *in tutte le Regioni e Province autonome viene potenziata l'attività di sorveglianza attiva a cura dei Dipartimenti di prevenzione, in collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Viene disposto l'incremento dei controlli nelle residenze sanitarie assistite (RSA), anche attraverso la collaborazione di medici specialisti. Sul territorio sarà aumentata la funzionalità delle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale), deputate al supporto dei servizi di assistenza domiciliare, anche reclutando al loro interno medici specialisti ambulatoriali convenzionati. Risorse stanziare per personale e servizi: 61 milioni di euro;*
- *è previsto il rafforzamento dei servizi infermieristici territoriali, per potenziare l'assistenza domiciliare integrata ai pazienti in isolamento domiciliare e ai malati cronici, disabili, persone con disturbi mentali o in situazioni di fragilità. Con questo obiettivo viene introdotta la figura dell'infermiere di quartiere, 9.600 nuovi infermieri, 8 ogni 50mila abitanti, anche a supporto delle USCA. Risorse stanziare per le nuove assunzioni: 332.640.000 euro. Si aumenta inoltre, con 10 milioni di euro, la disponibilità del personale infermieristico a supporto degli studi di medicina generale, per fronteggiare l'emergenza;*
- *per una maggiore sorveglianza sanitaria domiciliare viene potenziato il monitoraggio, anche attraverso l'uso di App di telefonia mobile. Tutto ciò permetterà di coordinare al meglio i servizi d'assistenza necessari ai pazienti, che riceveranno in dotazione anche i saturimetri per misurare i livelli di ossigenazione, e di individuare subito un eventuale peggioramento clinico di un assistito a domicilio o in una residenza assistenziale, mettendo in moto una tempestiva ospedalizzazione. A questo scopo saranno attivate centrali operative regionali, dotate di apposito personale e di apparecchiature per il telemonitoraggio e telemedicina. Risorse stanziare per personale, infrastrutture e strumentazioni: 72.271.204 euro.*
- *per la valutazione complessiva dei bisogni dei pazienti e l'integrazione con i servizi*



socio-sanitari, le USCA saranno integrate dalla figura degli assistenti sociali regolarmente iscritti all'Albo professionale. Risorse stanziare: 14.256.000 di euro.

- laddove per applicare le misure di isolamento domiciliare e di quarantena, o per ospitare pazienti dimessi dagli ospedali, sia necessario disporre temporaneamente di immobili alternativi al domicilio privato, Regioni e Province autonome potranno stipulare contratti d'affitto con strutture alberghiere o di tipologia analoga. Verranno stanziati fondi per infermieri, operatori tecnici assistenziali, sanificazione, formazione del personale alberghiero, lavanderia, manutenzione delle strutture. Risorse stanziare: 32.497.693 euro.

Il DL interviene anche sulla rete ospedaliera, messa a dura prova dall'emergenza, con un investimento complessivo pari a 1 miliardo e 467 milioni di euro. La logica di base è quella di garantire un'assistenza pronta e adeguata ai pazienti più gravi che necessitano di cure intensive rendendo possibili percorsi rigorosamente distinti per pazienti Covid o non Covid. Qui di seguito alcune delle misure previste:

- viene incrementata e resa stabile la realizzazione di Covid-Hospital, un pezzo fondamentale nella strategia contro il virus, dal momento che gli ospedali misti facilmente moltiplicano il contagio. Saranno strutture ad alto valore aggiunto in termini di innovazione, tecnologia e competenze, dedicate esclusivamente ai pazienti Covid-19 che saranno curati da personale adeguatamente formato, all'interno di spazi strutturalmente distinti;
- vengono consolidati stabilmente 3.500 posti in più in terapia intensiva. Si passa da un numero di 5.179 (pre-emergenza) a 8.679, con un incremento del 70%. A questi si aggiunge la predisposizione alla terapia intensiva, con la sola implementazione di ventilazione meccanica e monitoraggio, di 2.112 posti letto di terapia semintensiva. Inoltre si aggiungono 300 posti letto di terapia intensiva suddivisi in 4 strutture movimentabili, pronte per essere allestite in breve tempo nelle zone ad accresciuto fabbisogno. Questo porta la disponibilità di terapie intensive a 11.091 posti letto di terapia intensiva, +115% rispetto alla disponibilità in pre-emergenza.
- si incrementano stabilmente su tutto il territorio nazionale 4.225 posti letto di terapia semintensiva, di cui il 50%, come sopra detto, prontamente convertibile in terapia intensiva. Potranno cioè essere trasformati immediatamente in vere e proprie postazioni di rianimazione con la sola integrazione di apparecchiature di ventilazione e monitoraggio.
- il pronto soccorso e Dea verranno ristrutturati e riorganizzati, prevedendo la separazione delle strutture, l'acquisto di attrezzature, la creazione di percorsi distinti per i malati Covid-19 e di aree di permanenza per i pazienti in attesa di diagnosi.
- verranno acquistati mezzi di soccorso h24 ad alto biocontenimento, da utilizzare per trasferimenti di pazienti Covid-19, per dimissioni protette o per trasporti interospedalieri. Prevista anche la dotazione di personale dedicato con medico, infermiere e autista/barelliere.

Il terzo asse del DL è relativo a nuove assunzioni, incentivi, formazione. Gli interventi previsti per supportare gli operatori del Servizio Sociosanitario Nazionale sono sostenuti da un investimento complessivo pari a 526 milioni di euro così ripartiti:

- *incentivi al personale del SSN - Incremento delle risorse per straordinari del personale ospedaliero, indennità contrattuali, produttività e risultato. Risorse stanziare: 190 milioni di euro;*
- *risorse per ulteriori assunzioni - Altri 241 milioni serviranno per ulteriori assunzioni in ambito ospedaliero;*
- *formazione - un incremento di 4.200 borse di specializzazione in area medica. In particolare, saranno aumentate le borse in Anestesia e rianimazione, Medicina d'urgenza, Pneumologia, Malattie infettive e loro specialità equipollenti.*

In questo quadro di interventi del Governo vanno anche ricondotte le misure di sostegno previste per la emersione del lavoro di cura (art. 103) e l'incremento dei finanziamenti per il Fondo non autosufficienza (art.104).

Numerose sono state le osservazioni avanzate a questo insieme di misure che, pur nel quadro di un generale apprezzamento per il consistente sforzo nei finanziamenti previsti, sono fondamentalmente riconducibili alla esigenza di un salto di qualità nel sistema di cure domiciliari delle persone anziane..

Qui di seguito riprendiamo il parere del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, il parere della associazione Art. 99 e delle posizioni espresse nello sciopero nazionale della Funzione pubblica-Cgil del 10 ottobre 2020.

7.2.2. Il parere del CNEL

Su questa complessa e delicata materia il CNEL ha ritenuto opportuno esprimersi con un Documento di osservazioni e proposte *“Per la ricostruzione dopo la crisi Coronavirus”* approvato nella Assemblea del 22 Aprile 2020⁵³.

Con riferimento al sistema sociosanitario il CNEL si esprime nel modo seguente:

“La capacità di risposta del sistema sanitario nazionale in occasione di questa straordinaria pressione epidemica, se da un lato ha confermato la solidità, professionalità e qualità complessiva del sistema, ha purtroppo anche messo in evidenza le disomogeneità tra regioni, le scoperture dei presidi di primo livello, le carenze di pianificazione e coordinamento in caso di emergenze a carattere nazionale. Occorre quindi cogliere questa occasione per investimenti che rafforzino il sistema sanitario nazionale perché sia in grado di garantire effettivamente i livelli essenziali di assistenza e di fronteggiare in futuro eventuali emergenze sanitarie in condizioni di sicurezza e non con decretazioni d'urgenza. Le risorse investite nell'emergenza non riallineano i finanziamenti al fabbisogno stan-

53 - Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro – CNEL -
file:///C:/Users/Auser/Downloads/OSP_387_22_04_2020_RICOSTRUZIONE_POST_COVID.pdf



dard dopo i tagli dell'ultimo decennio. Lo Stato deve garantire un maggior presidio territoriale. Bisogna potenziare l'assistenza continua con una maggiore integrazione tra medici convenzionati e servizi pubblici, sviluppare l'integrazione tra sanità e sociale. Occorre definire i livelli essenziali dell'assistenza sociale (LEPS) anche come passo indispensabile per l'attuazione dei nuovi LEA sanitari. Bisogna assicurare coincidenza tra i Piani Sociali e quelli Sanitari nonché la centralità del distretto sociosanitario. Occorre investire in prevenzione (rispettando il vincolo di destinazione del finanziamento al 5% del FSN) per dare al sistema la capacità di cogliere le evoluzioni epidemiologiche e riorganizzarsi. Occorre recuperare il gap di personale, perché la qualità del lavoro è qualità dei servizi.”

In particolare con riferimento alle politiche e servizi sociali il CNEL sottolinea come: *“La pandemia ha posto in drammatica evidenza la scarsa attenzione che le istituzioni riservano al tema degli anziani e dei disabili, evidenziando l'aumento delle disuguaglianze sociali e territoriali tanto da richiedere da subito interventi straordinari di sostegno alimentare e al reddito. È di tutta evidenza che chi era in difficoltà precedentemente lo sarà ancor di più e molte persone si troveranno nel medio periodo a richiedere supporto. Vanno quindi rafforzate le reti di contrasto alla povertà aumentando in particolare i servizi sociali territoriali e i servizi domiciliari per accogliere l'aumento delle richieste di aiuto che perverranno in primo luogo da persone anziane e soggetti con disabilità a cui si chiede di non uscire per periodi lunghi, e che non potranno usufruire di centri diurni o aggregativi per le norme di contenimento. Inoltre, occorre trovare risposta alle richieste delle famiglie con compiti di cura e accudimento che non chiedono sostegno economico, ma soprattutto assistenziale, e che già prima dell'emergenza attendevano supporto. Assieme a queste fasce di popolazione particolarmente esposte è evidente la situazione di rischio, anche per la tenuta sociale, legata alle persone che non possono contare su sostegni familiari o di comunità, come le persone senza dimora, gli assistenti familiari e le persone dimesse dal carcere. Diventa quindi fondamentale investire e strutturare le reti degli Enti locali del terzo settore presenti per intercettare le nuove richieste, e continuare ad erogare i servizi precedentemente attivi. Vanno previste risorse ulteriori per poter strutturare i servizi e gli interventi previsti dalla legge 328/2000 al fine di garantire la migliore integrazione sociosanitaria e con le istituzioni scolastiche. Infine, occorre non abbassare l'intensità di intervento diretto allo sviluppo del Mezzogiorno del Paese”.*

Le osservazioni e proposte del CNEL sono nel complesso condivisibili, tuttavia non mettono adeguatamente in luce gli elementi di novità derivanti dalla straordinarietà del Covid-19, ma si limitano a riproporre, sia pure giustamente, l'esigenza di recuperare i ritardi su numerose riforme del sistema socio-sanitario che le organizzazioni del mondo del lavoro e del terzo settore da tempo richiedono.

Inoltre il documento del CNEL si muove ancora all'interno di una visione in cui persiste la separatezza tra la dimensione sanitaria e quella sociale,

quando da tempo l'esperienza ha dimostrato che questa separatezza, nel caso della longevità, sia un limite nocivo che deve essere rapidamente superato.

7.2.3. Il parere di Art. 99 – Associazione per il dialogo sociale⁵⁴

L'Associazione Art.99, pur riconoscendo il significativo sforzo per fronteggiare l'emergenza sanitaria, ritiene che se l'esito della rinnovata attenzione tributata ai servizi sociosanitari consisterà nel reiterare – fedelmente ma su più ampia scala, grazie ai maggiori finanziamenti – le attuali criticità del settore, sicuramente un maggior numero di anziani verrà seguito a casa propria, ma altrettanto certamente verrà persa un'occasione fondamentale per rendere più adeguate le risposte ai loro bisogni. Per superare questo limite è necessario un salto di qualità nel sistema di cure domiciliari delle persone anziane come da tempo sollecitano le organizzazioni del mondo del lavoro e del terzo settore. Il pilastro su cui fondare la riforma della Long Term Care (LTC) deve essere la garanzia del diritto degli anziani di invecchiare a casa propria.

Per rendere questo diritto pienamente esigibile è necessari compiere decisi passi avanti sui seguenti punti:

- 1) *riallineare le competenze nazionali e regionali in materia sanitaria e sociale;*
- 2) *fare del territorio il motore del sistema socio-sanitari attuando quanto prevedono le leggi istitutive per la piena integrazione tra distretti sanitari e distretti sociali;*
- 3) *finalizzare i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) alla misurazione della cogenza, esigibilità, qualità degli interventi e tempestività, dei servizi sanitari, integrandoli con i LEPs (Livelli Essenziali delle Prestazioni) al fine di una lettura integrata della condizione di benessere dei cittadini;*
- 4) *procedere ad un piano di assunzioni per un corretto rapporto tra addetti ai servizi socio-sanitari e bisogni dei cittadini (infermiere di quartiere, geriatri, assistenti sociali, ecc);*
- 5) *approvare la legge sui caregiver al fine di tutelare il lavoro di cura di milioni di familiari;*
- 6) *favorire l'evoluzione del lavoro di cura privato (badanti) verso una rete di servizi in grado di fornire alle famiglie un servizio trasparente e qualificato;*
- 7) *reformare il sistema delle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali). Altri modelli sono possibili: in particolare sviluppando forme di abitazione o coabitazione protetta;*
- 8) *promuovere un vasto programma di adeguamento delle condizioni abitative degli anziani, a partire da quelli in edilizia residenziale pubblica;*
- 9) *recuperare i ritardi nell'innovazione tecnologica ospedaliera e territoriale/domiciliare;*
- 10) *rimuovere gli ostacoli che limitano il dispiegamento del contributo del volontariato prevedendo, in caso di necessità, rapporti diretti con gli organismi decisionali”.*

54 - Art.99 – Associazione per il dialogo sociale - Gli insegnamenti dell'impatto avuto sulla popolazione anziana dal Covid-19 in relazione alla efficienza ed efficacia del sistema sanitario e assistenziale. <http://www.articolo99.it/documenti.html>



Infine il documento sottolinea come *“in una prospettiva di latente rischio clinico/ambientale globale, non sfugge la possibilità del ripetersi nel futuro di casi pandemici e dei rischi che comportano per il nostro Paese tenuto conto del livello di longevità della sua popolazione. Per questo si ritiene necessario che il paese si doti di un effettivo sistema di contrasto al rischio pandemia e che si faccia promotore di un sistema internazionale di allarme precoce da concordare in sede di UE, verificando a questo scopo l'efficacia del sistema che si incentra nella OMS”*.

7.2.4. Le posizioni della Funzione pubblica – Cgil

La piattaforma posta a base della manifestazione del 10 ottobre 2020, promossa dai lavoratori della Sanità della Funzione pubblica CGIL, come reazione alla inadeguatezza delle misure di contrasto alla crisi sanitaria, è un documento molto articolato di proposte che, a partire dalla rivendicazione di un *“Piano di azioni per il Servizio Socio-Sanitario Nazionale (SSSN)”* esprime in maniera netta l'obiettivo della integrazione tra dimensione sanitaria e dimensione sociale della assistenza⁵⁵.

In particolare: *“Va rafforzata e implementata ulteriormente la funzione dei Distretti Socio Sanitari così come previsti dal Dlgs 229/99, quali luoghi di direzione, programmazione e coordinamento della prevenzione, della cura, della medicina d'iniziativa, del sistema dei servizi, da quelli ambulatoriali a quelli consultoriali, residenziali, domiciliari, anche individuando una struttura dipartimentale integrata che sia funzionale agli obiettivi di salute ad essi assegnati. Strutture e servizi nei quali, più di ogni altro, si esprimono i valori della multidisciplinarietà e multiprofessionalità. I Distretti Socio Sanitari come strutture di direzione, coordinamento, coinvolgimento e partecipazione degli operatori e degli utenti, garanti dell'erogazione H24 dei LEA ad essi assegnati, sono stati svuotati nel tempo sia per effetto di una visione ospedalocentrica sia per gli effetti della riforma del Titolo V della Costituzione. Occorre implementare ulteriormente i LEA affinché i Distretti tornino alla loro funzione originaria, innovandola, su tutto il territorio nazionale e dando immediatamente seguito agli impegni previsti nel Patto per la Salute 2019/21 sui livelli e sui servizi essenziali nel territorio, prevedendo, esplicitamente, parametri uniformi su personale, servizi e strutture. I Distretti Socio Sanitari, se potenziati, possono svolgere un ruolo fondamentale sui determinanti di salute della popolazione e per la riduzione della componente privata della spesa sanitaria, aumentata esponenzialmente negli ultimi anni e principale indicatore delle diseguaglianze di salute in atto.*

Dentro questa cornice strategica, le Case della Salute debbono diventare il luogo, aperto, identificabile, facilmente accessibile e fruibile H24, della presa in carico delle persone, nel quale si realizzino, con investimenti straordinari in personale e tecnologie, le proposte elaborate più di 15 anni orsono dalla Cgil, dallo SPI e dalla FP Cgil con i medici e gli operatori del comparto, aggiornandole e sviluppandole ulteriormente, partendo dalle migliori espe-

55 - <https://www.fpcgil.it/2020/09/30/sanita-10-ottobre-manifestazione-speranza-landini/>

rienze regionali fatte sino a qui. Il luogo in cui si realizza, per eccellenza, l'integrazione sociosanitaria, il luogo in cui la medicina generale e quella convenzionata, in essa fisicamente presente H24, si ricompongono professionalmente, oltre che giuridicamente e contrattualmente, il luogo in cui gli operatori sanitari del comparto, a partire dagli infermieri di comunità, dagli assistenti sociali, dai terapisti e non solo, possano esprimere al meglio il proprio ruolo e la propria funzione, anche proattiva. Le Case della Salute debbono poter dialogare in ogni momento della cura con l'Ospedale e con il sistema della residenzialità, anche con un utilizzo diffuso e condiviso delle tecnologie a disposizione. È necessario uscire dalla fase dell'eterna sperimentazione dei modelli organizzativi, diversissimi sul territorio nazionale, individuando requisiti strutturali e organizzativi essenziali e uniformi sul territorio.

Va ripensato profondamente il sistema della residenzialità extraospedaliera e dell'assistenza sociosanitaria residenziale e semi residenziale per la non autosufficienza e, in generale, per tutte le fragilità. L'emergenza pandemica ha reso evidente, nella sua drammaticità, l'insufficienza della componente sanitaria del sistema, il profondo squilibrio nel rapporto pubblico-privato, l'inadeguatezza dei requisiti minimi, da autorizzazione e accreditamento, di gran parte delle strutture, la carenza di organici, di formazione e di sistemi di prevenzione e protezione. Criticità che non si risolvono con semplici linee guida, strumenti di scarso impatto sulle normative di autorizzazione e accreditamento che fanno capo alle regioni e province autonome e sugli accordi contrattuali coi gestori privati che ne conseguono, ma che necessitano di essere affrontate con strumenti più cogenti e uniformi sul territorio nazionale, soprattutto sul terreno degli standard assistenziali e delle garanzie per l'applicazione del CCNL. Anche qui è urgente la predisposizione di un grande piano di investimenti straordinari che recuperi le gravi carenze in termini di risposte ai bisogni di salute, oggi estremamente diseguali sia dal punto di vista dei costi per gli utenti e le loro famiglie sia dal punto di vista quali-quantitativo.

L'assistenza domiciliare integrata, in tutte le sue diverse intensità e forme, è parte fondamentale dell'assistenza distrettuale, è la vera alternativa all'istituzionalizzazione in particolare per la non autosufficienza, è il legame imprescindibile tra ospedale e territorio, è il modello organizzativo, polispecialistico e multiprofessionale, all'interno delle Case della Salute, attraverso il quale si realizza la presa in carico dell'assistito, anche attraverso il coinvolgimento dei caregivers familiari. L'assistenza domiciliare integrata è stata oggetto di un importante investimento da ultimo nel Decreto 34/20. Occorrerà vigilare affinché i Piani regionali realizzino gli obiettivi di investimento lì previsti, anche attraverso un grande impegno in termini di investimenti in risorse umane e tecnologiche. Occorrerà un ulteriore sforzo in questa direzione in quanto, nonostante gli interventi per il potenziamento dell'infermiere di famiglia e di comunità, per tutte le altre figure professionali, fondamentali per la presa in carico delle persone, non sono ad oggi individuati requisiti e standard assistenziali uniformi che sono necessari, così come è previsto tra gli impegni del Patto per la Salute 2019/21 tra Stato e regioni. Inoltre, le risorse sono insufficienti a superare le enormi disuguaglianze regionali ad oggi esistenti in termini di numero di persone assistite e ore medie annue per assistito, quest'ultime in diminuzione negli ultimi anni.”

7.3. Le proposte dei sindacati dei pensionati SPI Cgil, FNP Cisl, UIL Pensionati ⁵⁶

I sindacati confederali dei pensionati già dal 2005 si sono fatti promotori di una proposta di legge di iniziativa popolare presentata in Parlamento il 17 gennaio 2006 dopo la raccolta di 540mila firme.

La proposta di legge è stata successivamente aggiornata nel 2018 e qui di seguito riportiamo un estratto dal Documento unitario.

“Come Spi Cgil, Fnp Cisl, Uilp Uil rappresentiamo la maggioranza delle persone non autosufficienti, che come detto sono anziane. Siamo stati tra i primi a richiamare l’attenzione della politica, delle istituzioni e dell’opinione pubblica sulla gravità del problema; a rivendicare soluzioni adeguate; a porre la tutela della non autosufficienza al centro della nostra iniziativa sindacale e delle nostre piattaforme rivendicative, a livello nazionale e regionale (a partire dalla già citata proposta di legge di iniziativa popolare).

Oggi siamo ancora più convinti della necessità di rilanciare la nostra iniziativa e la nostra proposta unitaria, per far sì che la tutela della non autosufficienza sia rimessa al centro dell’agenda politica: dei partiti, del futuro Parlamento, del futuro Governo, delle Regioni e dei Comuni.

Crediamo che sia necessaria una legge nazionale di indirizzo generale, adeguatamente finanziata, che può avere come base di partenza la nostra proposta di legge di iniziativa popolare.

Principali obiettivi e punti cardine della nostra proposta sono:

- a) Aumentare significativamente le risorse e le competenze dedicate alla non autosufficienza, superare l’attuale inadeguatezza e ricomporre la frammentarietà degli interventi.*
- b) Definire prioritariamente i Livelli essenziali per la non autosufficienza esigibili su tutto il territorio nazionale e, conseguentemente, individuare le risorse necessarie per garantirli.*
- c) Ridurre le disomogeneità tra aree del Paese e all’interno delle stesse Regioni, favorendo la crescita di servizi di qualità adeguati, investendo maggiormente nei territori più carenti.*
- d) Fornire servizi socioassistenziali che siano accessibili anche dal punto di vista economico.*
- e) Garantire in tutti i territori il Punto unico di accesso (Pua), l’Unità di valutazione multidisciplinare, la presa in carico individuale, per valutare e decidere insieme alla persona o alla famiglia quali sono le prestazioni e i servizi domiciliari o residenziali più idonei per garantire al meglio il diritto della persona a restare nel suo ambiente di vita il più a lungo possibile e ad avere rapporti affettivi e sociali.*
- f) Valorizzare e promuovere la figura del case manager, capace di attivare e di coordinare gli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali.*
- g) Riconoscere lo stato di disabilità secondo parametri scientificamente validi e omogenei su tutto il territorio nazionale e che tengano conto del bisogno assistenziale, che oggi*

⁵⁶ - Proposta di legge di iniziativa popolare “Un piano per interventi integrati sulla non autosufficienza finanziato da un fondo nazionale” promosso dai sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil (iniziativa annunciata nella Gazzetta Ufficiale del 11 ottobre 2005).

per quanto riguarda le disabilità da invecchiamento (in particolare da pluripatologie e da demenze) è sicuramente sottoconsiderato. Definire contestualmente un progetto di intervento personalizzato, centralità della presa in carico e del piano individuale, che devono riguardare anche le persone ricoverate nelle strutture.

- h) Necessità di coordinamento e di integrazione sociosanitaria. Oggi assistiamo, da un lato, a un processo di deresponsabilizzazione del sistema sanitario che punta a liberarsi della presa in carico della non autosufficienza, considerandola tema a carattere sostanzialmente sociale. D'altro canto, il sistema sanitario ha ancora costi elevati per una gestione inappropriata della non autosufficienza (ad esempio ricoveri inappropriati) ma i risparmi che in questi ultimi anni sono stati fatti sul fronte dell'appropriatezza hanno fortemente penalizzato le persone anziane non autosufficienti, perché non sono stati reinvestiti in prestazioni sanitarie appropriate. I ricoveri inappropriati sono stati ridotti, ma sono stati sostituiti con nulla o quasi nulla.*
- i) Investire sugli interventi di "cure intermedie" tra ospedale e domicilio, di post acuzie e di riabilitazione.*
- j) Potenziare il Servizio sociale nei Comuni, singoli o associati. Oggi c'è carenza di organici, precarietà, scarsa formazione e preparazione, inadeguatezza.*
- k) Uniformare criteri e strumenti per la valutazione dei bisogni, derivanti dalle condizioni di salute, socio economiche e familiari, che oggi sono diversi da Regione a Regione.*
- l) Rendere efficace il sistema di accreditamento dei servizi, in base a standard uniformi in tutto il territorio nazionale. Standard e indirizzi uniformi anche per quanto riguarda le/gli assistenti familiari: dagli albi regionali e/o comunali ai percorsi formativi per accedervi; alla certificazione delle competenze; alla salvaguardia di chi ha svolto finora questo lavoro; al coordinamento con i contratti di lavoro del settore. Se, infatti, uno degli obiettivi primari è la permanenza al domicilio, oltre al rafforzamento dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali finalizzati al sollievo, vanno anche integrate nella rete le assistenti familiari.*
- m) Definire un sistema efficace di monitoraggio e controllo dei servizi e dei sostegni per la non autosufficienza. Particolare attenzione va data ai servizi di carattere privato, che si stanno diffondendo (ad esempio le cosiddette 'case famiglia' in Emilia Romagna). Vanno intensificati controlli rigorosi da parte del pubblico.*
- n) Dare maggiore spazio alla formazione geriatrica e alla riabilitazione nella programmazione dei servizi sanitari e nella formazione delle figure sanitarie mediche e non mediche.*

Una nuova legge nazionale sulla Non autosufficienza è quindi indispensabile.

Per questo, la legge dovrà:

- *Determinare le modalità di riconoscimento della condizione di non autosufficienza con criteri uniformi su tutto il territorio nazionale, secondo una scala di livelli di disabilità in base a parametri scientificamente validi commisurati al fabbisogno assistenziale, e con la contestualità tra riconoscimento dello stato di non autosufficienza, presa in carico e definizione del Piano individuale.*

- *Indicare i Livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza (Lesna), coordinando i trasferimenti monetari con l'erogazione di servizi, e integrando i Lesna con i Lea sanitari (anche in attuazione del Dpcm 17/01/2017) per ognuno dei livelli di disabilità.*
- *Prevedere la copertura integrale dei costi delle prestazioni (anche di tipo tutelare) a carico del Ssn per l'assistenza alle persone non autosufficienti gravissime, con particolare riferimento ai malati di Alzheimer, in attuazione della sentenza della Cassazione del 2012.*
- *Prevedere quindi l'obbligo di integrare i Lesna con i Lea sanitari anche sotto il profilo finanziario nei bilanci sanitari regionali, delle Asl e dei Distretti, in funzione 8 di indicatori di presenza di persone non autosufficienti. È pertanto indispensabile che il Fondo sanitario nazionale raggiunga un livello di finanziamento pubblico adeguato.*
- *Determinare una modalità di finanziamento certa per i Lesna a carico della fiscalità generale: i Lesna sono diritti universali di tutti i cittadini in condizione di non autosufficienza e quindi serve la copertura integrale dei loro costi.*
- *Finanziare un Piano nazionale per la non autosufficienza, al quale siano affidati i compiti di orientare periodicamente l'adeguamento e il riequilibrio territoriale dell'offerta di servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari, fissando obiettivi regionali, e di favorire la diffusione delle innovazioni tecnologiche e organizzative.*
- *Affermare che il Piano individuale di assistenza Pai è frutto di una valutazione multidimensionale ed è composto da una componente sanitaria, che ha il profilo del piano diagnostico terapeutico connesso alle pluripatologie specifiche della persona non autosufficiente, dagli ausili e dai presidi necessari, e da una componente assistenziale, che riguarda il sostegno alle attività della vita quotidiana, l'inserimento nella vita sociale, la valorizzazione e il sostegno della autonomia personale. Il Piano aderisce alle condizioni del contesto familiare e sociale della persona, supportandola, ed è sottoposto a periodiche verifiche e ad aggiornamento.*
- *Operare le eventuali modifiche dell'ordinamento necessarie e definire un responsabile unico della gestione del piano individuale, che deve essere referente unico dei servizi sanitari e sociali verso la persona interessata (o verso il caregiver).*
- *Prevedere la sperimentazione e promuovere forme di residenzialità innovativa, quali alloggi protetti e comunità alloggio, inseriti nella rete dei servizi sociosanitari.*
- *Fissare criteri omogenei ai fini della definizione da parte delle Regioni dei parametri quantitativi e qualitativi per l'accreditamento dei fornitori di servizi, comprese le forme di residenzialità innovative, le case famiglia e gli/le assistenti familiari/e.*
- *Armonizzarsi con il Piano nazionale demenze del 30 ottobre 2014 e con il Piano nazionale delle cronicità.*
- *Riconoscere la figura del caregiver, armonizzando le norme in materia.*
- *Rafforzare e stabilizzare (con specifiche e dedicate risorse) la infrastruttura istituzionale che supporta la gestione del servizio sociale dei Comuni, in particolare dando stabilità alle forme associate e alla gestione integrata sociosanitaria.*
- *Definire un sistema efficace di monitoraggio, controllo dei servizi e dei sostegni per la non autosufficienza.*

- *Promuovere il diritto alla partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni sociali alla programmazione dei servizi e al monitoraggio della loro qualità.*
- *Spi, Fnp, Uilp sono consapevoli che oggi l'indennità di accompagnamento rappresenta di fatto la principale, se non l'unica, misura universale a protezione della non autosufficienza e che i tre quarti dei beneficiari ha più di 65 anni. Una 9 sua riorganizzazione può essere affrontata solo con il suo inserimento nel Piano assistenziale individuale, mantenendo comunque il carattere universalistico della misura, che (anche in analogia con quanto accade in quasi tutti i Paesi europei) non può essere collegata alla prova dei mezzi. Sarebbe auspicabile una graduazione dell'importo in base al livello di gravità, considerando comunque che l'importo attuale non può in ogni caso rappresentare il tetto massimo."*

7.4. Le proposte del Terzo Settore

Come espressione del vasto mondo del Terzo settore e del volontariato riportiamo le proposte dell'AUSER riprese dalla pubblicazione *"Il diritto di invecchiare a casa propria"* edito da Liberetà nel settembre 2018⁵⁷.

I – Essenziale e urgente la Legge nazionale per la non autosufficienza

Sta maturando la consapevolezza che né le varie unità d'offerta sociosanitarie, né le cure familiari e/o informali possono, di per sé, affrontare tutte le esigenze e i problemi connessi al diritto delle persone non autosufficienti di restare nella loro casa. Modalità nuove e più efficaci per supportare la domiciliarità, quindi, non possono limitarsi né ai servizi domiciliari né, tantomeno, a una mera esternalizzazione del servizio di cura (le badanti), ma devono esplorare prospettive più ampie. Questo rende essenziale il Piano nazionale per la domiciliarità rivendicato unitariamente da anni dalle Confederazioni sindacali con la presentazione al Parlamento nel 2006 delle firme raccolte per la Proposta di legge di iniziativa popolare.

La Legge consentirà di inserire il welfare domiciliare nel quadro più complessivo della qualità delle condizioni in cui vivono le persone anziane non autosufficienti a partire dalla qualità delle loro abitazioni, che motiva il senso stesso della domiciliarità, e della adeguatezza del sistema dei servizi di vicinato: in altri termini quelle condizioni che consentono la realizzazione di un welfare di prossimità condiviso e partecipato.

II – La domiciliarità come diritto della persona

Nello spirito del progetto del sindacato unitario⁵⁸ continuare a considerare la domiciliarità, così come oggi avviene, come mero servizio o come prestazione è un approccio quanto meno miope.

La "domiciliarità" va intesa, invece, come quell'insieme di misure, azioni, condizioni che consentono all'anziano/a di vivere più pienamente possibile il proprio ambiente di

57 - Claudio Falasca – Il diritto di invecchiare a casa propria – Ed. Liberetà - 2018

58 - Proposta di legge di iniziativa popolare sulla non autosufficienza del sindacato unitario presentata in Parlamento nel 2006



vita fatto della propria abitazione, ma anche dell'ambiente urbano e comunitario che lo circonda, cioè l'habitat collegato alla sua storia, alla sua esperienza, alla sua cultura, alla sua memoria, al paesaggio, alla gioia e alla sofferenza che lo legano a quei luoghi di ognuno.

In questo senso la persona anziana deve essere messa in condizioni di poter rivendere, qualora lo desideri, una sorta di "diritto alla domiciliarità" creandone le condizioni nel contesto urbano di vita e attivando una rete di risorse e servizi come supporto alla garanzia di domiciliarità nei confronti della persona e della famiglia.

III - La buona longevità si costruisce nel tempo

Fragilità e non autosufficienza hanno una relazione diretta con il tempo che passa, tanto che tra gli ottantenni cresce in modo esponenziale la quota di persone che hanno bisogno di supporto. Non esiste, tuttavia, un rapporto meccanico tra longevità e non autosufficienza. I 13 milioni di anziani italiani, che sono le generazioni della ricostruzione, del miracolo economico e le prime fila dei baby boomers, stanno rivoluzionando il modo di vivere la terza e quarta età. La longevità attiva è oggi il paradigma concreto di questa rivoluzione silenziosa, quotidiana, molecolare. Non più tratto terminale e declinante del ciclo di vita, la longevità è una fase con contenuti e finalità proprie, in cui realizzare la propria soggettività con attività, progetti e coinvolgimento nella vita sociale e delle comunità.

IV – Riconoscere il lavoro di cura familiare

Il riconoscimento del lavoro di cura familiare, per lo più garantito dalla presenza femminile, non è più solo il riconoscimento di una funzione sociali fondamentale e di elementari diritti del lavoro, ma è sempre più una stringente necessità sociale a fronte della prevedibile crescente domanda

Primi segni di cambiamento, ma inadeguati, sono contenuti nell'articolo della Legge di stabilità 2018 che introduce nel nostro Paese il "Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare". L'iniziativa, pur significativa in quanto per la prima volta segna l'emergere di una attenzione nuova verso un problema ad oggi ignorato, è comunque un primo timido passo in un cammino decisamente lungo verso il riconoscimento di diritti fondamentali per i caregiver.

V – Pensare per reti di servizi di prossimità territoriale per la domiciliarità

Colmare gli squilibri territoriali creando un sistema di servizi di prossimità per la domiciliarità a livello di territorio/quartiere in grado di garantire all'anziano una continuità di cura adeguata alle sue condizioni, evitando che venga sottoposto a costrizioni o discontinuità traumatiche per il suo equilibrio psico-fisico.

Assumere come obiettivo il funzionamento della rete di relazioni significa prendere in considerazione tutte le realtà che a vario titolo gravitano attorno alla persona non autosufficiente, a partire dalla possibile esistenza di un nucleo familiare alle spalle dell'anziano bisognoso di cure, sino a raggiungere il territorio con le sue reti informali di assistenza volontaria, rionale o amicale, sino a spingersi verso la platea dei servizi pubblici e privati disponibili: dall'assistenza sociale comunale e dai servizi messi in atto dall'ente locale e dalle strutture socio sanitarie e residenziali presenti sul territorio.

VI- Il lavoro di cura fonte di buona occupazione, se organizzato

Stando all'andamento di tutti gli indicatori nei prossimi anni assisteremo ad una sicura e progressiva crescita della domanda di lavoro per la cura degli anziani tanto in ambito pubblico, quanto nel lavoro privato e del terzo settore.

Queste previsioni devono indurre i diversi soggetti impegnati nel settore dell'assistenza domiciliare alla non autosufficienza (pubblici, privati e del terzo settore) a fare uno sforzo straordinario di organizzare l'offerta di lavoro in modo molto più efficiente, efficace, trasparente e affidabile di quanto non sia oggi. Non è pensabile che le famiglie debbano affrontare la eventuale prospettiva della non autosufficienza ricorrendo ancora al "badantato" che, se pur utile per una fase, continua comunque a caratterizzarsi per poca trasparenza, bassa qualificazione, precarietà, affidabilità.

VII – Qualificare la condizione abitativa per la domiciliarità

Una domiciliarità rivolta al futuro non può non fare della condizione abitativa in cui vivono milioni di anziani il suo punto di partenza. Questo deve indurre ad accelerare la messa a punto di una strategia fondata su una più chiara percezione del problema che, come indica il rapporto "Anziani e casa nell'unione Europea"⁵⁹ a cura dell'Osservatorio Europeo del Social Housing comporta di ripensare profondamente le relazioni degli anziani con la casa e il contesto di quartiere in quanto è sui caratteri di queste relazioni che si fonderà in futuro la qualità della vita nella terza e quarta età.

VIII – L'invecchiamento attivo come "valore urbano generale"

A conclusione dell'editoriale della guida dell'OMS "Global Age-friendly Cities"⁶⁰ si dice "Il vero problema consiste allora nel domandarsi quali siano le caratteristiche che il contesto urbano deve assumere perché l'anziano autosufficiente possa conservare la libertà economica, l'autorità e il rispetto di chi lo circonda, l'autonomia, la dignità e le connessioni sociali necessari, da un lato per il suo benessere e dall'altro per la sua capacità di concorrere alla creazione di ricchezza e benessere individuale e collettivo".

Si tratta, in altre parole, di assumere l'obiettivo dell'invecchiamento attivo come "valore urbano generale" rispetto a cui valutare la qualità delle politiche, sapendo che così facendo si viene incontro ai bisogni dell'intera popolazione urbana.

IX – Maggiori risorse per la domiciliarità

Garantire un flusso di risorse adeguato a dare risposte alla crescente domanda di servizi per la non autosufficienza e per l'invecchiamento attivo più in generale, è l'unica prospettiva che potrà consentire di valorizzare la risorsa "anziani" e contrastare l'idea che la LTC possa essere ridotta sempre più a mera erogazione di singole prestazioni e sempre meno a prendersi carico complessivamente della persona. Non tener conto di questa esigenza produrrà nel tempo un triplo danno: insicurezza per l'anziano, impoverimento delle famiglie e, al dunque, indebitamento pubblico.

59 - Anziani e Casa nell'unione Europea - Osservatorio Europeo del Social Housing - CECODHAS – RESEARCH BRIEFING - Anno 1/Num. speciale aprile 2008.

60 - Global Age-friendly Cities: a Guide - World Health Organization 2007



7.5. La non autosufficienza nei programmi dei partiti

A fronte dello scenario della crescente longevità e della non autosufficienza, quali sono gli impegni assunti dalle principali forze politiche? Come intendono rispondere a bisogni e oneri di cura di fasce crescenti della popolazione? Quali sono le premesse da cui i partiti prendono le mosse?

Rispondere a questi interrogativi non è semplice, proviamo a rispondere a queste domande guardando ai programmi elettorali ufficiali dei singoli partiti nelle elezioni politiche del 2018⁶¹.

Il primo livello di attenzione è sul grado di consapevolezza dei partiti in merito all'invecchiamento della popolazione e i conseguenti problemi di assistenza alle persone anziane non autosufficienti. Nel loro complesso si può affermare che dai programmi non emerge una grande attenzione al tema tant'è che in alcuni programmi l'argomento non è minimamente sfiorato. La cosa è per certi versi incomprensibile tenuto conto del numero di persone e famiglie coinvolte dai problemi conseguenti alla crescente longevità. Da questa carente consapevolezza ne deriva che alcune problematiche complesse, come quelle istituzionali o quella della integrazione tra servizi sanitari e sociali, non trovano il minimo di attenzione.

Il secondo livello di attenzione è quello delle specifiche proposte di policy rinvenibili nei diversi programmi. Come si vede dalla Tabella 130 la situazione appare piuttosto disomogenea sia sotto il profilo dei temi assunti che del loro livello di approfondimento.

1) *Liberi e Uguali (LeU)* indica fra gli obiettivi da perseguire l'adozione di "un piano socio-sanitario nazionale per la non autosufficienza incentrato sulla domiciliarità e articolato in funzione del grado di bisogno e la definizione di *“un piano integrato di interventi a favore delle persone con disabilità, che ne favorisca la vita indipendente, l'inserimento lavorativo, l'accessibilità delle case e dei luoghi pubblici e la mobilità territoriale”*.

2) Per il *Partito Democratico (PD)* attribuire maggiore attenzione alla questione della non autosufficienza è una delle chiavi per *“rendere più europeo e più universale lo stato sociale italiano”*, rafforzando e difendendo il modello sociale europeo. A tal fine il PD propone di aumentare l'importo dell'indennità di accompagnamento, adeguandola alle specifiche condizioni di bisogno del beneficiario e collegandola maggiormente all'erogazione di servizi di cura, con l'introduzione di una contribuzione obbligatoria pari allo 0,5% della retribuzione lorda. Inoltre, se l'attuale indennità di accompagnamento consiste esclusivamente in un'erogazione monetaria, la nuova misura delineata nel

61 - Si veda a riguardo l'articolo di Federico Razetti, Franca Maino - Le proposte dei partiti per affrontare invecchiamento e non autosufficienza - 2018

programma dei Democratici, riconoscerebbe al singolo beneficiario la libertà di scegliere se ricevere la quota aggiuntiva rispetto all'indennità attuale sotto forma di assegno o come budget di cura. Il PD propone inoltre di *“sostenere servizi di incontro fra domanda e offerta di servizi di assistenza certificati e di qualità, l'integrazione fra l'indennità e le reti di offerta dei servizi a livello locale”* e, infine, *“far sì che il sistema fiscale riconosca il maggiore costo della vita che le persone non autosufficienti sostengono quotidianamente”*.

Molto più ridotto lo spazio dedicato al tema della non autosufficienza dalle altre liste alleate nel 2018 con il PD.

3) *Insieme*, formazione (composta da Verdi, Socialisti e Area Popolare), non avanza proposte specifiche in merito, ma denuncia l'insufficienza delle attuali indennità di accompagnamento e, più in generale, l'inadeguatezza di un sistema di protezione sociale che finirebbe per scaricare sui singoli *“le inefficienze dell'intero sistema”*: scegliendo di *“lavarsi le mani”* rispetto alle responsabilità sociali di assistenza e cura di anziani e disabili, il sistema italiano di welfare resterebbe infatti *“incapace di organizzare in maniera pubblica i servizi”* per poi esternalizzare ad *“associazioni che lucrano e pensano al profitto a discapito della qualità”*.

4) Il programma di *+Europa*, si limita ad affermare, alla voce *“Salute”*, la necessità di maggiori stanziamenti per la cura delle cronicità e disabilità per fronteggiare quella che viene definita *“l'emergenza dovuta all'invecchiamento”*. Secondo *+Europa*, ciò potrebbe essere realizzato attraverso una graduale riallocazione delle risorse sanitarie, oggi ancora troppo concentrata sulle cure per acuti. La forza europeista sembra quindi indicare la necessità non tanto di un aumento, quanto di una progressiva ricalibratura interna dell'attuale spesa sanitaria.

5) Il programma di *Civica Popolare*, focalizza l'attenzione sul tema dell'assistenza domiciliare, il cui attuale sviluppo è valutato ancora insufficiente e troppo disomogeneo sul territorio nazionale. Per documentare la gravità della situazione su questo fronte, il programma ufficiale di CP cita i tassi di copertura degli over 65 serviti da assistenza domiciliare, compresi fra lo 0,8% registrato nel Lazio e il 4% dell'Emilia Romagna, a fronte di un numero di ore di cura erogate che si attestano, in tutte le Regioni, su valori definiti *“risibili”* rispetto a quelli osservabili negli altri Paesi UE. I centristi però, non si propongono solo di rafforzare l'assistenza domiciliare formale, ma anche quella informale, attraverso la contabilizzazione, a fini contributivi previdenziali, dei mesi di assistenza agli anziani forniti dai caregiver familiari. Sempre CP sollecita la necessità di soluzioni innovative capaci di coinvolgere l'economia del Terzo Settore per dare vita a un *“welfare di comunità”* (come infermiere di condominio, servizi alla persona messi in comune, spazi concepiti diversamente per la semi-autosufficienza).

6) Fra le proposte programmatiche del *Movimento 5 Stelle (M5S)*, sinteticamente illustrate nei *“20 punti per la qualità di vita degli italiani”*, non compare il tema della non autosufficienza. Il tema è però incluso nel documento *“Salute”*



reso disponibile sul sito del Movimento. Il M5S, tuttavia, sembra declinare le misure di policy in questo ambito più come risposta alla questione delle disabilità (e del pieno inserimento sociale e lavorativo delle persone con handicap) che come risposta al problema specifico della cura delle persone anziane non più autosufficienti.

Sul fronte del centro-destra, il programma comune della coalizione composta da *Forza Italia (FI)*, *Lega*, *Fratelli d'Italia (FdI)* e *Noi con l'Italia (NcI)*, è condensato nel sintetico documento in 10 punti *“Un programma per l'Italia. Per la crescita, la sicurezza, le famiglie e la piena occupazione”*. Nel documento sottoscritto da tutti i leader del centro-destra non si rinvergono proposte o riflessioni specifiche in merito alla politica per la non autosufficienza. Solo al punto 4, *“Più aiuto a chi ha bisogno”*, il programma di coalizione annuncia un generico *“sostegno alla disabilità”*.

Il tema trova un'attenzione relativamente maggiore nei singoli programmi di alcune delle forze del centro-destra.

7) *Forza Italia* propone la creazione di un ministero dedicato alla Terza Età per rispondere alle sfide lanciate dall'allungamento della vita media e da una società in cambiamento.

8) *Fratelli d'Italia* sottolinea la necessità di quello che viene definito un *“reale riconoscimento della funzione sociale di chi si prende cura di un familiare non autosufficiente (caregiver), con tutele concrete in ambito lavorativo e normativo”*.

9) *Noi con l'Italia* propone l'aumento delle risorse destinate al Fondo Nazionale per le non autosufficienze.

10) La *Lega* indica nel proprio programma la disabilità come area prioritaria per l'intera riforma del welfare prevedendo *“un generale rafforzamento dei fondi sulla disabilità e la non autosufficienza”* al fine *“di rendere più incisiva la protezione delle persone con disabilità”*. La questione dell'invecchiamento è affrontata, oltre che alla voce *“Famiglia”*, anche al paragrafo *“Salute”*: secondo la Lega, il problema dell'invecchiamento della popolazione dovrebbe essere affrontato *“realizzando in modo organico e territorialmente diffuso strutture sanitarie a bassa intensità di cura e socio-sanitarie per aiutare le famiglie ad affrontare il dopo di noi”*. A ciò dovrebbe aggiungersi un'attenzione specifica *“alla realizzazione di strutture di sostegno alle patologie cronico-degenerative come Sla e Alzheimer”*.

Tab.130 – Proposte in materia di non autosufficienza nei programmi dei partiti nelle elezioni politiche del 2018	
Liberi e Uguali	Piano socio-sanitario nazionale per la non autosufficienza incentrato sulla domiciliarità e articolato in funzione del grado di bisogno del beneficiario
Partito Democratico	Riforma della Indennità di Accompagnamento Sostegno ai servizi di incontro tra domanda e offerta di servizi di assistenza certificati Integrazione fra l'indennità e le reti di offerta dei servizi a livello locale Fiscalità agevolata per persone non autosufficienti
Insieme	//
+Europa	Spostamento progressivo della spesa sanitaria per la cura delle cronicità e disabilità
Civica Popolare	Rafforzamento dell'assistenza domiciliare Riconoscimento contributivo ai caregiver familiari
Movimento 5 Stelle	//
Forza Italia	Costituzione Ministero per la terza età
Fratelli d'Italia	Riconoscimento lavorativo e normativo ai caregiver familiari
Noi con l'Italia	Aumento delle risorse destinate al Fondo Nazionale per le non autosufficienze
Lega	Generale rafforzamento dei fondi sulla disabilità e la non autosufficienza Realizzazione di strutture per patologie cronico-degenerative

Fonte: Federico Razetti, Franca Maino - *Le proposte dei partiti per affrontare invecchiamento e non autosufficienza* - 2018

7.6. Le proposte di riforma di iniziativa parlamentare

Numerose sono le proposte di iniziative parlamentare che si sono susseguite dai primi anni 2000 ad oggi (Tab.131). Una discussione così lunga e questa pluralità di proposte che cosa ci consegnano? E' stato definito un nocciolo duro, condiviso, che può costituire la base della riforma prossima ventura dell'assistenza ai non autosufficienti?

Qui di seguito vengono riprese quelle che in qualche modo prefigurano ipotesi di riforma complessiva del sistema di assistenza sociosanitaria e ne vengono analizzati i contenuti sulla base di quelli che possono essere considerati i nodi critici della riforma del sistema: l'impianto istituzionale, la governance del sistema, l'integrazione sociosanitaria, la partecipazione, l'accesso alle prestazioni, lo sviluppo dell'offerta, il sostegno della domanda, l'integrazione, la spesa e il finanziamento. L'analisi viene condotta aggiornando l'analisi di Gori e Pesaresi nell'articolo "*La riforma nazionale delle politiche per i non autosufficienti*" del 2019.



Tab. 131 – Le proposte parlamentari di riforma della assistenza alla non autosufficienza		
Anno	Soggetto	Proposta
2002	Battaglia e altri C. 2166	Istituzione di un sistema di protezione sociale e di cura per le persone anziane non autosufficienti
2002	Di Virgilio e altri C. 3321	Tutele socio-sanitarie in favore delle persone non autosufficienti
2002	Carlo Hanau	Fondo per la non autosufficienza
2002	Bindi e altri C. 3441	Misure a sostegno della condizione di non autosufficienza
2003	Rodeghiero e altri C.4134	Istituzione del Fondo per l'autonomia delle persone disabili
2003	Paoletti Tangheroni C. 4471	Norme di sostegno per gli anziani non autosufficienti
2003	Valpiana C. 3785	Disposizioni per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie a favore dei soggetti non autosufficienti e per l'incremento dei trattamenti pensionistici
2003	Zanotti	Fondo nazionale per il sostegno delle persone non autosufficienti
2006	Zanotti e altri C.2166	Istituzione del Fondo per il sostegno delle persone non autosufficienti
2006	Castellani et altri C.3374	Proposta di legge: Fondo nazionale di solidarietà
2008	Garavaglia - Pittoni	Disposizioni per favorire la qualità della vita delle persone non autosufficienti
2012	Fioroni C.5319	Fondo per la non autosufficienza
2013	Grassi e altri C.697	Istituzione di un sistema di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti
2013	Volpi e altri	Disposizioni per favorire la qualità della vita delle persone non autosufficienti
2014	Caparini e altri	Disposizioni per favorire la qualità della vita delle persone non autosufficienti
2019	Marin e altri	Disposizioni per favorire la qualità della vita delle persone non autosufficienti
2019	Sileri e altri	Istituzione del Fondo per la non autosufficienza e delega al Governo in materia di congedi parentali
2019	D'Arrando C. 1752	Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati
2020	Pirro e altri	Istituzione del Fondo per la non autosufficienza e delega al Governo in materia di congedi parentali

Fonti: Atti Camera e Senato

L'architettura istituzionale, integrazione, partecipazione (Tab.132)

Ipotesi di riforma dell'architettura istituzionale, tema cruciale e tra i più controversi dell'assistenza sociosanitaria, sono del tutto assenti dal campo di attenzione delle proposte di riforma. Le ragioni sono comprensibili considerando che si tratta di materia politicamente molto sensibile per essere affrontata in iniziative di singoli parlamentari. Il nodo da sciogliere chiama in causa

da un lato le competenze statali, cui spetta la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; d'altro le competenze concorrenti regionali, cui spetta la tutela della salute, e gli EELL cui competono le materie sociali.

Dunque, lo Stato ha la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante un forte sistema di garanzie, attraverso i Livelli essenziali di assistenza; le Regioni hanno la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese, quindi hanno competenza esclusiva nella regolamentazione ed organizzazione di servizi e di attività destinate alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle Aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere (anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie nel rispetto dei principi generali fissati dalle leggi dello Stato).

Per quanto riguarda il settore dell'assistenza sociale, questa non compare né nelle materie di competenza legislativa esclusiva dello stato, né nelle materie di competenza concorrente, di conseguenza rientra, secondo il dettato costituzionale, nell'ambito delle materie di competenza legislativa regionale primaria. Le Regioni sono libere di fare le loro scelte in autonomia in ordine alle modalità con cui disciplinare il sistema dei servizi sociali e garantire il soddisfacimento di tale diritto sociale all'interno dei propri territori. Uno dei settori classici delle politiche sociali, quello socioassistenziale, viene dunque lasciato alle decisioni e alle scelte dei governi e dei legislatori regionali.

Vi sono tuttavia nell'ordinamento costituzionale altre tipologie di potestà statali idonee a influire direttamente sull'autonomia legislativa regionale in ambito socioassistenziale e sulle modalità di attuazione e tutela del diritto all'assistenza sociale. Ci si riferisce, in particolare, alla (molto commentata) competenza dello stato per la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» prevista nell'art. 117, secondo comma. Si tratta di una previsione posta, evidentemente, a garanzia dell'effettiva tutela dei diritti sociali e del principio di uguaglianza sostanziale tra gli individui, tesa cioè a impedire che la nuova autonomia riconosciuta alle regioni si traduca in forti disuguaglianze territoriali nelle prestazioni sociali e in contenuti deteriori della cittadinanza sociale dovuti unicamente al luogo di residenza. È quindi essenzialmente a questa norma che è destinato il compito di realizzare un equilibrio tra le ragioni dell'autonomia e quelle dell'unità, tra le esigenze della differenziazione e quelle dell'uniformità, nell'ambito di quelle materie, come l'assistenza sociale, in cui le competenze legislative e amministrative finalizzate all'attuazione del diritto sociale sono decentrate verso regioni ed enti locali.

Su questa complessa materia, che sicuramente è uno dei nodi chiave per realizzare una effettiva integrazione sociosanitaria, nessuna delle proposte di

iniziativa parlamentare si esprime nel merito sia riguardo alla architettura istituzionale e sia sulla esigenza di integrazione della dimensione sanitaria e sociale.

Nel merito della partecipazione, di cui alla Tabella 130, si esprimono 4 proposte: in quella di Di Virgilio e Castellani si sollecitano iniziative di solidarietà da parte del volontariato; nelle proposte Valpiana si prevede un comitato di partecipazione rappresentativo delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie, dei lavoratori e delle lavoratrici e delle loro organizzazioni sindacali, delle associazioni di promozione sociale e delle organizzazioni di volontariato presenti sul territorio; nella proposta D'Arrando si propone l'introduzione di strumenti di coprogrammazione, cogestione e corealizzazione personalizzata dei bisogni delle persone fragili e vulnerabili, idonei a garantire la gestione congiunta delle prestazioni sociali con le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie inserite nei LEA da parte dei servizi sanitari delle aziende sanitarie locali (ASL), dei servizi sociali degli enti locali, degli enti del Terzo settore.

Tab. 132 – Architettura istituzionale, integrazione e partecipazione				
Anno	Proposta	Arch. Istit.	Integrazione	Partecipazione
2002	Battaglia	//	//	//
2002	Di Virgilio	//	//	Volontariato art.3, c.1.lett.d
2002	Carlo Hanau	//	//	//
2002	Bindi e altri	//	//	//
2003	Paoletti Tangheroni	//	//	//
2003	Valpiana	//	//	Com. part. Art.3 c.5
2006	Zanotti e altri	//	//	//
2002	Castellani et altri	//	//	Volontariato art.6, c.1.lett.d
2008	Garavaglia - Pittoni	//	//	//
2009	Ministro Sacconi	//	//	//
2012	Sottosegretario Guerra	//	//	//
2012-13	Fioroni	//	//	//
2013	Grassi e altri	//	//	//
2013	Volpi e altri	//	//	//
2014	Caparini e altri	//	//	//
2019	Marin e altri	//	//	//
2019	Sileri e altri	//	//	//
2019	D'Arrando	//	//	Utenti, Fam. Coprogr. Coprog. 3° settore
2020	Pirro e altri	//	//	//

Fonte: Atti Camera e Senato

La governance del sistema (Tab. 133)

Anche questo argomento è ignorato dalla maggioranza delle proposte. Dalla loro lettura, però, si intuisce che il ruolo di governo del sistema deve essere affidato a Regioni, ASL e Comuni in un quadro di collaborazione con lo Stato (sei proposte lo indicano in modo esplicito). Inoltre, la maggioranza delle proposte non fornisce indicazioni riguardanti la transizione dalla realtà attuale alla messa a regime della riforma. Eppure tale percorso è cruciale alla luce delle inevitabili complessità attuative, delle grandi differenze territoriali nella distribuzione dei servizi e della prevedibile difficoltà nel reperire immediatamente tutte le risorse necessarie per implementare la riforma.

Lo stesso insufficiente interesse (5 proposte) ha raccolto l'idea che la riforma dovrebbe essere accompagnata dalla predisposizione di un robusto sistema di monitoraggio dei servizi ed interventi erogati, e dei relativi costi. L'attività di monitoraggio dovrebbe essere affidata allo Stato ma la stessa per essere davvero efficace dovrà essere accompagnata, secondo alcune proposte, dalla previsione di sanzioni per le regioni inadempienti e di sistemi premianti per quelle virtuose.

Complessivamente, lo scarso interesse rivolto ai temi della governance rappresenta un evidente punto debole della gran parte delle proposte. Dedicare poca attenzione ai rapporti tra i soggetti istituzionali, al percorso di transizione ed al monitoraggio significa sottovalutare tutti gli aspetti legati al passaggio dal disegno normativo alla pratica, cioè l'effettiva attuazione della riforma. Le modalità di effettiva traduzione nella pratica di una disposizione legislativa, tuttavia, sono decisive nel determinarne le sorti.

Tab. 133 - Governance del sistema			
Anno	Proposta	Strumenti per sostenere attuazione	Soggetti titolari e loro rapporti
2002	Battaglia	Regolamento - Monitoraggio	INPS
2002	Di Virgilio	Delega al Governo Centrali operative territoriali	INPS
2002	Carlo Hanau	//	//
2002	Bindi e altri	Delega Governo	//
2003	Paoletti Tangheroni	//	//
2003	Valpiana	Prevenzione – Decreto - Poteri sostitutivi	//
2006	Zanotti e altri	Monitoraggio	INPS
2002	Castellani e altri	Delega al Governo	INPS
2008	Garavaglia - Pittoni	//	ASL
2009	Ministro Sacconi		
2012-13	Fioroni	//	//
2013	Grassi e altri	//	Comuni - SSN
2013	Volpi e altri	//	ASL
2014	Caparini e altri	//	ASL
2019	Marin e altri	//	ASL
2019	Sileri e altri	Delega – Piano nazionale NA	INPS
2019	D'Arrando	Osservatorio	ASL, utente, famiglie, enti 3° sett.
2020	Pirro e altri	Delega – Piano nazionale NA	INPS

Fonte: Atti Camera e Senato

L'accesso alle prestazioni (Tab.134)

La grande maggioranza delle proposte prefigura un sistema di tutela rivolto a tutte le persone non autosufficienti indipendentemente dall'età. A fronte di due possibilità, un programma dedicato solo agli anziani oppure dedicato a tutti senza distinzione di età, la seconda opzione è prevalente.

Un consenso pressoché unanime raccoglie la previsione di un sistema di accesso, informazione e accompagnamento alle prestazioni che sia unitario ed integrato tra sociale e sanità. Un sistema di fatto già praticato in diverse realtà, come abbiamo potuto vedere nella analisi dei Piani regionali. L'idea di base parte dalla volontà di semplificare e facilitare i percorsi degli utenti.

Una volta effettuato l'accesso, i vari modelli proposti nelle ipotesi di riforma prevedono la valutazione dei bisogni assistenziali e cura di una Unità di valutazione multidimensionale, che successivamente elabora il Piano assistenziale individualizzato, per la formale presa in carico. Da sottolineare come molte proposte richiedono l'individuazione di uno strumento nazionale unico per

la valutazione dei bisogni, strumento ad oggi non identificato. Tale indicazione viene giustificata dalla grande eterogeneità degli strumenti valutativi in uso nelle diverse regioni, con evidenti conseguenze in termini di disuguaglianza nell'accesso alle risposte disponibili.

Pochissimi, fra cui la proposta D'Arrando, si sono soffermati sulla necessità del Case management che assicuri accompagnamento, uso efficiente di tutte le risorse disponibili nei territori, finalizzazione appropriata degli interventi.

Tab.134 – L'accesso alle prestazioni				
Anno	Proposta	Beneficiari	Accesso	Percorso assistenziale
2002	Battaglia	+65 NA	Distretto SS	//
2002	Di Viriglio	Tutti NA	Distretto SS	//
2002	Carlo Hanau	Tutti NA	//	//
2002	Bindi e altri	Tutti NA	Criteri	//
2003	Paoletti Tangheroni	+65 NA	ASL	//
2003	Valpiana	Tutti NA	ASL	//
2003	Commissione Affari sociali della Camera (Zanotti)	Tutti NA	//	Progetti individuali disabilità e assistenza domiciliare anziani
2006	Zanotti e altri	Tutti NA	//	//
2006	Castellani e altri	+65 NA	Distretto SS	//
2008	Garavaglia - Pittoni	Tutti NA	ASL – Unità operative semplici	Progetto vita individualizzato
2012	Fioroni	Tutti NA	Distretto SS	3 livelli
2013	Grassi et altri	Tutti NA	Punto di accesso unificato	Valutazione multidimensionale unitaria, diversi profili, PAI e percorso assistenziale
2013	Volpi e altri	Tutti NA	ASL – Unità operative semplici	Progetto vita individualizzato
2014	Caparini e altri	Tutti NA	ASL – Unità operative semplici	Progetto vita individualizzato
2019	Marin e altri	Tutti NA	ASL – Unità operative semplici	Progetto vita individualizzato
2019	Sileri e altri	Tutti NA	Distretto SS	Programma assistenziale
2019	D'Arrando	Tutti NA	Ufficio sanitario distrettuale	Valutazione multidimensionale unitaria, diversi profili, PAI e percorso assistenziale, case manager
2020	Pirro e altri	Tutti NA	ASL	//

Fonte: Atti Camera e Senato

Lo sviluppo dell'offerta (Tab.135)

L'attenzione è rivolta prevalentemente all'incremento dei servizi domiciliari. Ne parlano in modo esplicito 5 proposte, mentre lo sviluppo dell'assistenza residenziale viene citata solo nella proposta Valpiana. Assolutamente trascurata, invece, l'esigenza dei centri diurni per anziani.

Come raggiungere gli obiettivi di sviluppo dell'assistenza domiciliare e residenziale i più non lo dicono, salvo il PdL D'Arrando che propone voucher domiciliari in alternativa al contributo economico. In realtà, uno dei nodi è proprio quello di assicurare dei livelli quantitativi di offerta in tutte le regioni per garantire un'assistenza adeguata e parità nelle condizioni di accesso per tutti i cittadini. Per essere davvero efficaci, occorre che i livelli definiscano gli indicatori quantitativi da garantire in ogni territorio per le singole prestazioni (per esempio quota degli anziani non autosufficienti assistiti a casa, ecc.) per i non autosufficienti. Si tratta di uno degli aspetti più complessi perché la normativa attuale affida la competenza relativa all'organizzazione dei servizi alle singole regioni. Indubbio che stanti le differenze, in qualche caso veramente ampie negli standard quali/qualitativi delle singole Regioni per i loro servizi residenziali e semiresidenziali, la garanzia della parità di diritto non possa passare altro che attraverso di un intervento dello Stato, quanto meno in fase di determinazione dei livelli dei servizi.

Rari, invece, sono gli standard qualitativi per i servizi domiciliari. Le ragioni sono le stesse per i servizi residenziali: il rapporto di competenze Stato - Regioni. Anche qui c'è da ritenere che solo il livello statale può esercitare un ruolo significativo per realizzare una progressiva convergenza su livelli uniformi di assistenza domiciliare sull'intero territorio nazionale.

L'intervento sul fronte qualitativo e quantitativo per i servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali si rende necessario oltre che per garantire a tutti un'adeguata qualità delle prestazioni anche per evitare che il raggiungimento di standard quantitativi di crescita, resi obbligatori dai livelli essenziali, possa portare al sacrificio di quelli qualitativi. Non si tratta di una ipotesi teorica. E' già accaduto con le cure domiciliari in molte regioni italiane. Infatti, negli anni passati, le regioni obbligate dalla "griglia LEA" ad aumentare i casi trattati a domicilio (la quantità) hanno ridotto le ore di assistenza erogate ad ogni assistito (la qualità) per contenere l'aumento della spesa. Per questo i due aspetti, quello quantitativo e quello qualitativo delle prestazioni, devono essere garantiti di pari passo con atti appropriati a cura dello Stato.

Tab.135 - Sviluppo dell'offerta				
Anno	Proposta	Livelli essenziali prestazioni sociali x NA	Servizi domiciliari	Servizi residenziali e semiresidenziali
2002	Battaglia	Definizione	//	//
2002	Di Virgilio	Definizione	//	//
2002	Carlo Hanau	//	Incremento servizi domiciliari sociali	//
2002	Bindi e altri	Definizione	//	//
2003	Paoletti Tangheroni	//	//	//
2003	Valpiana	Definizione	Incremento servizi domiciliari sociali	Rete RSA
2006	Zanotti e altri	Definizione	//	//
2002	Castellani et altri	Definizione	Incremento servizi domiciliari sociali	//
2008	Garavaglia - Pittoni	//	//	//
2012-2013	Fioroni	Definizione	Assegno di cura (e livelli)	//
2013	Grassi e altri	Definizione	//	//
2013	Volpi e altri	Definizione	//	//
2014	Caparini e altri	Definizione	//	//
2019	Marin e altri	Definizione	//	//
2019	Sileri e altri	Definizione	//	//
2019	D'Arrando	//	Budget di salute	//
2020	Pirro e altri	Definizione	//	//

Fonte: Atti Camera e Senato

Il sostegno della domanda (Tab.136)

Come si vede dalla Tabella 136 diverse proposte prendono in considerazione la possibilità, in varie forme, di sostegno al reddito delle famiglie e la proposta dell'on. D'Arrando è di introdurre il budget di salute.

Praticamente nessuna proposta prende in considerazione le assistenti familiari, che oggi rappresentano una risposta estremamente diffusa. La proposta dell'on. Grassi prevede il sostegno dell'intervento domiciliare *“attraverso persone singole in possesso di adeguata qualificazione”*. In realtà, nessuna ipotesi di riforma può prescindere da questo tema. Sono necessarie agevolazioni fiscali, politiche migratorie dedicate, attività formative, facilitare l'incontro fra la domanda e l'offerta di lavoro a livello locale. Molte regioni hanno introdotto varie risposte in alcuni di questi campi, ma l'esperienza ha dimostrato che senza un intervento integrato che coinvolga anche le politiche nazionali l'efficacia dell'intervento regionale è molto limitata.

Per quanto riguarda la riforma dell'indennità di accompagnamento solo



una proposta se ne occupa – confermando così lo status quo – mentre le altre intervengono in modo estremamente differenziato. C'è chi propone la possibilità per l'utente di trasformarla in servizi (Zanotti, Guerra), chi di graduarne l'importo in relazione ai bisogni (Guerra, Fioroni). Impossibile trarne una sintesi ed un orientamento prevalente se consideriamo le proposte nel loro insieme. Tuttavia, seguendo l'evoluzione del dibattito nel tempo si può cogliere una tendenza. Negli anni più recenti, infatti, si è affermata l'idea che la riforma dell'assistenza ai non autosufficienti debba coinvolgere anche l'indennità di accompagnamento, mantenendo l'accesso in base esclusivamente al bisogno, prevedendo la graduazione degli importi in relazione ai diversi livelli di bisogno degli assistiti e mettendo in connessione questo strumento con i servizi alla persona.

Considerando i livelli raggiunti dalle rette nelle strutture residenziali un consenso rilevante viene raccolto dall'ipotesi di ridurre il costo dell'assistenza residenziale a carico dell'assistito. Le proposte prevedono di aumentare le quote di competenza sanitaria, oppure con un sostegno economico per i non autosufficienti ricoverati nelle strutture residenziali (Hanau, Zanotti, Castellani, Grassi).

Molte delle proposte si occupano dell'ISEE. Gli argomenti sono quelli che hanno animato il dibattito degli ultimi anni relativamente al reddito da considerare per definire la quota di compartecipazione al costo dei servizi (soprattutto residenziali e semiresidenziali) e riassumibile in due posizioni: considerare come reddito di riferimento quello della famiglia oppure quello dell'assistito. Il tema è stato comunque affrontato e definito con l'approvazione del D. Lgs. 159/2013.

L'impressione generale, comunque, è quella di una scarsa attenzione verso gli strumenti che intervengono nel sostegno della domanda. È un tratto diffuso nelle politiche italiane, che costituisce un elemento di squilibrio: volendo rafforzare il sistema, infatti, non si può agire sulla crescita dell'offerta di servizi senza lavorare contemporaneamente sul sostegno della domanda.

Tab.136 - Sostegno della domanda						
Anno	Proposta	Sostegno famiglie	Sostegno assistenti familiari	Indennità di accompagnamento	Copertura costi sociali residenziali	Regole ISEE
2002	Battaglia	Sostegno reddito	//	Riconoscimento diritti acquisiti	Copertura quota sociale	x fasce di reddito
2002	Di Virgilio	Sostegno reddito	//	//	Copertura quota sociale	x fasce di reddito
2002	Carlo Hanau		//	//	Copertura quota sociale	ISEE individuale
2002	Bindi e altri	//	//	//	Copertura quota sociale	//
2003	Paoletti Tangheroni	Sostegno reddito	//	//	//	//
2003	Valpiana	Incremento pensione	//	//	//	//
2006	Zanotti e altri		//	Servizi	Copertura quota sociale	//
2002	Castellani et altri	Sostegno reddito	//	//	Copertura quota sociale	x fasce di reddito
2008	Garavaglia - Pittoni	Assegno individuale	//	//	//	//
2012-2013	Fioroni		//	Graduata	//	ISEE familiare
2013	Grassi e altri		Sostegno	//	Copertura quota sociale	//
2013	Volpi e altri	Assegno di base	//	//	//	//
2014	Caparini e altri	Assegno di base	//	//	//	//
2019	Marin e altri	Assegno di base	//	//	//	//
2019	Sileri e altri	Assegno individuale	//	//	//	ISEE
2019	D'Arrando	Budget di salute	//	//	Copertura quota sociale utenti - famiglia	//
2020	Pirro e altri	Assegno individuale	//	//	//	ISEE

Fonte: Atti Camera e Senato



Il finanziamento (Tab.137)

Nella Tabella 137 vengono riportate le proposte relative alla spesa e al finanziamento della assistenza sociosanitaria. Come si vede alcune proposte tentano di quantificare quante risorse aggiuntive richiede il settore con una variabilità da 2,6 (Hanau) a 5 miliardi (Bindi), manca tuttavia una stima dei costi complessivi.

Nel loro complesso l'incremento dei finanziamento è previsto per il settore sociale, solo due proposte (Sileri e Pirro) indicano il sociosanitario.

Diverse sono le formule per la strategia di finanziamento che variano dalla introduzione di una assicurazione obbligatoria, alla imposta di scopo, dal ricorso alla fiscalità generale, alla rimodulazione della spesa, dal contributo di solidarietà.

Nel complesso l'orientamento prevalente è di incrementare le risorse, condivisibile alla luce dei problemi di sotto-finanziamento dell'assistenza sociosanitaria.

Tab.137 - La spesa ed il finanziamento				
Anno	Proposta	Risorse aggiuntive per N.A. miliardi € annui	Settore da finanziare	Strategia di finanziamento
2002	Carlo Hanau	2,6	Sociale	
2002	Battaglia	Rimodulazioni	Sociale	Istituzione dell'assicurazione pubblica obbligatoria
2002	Di Virgilio	5 mil. con rimodulazioni	Sociale	Istituzione dell'assicurazione pubblica obbligatoria
2002	Bindi e altri	4 – 4,5 - 5	Sociale	Imposta di scopo
2003	Paoletti Tangheroni	//	Sociale	Rimodulazione fondi bilancio
2003	Valpiana	Rimodulazione	Sociale	Fiscalità generale
2006	Zanotti e altri	//	Sociale	Istituzione dell'assicurazione pubblica obbligatoria
2006	Castellani et altri	5 mil. con rimodulazioni	Sociale	Contributo di solidarietà dei produttori di reddito
2008	Garavaglia - Pittoni	//	Sociale	Rimodulazione
2012	Sottosegretario Guerra	//	//	//
2012 2013	Fioroni	//	Sociale	0,5% contribuzione obbligatoria lavoratori dipendenti e autonomi. Contributo di solidarietà sulle rendite finanziarie e sui grandi patrimoni immobiliari
2013	Grassi e altri	//	Sociale	Fisc. Gener. – Fondi int. Reg.
2013	Volpi e altri	//	Sociale	Rimodulazione
2014	Caparini e altri	//	Sociale	Rimodulazione
2019	Marin e altri	//	Sociale	Rimodulazione
2019	Sileri e altri	//	SS	//
2019	D'Arrando	//	Sociale	Risorse SSN - sociosanitario
2020	Pirro e altri	//	SS	//

Fonte: Atti Camera e Senato

7.7. Conclusioni

Questo schematico excursus delle iniziative di riforma dell'assistenza ai non autosufficienti si può concludere con una valutazione sostanzialmente negativa tenuto conto che 20 anni di proposte hanno prodotto risultati del tutto parziali. Capire cosa ha determinato questo risultato è determinante al fine delle prospettive future.

C'è chi ritiene che la mancata riforma sia da ricercare nella ipotesi prevalente di finanziare la stessa con un aumento della pressione fiscale ed anche



nella mancata definizione (e condivisione) del costo del programma che ha reso ancor più incerto il peso della riforma sulle finanze pubbliche. Indubbiamente questa motivazione ha il suo peso, ma a ben vedere ci sono buoni argomenti per sostenere che una riforma lungimirante fondata su una efficace politica di prevenzione ispirata agli obiettivi dell'invecchiamento attivo e coniugata con una intelligente politica sulla domiciliarità non solo non graverebbe sulle finanze pubbliche, ma in prospettive potrebbe alleggerire anche la spesa sanitaria.

Questo ipotesi di lavoro richiede però alcune condizioni preliminari: una maggiore consapevolezza culturale e politica delle implicazioni dei mutamenti demografici in corso; la condivisione della necessità di rivedere i rapporti tra Stato e Regioni in materia sociosanitaria come condizione per realizzare una vera integrazione; ricondurre a unità le politiche per la non autosufficienza non limitandole ai soli aspetti sociosanitari, ma estendendoli agli ambienti di vita delle persone anziane; unificare i flussi di finanziamento senza disperderli in mille rivoli.

Il tutto evidentemente facendo tesoro delle idee di grande interesse oggetto del dibattito di questi 20 anni che per diversi aspetti hanno trovato una sintesi unitaria. Esempi di questo consenso sono da ravvisare nelle proposte relative alla centralità da attribuire alle cure domiciliari in un contesto di servizi di prossimità in ambito distrettuale; alla necessità di riformare drasticamente il modello di residenzialità; l'accesso al sistema dei servizi per la non autosufficienza che lo vede esteso a tutti i non autosufficienti indipendentemente dalla loro età, che avviino il loro percorso assistenziale attraverso una porta unica di accesso che li informi e li accompagni nel loro percorso assistenziale; al percorso di assistenza che deve iniziare la valutazione multidimensionale e l'elaborazione di un Piano assistenziale individualizzato (PAI) da realizzare con uno strumento di valutazione unico per il territorio nazionale e che sia anche in grado di classificare in tre livelli di bisogno gli assistiti in modo da graduare gli interventi assistenziali loro rivolti; l'orientamento a modificare l'indennità di accompagnamento; il riconoscimento del ruolo dei caregiver.

Su queste basi e con questa apertura il dibattito va ripreso per completare una ipotesi di riforma credibile e completa. A questo verrà dedicato il quarto capitolo della ricerca tenendo conto che le risorse previste dal Piano di risanamento e resilienza sono una opportunità preziosa da non perdere.

QUARTA PARTE

8. Un quadro di sintesi

Nella prima parte della ricerca abbiamo esaminato: il profilo di una domanda di assistenza sociosanitaria sempre più complessa e in progressiva crescita; la mancata risposta da parte del sistema sociosanitario; l'integrazione sociosanitaria come condizione e le ragioni del suo "tradimento".

Nella seconda parte abbiamo analizzato i contenuti dei Piani sanitari e Sociali regionali per verificare in che misura si facessero carico dell'integrazione sociosanitaria per una risposta efficace alla domanda di assistenza delle persone anziane.

Nella terza parte sono state esaminate le prevalenti proposte di riforma della assistenza sociosanitaria avanzate dai principali protagonisti di un dibattito che si è andato sviluppando nell'arco degli ultimi 20 anni.

In questa quarta e ultima parte inizialmente verranno riassunti i principali risultati dell'analisi dei Piani regionali e, successivamente, tenendo conto anche del dibattito e da ultimo dell'emergenza sanitaria, verranno avanzate delle proposte che come Auser intendiamo far valere nelle prossime tappe del confronto sulla riforma della assistenza sociosanitaria alle persone anziane.

Piani sanitari e Sociali regionali

Dalla analisi dei Piani Sanitari e Sociali delle Regioni il quadro che emerge dalla maggioranza di essi è che l'integrazione sociosanitaria permane in uno spazio spesso ancora indefinito e fonte di insoddisfazione, incompiutezza e precarietà. Questo malgrado sia cresciuta l'attenzione verso le persone non autosufficienti, il tema dell'integrazione sia stato ben specificato all'interno di numerose normative nazionali, regionali e locali come obbligatorio e assolutamente costruttivo, sempre più esili, quasi invisibili, siano diventati i confini fra sociale e sanitario.

Non sono pochi i tentativi di realizzare un sistema integrato di cure sociosanitarie, quello che è certo però, è che benché ogni Regione stia ragionando, organizzando e riorganizzando, l'impegno sembra essere inadeguato rispetto all'evidenza, almeno per ora, dei risultati e al permanere di una situazione che dal punto di vista del cittadino non può che apparire confusa. Probabilmente anche gli esiti positivi, pur esistenti, non consolidandosi si smarriscono nella dispersione territoriale. In pratica i cittadini, in particolare le persone anziane,



stentano a percepire e identificare con chiarezza il servizio sociosanitari territoriale.

Qui di seguito riassumiamo le principali evidenze.

Poca consapevolezza della consistenza e delle implicazioni derivanti dal crescente numero di anziani non autosufficienti

In tutti i piani sanitari e sociale viene affrontato il tema della crescente longevità della popolazione, tuttavia questo avviene senza che emerga l'esatta dimensione della non autosufficienza. Ma soprattutto non emergono con chiarezza i diversi profili dell'universo delle persone anziane con patologie cronico-degenerative, che richiedono assistenza sanitaria e sociale a lungo termine e servizi di welfare a loro dedicati. Un universo ampio e dai confini incerti, che si presta a concettualizzazioni spesso non chiare, che determinano differenti rappresentazioni dei problemi e le relative conseguenze nelle scelte politiche. Fare chiarezza su questo punto è necessario ai fini di una chiara individuazione della articolazione domanda sociale di assistenza.

Il numero dei longevi non autosufficienti nel loro complesso, elaborata sulla base delle previsioni demografiche dell'ISTAT, è possibile stimarlo in circa 2.996.000 al 2018 e presumibilmente la loro cifra si collocherà all'interno di una forchetta variabile da 4.296.598 e 5.518.567 al 2045 in funzione delle politiche di prevenzione che verranno realizzate.

Limiti nella comprensione della complessità – Le analisi dei determinanti

Anche se nell'insieme dei Piani alla analisi dei determinanti viene dedicato il 14,8% dello spazio rimane grave il limite di conoscenza derivante dalla mancanza di un sistema informativo e ancora più grave e preoccupante è la qualità delle analisi che i singoli piani propongono sul profilo sociosanitario della popolazione di loro competenza. Nella prima parte della ricerca si è tentato di spiegare come l'analisi dei determinanti le condizioni sanitarie e sociali della popolazione non può essere affrontata in termini puramente statistici. Limitarsi alla mera registrazione delle grandezze statistiche in gioco (alcuni piani sono addirittura privi della analisi dei determinanti) significa rinunciare a comprendere le interferenze tra i diversi determinanti rappresentativi delle dinamiche che attraversano i vari momenti e luoghi della vita dei longevi. In pratica si tende a darne una lettura unidimensionale. Così facendo sfugge la dimensione sistemica dell'insieme dei determinanti.

È questo un problema di grande rilevanza perché, come è evidente, è solo da una lettura olistica della realtà, che intreccia "l'habitat" umano e ambientale a quello sanitario, nel quale è inserita la persona longeva, che può discendere la costruzione di un attendibile quadro di riferimento su cui elaborare ipotesi di intervento.

Marginale l'attenzione agli anziani

Nel loro insieme le diverse fattispecie di Piani sanitari e Piani sociali impe-

gnano circa 4.735 pagine di cui 3.179 nei Piani sanitari (compresi i 18 allegati) e 1.556 nei Piani sociali (anche qui compresi i 30 allegati, ma senza tener conto delle pagine di contenuto sociale dei piani integrati). Sia i Piani sanitari che quelli sociale hanno una rilevante variabilità tra di essi: per i primi si va da un minimo di 56 pagine del Piano sociosanitario integrato della Lombardia, a un massimo di 332 pagine del Piano dell'Umbria; per i secondi da un minimo di 31 pagine per il Friuli VG ad un massimo di 269 per la PA di Bolzano.

Lo spazio che i piani dedicano agli anziani è di 81 pagine nei piani sanitari e 60,5 nei piani sociali. Le prime corrispondono al 13,2% delle pagine dedicate alla assistenza sanitaria e al 2,5% dell'insieme delle pagine dei Piani sanitari. Le seconde corrispondono al 12,5% delle pagine dedicate all'assistenza sociali e al 3,9% all'insieme delle pagine dei Piani sociali.

Nel complesso lo spazio dedicato agli anziani è il 3% della somma dei Piani sanitari e Piani sociali.

Inadeguata la capacità di risposta delle Regioni nella quantità e nella qualità alla domanda di assistenza sociosanitaria

All'assistenza sanitaria e sociale i piani dedicano nel complesso il 40,1% dello spazio. Tuttavia è assente (limite molto grave) una puntuale verifica della capacità di risposta alla domanda di assistenza sociosanitaria. In assenza sono state assunte a riferimento le valutazioni sul rispetto della erogazione dei Livelli Essenziali dei Servizi. La cosa è stata possibile per il LEA, mentre si è resa impossibile per i LEPS in quanto manca ancora la norma nazionale che ne dovrebbe regolare l'erogazione.

Dalla Valutazione di sintesi della Griglia LEA relativa agli indicatori che fanno esplicito riferimento alle persone con più di 65 anni il risultato è che solo nel caso dell'Assistenza domiciliare integrata e della assistenza presso i dipartimenti di salute mentale sono il 50% le Regioni che si attestano sopra la soglia di normalità, per i rimanenti indicatori la media è del 50% con il caso limite delle vaccinazioni influenzali in cui nessuna regione supera la soglia di normalità.

Riguardo a questi risultati una considerazione si impone in merito alla taratura degli indicatori: si può considerare adeguato garantire il servizi ADI all'1,9% della popolazione anziana quando la percentuale media nazionale degli assistiti in ADI è del 2,6%, da tutti considerata insoddisfacente?

Prendendo invece a riferimento i risultati della sperimentazione del Nuovo Sistema di Garanzia NSG si deve tener conto che tra gli 88 indicatori 8 fanno riferimento esplicito alle persone con +65 anni. Quattro di questi rientrano tra gli indicatori del "Core": nella precedente griglia LEA gli indicatori erano 6. Inoltre nel caso degli anziani non autosufficienti per il trattamento socio-sanitario residenziale, la soglia di età si sposta da +65 a +75 anni. Dalla valutazione relativa ai servizi per anziani contenuta nel "Core" la performance delle Regioni registra che per l'indicatore sugli stili di vita 7 Regioni non superano la sufficienza; per l'ADI a non raggiungere la sufficienza sono 4 Regioni; per



il numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale a non raggiungere la sufficienza sono 9 Regioni; infine per la percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario a raggiungere la sufficienza sono 5 Regioni.

Per quanto riguarda invece la performance relativa ai servizi per anziani contenuti nel “Non Core”, la situazione è molto più critica in quanto la stragrande maggioranza degli indicatori è decisamente inferiore alla sufficienza.

In conclusione il quadro che emerge con il nuovo sistema di garanzia relativamente alla assistenza agli anziani, se esteso a tutti gli indicatori, è molto più critico di quello indicato dalla Griglia LEA e, probabilmente, molto più aderente alla realtà.

L'integrazione sociosanitaria come condizione per una risposta efficace

Dalla inadeguata risposta sociosanitaria se ne ricava un giudizio non tanto di disallineamento tra domanda e offerta, ma di una più seria negazione di diritti fondamentali alle persone anziane, cioè a quella sempre più consistente domanda che si caratterizza per la sua complessa fragilità.

Per evitare che si potesse verificare questa situazione i legislatori hanno individuato la soluzione nell'integrazione sociosanitaria in quanto la responsabilità di proteggere e promuovere la salute non può essere concepito come un dovere solo di alcuni operatori, ma deve rappresentare un impegno comune a tutti i soggetti (istituzionali e non) che sono chiamati a raffrontarsi su questa tematica.

Infatti, mentre la domanda di sanità risulta essere strettamente legata a competenze tecnico-professionali, la domanda di salute coinvolge la comunità intera. Esistono nuove domande che vanno al di là di quelle classificate come controllabili con interventi di tipo strettamente sanitario. I cambiamenti del contesto sociale, scientifico e tecnologico, hanno mutato i bisogni della popolazione, facendo emergere nuove esigenze di cura e di assistenza legate alla cronicità derivanti in larga parte dall'innalzamento dell'età media della popolazione e dal conseguente aumento delle patologie cronico-degenerative.

Questo comporta concepire nuove modalità di erogazione e continuità delle cure, per assicurare la necessaria elevata integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali adeguando l'organizzazione secondo un approccio multifunzionale al bisogno di salute e di assistenza, tramite la revisione dei processi e l'introduzione di sistemi di valutazione e controllo delle attività.

Tutto questo assumendo il territorio e il distretto come l'ambito privilegiato nel quale ricomporre l'unitarietà dei servizi alla persona e luogo di centralità sotto il profilo organizzativo e della programmazione.

Questa esigenza è riconosciuta in tutti i piani regionali fin dalle premesse, tuttavia nella pratica la realizzazione di un sistema efficace di assistenza sociosanitaria segna ancora non pochi ritardi.

Le cause di fondo dei ritardi nella integrazione

L'integrazione sociosanitaria, prevista da decenni in tutte le pianificazioni di tipo sanitario e sociale, di fatto è in larga parte non praticata malgrado il sistema sanitario e il sistema sociale, pur avendo intrapreso percorsi diversi e sperimentato fasi storiche non sovrapponibili, nascono e si sviluppano all'interno della stessa prospettiva, vale a dire l'assunzione, da parte dell'intera collettività, della tutela del singolo individuo sancita nella Carta costituzionale e fondamento del sistema di welfare nazionale.

Questo disegno, fondato su una forte integrazione tra dimensione sanitaria e dimensione sociale dell'assistenza, si è realizzato solo in parte e in modo frammentario al punto di poter affermare che l'assistenza integrata sociosanitaria si colloca ancora in uno spazio indefinito in cui sono ancora poco chiari o addirittura da definire titolarità, responsabilità, luoghi, risorse, mezzi, strumenti.

Quattro le cause principali:

- **Il progressivo venir meno di riferimenti nazionali unificanti.** Negli ultimi anni il Piano Sanitario Nazionale è stato sostituito dai "Patti per la salute". L'ultimo Piano nazionale, in teoria ancora vigente, resta quello approvato con il DPR 7 aprile 2006 e la programmazione sanitaria nazionale si è fermata a tale data. Anche la Relazione sullo stato sanitario del Paese è venuta meno con la soppressione del Consiglio sanitario nazionale (art. 3 del d. legisl. n. 266 del 30 giugno 1993) e il passaggio delle sue competenze alla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome. L'ultima Relazione rimane quella del 2012-2013. Il Piano sociale nazionale depotenziato dalla mancata Legge sui LEPS e dalla prevalenza dell'interesse alla ripartizione dei fondi del PNA. C'è da chiedersi il senso di queste scelte che privano il Parlamento di un quadro di conoscenza organico sullo stato della salute del Paese e le Regioni di punti importanti di orientamento.
- **Un regionalismo male interpretato.** La riforma del Titolo V della Costituzione – avvenuta con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 – ha affidato la tutela della salute alla "legislazione concorrente" tra Stato e Regioni, delineando un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di potere e ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali. Purtroppo, la "concorrenza" ha perso il suo significato di complementarietà e quello che doveva essere un federalismo solidale, ha finito per generare una deriva regionalista, con 21 differenti sistemi sanitari dove l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie è profondamente diversificato e iniquo.
- **Una liberalizzazione asservita a interessi particolari.** Il progressivo processo di trasformazione dei sistemi sanitari in seguito alla promozione e alla successiva implementazione di politiche cosiddette neoliberiste basate sui capisaldi: privatizzazione, liberalizzazione e deregolamentazione, ha contribuito enormemente a metter in moto un meccanismo profondamente ingiusto per cui hanno meno possibilità di curarsi i pazienti a più alto rischio o che necessi-



tano di cure di emergenza e poveri solitamente sono anziani, o persone molto giovani, persone con malattie mentali o malati cronici;

- **Una aziendalizzazione distorta nelle sue finalità.** Con la L. n. 833 del 1978 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) e fino alla riforma del 1992, le USL (Unità Sanitarie Locali) erano concepite come strutture operative dei Comuni, singoli o associati, o delle Comunità Montane. L'ambito territoriale dunque era quello comunale e nelle grandi città coincideva con le zone del decentramento urbano. La loro dimensione media era ridotta e intesa a favorire la partecipazione popolare: fino al 1985, le USL erano governate da un'Assemblea, composta dai consiglieri comunali del territorio (eletti) e da un comitato di gestione.

A partire dalle riforme del 1992, e con quelle che sono seguite, il SSN è stato sottoposto a forti cambiamenti nel nome dell'ottimizzazione della gestione o del contenimento dei costi della spesa sanitaria. Molteplici sono le conseguenze e gli effetti prodotti da tale tendenza, anche perché la riprogettazione dei sistemi sanitari regionali è stata spesso intrapresa nell'assenza di una solida base di analisi empiriche e prospettiche a supporto. I numeri della Tabella 136 che segue rendono esplicito il sommovimento subito dalle strutture sanitarie in questi 30 anni.

Tab.138 - Evoluzione numerica delle USL/ASL e del loro bacino di utenza dal 1992 al 2018

Regioni	N. USL	N. ASL		Pop. Media USL	Pop. Media ASL	
	1992	2005	2018	1992	2005	2018
Italia	659	180	115	86.982	321.601	525.948

Fonte: elaborazione Auser su dati ISTAT e IRES Veneto

Pesa la frammentazione istituzionale centrale e periferica (Tab. 139,140)

Si tratta di una questione cruciale e collegata a quella precedente. *A fronte di un processo di aggregazione e rafforzamento delle strutture del sistema sanitario, lo stesso non è avvenuto in quello sociale. Il numero dei Comuni – circa 8 mila – è molto elevato e il fatto che la titolarità della funzione sociale sia ad essi assegnata rappresenta di per sé una criticità perché frammentata su un così grande numero di enti.* Malgrado i tentativi intrapresi (unioni, convenzioni, consorzi, aziende speciali e non solo), la gestione è ancora assolutamente frazionata. Là dove i Comuni hanno provveduto in qualche modo ad associarsi, le stesse dimensioni degli ambiti risultano assai differenti: da realtà che rappresentano 5.000 - 10.000 abitanti a realtà di più di 200.000 per i comuni di piccole e medie dimensioni, senza considerare le città e le aree metropolitane. Quest'appartenenza frammentata e disomogenea complica la condizione di partenza, già incerta per tante altre questioni (pensiamo ai problemi di natura economica e all'aumento della domanda sociale). Sicuramente la parte sanitaria, anche per questo, rappresenta,

nella relazione “il gigante” che si pone in posizione sovraordinata. In alcuni casi poi - proprio per la frammentazione e le dimensioni piccole - il “sociale” non è così valorizzato e considerato dagli stessi Comuni, più coinvolti e occupati in tante altre questioni considerate più importanti.

Tab.139 – Articolazione delle strutture sanitarie nel territorio regionale e provinciale				
Regioni	Az. USL		Distretti	
	Numero	Pop. Media	Numero	Pop. Media
Totale	115	525.948	518	116.764

Fonte: elaborazione Auser su dati regionali e Ministero della Salute

Tab.140 – Articolazione delle Strutture sociali nel territoriali regionale e provinciale				
Regioni	Ambiti		Gestori Istat 2016	
	Numero	Pop. Media	Numero	Pop. Media
Totale	499	121.210	651	92.909

Fonte: elaborazione Auser su dati regionali e Ministero della Salute

Dispersiva ed eterogena la governance

Alla governance i Piani dedicano una non secondaria attenzione impegnando il 16,6% dello spazio. Di questa attenzione quello che va messo in evidenza è che la varietà dei modelli di organizzativi e l’eterogeneità delle forme di gestione è una delle cause che non favorisce l’integrazione

Nella Tabella 104 è riportato il quadro degli organi di direzione previsti dalle singole regione. Come si può constatare possiamo considerare il quadro in relativo movimento tenuto conto che numerose regioni (12 su 21) hanno ritenuto opportuno unificare l’assessorato alla salute con quello delle politiche sociali. La cosa è di grade rilievo in quanto assicura all’area in cui si colloca l’assistenza sociosanitaria una direzione politica unitaria. Evidentemente sta maturando la consapevolezza della necessità di ridurre le possibili barriere che ostacolano l’integrazione sociosanitaria a partire dal suo vertice regionale.

Notevole sono stati anche i progressi nel far coincidere i Distretti sanitari con quelli sociali. Tuttavia se osserviamo le diverse realtà regionali, riferendoci in particolar modo alla gestione della funzione sociale (istituzionalmente in capo ai Comuni) ci accorgiamo che c’è una grande varietà di modelli (convenzioni, consorzi, unioni, aziende speciali, delega alle ASL) e che ciascuna forma gestionale scelta è spesso differente anche se nominativamente medesima (i consorzi, così come le unioni dei comuni, ad esempio, sono molto diversi fra di loro, per dimensioni, per la concreta responsabilità nella gestione dei servizi - su tutto o solo su parte dell’attività, ecc.).



Una cultura del “Piano” approssimativa

Sotto il profilo della struttura i Piani sanitari e sociali possono essere suddivisi in linea di massima in: Piani programmatici in cui si ricerca un equilibrio innovativo tra analisi, proposte e loro attuazione; Piani riorganizzativi che mirano a rendere più efficiente il sistema senza modificarne la struttura; Piani operativi nel caso Piani delle Regioni impegnate nei rientro

Tuttavia se partiamo dal presupposto che un Piano dovrebbe essere un programma di azioni per passare da una situazione A a una situazione B e quindi dovrebbe basarsi sulla conoscenza della situazione A, sapere quali sono i suoi punti critici, definire gli interventi per eliminarli chiarendo le risorse da impiegare, i tempi dell'azione, i soggetti responsabili, i criteri di verifica della loro efficacia, ebbene di tutto questo tanto i Piani sanitari quanto i Piani sociali contengono molto poco.

In sostanza la struttura dei piani ha un approssimativo valore programmatico – spesso senza misurare, senza dire chi, come, quando, con quali risorse. Da questo quadro ne discende la sensazione che i Piani abbiano in generale uno scopo fondamentalmente di immagine a dimostrare che la Regione si prende cura della salute dei cittadini, ma nel merito abbastanza privi di sostanza; solo in alcuni casi vengono indicati specifici obiettivi, il soggetto responsabile della loro attuazione, i tempi di attuazione ma sempre con ampia alea di approssimazione; in altri casi prevale un impianto in generale burocratico rivolto essenzialmente all'interno alle strutture socio sanitarie.

Di questo una grave responsabilità pesa sulla pratica dismissione dei Piani sanitari e sociali di livello nazionale come punto di riferimento e indirizzo. Così come le mancate presentazioni in Parlamento delle relazioni annuali sullo stato della salute. La cosa singolare è che, mentre si abbandonavano gli strumenti di indirizzo generale, nel contempo sono proliferati piani settoriali (Prevenzione, Cronicità, ecc.).

Non si fa prevenzioni con un approccio prestazionale

Nel loro complesso i piani dedicati alla prevenzione il 6,2% del loro spazio. I piani sociosanitari integrati il 15,4%, i Piani sanitari e sociosanitari il 27%, i Piani di rientro, l'8,3%, i Piani sociali il 13%, le Linee guida e gli indirizzi il 7%, il Piano di zona il 3%.

Da notare come i Piani dell'area sociale dedichi una minore attenzione al tema della prevenzione, in particolare 3 su 6 Piani sociali e 4 su 6 Linee guida e indirizzi per la redazione dei Piani di zona non dicono nulla nel merito.

Il distretto sociosanitario: ognuno il suo

Il Distretto sociosanitario dovrebbe essere, come attesta la sua denominazione, il cuore della integrazione sociosanitaria. Qui che si dovrebbe misurare in concreto il livello della integrazione tra il pilastro sanitario e il pilastro sociale della assistenza.

Tuttavia l'ambiguità del suo profilo istituzionale ne fanno una struttura quanto meno indeterminata nella sua configurazione, tant'è che non esistono statistiche che lo riguardino in modo specifico sia sul fronte sanitario che su quello sociale e gli stessi piani regionali usano al riguardo formulazioni quanto meno ambigue con il risultato di non far capire con esattezza chi è il soggetto di riferimento quando viene trattato l'argomento della assistenza sociosanitaria.

I servizi sociosanitari distrettuali: distinguersi è la regola

Tenendo conto del profilo degli assistiti, non sempre in grado di barcamenarsi con agilità tra uffici, studi, ambulatori e pratiche, la chiarezza del percorso di cura e assistenza dovrebbe una delle regole cardine su cui fondare l'assistenza sociosanitaria. Purtroppo questo avviene in rare circostanze e, molto spesso, ci si deve affidare alla cortesia degli operatori per risolvere apparenti piccoli problemi che, per un anziano/a, si configurano come delle vere montagne da scalare.

La cosa che si stenta a capire è perché per il punto unico di accesso, la presa in carico, la valutazione multidimensionale, il piano di assistenza individuale, tutti momenti essenziali del percorso, non si possano concordare modelli semplici, chiare e unitari a livello nazionale.

Si comprende la necessità di sperimentare nuove modalità di gestire i diversi servizi e si comprendono anche le diverse specificità ambientali, ma ci sarà pure un momento, un luogo, in cui verificare quali tra le diverse metodologie adottate si dimostrano più efficienti ed efficaci per farne una buona pratica da adottare e da cui ripartire con nuove sperimentazioni?

Allo stato questo non è possibile ed ognuno si sente libero di organizzare i servizi come ritiene può opportuno spesso ignorando quanto viene fatto da strutture sociosanitarie della stessa Regione.

L'ADI

L'assistenza domiciliare integrata è un caso tipico dei quanto detto nel paragrafo precedente al punto di spingere Italia longeva a parlare di "babele".

Nelle Tabelle 141 e 142 sono riportati in sintesi i dati che rappresentano in modo chiaro il grado di inadeguatezza del servizio dei casi trattati media nazionale e per le singole prestazioni: i casi trattati in ADI è il 6,2% over 65 e l'assistenza ADI significa 17 ore anno per caso trattato

Tab.141– Assistenza domiciliare Integrata: Casi trattati - 2017						
	Numero	x 100.000 abitanti	Di cui anziani (%)	Anziani per 1.000 anziani (età > 65)	Di cui terminali (%)	Terminali per 1.000 residenti
Italia	1.014.626	1.677	83,7	62,2	8,8	1,5

Fonte: elaborazione Auser su dati Min. della salute – Dir. Gen. Della digitalizzazione del sistema informativo sanitario



Tab.142 – Assistenza domiciliare integrata – Ore e accessi per caso trattato - 2017										
	Terapisti della Riabilitazione		Infermieri		Altri Operatori		Medici	Totale ore per caso	Totale ore per caso anziano	Totale ore per paziente terminale
	Ore per caso	Accessi per caso	Ore per caso	Accessi per caso	Ore per caso	Accessi per caso	Accessi per caso			
Italia	3	3	14	16	3	3	4	20	17	24

Fonte: elaborazione Auser su dati Min. della salute – Dir. Gen. Della digitalizzazione del sistema informativo sanitario

La SAD

Nella Tabella 143 si riportano i dati relativi alle prestazioni del servizio di assistenza domiciliare gestito dai Comuni. I dati ci dicono che il servizio è in progressiva regressione malgrado le sue enormi potenzialità di espansione.

Come si vede a godere dei servizi di assistenza gestiti dai comuni sono percentuali minime della popolazione di riferimento e nel caso del servizio con assistenza sanitaria è solo il 41,3% dei comuni a garantirlo.

Tab.143 - Interventi e servizi sociali dei comuni – Valori % - 2017						
Regioni	Ass. domiciliare socio-assistenziale		Ass. domiciliare integrata con servizi sanitari		Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	
	Utenti su pop. di riferimento del servizio (%)	% comuni che offrono il servizio	Utenti su pop. di riferimento del servizio (%)	% comuni che offrono il servizio	Utenti su pop. di riferimento del servizio (%)	% comuni che offrono il servizio
Italia	1	84	0.5	41.3	0.4	49

Fonte – Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Le RSA

Nella Tabella 144 sono riportati i dati essenziali relativi alle RSA. Come già detto nell'anno trascorso le strutture residenziali hanno dato una pessima prova. Auspicabile che la discussione in corso presso la Commissione per la loro riforma produca una proposta che consenta di innovarle profondamente per farne dei servizi al servizio della assistenza sociosanitaria domiciliare.

Tab.144 – Assistenza agli anziani – Dati di attività 2017							
	Assistenza agli anziani						
Regione	Strutture semiresidenziali			Strutture residenziali			
	Posti	Utenti	Giornate per utente	Posti	Utenti	Giornate per utente	Utenti x 100.000 anziani
Italia	14.406	22.435	127	199.737	278.865	219	2.043,8

Fonte: elaborazione Auser su dati Min. della salute – Dir. Gen. Della digitalizzazione del sistema informativo sanitario
 * Strutture residenziali - Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscono articolazioni organizzative) e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale
 * Strutture semiresidenziali - Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale

Le professioni

Poco visibile è il lavoro dei professionisti che, ogni giorno, a diretto contatto con le persone cercano di praticare e perseguire l'integrazione socio sanitaria: il medico di medicina generale, l'assistente sociale, l'infermiere e l'operatore socio sanitario. Meglio se riuscissero a convivere in sedi uniche, ma non è solo il luogo fisico quello che conta, quanto piuttosto la capacità di fare sistema.

E comunque sono figure poco fruibili e identificabili dai cittadini, accessibili solo in alcuni limitati orari, spesso non direttamente contattabili, per non parlare del grave sottodimensionamento della presenza di geriatri e assistenti sociali. Sembra paradossale come un paese che ha tra le più alte percentuali al mondo non abbia ancora pensato di istituire la figura del geriatra di famiglia così come il Pediatra di libera scelta.

Lo squilibrio risulta evidente se compariamo il numero di 9,3 pediatri per 10.000 bambini e il numero di 3,1 geriatri ogni 10.000 anziani con più di 65 anni.

Così come per il numero degli assistenti sociali di 3,8 per ogni 10.000 residenti a fronte di 42 infermieri.

Completare e strutturare meglio, anche in termini di logistica, queste *equipe* minime di lavoro diventa quanto mai necessario, così come organizzare in modo più omogeneo e funzionale l'enorme quantità di lavoro d'aiuto esistente e necessario di là da queste quattro specifiche professionalità. Un approfondimento particolare meriterebbero infatti, tutti i numerosi interventi cosiddetti "*no professional*" (dalle badanti per 24 ore al giorno, a piccoli o grandi aiuti quotidiani, indispensabili e svolti a pagamento, utilizzati far fronte a specifici bisogni nell'arco della giornata), un ambito ancora sommerso e non sufficientemente approfondito e organizzato, lasciato pressoché ovunque, pur nella sua complessità, alla gestione diretta dei cittadini e delle loro famiglie. E, comunque, che generalmente non viene percepito come parte integrante di un modello di risposta integrata ai bisogni.



Lavoro e formazione

Il personale impegnato nei servizi sanitari e sociali è indubbiamente uno dei pilastri fondanti per la costruzione di un sistema di qualità. Lo abbiamo ben visto nel corso della pandemia gli altissimi livelli di dedizione e professionalità che hanno consentito in larga parte di fronteggiare momenti di crisi acutissimi. Tuttavia lo spazio che i piani dedicano al lavoro e alla sua formazione è del 3,8% nei piani sanitari e 1,1% nei piani sociali: il 2,9% nel complesso. Noto è la differenza tra piani sanitari e piani sociali e, comprensibilmente il maggiore spazio è dedicato nei Piani di rientro in considerazione del peso che ha il lavoro nei bilanci sanitari.

L'attenzione varia tra le diverse tipologie di piani: nei Piani integrati il 3,5%, in quelli sanitarie e sociosanitari il 3,6% con l'eccezione della Sardegna che non tratta il tema, nei Piani di rientro il 4,3%, nei Piani sociali lo 0,5%, nelle Linee guida e negli indirizzi l'1,6%, e nel Piano di zona il 2,1%.

Non si può certo dire che sia una grande attenzione, tanto più che questo è posta essenzialmente sulla quantificazione e definizione degli assetti organici dei diversi servizi.

Da più parti è stato messo in evidenza come uno degli ostacoli alla integrazione derivi proprio da un deficit di culturale di fondo che, al di là della disponibilità individuale, non attrezza gli operatori sanitari e sociali a moduli comportamentali aperti alla collaborazione nella integrazione delle relazioni e delle funzioni. Da questo deficit che hanno origine quell'insieme di comportamenti (competitività, chiusura, indisponibilità, ecc.) che, sommandosi ai già numerosi elementi disfunzionali, rendono praticamente impossibile realizzare modelli di lavoro integrato.

Per risolvere questo problemi le regioni dovrebbero dedicare ben altra attenzione ai percorsi formativi di base e permanente allo stato ancora molto concentrati sulle singole specializzazioni e comunque concentrati su aspetti specifici.

Innovazione tecnologica e informazione

Non tutti i piani dedicano la dovuta attenzione alla innovazione tecnologica e alla informazione.

I 6 Piani integrati dedicano al tema il 2,9% del loro spazio; 6 su 7 i Piani sanitari e sociosanitari dedicano uno spazio del 3,6%; nei Piani di rientro due sole Regioni su 7 dedicano lo 0,4% del loro spazio; nei Piani sociali 3 su 7 con uno spazio del 2,2%, negli indirizzi e linee guida 1 su 6 con uno spazio dello 0,2% e, infine nell'unico Piano di zona lo 0,5%.

Nel loro insieme i Piani dedicano al tema 1,9% del loro spazio.

Come si vede malgrado sia riconosciuta da numerosi Piani l'esigenza di implementare significativamente la base informativa delle conoscenze, la strumentazione informatica a supporto dell'assistenza, le strumentazioni per agevolare l'accesso e la comunicazione, in pratica il tema è decisamente sottovalutato.

Partecipazione, co-programmazione e co progettazione

Alla partecipazione e al coinvolgimento delle organizzazioni del volontariato e del terzo settore in iniziative di co-programmazione e co progettazione i Piani integrati 5 su 7 dedicano 2,1% dello spazio; 4 su 7 i piani sanitari e sociosanitari con l'1,2% dello spazio; nessun Piano di rientro dedica spazio al tema; 3 su 7 i Piani sociali con l'1,4%; 1 su 6 le Linee guida e gli atti di indirizzo con il 3,8%, mentre nessuna attenzione all'unico Piano di zona.

Nel loro complesso i Piani dedicano al tema 1,4% del loro spazio.

Le risorse (Tab.145,146)

Alle risorse i Piani nel loro insieme dedicano il 9,8% del loro spazio. Si discostano notevolmente da questa media i piani di rientro che raggiungono il 21,2%. La cosa è interessante perché uno dei dati più significativi che si ricava dalla analisi dei piani sanitari e sociali regionali non è tanto e solo l'assenza di un benché minimo ragionamento sulla necessità di integrare le risorse sanitarie con quelle sociali al fine di una maggiore efficacia degli interventi, quanto l'assenza in numerosi piani delle previsioni pluriennali delle risorse necessarie a realizzare gli obiettivi di piano. La cosa può sembrare strana, nel senso che le previsioni economiche finanziarie pluriennali dovrebbero essere uno dei pilastri di un atto di programmazione quale sono in piani sanitari e sociali. Quale siano le ragioni di questa scelta è difficile dirlo, sicuramente depotenzia il ruolo della programmazione sanitaria e sociale riducendola ad un mero atto di intenti e compromette alla radice le possibilità di integrazione.

A fronte di questa scelta è più che legittimo interrogarsi in quale sede viene elaborato il fabbisogno, dove vengono definite le diverse attribuzioni, chi regola i flussi di spesa. Ebbene la risposta è molto semplice: è il bilancio regionale. La cosa per certi versi è più che comprensibile, ma è pur vero che privando i piani sanitari e sociali della loro funzione di prevedere quale sia il fabbisogno di spesa a fronte degli obiettivi prefigurati, si svuotano di gran parte della loro funzione.

Andando a vedere nei bilanci regionali le risorse spese per l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociali emerge in tutta evidenza la clamorosa disparità tra i due capitoli: a fronte dei circa 147 miliardi del 2017 per la sanità (il 42,4% dei bilanci regionali), sono circa 6 i miliardi quelli spesi per l'assistenza sociale (l'1,7% dei bilanci regionali al 2017). Per l'assistenza sociale per gli anziani le risorse spese sono circa 630 milioni di euro (lo 0,2% dei bilanci al 2017).

Quello che inoltre non emerge con chiarezza dai Piani è che le risorse non sono organizzate in modo funzionale e sono troppo frazionate non solo fra parte sociale e parte sanitaria, ma anche riferite a plurimi e specifici ambiti; provengono da più istituzioni (il Ministero, la Regione, il bilancio comunale, trasferimenti ASL ecc.), ciascuna con proprie normative e regole di utilizzo.

Le risorse si disperdono in mille ambiti, spesso circoscritte e dedicate ad



un problema: ad esempio la vita indipendente, i malati di SLA, i disabili sensoriali, vittime di abusi, i minori extracomunitari non accompagnati, ecc.: si tratta una soluzione che ha permesso negli anni di affrontare specificità via via resesi evidenti e/o particolarmente significative, ma che porta con sé controindicazioni non secondarie.

Tab.145 - Spesa per LTC in Italia: risorse finanziarie anno 2017 in MLD €		
	Valore assoluto	%
Spesa per indennità di accompagnamento	15.400	0,9%
Spesa sanitaria relativa alla non autosufficienza	12.014	0,7%
Spesa per altre prestazioni socioassistenziali (inclusa spesa sociale dei Comuni e fondi regionali)	4.119	0,24%
Totale	31.580	1,84%

Fonte: elaborazione Auser su dati Consiglio Superiore di Sanità - Audizione del 19.2.2020

Tab.146 – Spese contabilizzate nei bilanci regionali nelle missioni tutela della salute e tutela sociale – Valori assoluti e % - Anno 2018							
Regioni	A Bilancio 2018 Totale Spese	B Missione Tutela Salute Tot. Spese		C Missione Tutela Sociale Tot. Spese		D Missione Tutela Sociale Tot. Spese per anziani	
	Totale	Totale	% B/A	Totale	% C/A	Per anziani	% D/C
Totale	347.120.423.701	147.339.729.155	42,4	5.974.468.891	1,7	631.184.104	0,2

Fonte: elaborazione Auser su bilanci regionali

9. Conclusioni e proposte

L'analisi dei Piani regionali ha messo in evidenza la ricca articolazione (babele) del sistema di assistenza sociosanitaria. Ha altresì evidenziato i notevoli ritardi nella integrazione dei servizi sociali e sanitari al fine di garantire un efficace servizio di assistenza agli anziani non autosufficienti. Ritardi esplosi drammaticamente con l'emergenza sanitaria. Indubbiamente numerose sono le zone d'ombra, così come non sono poche le zone di luce. Le cause che stanno all'origine delle une e delle altre sono numerose. Alcune sono di carattere storico e strutturale, altre hanno origine da scelte che non hanno retto alle trasformazioni sociali, altre ancora da forme di gestione e comportamenti poco accorti. Modificare le une e le altre non è semplice, tuttavia sono riforme ineludibile tenuto conto dalla crescente longevità.

Per farlo è necessario avere chiaro quali sono gli obiettivi di fondo da perseguire e nel contempo quali sono i punti di forza e quelli di debolezza del sistema. Questo al fine di non produrre effetti turbativi in un processo di trasformazione che, per forza di cosa, deve avvenire in corsa, facendo tesoro degli insegnamenti dell'emergenza sanitaria e evitando gli errori dei tentativi di riforma del passato.

Per queste ragioni è opportuno enunciare innanzitutto quali le finalità della trasformazione tenendo conto del quadro dei punti di forza e di debolezza del sistema sapendo che il Piano nazionale di ripresa e resilienza offre una occasione forse irripetibile per il futuro del nostro sistema socioassistenziale se verrà utilizzarlo con intelligenza.

9.1. Punti di forza

1. La rinnovata attenzione alla condizione degli anziani non autosufficienti messa in luce dalla emergenza sanitaria che sta producendo significative iniziative quali la istituzione da parte del Ministero della salute della Commissione per la riforma della assistenza ai non autosufficienti presieduta da Monsignor Paglia⁶², la costituzione dell'Intergruppo parlamentare⁶³ per il miglioramento delle condizioni di vita dei longevi, il "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo"⁶⁴, il Libro verde del-

62 - A settembre 2021 il Ministro della Salute Roberto Speranza ha istituito con apposito decreto una commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana. A presiederla sarà Mons. Vincenzo Paglia, Gran cancelliere del Pontificio Istituto Teologico per le Scienze del Matrimonio e della Famiglia. Della Commissione fanno parte illustri personalità del mondo scientifico e sociale.

63 - Il 23 marzo 2021 si è costituito l'Intergruppo parlamentare 'Longevità. Prospettive socio-economiche', con l'obiettivo della tutela degli. E' composto dai rappresentanti delle varie forze politiche.

64 - Il "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo" è un progetto triennale (2019-2022), regolato da un accordo tra la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia e l'IRCCS INRCA di Ancona, con l'obiettivo di creare un coordinamento nazionale partecipato multi livello delle politiche a favore dell'invecchiamento attivo.



l'UE sull'invecchiamento attivo⁶⁵, ma soprattutto i contenuti del PNRR con l'impegno di una legge di riforma della assistenza sociosanitaria per la non autosufficienza.

2. Un dibattito di due decenni che, malgrado faccia registrare magri risultati, nondimeno dal riesame delle principali proposte emergono significative indicazioni sulle strade da percorrere nel prossimo futuro.

3. Il sistema sanitario nazionale, malgrado le criticità manifestate nel corso della pandemia, è tra i migliori del mondo e garantisce una assistenza sanitaria universale a tutti i cittadini, di qualsiasi età e fascia sociale.

4. La consistenza delle risorse già oggi impegnate per la LTC. Circa 31,6 Mld, includendo sia la spesa sanitaria che quella socio-assistenziale, per circa 3 mil. di anziani non autonomi, ovvero 10.500 euro per persona, che se messi a fattore comune e integrati in un sistema unitario, definendo criteri di eleggibilità e accesso ai servizi programmate con logiche di priorità sociale, potrebbero esprimere ben altra efficacia.

5. Un corpo di circa 325.000 professionisti tra Medici, Geriatri, Infermieri, Assistenti sociali dalle altissime professionalità che in occasione della pandemia hanno dato grandi prove di dedizione alla loro missione. Una risorsa preziosa su cui investire in formazione e ampliamento degli organici.

6. Capacità di resilienza delle famiglie in un contesto di grave frammentazione e disordine istituzionale e disponibilità alla spesa out of pocket in questo ambito. Le famiglie sono abituate ad auto-organizzarsi l'assistenza, a ricomporre autonomamente la frammentazione dei servizi e delle risorse, a sviluppare competenze di cui prima non disponevano: qualsiasi miglioramento della rete dei servizi verrebbe quindi immediatamente percepito come un incremento sostanziale di valore, che può alimentare consenso attorno a ipotesi di trasformazione istituzionale radicale dell'arcipelago della LTC.

7. La presenza di un milione di badanti, che rappresenta un bacino di forza lavoro da professionalizzare, mentre molti altri paesi EU non trovano persone per questo tipo di lavori. Ovviamente non è semplice creare le condizioni economiche che rendano possibile la formazione di questo corpo professionale, perché il loro reddito non permette di sostenere una stagione di interruzione di flusso salariale.

8. Capacità diffusa di innovazione e creazione di politiche e servizi per anziani nella filiera delle istituzioni: INPS, Comuni, SSN, erogatori privati, terzo settore.

9. La consistente presenza di un area vasta di nonprofit e volontariato articolata nelle pieghe della società consistenza capace di mobilitare risorse e competenze per un welfare partecipato di comunità.

65 -Il Libro Verde sull'invecchiamento si basa sui risultati del rapporto riguardante l'impatto del cambiamento demografico pubblicato dalla Commissione Europea nel giugno 2020. Esso sottolinea le sfide e le opportunità dell'invecchiamento demografico, prendendo come base fondamentale la solidarietà intergenerazionale.

10. La cultura del rispetto e dell'assistenza dell'anziano nella società a cui corrispondono anche robuste forme di rappresentanza organizzata di questa componente sociale.

9.2. Punti di debolezza

1. Debole capacità di indirizzo e coordinamento delle istituzioni nazionali sia sul fronte sanitario che sociale e gravi ritardi nella assunzioni di provvedimenti legislativi da tempo considerati necessari.

2. Profonda frammentazione istituzionale e organizzativa e assenza di un sistema unitariamente responsabile, capace di sviluppare politiche organiche e sistemiche. Questo determina la mancata organizzazione delle interdipendenze e, quindi, la distruzione di valore. L'assenza di una istituzione organicamente responsabile del coordinamento della assistenza in base ai bisogni sanitari e sociali rende difficile identificare autonomie e responsabilità nella filiera dei servizi e delle risorse.

3. Il disordine nella filiera istituzionale e nell'arcipelago dei servizi determina rilevanti profili di iniquità nell'accesso ai servizi. Solo le famiglie più competenti e con le migliori reti sociali riescono a navigare e ricomporre l'intero arcipelago dei servizi, mentre proprio i soggetti più deprivati e soli non riescono ad accedere a un sistema troppo confuso e disperso.

4. Gravi limiti nella integrazione sociosanitaria nelle sue principali dimensioni orizzontali, verticali e trasversali. In particolare carente capacità di integrare tra settori diversi di welfare e mancato sviluppo di relazioni con le reti del welfare informale, soprattutto familiare.

5. Sottovalutazione della dimensione della prevenzione tesa a favorire l'invecchiamento attivo a partire dalla attenzione alle condizioni di vita della popolazione longeva nel loro contesto di vita abitativo e di quartiere e nei loro bisogni sociali più generali (culturali, di mobilità, di svago, di partecipazione e comunicazione).

6. Carente sviluppo dei servizi di prossimità sociosanitari e loro poca visibilità territoriale.

7. Frammentazione dei flussi di finanziamento dei servizi e assenza di criteri di valutazione di risultato sul denaro (indennità di accompagnamento) che viene assegnato alle famiglie con l'assegno di disabilità (IdA).

8. ropensione della classe medica di curarsi maggiormente delle singole patologie piuttosto che della comorbidità, la fragilità e la disabilità, con dispersione di risorse e di tempo per il paziente e per i familiari.

9. Non adeguata diffusione nella pratica medica dell'utilizzo della Valutazione Multidimensionale nella diagnostica differenziale del paziente anziano con fragilità e comorbidità.

10. Insufficiente disponibilità di specialisti geriatri, gli unici dotati di background culturale e operativo necessario e sufficiente all'applicazione sistema-



tica della Valutazione Multidimensionale a pazienti ad alta complessità.

11. Difficoltà del MMG a coordinare i bisogni sanitari con quelli sociali (che solo parzialmente sono di loro competenza).

12. Assenza di figure intermedie come quella dell'infermiere di famiglia che potrebbe affiancare il MMG nella gestione dei pazienti con patologie croniche disabilitanti (si consideri come esempio per la dimensione del problema il caso della demenza e della malattia di Alzheimer, dello scompenso cardiaco e della BPCO).

13. Assenza di figure professionali dedicate con preparazione tecnico-assistenziale e psicologico-relazionale specifica. Il corpo professionale più rilevante (un milione di badanti) ha nella maggior parte dei casi solo competenze acquisite sul campo. Esse determinano spesso degli esiti di ulteriore riduzione delle funzionalità residue (Diminuzione indice ICF), ricevendo prevalentemente un mandato di tutela, a cui non riescono a contrapporre, con competenza professionale, un orientamento di mantenimento o di recupero delle residue funzionalità. Oltretutto, di norma, contribuiscono all'isolamento dell'anziano, invece che alla sua risocializzazione, avendo un ruolo di protezione e non di connessione e senza alcuna integrazione rilevante con i servizi di welfare formalizzati.

14. Scarsa diffusione delle tecnologie innovative nei servizi di cura e assistenza a partire dall'utilizzo delle tecniche di telemedicina che potrebbero dare un supporto ad una ottimizzazione delle risorse.

15. Il modesto tasso di copertura dei bisogni che genera una situazione di forte pressione delle esigenze di LTC su tutti gli ambiti del welfare: in primo luogo sul SSN per un eccesso non coordinato di prestazioni, sul sistema previdenziale dell'INPS, sulla spesa sociale degli Enti Locali. La prevalenza della LTC (circa 3 milioni di anziani secondo i dati ISTAT) rischia di spiazzare progressivamente le risorse dei diversi silos del welfare (INPS. Spesa sociale dei Comuni, SSN), distorcendole dalle loro finalità primarie, creando un quadro di confusione complessiva nella filiera del welfare.

16. Il portafogli dei servizi disponibili per la LTC nel welfare pubblico e nel mercato a pagamento è poco differenziato, polarizzato e per nulla fertile all'introduzione di innovazione tecnologica e di modelli di servizio. Nei fatti il sistema pubblico per la cronicità si polarizza sul territorio su due tipologie di servizi prevalenti: strutture residenziali per non autosufficienti vicine al fine vita (degenza media un anno) e centri diurni per persone con pesanti compromissioni fisiche. I servizi di cure domiciliari sono di bassa intensità assistenziale e ridotta durata riservata a malati di intensità medio-elevata, mentre una maggiore diffusione e capillarità potrebbe prevenire le riacutizzazioni e ridurre i ricoveri ospedalieri. Il mercato privato offre badanti informali e poco addestrate. Scarsamente presenti o assenti forme di social housing protette per persone fragili e sole, cure domiciliari intense, assistenza in remoto, counseling

alle famiglie, audit ai caregiver informali, case management, sostegni diffusi e strutturati alla mobilità e connettività, ecc. Questa carenza di strutture determina un sovraccarico di richieste al SSN, non riesce a prevenire un elevato numero di riacutizzazioni delle patologie croniche e causa un eccesso di ospedalizzazioni ripetute con spreco di risorse.

9.3. Finalità e obiettivi

Come già detto e a maggior ragione a fronte del quadro appena analizzato dei punti di forza e debolezza del sistema, emerge con forza la necessità di definire con chiarezza quale sia l'obiettivo di fondo della assistenza sociosanitaria alle persone non autosufficienti a cui rapportare, in un quadro coerente e integrato, tutti i singoli interventi. Indiscutibilmente si può affermare che la finalità di fondo dell'assistenza sociosanitaria di lunga durata è garantire il diritto delle persone anziane di poter invecchiare nella loro casa.

Come spiegato nell'analisi dei determinanti si tratta di un obiettivo complesso in considerazione del fatto che l'invecchiamento della popolazione apre scenari inediti con i quali è necessario misurarsi in modo innovativo.

I molteplici aspetti coinvolti – culturali, sociali, politici, economici, ambientali – vanno affrontati sapendo che deve essere la società nel suo complesso che deve sentirsi impegnata ad elaborare una diversa idea di vecchiaia, all'altezza del mutamento intervenuto nelle speranze di vita, ravvisandovi la possibilità di una straordinaria conquista di civiltà.

Per questo l'invecchiamento deve uscire, come ha drammaticamente insegnato la pandemia, dalla dimensione della residualità in cui viene spesso considerato dai decisori politici e istituzionali, così come deve superare l'ottica esclusivamente consumistica e di mercato in cui numerosi interessi tentano di confinarlo.

Piuttosto, occorre far crescere la consapevolezza che i temi che ruotano intorno a una società che invecchia “interrogano” tutti i fattori che la tengono coesa. Vanno quindi rafforzati tutti i presidi di socializzazione e di coesione. Questo è possibile se si afferma con chiarezza che anche in una società sempre più longeva la famiglia rimane il primo e fondamentale presidio in quanto è in essa che le generazioni realizzano strette relazioni e reciprocità affettive, culturali, economiche e, quindi, continua a configurarsi come “il primo soccorso e l'ultimo ricorso” delle persone. Un presidio che, per essere messo in condizioni di svolgere pienamente la sua funzione, richiede misure di sostegno che tengano conto delle profonde modifiche strutturali, culturali e sociali presenti e future.

Così come è la comunità territoriale, pur sapendo che in essa si intrecciano dinamiche sociali contraddittorie, dense di criticità, nei rapporti tra generazioni e culture, il luogo dove si irradiano le reti di solidarietà, dove si sviluppano i beni relazionali e dove è possibile sperimentare un welfare di comunità



che integri fecondamente la collaborazione delle famiglie, delle reti primarie, del terzo settore e del volontariato, dei privati, della contrattazione sociale territoriale e della contrattazione sindacale di secondo livello, con la promozione e la leadership del welfare pubblico.

Tutto questo comporta la necessità e la capacità di far agire in un sistema integrato quell'insieme ampio di protagonisti della "produzione e fruizione" dei servizi sociosanitari territoriali, tutti determinanti per la qualità della vita delle persone anziane non autosufficienti e non solo.

9.4. Le previsioni del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)

Dopo quanto è avvenuto con la pandemia per il sistema dei servizi sociosanitari territoriali non è più il tempo di appelli e dichiarazioni, ma di provvedimenti legislativi e dispositivi con ricadute operative a breve termine, ma comunque non prive di ampio respiro e disegno strategico. Un tempo di scelte cruciali con opportunità del tutto inedite, se non altro perché occorre finalizzare l'uso di importanti nuove risorse. Scelte che non possono non avere come obiettivo l'integrazione dei servizi sociosanitari così come auspicato dalle leggi fondative dei due settori. E dunque a questo fine quali interventi è opportuno mettere in atto in una prospettiva di riordino dei servizi sociali e sociosanitari territoriali, alla luce di ciò che si è imparato nella pandemia? Per rispondere a questo interrogativo è prima opportuno vedere cosa prevede il PNRR in merito alla assistenza socio sanitaria dei non autosufficienti.

Il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza messo a punto dal Governo ammonta a 191,5 miliardi, a cui si sommano 53,2 miliardi di progetti in essere.

Un indubbio sforzo economico che dovrebbe consentire al Paese di recuperare i danni prodotti dall'emergenza COVID. C'è però da dire che diversi sono i modi per impegnare queste risorse: spenderle per mobilitare risorse purché sia senza curarsi più di tanto per cosa, come e dove vengono spese; oppure farne una occasione di profonda innovazione del Paese.

Stando alle proposte contenute nel Piano le premesse per seguire questa seconda modalità, almeno nell'impianto generale, sembrano esserci tenuto che il Piano prevede una serie di riforma orizzontali (giustizia, fisco, semplificazioni, digitalizzazione, ecc.) che dovrebbero sbloccare quell'insieme di frizioni che impediscono al sistema Paese di funzionare. C'è inoltre da rilevare come, rispetto alla precedente versione del Piano, sia stata recuperata una grave lacuna con l'impegno di una legge di riforma della non autosufficienza. Sembrava infatti paradossale come l'iniziativa, nata per rispondere alla conseguenze della emergenza sanitaria, al dunque ignorava proprio coloro che ne hanno pagato il prezzo maggiore. Tale carenza colpiva ancor di più se si considera che le grandi difficoltà incontrate dal sistema pubblico di assistenza agli anziani nell'affrontare la pandemia non rappresentano un evento anomalo

ma sono, invece, la manifestazione estrema delle criticità di fondo che - da tempo - lo affliggono.

Nel merito il PNRR si articola in 6 missioni, che a loro volta raggruppano 16 componenti funzionali a realizzare gli obiettivi economico-sociali definiti nella strategia del governo: transizione verde; trasformazione digitale; crescita intelligente, sostenibile e inclusiva; coesione sociale e territoriale; salute e resilienza economica, sociale e istituzionale; politiche per le nuove generazioni, l'infanzia e i giovani.

In particolare la Missione 5 - Inclusione e coesione: è suddivisa in 3 componenti e comprende una revisione strutturale delle politiche attive del lavoro, un rafforzamento dei centri per l'impiego e la loro integrazione con i servizi sociali e con la rete degli operatori privati. Si interviene in sostegno alle situazioni di fragilità sociale ed economica, alle famiglie, alla genitorialità (a cui contribuisce anche il Piano asili nido, previsto nella Missione 4) e alle persone con disabilità o non autosufficienti. Si rafforza infine la Strategia nazionale delle aree interne rilanciata dal Piano Sud 2030, con interventi sulle infrastrutture sociali e misure a supporto dei giovani e finalizzate alla transizione ecologica.

La Missione 6 – Salute: si articola in 2 componenti ed è focalizzata su due obiettivi: il rafforzamento della rete territoriale e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con il rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e lo sviluppo della telemedicina

La ripartizione delle risorse prevede: M1 Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura 43,56 Mld; M2 Rivoluzione verde e transizione ecologica 57,50 Mld; M3 Infrastrutture per una mobilità sostenibile 25,33 Mld; M4 Istruzione e ricerca 31,62 Mld; M5 Inclusione e coesione 17,87 Mld; M6 Salute 15,63 Mld.

Qui di seguito riportiamo le principali previsioni del Piano relativamente alla Missione Sanità e alla Componente Infrastrutture sociali, Famiglie, Comunità e Terzo settore della Missione Inclusione e coesione sociale.

Stando alle previsioni del Piano relative a questi due importantissimi Missioni sembra di poter dire che esse colgono molti dei temi che sono stati oggetto del dibattito degli ultimi anni per una diversa concezione della assistenza alla non autosufficienza.

Ad essere convincente sono infatti la scelta della domiciliarità come pilastro degli interventi, l'adeguamento dei servizi di prossimità e dei contesti abitativi ed urbani e, infine, l'uso diffusivo delle nuove tecnologia in campo sanitari e domestico.

Si fa riferimento anche all'obiettivo della integrazione sociosanitaria, ma nulla si dice in merito alle riforme istituzionali ed alla governance che, come abbiamo visto nel corso della ricerca, costituiscono una delle architravi per renderla realmente esigibile e su cui sarà possibile costruire una vera riforma della assistenza alla non autosufficienza.



C'è infine da osservare come veramente esiguo sia lo spazio dedicato al Terzo Settore su cui ci si limita a dire che sarà necessario accelerare la sua implementazione: francamente poco se si crede veramente che il terzo settore possa giocare un ruolo determinanti nel nostro sistema economico e sociale non solo da punto di vista quantitativo, ma soprattutto qualitativo: come l'esperienza del COVID ha ampiamente dimostrato.

9.4.1. Missione Sanità

Il Piano prevede 15,63 miliardi. Per le reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale 7 Mld; per l'innovazione, formazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria 9,63 Mld.

La missione si articola in due componenti:

1. Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Gli ambiti di intervento sono:

- Istituzione di Case della Comunità come perno delle prestazioni sul territorio in ambito socio-sanitario - 2,00 Mld;
 - Casa come primo luogo di cura e l'assistenza domiciliare al fine di migliorare le prestazioni offerte in particolare alle persone vulnerabili e disabili, anche attraverso il ricorso a nuove tecnologie - 4,00 Mld;
- potenziamento di strutture per l'erogazione di cure intermedie (Ospedali di Comunità) - 1,00 Mld.

2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale

Gli Ambiti di intervento sono:

- Aggiornamento tecnologico e digitale
 - ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - 4,05 Mld;
 - verso un ospedale sicuro e sostenibile - 1,64 Mld;
 - rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta dati, elaborazione dati, analisi dati e simulazione 1,67 Mld;

- Ricerca scientifica e trasferimento tecnologico
 - valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica delSSN - 0,52 MLD;
 - sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario
- Centro di eccellenza per le epidemie - 1,00 Mld.

9.4.2. Componente Infrastrutture sociali, Famiglie, Comunità e Terzo settore

Un monte risorse di 8,76 MLD così ripartite in due aree di interventi e misure: servizi sociali, disabilità e marginalità sociale 1,45 Mld; rigenerazione urbana e housing sociale 7,31 Mld.

Nelle due aree sono previsti i seguenti interventi e misure.

1. Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale:

- sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione - 0,50 Mld;
- modelli di autonomia per le persone con disabilità - 0,50 Mld;
- housing first e stazioni di posta - 0,45 Mld.

2. Rigenerazione urbana e housing sociale

- investimenti in progetti di rigenerazione urbana, volti a ridurre situazioni di emarginazione e degrado sociale - 2,80 Mld;
- Piani Urbani Integrati - 1,35 Mld;
- Piano innovativo per la qualità abitativa - 2,30 Mld;
- aumentare la disponibilità di alloggi sociali - 0,50 Mld;
- rigenerazione urbana e edilizia sociale - 0,23 Mld.

Questa componente valorizza la dimensione “sociale” delle politiche sanitarie, urbanistiche, abitative, dei servizi per l'infanzia, per gli anziani, per i soggetti più vulnerabili, così come quelle della formazione, del lavoro, del sostegno alle famiglie, della sicurezza, della multiculturalità, dell'equità tra i generi.

Gli interventi previsti interessano le persone più fragili, nella loro dimensione individuale, familiare e sociale. Il fine è prevenire l'esclusione sociale intervenendo sui principali fattori di rischio individuale e collettivo, in coerenza con quanto già programmato nella prima componente.

In particolare, questa componente mira a intercettare e supportare situazioni di fragilità sociale ed economica, sostenere le famiglie e la genitorialità. Una specifica linea d'intervento è pensata per le persone con disabilità o non autosufficienti e prevede l'incremento di infrastrutture (per esempio soluzioni abitative temporanee per persone con gravi disabilità, centri diurni, luoghi di sostegno e socializzazione per gli anziani fragili, case famiglia per il sostegno al disagio minorile, soluzioni abitative personalizzate e dotate di supporti tecnologici avanzati) e la messa a disposizione di servizi e reti di assistenza terri-



toriale. Si interviene inoltre con progetti volti ad affrontare le principali vulnerabilità sociali in materia di povertà materiale, disagio abitativo, attraverso il rafforzamento dei servizi sociali, l'adozione di modelli innovativi di presa in carico dei soggetti più fragili e iniziative di housing sociale.

All'interno della componente sono previste due riforme. Una prima riforma, che verrà finanziata a partire dalle risorse del nuovo Fondo disabilità e non autosufficienza creato con la legge di bilancio 2020 (800 milioni complessivamente per il triennio 2021- 2023) sarà finalizzata alla realizzazione di quel "Codice della disabilità" che si propone di realizzare pienamente i principi della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006, ratificata dall'Italia fin dal 2009), secondo un approccio del tutto coerente con la Carta dei diritti fondamentale dell'Unione Europea e con la recente "Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030" presentata a marzo 2021 dalla Commissione Europea. In particolare, la riforma semplificherà l'accesso ai servizi, i meccanismi di accertamento della disabilità e potenzierà gli strumenti finalizzati alla definizione del progetto di intervento individualizzato.

Nel più generale ambito sociosanitario, alle attività di investimento già previste in ambito sociale e in ambito sanitario nei progetti inseriti nel PNRR (Missioni 5 C2 e 6) si affiancherà una componente di riforma volta alla non autosufficienza, con l'obiettivo primario di offrire risposte al problema degli anziani. Tale riforma affronterà in maniera coordinata i diversi bisogni che scaturiscono dalle conseguenze dell'invecchiamento, ai fini di un approccio integrato, finalizzato ad offrire le migliori condizioni per mantenere, o riguadagnare laddove sia stata persa, la massima autonomia possibile in un contesto il più possibile de-istituzionalizzato. Tale componente di riforma si inserirà in un progetto sociale che prevede un forte investimento volto alla ristrutturazione delle residenze per anziani e alla promozione di soluzioni abitative che permettano di continuare la vita autonoma nel proprio contesto territoriale anche attraverso il ricorso ad innovative dotazioni territoriali e a servizi domiciliari integrati, assieme al rafforzamento delle equipe destinate a permettere il ricorso in tutti i casi in cui è opportuno all'istituto delle "dimissioni protette".

Per il sostegno alle politiche per l'abitazione a prezzi più bassi (sostenibili) di quelli di mercato (affordable housing) è inoltre immaginato un meccanismo a leva con l'investimento in fondi target che propongono il progetto di social housing.

Un'attenzione particolare è riconosciuta ad interventi di rigenerazione urbana, anche come strumento di supporto all'inclusione soprattutto giovanile, e al recupero del degrado sociale e ambientale, attraverso, in particolare, la realizzazione di nuove strutture di edilizia residenziale pubblica e la rifunzionalizzazione di aree e strutture edilizie pubbliche esistenti. È previsto inoltre uno specifico investimento per i Comuni del Sud Italia finalizzato al rafforzamento e potenziamento delle infrastrutture sociali. Infine, è riconosciuto un ruolo strategico alla riqualificazione delle strutture sportive, volte a favore l'in-

clusione e l'integrazione sociale attraverso la diffusione della cultura dello sport, e alla progettazione urbana integrata, tesa alla rivitalizzazione e al miglioramento di ampie aree urbane degradate del territorio nazionale.

In coerenza con gli interventi del Piano, si prevede l'accelerazione dell'attuazione della riforma del Terzo settore, al cui completamento mancano ancora importanti decreti attuativi. Si intende inoltre valutare gli effetti della riforma su tutto il territorio nazionale.

Più in particolare gli investimenti sono finalizzati ai seguenti obiettivi.

1a. Sostenere le persone vulnerabili e prevenire l'istituzionalizzazione

L'obiettivo dell'investimento consiste nel rafforzare e costruire infrastrutture per i servizi sociali territoriali al fine di prevenire l'istituzionalizzazione.

L'investimento si articola in quattro possibili categorie di interventi da realizzare da parte dei Comuni, singoli o in associazione (Ambiti sociali territoriali), quali:

- interventi finalizzati a sostenere le capacità genitoriali e a supportare le famiglie e i bambini in condizioni di vulnerabilità;
- interventi per una vita autonoma e per la deistituzionalizzazione delle persone anziane;
- interventi per rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale;
- interventi per rafforzare i servizi sociali e prevenire l'esaurimento degli assistenti sociali.

Il progetto sarà coordinato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che pubblicherà un avviso non competitivo dedicato ai comuni singoli o in associazione. Per realizzare le attività del progetto saranno inoltre attivati team multidisciplinari.

1b. Percorsi di autonomia per persone con disabilità

L'investimento ha l'obiettivo di accelerare il processo di deistituzionalizzazione, fornendo servizi sociali e sanitari di comunità e domiciliari al fine di migliorare l'autonomia delle persone con disabilità.

Il progetto sarà realizzato dai Comuni, singoli o in associazione (Ambiti sociali territoriali), coordinati dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e in collaborazione con le Regioni, al fine di migliorare la capacità e l'efficacia dei servizi di assistenza sociale personalizzati, focalizzati sui bisogni specifici delle persone disabili e vulnerabili e delle loro famiglie.

Gli interventi saranno centrati sull'aumento dei servizi di assistenza domiciliare e sul supporto delle persone con disabilità per consentire loro di raggiungere una maggiore qualità della vita rinnovando gli spazi domestici in base alle loro esigenze specifiche, sviluppando soluzioni domestiche e trovando nuove aree anche tramite l'assegnazione di proprietà immobiliari confiscate



alle organizzazioni criminali. Inoltre, l'investimento fornirà alle persone disabili e vulnerabili dispositivi ICT e supporto per sviluppare competenze digitali, al fine di garantire loro l'indipendenza economica e la riduzione delle barriere di accesso al mercato del lavoro attraverso soluzioni di smart working.

1c. Housing temporaneo e stazioni di posta

L'obiettivo dell'investimento è quello di aiutare le persone senza dimora ad accedere ad una sistemazione temporanea, in appartamenti per piccoli gruppi o famiglie, altresì offrendo servizi integrati volti a promuovere l'autonomia e l'integrazione sociale.

L'investimento si articola in due categorie di interventi:

- Housing temporaneo, in cui i Comuni, singoli o in associazione, metteranno a disposizione appartamenti per singoli, piccoli gruppi o famiglie fino a 24 mesi e attiveranno progetti personalizzati per singola persona/famigli al fine di attuare programmi di sviluppo della crescita personale e aiutarli a raggiungere un maggiore grado di
- Stazioni di posta, ovvero centri che offriranno, oltre a un'accoglienza notturna limitata, ulteriori servizi quali servizi sanitari, ristorazione, orientamento al lavoro, distribuzione di beni alimentari ecc.

Nelle attività saranno coinvolte le associazioni di volontariato, specializzate nei servizi sociali, attraverso una stretta collaborazione con le pubbliche amministrazioni. Inoltre, il progetto prevede azioni incentrate sull'inserimento lavorativo, con il supporto anche dei Centri per l'Impiego, con lo scopo di raggiungere una più ampia inclusione sociale.

2a. Investimenti in progetti di rigenerazione urbana, volti a ridurre situazioni di emarginazione e degrado sociale

L'investimento è finalizzato a fornire ai Comuni (con popolazione superiore ai 15.000 abitanti) contributi per investimenti nella rigenerazione urbana, al fine di ridurre le situazioni di emarginazione e degrado sociale nonché di migliorare la qualità del decoro urbano oltre che del contesto sociale e ambientale. Questo obiettivo può essere raggiunto attraverso la stabilità delle regole di finanza pubblica e i contributi diretti agli investimenti.

L'investimento può riguardare diverse tipologie di azione, quali: manutenzione per il riutilizzo e la rifunzionalizzazione di aree pubbliche e strutture edilizie pubbliche esistenti a fini di pubblico interesse, compresa la demolizione di opere abusive eseguite da privati in assenza o totale difformità dal permesso di costruzione e la sistemazione delle aree di pertinenza; miglioramento della qualità del decoro urbano e del tessuto sociale e ambientale, anche attraverso la ristrutturazione edilizia di edifici pubblici, con particolare riferimento allo sviluppo di servizi sociali e culturali, educativi e didattici, o alla promozione di attività culturali e sportive; interventi per la mobilità sostenibile.

2b. Piani Urbani Integrati

L'intervento Piani urbani integrati è dedicato alle periferie delle Città Metropolitane e prevede una pianificazione urbanistica partecipata, con l'obiettivo di trasformare territori vulnerabili in città smart e sostenibili, limitando il consumo di suolo edificabile. Nelle aree metropolitane si potranno realizzare sinergie di pianificazione tra il Comune "principale" ed i Comuni limitrofi più piccoli con l'obiettivo di ricucire tessuto urbano ed extra-urbano, colmando deficit infrastrutturali e di mobilità.

Gli interventi potranno anche avvalersi della co-progettazione con il Terzo settore ai sensi dell'art. 55 decreto legislativo 3 luglio 2017 n.117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'art.1, comma2, lettera b) legge 6 giugno 2016, n.106) e la partecipazione di investimenti privati nella misura fino al 25%. L'obiettivo primario è recuperare spazi urbani e aree già esistenti allo scopo di migliorare la qualità della vita promuovendo processi di partecipazione sociale e imprenditoriale. I progetti dovranno restituire alle comunità una identità attraverso la promozione di attività sociali, culturali e economiche con particolare attenzione agli aspetti ambientali.

L'investimento prevede la predisposizione di programmi urbanistici di rigenerazione urbana partecipati, finalizzati al miglioramento di ampie aree urbane degradate, alla rigenerazione, alla rivitalizzazione economica, con particolare attenzione alla creazione di nuovi servizi alla persona e al miglioramento dell'accessibilità e dell'intermodalità delle infrastrutture anche allo scopo di trasformare territori metropolitani vulnerabili in territori efficienti, sostenibili e produttivi aumentando, ove possibile, il loro valore.

All'interno di questo progetto sarà prevista una quota riservata per interventi dedicati al recupero nell'ambito della strategia delineata nel Piano Triennale (2020-22), sul quale lo scorso 21 maggio 2020 è stata raggiunta l'intesa in Conferenza Unificata, ci si propone di realizzare interventi volti a identificare soluzioni alloggiative dignitose per i lavoratori del settore agricolo. La nascita e lo sviluppo di insediamenti informali, in alcuni casi veri e propri ghetti, creano un terreno fertile per l'infiltrazione di gruppi criminali che hanno reso ancor più vulnerabili le condizioni dei lavoratori e delle lavoratrici che vi dimorano. Questo intervento è parte di una più generale strategia di contrasto al lavoro sommerso (in osservanza delle raccomandazioni della Commissione) che comprende anche l'aumento del numero degli ispettori del lavoro (è tuttora aperto un concorso per 1900 ispettori su un organico complessivo di circa 7000) e la sanatoria appena conclusa per i lavoratori agricoli e domestici irregolari.

2c. Piano innovativo per la qualità dell'abitare

L'obiettivo dell'investimento è la realizzazione di nuove strutture di edilizia residenziale pubblica, per ridurre le difficoltà abitative, con particolare riferi-



mento al patrimonio pubblico esistente, e alla riqualificazione delle aree degradate, puntando principalmente sull'innovazione verde e sulla sostenibilità.

L'investimento si articola in due interventi:

- riqualificazione e aumento dell'housing sociale, ristrutturazione e rigenerazione della società urbana, miglioramento dell'accessibilità e della sicurezza urbana, mitigazione della carenza abitativa e aumento della qualità ambientale, utilizzo di modelli e strumenti innovativi per la gestione, l'inclusione e il benessere urbano; interventi ad alto impatto strategico sul territorio nazionale;
- incremento della disponibilità di alloggi pubblici e alloggi sociali. L'obiettivo dell'investimento è sostenere le persone vulnerabili e le famiglie a basso reddito e fornire alloggi economici, sicuri e di buona qualità aumentando la disponibilità di alloggi pubblici e sociali.

Il meccanismo che verrà utilizzato si basa su un sistema di fondi di investimento immobiliare. Un Fondo a leva servirà a finanziare progetti di alloggi a prezzi accessibili. Il sistema consente la raccolta di diverse tipologie di risorse finanziarie a vari livelli (equity, debito, grant).

Il progetto sarà gestito dal Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti (MI-MIMS e Cassa Depositi e Prestiti S.p.A. tramite la controllata Cassa Depositi e Prestiti Investments Sgr (CDPI SGR). Aumenterà così la capacità finanziaria delle amministrazioni locali per interventi di riqualificazione e la disponibilità di Social Housing attraverso la creazione di piattaforme di investimento locale, in grado di attrarre ulteriori risorse finanziarie di social housing privato sulla base dello stesso modello adottato dal Fondo Investimenti per l'Abitare (FIA), il fondo comune di investimento immobiliare lanciato da CDPI SGR.²⁶⁴

2d. Infrastrutture sociali in favore dei comuni del Sud Italia

L'investimento è rivolto alle amministrazioni locali del Sud per la realizzazione di interventi nuovi e/o di manutenzione straordinaria di scuole, strutture e residenze sanitarie, case popolari, patrimonio culturale, strutture sportive, arredi urbani, verde pubblico e altri ambiti della vita sociale

9.5. Proposte

Indubbiamente il PNRR, come riconosciuto da molti, va nella giusta direzione nel prevedere la realizzazione, attraverso un apposita legge, della riforma nazionale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Nelle intenzioni si tratta di una riforma organica, che comprende sia gli interventi appartenenti alla filiera delle politiche sociali che a quella sociosanitaria. Prevede l'introduzione di livelli essenziali delle prestazioni rivolte agli anziani non autosufficienti. Si impegna inoltre per: l'incremento dell'offerta di servizi, il rafforzamento dei modelli d'intervento secondo la logica propria della non autosufficienza (quella del care multidimensionale), la riduzione della fram-

mentazione del sistema e la semplificazione dei percorsi di accesso.

Il PNRR introduce inoltre, e senza attendere la riforma, prime misure di intervento:

- per il rafforzamento della domiciliarità, la semplificazione dei percorsi di accesso e la riqualificazione della residenzialità;
- introduzione di un sistema di monitoraggio e nuove forme di collaborazione tra Stato, Regioni e Comuni;
- promuove la collaborazione tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e quello della Salute. Punto particolarmente per promuovere nei territori il necessario approccio integrato alla non autosufficienza, in grado di considerare le sue molteplici sfaccettature.

Il PNRR offre dunque una opportunità inedita per un ridisegno e per un miglioramento strutturale della Long Term Care insperata fino a poco tempo addietro. Comunque, per quanto ben impostato, si tratta ancora di uno spazio che va riempito di contenuti di vera riforma: questo è l'impegno e la sfida in questo scorcio di legislatura di fronte a quanti hanno a cuore le condizioni degli anziani non autosufficienti.

Innanzitutto sarà necessario accompagnare e sostenere la realizzazione della legge di riforma. La sfida è molteplice.

- Sul piano politico, si dovrà tenere alta l'attenzione e la pressione sociale affinché la riforma sia effettivamente realizzata (e ben finanziata).
- Su quello contenutistico, occorrerà spingere per giungere a una normativa veramente in grado di rispondere alle sfide della non autosufficienza. Fare una riforma, evidentemente, in sé non basta: il punto è farne una "di qualità".
- Su quello della transizione si dovrà vigilare sulla coerenza dei percorsi evitando azioni divergenti e, con il tempo, il prevalere delle resistenze di interessi consolidati nello status quo.
- Su quello della leale collaborazione istituzionale. L'atteggiamento collaborativo tra i due Ministeri interessati, tra i vari soggetti sociali e tra questi e il Governo è la condizione che ha consentito i risultati contenuti nel PNRR. Un simile spirito dovrà essere mantenuto anche quando il confronto sull'effettivo profilo della riforma si farà – com'è inevitabile – particolarmente complesso. Sarà importante, da questo punto di vista, instaurare una modalità di dialogo sistemica, trasparente e non episodica tra le istituzioni e le varie realtà sociali coinvolte nella non autosufficienza.

Per contribuire a questo impegnativo percorso qui di seguito vengono indicate quelle proposte che, sulla base della ricerca dei Piani sanitari e sociali regionali e di precedenti elaborazioni di Auser, si ritengono essenziali per produrre una riforma della assistenza sociosanitaria degli anziani non autosufficienti all'altezza dei loro bisogni e aspettative.



Affermare l'omogeneità di indirizzo politico

Gli effetti della pandemia sulle persone non autosufficienti hanno dimostrato oltre ogni ragionevole dubbio quanto sia importante integrare la dimensione sociale a quella sanitaria in un sistema sociosanitario nazionale. Questa necessità è stata messa in luce in modo chiarissimi dai lavoratori del settore sociosanitario della Funzione Pubblica CGIL (10 Ottobre 2020).

L'analisi dei Piani regionali ha fatto emergere una multiformità di indirizzi nella loro impostazione poco giustificabile nel quadro di un sistema sociosanitario che vorrebbe essere, almeno nelle sue aspirazioni di fondo, il più possibile unitario. Pur nel rispetto delle specificità territoriali risulta difficile comprendere il perché delle difformità nell'approccio alla pianificazione delle singole Regioni, nella loro tempistica e struttura. Per non parlare delle difformità nei pesi attribuiti nelle diverse realtà ai singoli "tasselli" che nel loro insieme compongono il complesso mosaico della assistenza sociosanitaria. Ed infine la pressoché generale sottovalutazione della dimensione economico/finanziaria dei Piani. Per dare una maggiore unità e coerenza riteniamo sia necessario ripristinare in tutto il suo valore la funzione di indirizzo del Piano nazionale (Art.53, L.833/79) tanto in rapporto alla impostazione dei Piani regionali, quanto in relazione ai loro contenuti.

Lo stesso deve essere fatto riguardo alla Relazione annuale al Parlamento sullo stato di salute del Paese (Art.1 d.legisl. n.229/1999). Ripristinare la funzione della Relazione consentirebbe, tra le altre cose, una lettura complessiva della situazione nazionale, lasciando alle Regioni il compito di approfondimento nei loro Piani le criticità regionali evitando l'inutile spreco di risorse derivante dal ripetersi di analisi spesso ininfluenti rispetto alle scelte di Piano.

Dal ripristino del Piano nazionale, della Relazione annuale e della qualificazione della programmazione regionale si otterrebbe anche l'effetto di recuperare una cultura della programmazione pluriennale, che è cosa ben diversa dalla mera ripartizione delle risorse disponibili così come è avvenuto negli ultimi anni con la pratica dei Patti per la salute.

Mettere ordine nell'architettura istituzionale

La via maestra sarebbe quella di mettere mano al titolo V della Costituzione per rivedere la ripartizione delle competenze tra Stato Regioni. Tuttavia il tema è quanto mai controverso e di complessa soluzione e subordinare ad esso la possibilità di riforma del sistema sociosanitario comporterebbe il rischio di rinviarla a tempi indeterminati. Indubbio però che un chiarimento si impone. Quanto avvenuto nel corso della emergenza sanitaria sta a dimostrarlo in modo chiarissimo. Non è più sostenibile un sistema sanitario che si dice nazionale, ma che di fatto si differenzia in 21 realtà regionali e all'interno di ognuna di esse. Tutto questo è fonte non tanto di inefficienze, ma, cosa ancora più grave e contraddittorio con lo spirito della nostra Costituzione, causa di discriminazioni di diritti fondamentali.

Quindi, bando a idee addirittura di rafforzare l'autonomia delle Regioni, la soluzione più immediata sta nel recuperare e dare forza a tutta la strumentazione nazionale che negli ultimi anni è stata depotenziata a partire dalla funzione della programmazione sanitaria e sociale nazionale. Si tratta di capire quali sono le leve statali da agire, trovando una sintesi tra la necessità di un sostegno e la valorizzazione dell'autonomia locale. Sotto questo profilo, le esperienze degli interventi nazionali messi in campo negli ultimi anni in altri settori del welfare, in particolare il Piano Nidi 2007-2010 e il Reddito d'Inclusione (Rei), possono fornire utili indicazioni sulle strade da seguire così come su quelle da evitare.

Nel contempo è necessario intervenire tempestivamente sulla governance dei sistemi sociosanitari regionali procedendo alla unificazione della direzione politica sanitaria con quella sociale. Come abbiamo potuto verificare esiste una correlazione stretta tra processi di integrazione sociosanitaria e unificazione della governance. Nelle Regioni dove questo è avvenuto il processo di integrazione ha determinato un impulso straordinario: unificazione degli assessorati, integrazione stretta tra gli organi amministrativi, integrazione nella programmazione, integrazione delle risorse. Tutte premesse indispensabili per produrre quella integrazione necessaria dei servizi a livello territoriale.

Necessari inoltre fare chiarezza nella governance locale in particolare in rapporto alla piena gestione dei servizi sociali in capo ad uno strumento dei comuni, su un idoneo ambito territoriale, e che punti anche a ricomporre competenze di governo dedicate a segmenti da non tenere separati, come le politiche del lavoro e dei servizi sociali. Allo stato attuale, i dati e l'esperienza lo dimostrano, è eccessiva la disparità di peso sulle decisioni tra sistema sanitario, molto strutturato, e sistema dei Comuni eccessivamente articolato. A fronte di esplosioni di bisogni (occorre aspettarle) più di singoli servizi reagisce con più efficacia una rete solida di attori, che possa coordinare azioni e combinare più politiche. Di grande utilità si potrebbe dimostrare una convenzione quadro tra sociale e sanitario, definita a livello almeno regionale, che preveda elementi minimi ma uguali per tutti. Non si vuole metter in discussione il ruolo dei Comuni e dei Sindaci, si afferma però che continuare con forme di governo locale del welfare che non superano i rischi della frammentazione, in particolare dei piccoli Comuni, impedisce alla radice ogni ipotesi credibile di integrazione sociosanitaria.

Un soggetto istituzionale nazionale per la LTC?

Le dimensioni attuali e prospettiche della assistenza sociosanitaria di lungo termine sono tali da interrogarsi sulla opportunità di identificare un soggetto istituzionale dedicato al problema. Questo significa che dovrebbe essere promosso una sorta di Servizio nazionale per la LTC a cui affidare le politiche socio-sanitarie e socio-assistenziali per la LTC, escludendo le prestazioni sani-



tarie che rimarrebbero in capo al SSN. Esso dovrebbe dedicarsi sia al target anziani, sia al target dei disabili adulti. Il suo finanziamento potrebbe realizzarsi ricomponendo tutte le risorse pubbliche già in gioco in una sorta di fondo nazionale per la LTC: fondi INPS per la LTC, Il fondo per la non autosufficienza, le risorse per la spesa socio-sanitaria del SSN per la LTC e spesa degli EE.LL., ovvero circa 34 Mld annui, diventando quindi uno dei pilastri finanziariamente più rilevanti del nostro sistema di welfare. Similmente al SSN, il Servizio Nazionale per la LTC dovrebbe essere istituzionalmente multilivello, coinvolgendo con ruoli e responsabilità distinte e specifiche Stato, Regioni e territori. Lo Stato dovrebbe decidere il livello di finanziamento del Servizio nazionale di LTC, i diritti esigibili, gli standard di servizio, gli indirizzi per il cofinanziamento delle famiglie. Le Regioni dovrebbero costituire e governare il loro sistema regionale di LTC, partecipando alla allocazione delle risorse del Fondo nazionale per la LTC, definendo e attivando i soggetti erogatori territoriali. Soggetti erogatori che allo stato si caratterizzano per natura e configurazione molto diverse perché diverse sono state le traiettorie storiche di evoluzione delle diverse esperienze: alcune hanno una importante componente pubblica, di produzione dei servizi socio-sanitari (ASP, IPAB, Fondazioni controllate da soggetti pubblici), altre hanno una tradizione di forte esternalizzazione al terzo settore o al profit, altre presentano assetti misti. Naturalmente queste diverse forme di gestione hanno dato luogo ad un panorama molto variegato di servizi e prestazioni. L'istituzione del Servizio nazionale di LTC potrebbe essere l'occasione per avviare un processo di convergenza in un servizio che nel prossimo futuro coinvolgerà un terzo della popolazione nazionale, quella più fragile.

Gli indirizzi unificanti dovrebbero essere almeno cinque:

- costruire e codificare le procedure di integrazione con i servizi sanitari e servizi sociali;
- attivare soggetti produttivi integrati, capaci di offrire l'intera gamma di servizi di LTC (dal centro diurno per le demenze alle cure domiciliari intense, dalla domotica, dalla domotica alla telesorveglianza o teleassistenza in remoto, ecc.) per aree geografiche omogenee, in modo di disporre di erogatori integrati e completi capaci di garantire una presa in carico completa, anche al cambio di stadio di bisogni assistenziali;
- orientare la spesa privata delle famiglie con servizi a pagamento o servizi a co-finanziamento integrati con risorse pubbliche, in modo da professionalizzare progressivamente l'offerta di servizi di LTC e di ridurre lo spazio per i servizi informali;
- promuovere forme stabili di collaborazione con il terzo settore e il volontariato;
- attivare forme di rappresentanza degli stakeholder locali;

La presenza di un Servizio nazionale per la LTC permetterebbe di definire una politica unitaria sulla compartecipazione economica delle famiglie, sui cri-

teri di eleggibilità ai servizi e sui criteri di accesso alle misure di sostegno monetario. Questo permetterebbe di ricreare ordine ed equità nella distribuzione dei benefici garantiti dal sistema di welfare pubblico, potendo inserire anche maggiori profili redistributivi. A titolo di esempio è immaginabile definire un percorso di co-partecipazione per tutti i servizi in funzione del reddito, in modo da eliminare le barriere di accesso alle strutture protette per la classe media, così come il valore dei trasferimenti potrebbe essere modulato su reddito e patrimonio dell'anziano, aumentando il valore dei contributi pubblici ai meno ambienti e abbassandolo ai più benestanti.

Un Servizio nazionale per la LTC avrebbe l'effetto di determinare differenziati e rilevanti impatti istituzionali e di policy:

- affermare e sistematizzare stabilmente nell'agenda del sistema politico il tema della LTC;
- esplicitare quantitativamente il bisogno di LTC, l'intensità assistenziale garantita da risorse pubbliche, il tasso di copertura del bisogno, permettendo al paese di riflettere sullo sforzo fiscale o assicurativo che si ritiene utile condividere;
- individuare a livello di governo centrale quale ministero è politicamente responsabile della LTC.

Chiarezza nella programmazione pluriennale delle risorse e semplificazione dei flussi di finanziamento

La separatezza tra risorse e strumenti di programmazione è forse uno dei risultati più critici emersi dalla analisi dei Piani regionali. Mettere ordine su questo capitolo fondamentale della assistenza sociosanitaria è forse una delle principali urgenze. Da più parti, nazionali e internazionali, si sostiene che un crescita progressiva del bisogno di cure di lungo termine come possibile conseguenza del progressivo invecchiamento della popolazione comporta il rischio di diventare insostenibile e di compromettere in modo serio le politiche di welfare. Al riguardo si vedano le preoccupate previsioni della Ragioneria generale dello stato che valuta una crescita dal 1,8% del PIL nel 2020 al 2,5% nel 2070.

D'altra parte il dibattito di questi anni ha messo in luce come la inadeguatezza delle risorse economiche dedicate all'intervento pubblico nella Long-Term Care sia la principale criticità italiana: non a caso, siamo ai posti più bassi delle graduatorie europee in merito.

A fronte di questo scenario l'unica strada percorribile, al di là dei possibili flussi di risorse del Piano di ripresa e resilienza che comunque avranno un carattere transitorio, è quella di una strategia impostata su una combinazione di risorse pubbliche con risorse private, agendo su diversi fronti:

- Un primo fronte è indubbiamente quello di fare del Fondo per la non autosufficienza un volano adeguato in consistenza e tempi, a costruire una politica



per la LTC a 360°. In questo ambito andrà prestata attenzione alla modulazione degli interventi pubblici, capace di tenere meglio in considerazione condizioni e possibilità degli utenti, ad esempio con riferimento a indennità di accompagnamento e spese di cura;

- Un secondo fronte concerne la valorizzazione delle disponibilità economiche degli anziani, sovente dotati di reddito contenuti ma di significativi patrimoni (soprattutto casa ed altri beni immobiliari);
- Terzo fronte è relativo alla incentivazione di forme di accumulazione di risorse che contribuiscano ad affrontare il rischio di futura non autosufficienza, a partire dai fondi privati discussi sopra;
- Il quarto fronte è quello di sviluppare le opportunità che offrono tanto il welfare contrattuale, quanto quello aziendale;
- Un quinto fronte è quello di impegnare risorse delle amministrazioni territoriali per adeguare gli ambienti di vita dei non autosufficienti.

Tutto questo però deve essere collocato all'interno di due condizioni di fondo: la prima è la promozione di una politica per la prevenzione caratterizzata da logiche di invecchiamento attivo al fine di ridurre al minimo l'insorgenza di limitazioni funzionali nei longevi; la seconda è realizzare una profonda integrazione delle politiche sanitarie e sociali da considerare una delle principali strategie per una spesa efficiente ed efficace.

Modificare i criteri di assegnazione e utilizzo dell'indennità di accompagnamento (IdA)

L'attuale sistema di assegnazione dell'IdA può essere considerato come una integrazione al reddito o un contributo parziale alle spese delle famiglie in cui sono presenti malati con disabilità.

Si ritiene che l'IdA dovrebbe essere più articolata e differenziata in funzione del grado del bisogno superando l'attuale situazione di contribuzione esclusivamente al solo 100% di disabilità. Più corretto sarebbe prevedere livelli differenziati di disabilità a cui correlare specifici e differenziati livelli di IdA.

L'IdA dovrebbe essere inoltre differenziata tra servizi cash e servizi in kind (ovvero voucher per ricevere servizi erogati da enti pubblici o soggetti accreditati): nel secondo caso andrebbe prevista una premialità per la famiglia. A titolo d'esempio l'IdA potrebbe essere aumentata del 30% scegliendo servizi in kind e ridotta del 30% scegliendo il cash.

L'IdA andrebbe poi maggiormente correlata con l'uso degli altri servizi pubblici (sospesa durante i ricoveri di lungodegenza o in RSA) perché deve essere considerata un servizio e non un contributo al reddito.

Infine l'IdA dovrebbe essere attribuita in maniera differenziata in funzione dei redditi e dei patrimoni delle persone, dando un contributo maggiore alle persone meno capienti e più sole.

Le precedenti misure correttive dell'IdA andrebbero comunque fatte valere a

partire dalle nuove assegnazione, mandando a esaurimento quelle già in essere.

Sciogliere rapidamente il nodo dei Livelli Essenziali delle Prestazione (LEP) e integrarli con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Si tratta di un obiettivo non più rinviabile. Inammissibile che per problemi di competenza si ritardi nel dotare il Paese di uno strumento fondamentale per verificare in che misura vengono garantiti i livelli essenziali delle prestazioni sociali così come si fa con i LEA. Alcune Regioni nei loro Piani pongono attenzione al problema, ma questo non è assolutamente sufficiente. Occorre che il Governo nazionale e la Conferenza unificata intervengano decisamente perché ritardare ulteriormente significa impedire l'esigibilità di diritti sociali fondamentali alla parte più fragile del Paese. Se la cosa è grave in tempi ordinari, diventa gravissima (e colpevole) in un contesto di crisi sanitaria che sta producendo, tra l'altro, effetti pesantissimi sulle condizioni economiche delle famiglie.

Il varo dei LEPS dovrà essere anche l'occasione per una verifica più complessiva delle finalità del sistema degli indicatori e della loro integrazione con i LEA.

Rafforzare e unificare i presidi territoriali sanitari e sociali

È questo uno snodo essenziale se si vuole rafforzare l'assistenza sociosanitaria. Da tempo messo in evidenza dalle organizzazioni sindacali e del volontariato che si interessano delle condizioni di vita degli anziani e pur presente in importanti atti istituzionale e nei piani regionali, ancora forte è lo scarto tra intenzioni e realtà. Probabilmente se il sistema dei presidi sociosanitari territoriali avesse raggiunto i livelli di presenza come sono previsti dalle leggi istitutive tanto del servizio sanitario nazionale, quanto dalla legge quadro sulla organizzazione del sistema integrato dei servizi sociali, il governo della LTC sarebbe decisamente più avanzato. Qui si deve intervenire prevedendo che: il rapporto dei presidi ospedalieri/presidi territoriali sia fortemente riequilibrato a favore del territorio; la coincidenza tra presidi sanitari e presidi sociali sia ormai da rendere effettiva su tutto il territorio nazionale; una migliore organizzazione e il potenziamento dei servizi per la domiciliarità è utile anche in caso di crisi sanitaria acuta in particolare per i non autosufficienti che sono i più esposti.

La proposta contenuto nel Piano nazionale di ripresa e resilienza di realizzare una rete di presidi sociosanitari (Case della Comunità?) può essere decisiva al fine di ricomporre la frammentata organizzazione dei servizi socio sanitari e renderla più riconoscibile e immediatamente individuabile dai cittadini.



Accesso

Nel Covid-19 una criticità particolare ha colpito i luoghi e i modi dell'accesso degli utenti ai servizi. Ma poiché il momento dell'accesso è sempre uno snodo rilevante, meriterebbe mettere a sistema meccanismi utili indipendentemente dalla pandemia, facendo dell'accesso un tema di attenta progettazione; alcuni possibili terreni di lavoro, naturalmente da adattare al tipo di servizio e contesto concreto:

- Favorire per i cittadini la presentazione di richieste e di documentazione anche in remoto. E analogamente incentivare la trasmissione da remoto ai cittadini, a cura dei servizi, di documentazione ed esiti di procedimenti. È utile ricordare che una positiva azione nata con la pandemia è stata la diffusione da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta della trasmissione on line di prescrizioni e ricette;
- Potenziare in modo strutturale (come quasi tutti i servizi territoriali hanno fatto nell'emergenza) la capacità di primo ascolto e risposta tramite telefono o email;
- Intraprendere iniziative proattive dei servizi, con la ricerca di contatti con persone che possono essere in condizioni di rischio o di fragilità, anche solo per chiedere se hanno qualche necessità;
- Ricomponendo in luoghi unitari la possibilità per il cittadino di trovare informazione e accesso a diversi interventi, anche di rami differenti del welfare. L'obiettivo è ridurre i transiti del richiedente in sedi diverse, ricompattando procedure che prevedono ridondanti spezzettamenti tra servizi/uffici diversi, col rischio che proprio i più fragili e incapaci perdano opportunità.

Quest'ultimo obiettivo richiede strategie e strumenti contestuali:

- Intese istituzionali per offrire al cittadino "punti unificati di accesso", ad esempio tramite accordi di programma tra Aziende Sanitarie ed Enti gestori dei servizi sociali in un sistema per l'assistenza sociosanitaria ai disabili e non autosufficienti; oppure "porte di ingresso unificate" al mix di interventi contro la povertà;
- Se si vuole ridurre la defatigante peregrinazione dei cittadini per capire "che cosa potrebbero chiedere e dove", bisogna che i servizi di front office siano dotati di strumenti adatti a illustrare in modo completo la mappa di tutte le prestazioni fruibili, e non solo da quel singolo servizio. A contrasto della povertà esistono una trentina di prestazioni nazionali (più quelle locali), e la famiglia di un non autosufficiente potrebbe essere interessata a una ventina di interventi (dell'Inps, dell'Agenzia delle Entrate, della Regione, etc.). Dunque occorre che qualunque servizio che per primo incontra poveri o non autosufficienti possa disporre di un aggiornato "catalogo" di tutti gli interventi, e lo usi per spiegare al cittadino "che cosa può richiedere, dove e come". Ma questa funzione non si svolge solo confidando nella "professionalità" o nell'iniziativa degli operatori: bisogna fornire loro uno strumento dedicato, che venga costantemente aggiornato;

- Negli ultimi anni è molto cresciuto il ruolo sia dei Caf sia dei Patronati sindacali nei rapporti con i cittadini per diverse componenti del welfare; si pensi al rilascio degli ISEE, agli accessi per il Reddito/Pensione di cittadinanza, per il Reddito di Emergenza e per diversi bonus, per le procedure connesse alle prestazioni Inps per la disabilità e non autosufficienza. Non è eccessivo pensare che sono di fatto operanti due grandi flussi di accesso al welfare: i servizi territoriali (di Asl e Comuni) da un lato, i Caf e i Patronati dall'altro, flussi spesso del tutto non comunicanti, e con itinerari separati e defatiganti per i cittadini. Dunque costruire connessioni e legami dei servizi pubblici con Caf e Patronati può essere un importante terreno di riordino.

La Valutazione Multidimensionale (VMD) come sistema cardine per l'accesso alla LTC su basi di equità e di obiettività

Il principio cardine da cui partire è quello di una maggiore diffusione della valutazione multidimensionale che dovrebbe rappresentare il cardine della valutazione del bisogno e dell'ingresso nel sistema della assistenza socio-sanitaria. Senza questo fondamentale strumento non sarà possibile misurare il bisogno specifico ed il livello di intensità assistenziale necessario ed ancor meno la quota di aiuto pubblico necessaria nello specifico caso. La valutazione multidimensionale permette di dimensionare la domanda assistenziale a partire dalle 5 dimensioni base: salute fisica, salute mentale, stato funzionale, risorse sociali e risorse economiche. Su questa base è possibile individuare i soggetti che hanno bisogno di un intervento assistenziale urgente (sia esso sanitario, sociale o combinato) in circa il 7-8% della popolazione degli ultra65enni, con una prevalenza degli ultra 75 anni.

La VMD, congiuntamente alla scelta del setting assistenziale più appropriato, deve essere condotta da specialisti geriatri con specifica competenza.

Sarà ovviamente necessario, per i soggetti a prevalente bisogno socio-assistenziale, discriminare coloro che non hanno risorse abitative, economiche e sociali adeguate dunque un pieno accesso ai servizi di LTC.

Una estesa e profonda riorganizzazione della Valutazione Multidimensionale e clinica rappresenta un passo fondamentale per l'accesso alla ltc su basi di equità, di obiettività e di attenzione ai meno ambienti. Pur comprendendo la diversa organizzazione di tale servizio a livello regionale, appare necessaria una coerenza nazionale almeno nei criteri, che limiti eccessive disparità di trattamento e fenomeni di inappropriatazza.

Il processo di VMD deve essere reso obbligatorio, unico e integrato e valga contemporaneamente per le valutazioni del SSN, dell'INPS e dei Comuni.

Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) unificata e interistituzionale

Oggi esistono numerose e distinte unità di valutazione per accedere ai servizi di LTC in funzione dei diversi ambiti istituzionali: commissione INPS per



l'IdA, unità di valutazione sociale del comune per SAD e servizi sociali, UVM AUSL per accesso ai servizi sanitari (ADI, centro diurno o RSA, ecc.), con sistemi e criteri e standards di valutazione diversi.

Le diverse commissioni dovrebbero essere unificate in una che attivi in un processo integrato il portafoglio dei servizi della filiera del welfare, evitando ridondanze e incoerenze allocative.

La commissione unificata di UVM per la LTC deve avere una influenza diretta sull'allocazione dei budget dei diversi servizi.

Il Piano di Assistenza individuale

Alla valutazione dovrà seguire un piano assistenziale la cui regia sia affidata al medico geriatra e all'infermiere di comunità, o, in alternativa, ai centri di valutazione ospedalieri e territoriali previsti dalle singole regioni. Una buona implementazione di tale principio e la effettiva realizzazione di piano assistenziali, potrà ridurre in modo sostanziale fenomeni di inappropriata a livello di accessi nei Pronto Soccorso, di ricoveri, di lungodegenze e potrà migliorare sensibilmente la qualità della vita degli assistiti e dei loro familiari.

Potenziare le cure domiciliari

Obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità deve essere quello di mantenere il più possibile la persona non autosufficiente al proprio domicilio e impedire e comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione, senza far ricadere sulla famiglia tutto il peso dell'assistenza al malato. Le cure domiciliari dovrebbero quindi essere previste per la maggior parte dei pazienti con multimorbilità e/o con perdita della autonomia ed a rischio di perdita di autosufficienza.

Come constatato i dati sulla ADI sono sconcertanti e mostrano che le ore dedicate in media a ciascun assistito anziano nel corso di un anno sono state solo 16 (con ampia variabilità regionale, ma comunque con percentuali sempre ampiamente inferiori ai fabbisogni), e che vengono assistiti in genere per periodi limitati solamente pazienti a media alta necessità di cure (in genere più anziani, più malati e più disabili) in assenza di un uniforme criterio nazionale di valutazione multidimensionale dei bisogni, ed in assenza di un uniforme criterio di inclusione ed esclusione delle popolazioni da assistere. Alla base dell'attivazione dell'assistenza domiciliare deve comunque essere la valutazione multidimensionale che permette la pianificazione organica delle attività in funzione della globalità e dell'intensità del piano di cura e la valutazione evolutiva dei esiti.

I dati sugli anziani over 65 con limitazioni funzionali e la relativa stima del bisogno potenziale di servizi suggeriscono che l'assistenza domiciliare come attualmente concepita andrebbe profondamente ripensata e fortemente potenziata.

È evidente che in questo momento, entrando nel medesimo silos di costi, la maggior parte delle risorse delle singole regioni viene indirizzata verso altri tipi di assistenza e che la funzione preventiva della assistenza domiciliare sia ampiamente sottovalutata, nonostante tutti i dati della letteratura mostrino che una assistenza domiciliare potenziata sia in grado di ridurre i costi sui ricoveri ospedalieri e su altri tipi di assistenza più costosa.

Nel sostegno alla domiciliarità tre misure sono da considerare non più rinviabili, così come sollecitato da numerose proposte di riforma: il riconoscimento dei diritti dei caregiver familiari; far emergere la consistente quota di nero nel lavoro di assistenza (badanti) prevedendo la loro qualificazione professionale; riconoscere alle famiglie un sostegno economico simile al sostegno alle rette per i residenti nelle RSA.

Riformare la residenzialità

Quanto avvenuto nelle RSA sta a dimostrare tutta l'inadeguatezza di questo modello di accoglienza delle persone più fragili della nostra società. Al di là delle vicende giudiziarie quello che interessa mettere in luce è l'inadeguatezza del loro modello organizzativo che non solo è di poco gradimento per gli ospiti, ma anche molto costoso sia per le famiglie che per le casse pubbliche. Altri modelli sono possibili solo che lo si voglia.

Malgrado i limiti evidenti le RSA sono un servizio importante per persone che non possono essere assistite a domicilio, ma è semplicistico e sbagliato pensare che il problema degli anziani critici si risolve realizzando più strutture residenziali con più posti letto sulla base dell'attuale modello: si tratta invece di realizzare un graduale processo di riconversione a partire da un diverso paradigma al cui centro collocare l'anziano fragile.

Nel merito l'Auser, ascoltata dalla Commissione Paglia, ha avanzato proposte dettagliate per la loro riforma. L'obiettivo proposto è di superare l'attuale drastica frattura tra servizi domiciliari e residenziali al fine di offrire alle persone opportunità che possano fondarsi su un continuum di interventi. Il che significa concepire le RSA come "Centri Servizi" capaci di offrire assistenza a domicilio (soprattutto dove i servizi domiciliari del territorio sono fragili) e dove la persona che è assistita al domicilio possa andare a fruire di servizi supplementari (del bagno assistito, e/o della mensa, e/o di momenti di animazione).

Nel quadro della riforma va previsto, come obiettivo condiviso praticamente da tutte le proposte elaborate negli anni, un meccanismo di contenimento delle rette sia nella parte sanitaria che alberghiera.

Potenziare e diffondere i centri diurni per i pazienti con demenze

L'attuale situazione di "deficit assistenziale" in cui versa la popolazione dei pazienti con malattia di Alzheimer presenta risvolti veramente drammatici per le famiglie e i caregiver ed impone un ripensamento del sistema anche alla



luce della potenziale evoluzione nei prossimi anni dei trend epidemiologici. Tuttavia la realizzazione di un modello unitario di risposta al fenomeno presenta anche numerosi vantaggi economici e sociali: la riduzione di ampi ricorsi inappropriati alle strutture ospedaliere, ai dipartimenti di emergenza, alle lungodegenze, la possibilità di occupare molte professionalità, la possibilità di includere i familiari in un circuito economico virtuoso, solo per citare le più rilevanti.

L'opzione del potenziamento dei centri diurni per persone con demenza ed in particolare con malattia di Alzheimer presenta numerosi vantaggi:

- reca un grande sollievo ai caregiver, sollevandoli per buona parte della giornata dalla necessità di custodire il proprio familiare, riducendo al contempo fenomeni di disaffezione;
- consente ai malati di vivere meglio almeno una parte della propria giornata in condizioni sociali favorevoli, con la possibilità di ricevere un minimo di terapia così importanti nelle fasi iniziali ed intermedie della malattia;
- può aiutare a ridurre il fenomeno dei ricoveri e degli accessi in Pronto Soccorso impropri, così come quelli del ricorso a lungodegenze, RSA, ecc.;
- il beneficio di tale misura riguarderebbe, su tutto il territorio nazionale, 1.250.000 individui affetti da demenze e, di questi, oltre 600.000 persone colpite da Alzheimer, per un totale di popolazione stimata intorno a 3 milioni di soggetti direttamente o indirettamente coinvolti nell'assistenza ai malati.

Purtroppo la discrepanza tra posti letto nei centri diurni e malati è ancora tragicamente alta, con una media circa di 1.000 malati per posto letto ed ampie variazioni regionali. Inoltre, non esistono dati relativi al numero dei ricoveri e accessi al Pronto soccorso per malattia di Alzheimer, ma moltiplicare i centri diurni costituisce una risposta semplice, molto gradita alle famiglie e di rapida attuazione. I centri costituiscono un elemento di primaria importanza anche per il counseling alle famiglie e la erogazione di terapie cognitive, occupazionali e relazionali.

Introdurre la figura del geriatra di famiglia

Così come per i bambini si prevede il pediatra di famiglia è giunto il momento, di prevedere il Geriatra di famiglia come uno dei pilastri del sistema sanitario. A motivare questa proposta è sufficiente una semplice comparazione dei dati demografici: già al 2018 a fronte di 8.547.726 under 15 in Italia sono 13.644.363 gli over 65 mentre i geriatri sono 4.249 a fronte di più di 13 milioni di over 65. .

Sviluppare la figura dell'infermiere di famiglia

L'eterogeneità delle patologie croniche e la loro storia naturale comportano esigenze differenti in pazienti con diverso grado di complessità, che hanno bisogno di prestazioni assistenziali e socio-sanitarie erogate in servizi diversi, di cui è indispensabile integrare e coordinare le attività.

La regia dell'assistenza domiciliare per i pazienti con malattie croniche potrebbe essere co-affidata ad infermieri di comunità, cui spetterebbe appunto il servizio di counseling e case management per le famiglie e la gestione di collegamento, integrazione, ascolto tra MMG, specialista geriatra, servizi sanitari e socio-assistenziali, malati cronici e famiglie. Per sostenere l'auto-organizzazione dell'assistenza, la conoscenza della rete dei servizi, il sostegno psico-emozionale, la supervisione e la riorganizzazione della funzione di cura della vita familiare. Il ruolo dell'infermiere di famiglia appare di particolare importanza nella cura delle patologie croniche altamente invalidanti dell'anziano quali la malattia di Alzheimer e le demenze in generale, lo scompenso cardiaco: l'infermiere di famiglia può provvedere attraverso l'assistenza diretta ad una serie di attività preventive e terapeutiche di fondamentale importanza anche ai fini di ridurre ospedalizzazioni inappropriate e inopportune, consolidando il quadro assistenziale, integrando i servizi e migliorando le capacità di gestione della malattia del paziente e dei suoi caregiver.

È evidente che l'assolvimento di un ruolo così delicato rende necessaria una specifica formazione dell'infermiere di famiglia negli ambiti funzionali ottimali del compito proposto.

La consulenza e il coordinamento del geriatra varrà comunque ad affrontare situazioni di particolare impegno e complessità oltre a fornire un costante supporto in termini di aggiornamento concettuale e procedurale all'infermiere di famiglia.

Rafforzare la presenza degli Assistenti sociali nei distretti sociosanitari

Per il riequilibrio delle dimensioni sanitaria in rapporto a quella sociale è determinante adeguare il numero degli assistenti sociali opportunamente formati per l'assistenza alle persone non autosufficienti. Anche qui è utile una comparazione: a fronte di 253.430 infermieri gli assistenti sociali sono 23.282.

Innovare la geografia dei servizi

Nelle società contemporanee i bisogni di LTC sono sempre più diversificati e dinamici, così come sono differenti le culture di accesso e consumo di servizi e le priorità nella allocazione delle risorse da parte delle famiglie. È necessario anche nella LTC, favorire un ampliamento dei servizi disponibili che integri le tipologie di offerta oggi esistenti, per rendere più efficace la presa in carico degli utenti e l'uso delle risorse pubbliche e private con servizi più flessibili e adattabili alle specifiche esigenze delle singole famiglie e al dinamismo dei bisogni delle persone. In particolare è necessario agire in quattro direzioni:

a) adozione di un modello valutativo dei bisogni che faccia riferimento a variabili univoche, sintetiche e omogeneamente misurate, utili a guidare l'analisi delle popolazioni destinatarie degli interventi, l'integrazione delle risposte e la misura della loro efficacia;



b) diversificazione dei servizi, ampliando la gamma all'interno dei quali le famiglie (con l'ausilio di un professionista esperto di LTC) possano scegliere la soluzione più appropriata per il loro assistito e l'intensità delle risposte erogabili lungo diverse fasi temporali della storia naturale della condizione;

c) innovazione dei servizi in coerenza all'evoluzione dei format dei servizi alle persone, della modifica delle esigenze e sensibilità delle famiglie, delle possibilità di integrazione tecnologica entro i confini un governo uniforme e efficiente della condizione;

d) promozione dell'integrazione del pubblico con le strutture del volontariato e l'attivazione di sistemi di auto/aiuto con il sostegno/guida della componente pubblica dei servizi.

Il Servizio Nazionale per la LTC dovrebbe promuovere e aggiornare periodicamente l'elenco dei servizi autorizzabili e accreditabili in modo più appropriato ed efficace possibile ai bisogni degli utenti. Esso può essere innovato anche su proposte e suggestioni delle regioni e dei soggetti produttori, alla luce di valutazioni costo-efficacia per la collettività. Per costruire e aggiornare progressivamente un portafoglio di servizi diversificato e completo si promuoveranno sia sperimentazioni che la messa a sistema di buone pratiche e esperienze innovative già in corso.

Elenchiamo di seguito alcuni esempi di servizi innovativi, alcuni già praticati dalle organizzazioni del volontariato, che potranno arricchire il portafoglio, d'offerta per la LTC: counseling a caregiver familiari, case management dell'utente, counseling e supervisione a caregiver professionale, Independent Living Facilities: es Social Housing o Co-housing protetto; cure domiciliari intense, centri diurni Alzheimer – decadimento cognitivo, Alzheimer caffè, tele sorveglianza notturna e festiva, infermiere di famiglia / di condominio / di quartiere, servizi di accompagnamento.

Istituire la banca dati per le buone pratiche innovative

Numerose sono le tracce che nei Piani fanno riferimento a buone pratiche di integrazione sociosanitaria. Nel complesso però sono ancora considerate eccezioni e questo rende difficile la loro diffusione; anzi spesso, paradossalmente, le tante esperienze positive in tutti i luoghi – piccoli e grandi, al nord e al sud, ecc. – non sono visibili e, a volte sono schiacciate e addirittura ostacolate.

Manca un luogo dove raccoglierle, riconoscerle, codificarle e portarle a sistema. Si disperdono così preziose esperienze che rimangono circoscritte e sconosciute e legate alla sola buona volontà, a volte addirittura al caso, quasi sempre definite in tempi e spazi limitati. Quante occasioni perdute perché legate solo alle persone (indispensabili, ma con il limite di non poter essere eterne né durature nel tempo), a rapporti costruiti sul buon senso, anch'esso elemento indispensabile, ma non da solo.

Promuovere una rete di erogatori LTC pubblici e privati accreditati e certificati per l'uso del voucher.

Attivare in ogni territorio una rete di soggetti pubblici e privati accreditati e certificati, senza vincoli di budget ma con tariffe per i servizi regolamentati, in cui le persone non autosufficienti con IdA in natura (voucher) possano liberamente scegliere l'erogatore, concertando direttamente il portafoglio di servizi che intendono ricevere. Questo permetterebbe progressivamente di far nascere un mercato professionale di servizi assistenziali.

Questo modello è stato recentemente avanzato nell'ambito dei lavori della commissione Paglia. La proposta è di istituire un sistema universale di accreditamento e attribuzione di un attestato di qualità delle entità appartenenti al pubblico, al privato convenzionato ed al privato, coinvolte nel campo della assistenza agli anziani. In questo modo si ritiene possibile ridurre, fino alla progressiva abolizione, il sistema delle gare in appalto, consentendo libertà di scelta ai cittadini.

Realizzare il Sistema informatizzato unificato e inter-istituzionale per la LTC

Unificare i sistemi informatizzati pubblici sulla LTC di INPS, enti locali, e AUSL, dando a ogni ente la possibilità di veder la situazione complessiva dell'anziano non autosufficiente, pur potendo modificare solo i campi di propria competenza.

Il sistema, che si dovrebbe fondare sull'anagrafe dei non autosufficienti, dovrebbe servire per il monitoraggio e la valutazione dei risultati del sistema dei servizi per la LTC al fine di misurare il grado di soddisfazione e di risposta alle necessità assistenziali dei portatori delle cronicità individuate negli utilizzatori di servizi o di indennità di accompagnamento.

Proprio in questi mesi di emergenza da più parti si è invocata la "semplificazione", anche a fronte di lentezze procedurali della pubblica amministrazione. Semplificare i rapporti tra cittadini e welfare non deve significare banalizzare complessità incompressibili, né perdere informazioni importanti, ma certo è aperta una sfida anche per i servizi territoriali per gestire meglio loro procedure e dati. Ma la soluzione non è solo "accrescere l'informatizzazione", o acquistare molti computer, bensì disegnare i sistemi informativi.

Il tema richiede attenzione e scelte in particolare con riferimento agli attuali "lavori in corso":

- Il Fascicolo sanitario elettronico ancora da implementare in numerose Regioni: potrà diventare uno strumento utile per la conoscenza in tempo reale, senza invadere la spazi di riservatezza dei cittadini, della situazione sanitaria e sociale del Paese?
- L'Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente (Anpr) in costruzione, con la confluenza delle anagrafi dei singoli Comuni: saprà diventare la base informativa unica di tutti i servizi del welfare, in modo che le cartelle con cui



gestiscono gli utenti siano automaticamente popolate dai dati anagrafici corretti e sempre aggiornati?

- il Sistema Informativo Unificato dei Servizi sociali (Siuss) in costruzione: saprà produrre forti interoperabilità e connessioni tra sistemi informativi diversi che gestiscono la stessa persona/famiglia (come quelli dei servizi sociali, sanitari, del lavoro)? Saprà superare la netta separazione attuale tra sistemi informativi che gestiscono prestazioni nazionali (come il Reddito di Cittadinanza) e locali? Saprà superare l'obbligo dei servizi locali (che impone anche costi non banali) di "inviare dati" ai livelli nazionali, per puntare invece a piattaforme che li peschino in automatico?
- Tutti questi sistemi informativi nazionali e regionali saranno interoperativi e connessi gli uni agli altri?
- In particolare le Regioni, che nei loro piani dedicano attenzione al problema, si renderanno disponibili a stare dentro un sistema nazionale unico?

Sviluppare il contributo delle tecnologie nei percorsi di cura e assistenza

La LTC richiede frequentemente, soprattutto per i pazienti più anziani affetti di diverse comorbidità, il contributo di più attori all'interno di un sistema inter-professionale, inter-disciplinare e multi-disciplinare che deve tenere necessariamente in considerazione il significativo sviluppo e la sempre più crescente diffusione di tecnologie che permettano a anziani e persone disabili di vivere in casa, migliorando la loro autonomia, facilitando le attività quotidiane e garantendo, attraverso il monitoraggio continuo, il miglioramento delle condizioni di sicurezza e salute. Nonostante i potenziali vantaggi che l'introduzione di tecnologie innovative potrebbero apportare alla parte della popolazione "fragile", numerosi elementi di criticità emergono nel momento in cui due sistemi molto distanti tra loro, la popolazione anziana e le tecnologie innovative, sono chiamate a interagire.

- *L'Health technology Assessment (HTA) – Valutazione delle tecnologie sanitarie* - Nel contesto della LTC rappresenta lo strumento operativo con cui è possibile analizzare gli effetti, diretti e indiretti, a lungo e a breve termine, reali o potenziali, dovuti all'introduzione di una tecnologia sanitaria in un particolare e delicato contesto organizzativo come quello in esame.

L'HTA viene definita come un processo multidisciplinare in grado di sintetizzare le informazioni sugli aspetti sanitari, sociali, economici, tecnici, organizzativi, etici e giuridici legati all'uso di una tecnologia sanitaria in modo trasparente e obiettivo e la formulazione di politiche sanitarie incentrate sui pazienti.

- *Applicazioni di monitoraggio in remoto* – Le Information and Communication Technologies (ICT), grazie alla loro semplicità e diffusione, potrebbero rappresentare una utile risorsa per ottimizzare il processo di gestione del paziente in condizioni di cronicità. Ad esempio, il modello concettuale del

Chronic Care Model (CCM) può essere “rafforzato” e “ampliato” da tecnologie che contribuiscano all’attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), fornendo supporto nell’ambito dell’educazione e della formazione del paziente. Queste non andrebbero a sostituire la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto medico-paziente, ma potrebbero mettere a disposizione una serie di strumenti utili a migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza, contribuendo ad assicurare equità nell’accesso alle cure anche in territori remoti, a supportare la gestione delle cronicità, a garantire una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

- *Le tecnologie della sanità digitale (e-Health)* - Possono risultare una risorsa per ottimizzare il processo di gestione del paziente cronico, migliorando l’operatività nel luogo dove il paziente vive, favorendo la gestione domiciliare della persona e in molti casi riducendo i costi sociali degli interventi. In termini di applicabilità, l’uso delle tecnologie in ambito sanitario si ascrive e all’interno di modelli di intervento orientati non verso la malattia, ma verso la persona (person-focused o person-centered care), che enfatizzano il coinvolgimento attivo dei pazienti nel processo di cura e l’uso della tecnologia come strumento di scambio continuo tra i pazienti e i professionisti della salute, aumentare la sostenibilità dei sistemi di assistenza sanitaria e domiciliare, rendendo possibile la programmazione e attuazione di politiche di sostegno a lungo termine, indispensabili per l’assistenza di persone fragili con patologie croniche.
- *Biorobotica: l’uso della robotica nei sistemi di LTC verso persone anziane* - Negli ultimi anni la tecnologia robotica sta emergendo come ulteriore strumento di assistenza. Secondo la definizione dell’International Federation of Robotics, un Robot è un attuatore meccanico programmabile e con un certo grado di autonomia operativa (ad es. avviare e interrompere una certa operazione alla rilevazione di determinati eventi o fenomeni senza l’intervento umano) in grado di muoversi nel proprio ambiente e di eseguire compiti specifici. Sono già ampiamente utilizzati in ambito industriale e si stanno diffondendo come elettrodomestici nel mercato consumer. Entro i confini del programma UE Horizon 2020 Multi – annual Road map (2017) propone tre ambiti di ricerca e innovazione per la Healthy Care Robots:
 - *robotica clinica* – supporta il processo di “care” and “cure”. In primo luogo nella diagnosi, nel trattamento nella chirurgia e nella medicazione, ma anche nella assistenza sanitaria di emergenza. Questi robot sono utilizzati dallo staff medico o altro personale addestrato;
 - *robotica riabilitativa* – copre il trattamento post-operatorio o post infortunio tramite la diretta interazione fisica con un sistema robotico che migliora il recupero e agisce come rimpiazzo per la funzione perduta;
 - *robotica assistiva o ausili robotici* – copre altri aspetti della robotica all’interno



dei processi di cura dove la funzione primaria del sistema robotico è quello di fornire assistenza sia agli operatori che ai pazienti, sia in ospedale che nelle strutture specializzate.

Integrare i servizi abitativi e di assistenza per la permanenza degli anziani nella loro abitazione⁶⁶

In questi lunghi mesi di epidemia ognuno ha seguito con un senso di angoscia le notizie che giungevano dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)⁶⁷. Quello che più ferisce non è solo e tanto l'evento già tragico di per sé, quanto piuttosto le modalità in cui avviene. Anziani e anziane non autosufficienti isolati, in ambienti estranei, senza nessun volto amico che non sia quello dietro la maschera del medico o dell'infermiera che, se pur carica di empatia, è pur sempre un volto estraneo. Nessuno con cui scambiare un gesto di affetto, un pensiero fatto di ricordi comuni. Per non dire poi del dolore parenti e amici costretti ad assistere distanti ed inermi a questo lento spegnersi, una pena che in alcuni casi si carica anche di un senso di colpa per non aver previsto la tragedia che andava maturando e non aver trovato soluzioni alternative.

Ecco, qui sta la domanda di fondo che sorge spontanea: tutto questo era evitabile? Noi di Auser e di Abitare e Anziani⁶⁸ pensiamo di sì. Pensiamo che se si fosse agito per tempo e con lungimiranza, così come da anni richiedono tutte le numerose associazioni che s'interessano delle condizioni degli anziani non autosufficienti, l'emergenza ci avrebbe trovato molto meno impreparati e il suo impatto sarebbe stato drasticamente più contenuto. Non stiamo parlando di generiche e vaghe rivendicazioni, ma di proposte fondate su analisi rigorose della realtà della non autosufficienza e su misure di intervento finalizzate a garantire, rendendolo esigibile in ogni circostanza, il diritto di ogni persona di poter invecchiare nella propria casa tra l'affetto dei suoi cari, anche se non autosufficiente.

Per rendere esigibile questo diritto non sono necessari "grandi progetti", quanto piuttosto un cambio di paradigma nella concezione dell'assistenza domiciliare degli anziani non autosufficienti assumendola come un fondamentale servizio del welfare pubblico e non prestazione residuale o delegata al welfare familiare. Un cambio di paradigma, come suggerisce il rapporto *"Anziani e casa nell'unione Europea"*⁶⁹, fondato su tre pilastri:

66 - Claudio Falasca - Il presente paragrafo è ripreso, con alcune modifiche, dall'articolo "L'esigibilità del diritto di invecchiare a casa propria" - pubblicato sulla Rivista di Politiche Sociali (RPS) n.4/2020

67 - Claudio Falasca 2017 – Domiciliarità e residenzialità per l'invecchiamento attivo - Le residenze sanitarie assistenziali (RSA), sono strutture extra ospedaliere che ospitano per un periodo variabile da poche settimane al tempo indeterminato, persone anziane prevalentemente non autosufficienti, bisognose di cure sanitarie, assistenziali, di recupero funzionale e sociale.

68 - Abitare e Anziani (AeA) è una associazione nazionale senza fini di lucro. È nata nel 1998 su iniziativa della CGIL, SPI Cgil, FILLEA Cgil, SUNIA, con l'obiettivo di migliorare le condizioni abitative degli anziani.

69 - Osservatorio Europeo del Social Housing 2008 - Anziani e casa nell'Unione Europea – Anno 1 – Numero speciale

- adeguando il patrimonio abitativo, in larga parte di proprietà degli anziani, dotandolo di tutti i servizi interni ed esterni che lo rendano vivibile anche a persone con serie limitazioni funzionali;
- garantendo all'anziano tutti i servizi di prossimità e di assistenza domiciliare per sostenerlo e accompagnarlo nelle sue condizioni di salute e nel soddisfare i suoi bisogni sociali e culturali;
- superando la separatezza tra residenzialità e domiciliarità.

È auspicabile che il Piano nazionale di ripresa e resilienza che prevede anche interventi finalizzati alla qualificazione dei contesti abitativi (Paragrafo 7.7.2) faccia propri questi indirizzi e allo stesso obiettivo finalizzi le altre iniziative governative e parlamentari sulla Qualità abitativa⁷⁰ e sulla Rigenerazione urbana⁷¹.

Questa impostazione è maturata dal lavoro di ricerca di Abitare e Anziani e di AUSER che ha consentito di verificare come, tanto a livello europeo che internazionale, nella cura delle persone non autosufficienti viene prestata una crescente attenzione verso la loro condizione abitativa considerata uno dei nodi della LTC. Si tratta di capire che non si tratta di progettare nuovi e più numerosi servizi residenziali per anziani, quanto piuttosto di realizzare città e case compatibili con le esigenze dell'intero arco di vita delle persone, non solo perché più accoglienti per tutti, ma anche perché possono prevenire i rischi di fragilità in vecchiaia, generando una minore domanda sanitaria⁷². In altre parole è più efficace ed efficiente spostare i servizi e facilitare la loro relazione con le persone che ne usufruiscono, piuttosto che costringere gli anziani a muoversi negli ultimi anni della loro esistenza fra servizi residenziali a crescente intensità sanitaria e assistenziale. È stato dimostrato⁷³ anche che un insediamento abitativo di buona qualità, con servizi dedicati e sinergici a quello dei servizi domiciliari, garantisce solidità ai piani di cura migliorandone efficacia ed economicità, prevenendo l'utilizzo di servizi più costosi (nonché meno graditi).

Il rafforzamento dei servizi di prossimità a livello di quartiere è la condizione per garantire all'anziano una continuità di assistenza adeguata alle sue condizioni, evitando che sia sottoposto a costrizioni o discontinuità traumatiche per il suo equilibrio psico-fisico.

70 - Decreto interministeriale "Qualità dell'Abitare" Ottobre 2020

71 - Senato -Testo unificato dei disegni di legge sulla "Rigenerazione urbana" Resoconto sommario n. 187 del 23/02/2021

72 - Nei paesi del Nord Europa dove maggiore è l'attenzione alla LTC negli ultimi anni il numero dei posti letto in RSA è stato decisamente ridotto a favore della domiciliarità.

73 - Simona Romancini 2019 - L'esperienza Danese – In Abitare e Anziani informa n.2/2019 L'esperienza Danese – In Abitare e Anziani informa n.2/2019



Assumere quest'obiettivo significa creare una rete di relazioni integrate di tutte le realtà che a vario titolo gravitano attorno alla persona non autosufficiente, a partire dalla possibile esistenza di un nucleo familiare alle spalle dell'anziano bisognoso di cure, sino a raggiungere il territorio con le sue reti informali di assistenza volontaria, rionale o amicale, sino a spingersi verso la platea dei servizi pubblici e privati disponibili: dall'assistenza sociale comunale e dai servizi messi in atto dall'ente locale e dalle strutture socio sanitarie e residenziali presenti sul territorio.

In questa prospettiva è possibile prefigurare anche un diverso ruolo delle RSA: non più dei luoghi di "semidetenzione" dei longevi ma servizi a supporto e integrazione della domiciliarità. Questa una delle proposte più interessanti e ricche di positivi sviluppi presentate da Auser⁷⁴ nell'audizione del 3 novembre 2020 presso la Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria alla popolazione anziana presieduta da Monsignor Paglia.

Concepire le RSA come parte dell'assistenza domiciliare consentirebbe di irrobustire il "sistema delle cure" per la non autosufficienza. Integrando servizi domiciliari e residenziali si creerebbero le condizioni per un continuum d'interventi, dove la persona assistita a domicilio può fruire del supporto dei servizi disponibili presso le RSA, da quelli sanitari a quelli più banali quali il bagno assistito, e/o della mensa, e/o di momenti di animazione. Questo determinerebbe un'apertura delle RSA alla comunità territoriale, unica vera misura preventiva al rischio che si possa ripetere quanto avvenuto con il Covid-19.

I risvolti positivi che un ambiente familiare ha sull'autonomia, l'autostima, la sicurezza e il benessere spiegano la volontà degli anziani di voler vivere nella propria abitazione. A tutela di questa positiva relazione, su cui si fonda il valore della domiciliarità, rende prioritaria un'azione di adeguamento dell'ambiente domestico a nuovi standard qualitativi.

Nel 2007 l'Organizzazione Mondiale della Sanità⁷⁵ ha definito i requisiti che un'abitazione deve avere per essere considerata *age-friendly*. Dal documento dell'OMS emerge chiaramente come il soddisfacimento dei bisogni degli anziani non sia un fatto meramente spaziale ma anche prestazionale: alla casa è richiesto di adeguarsi alle esigenze di chi la vive favorendo al contempo la connessione alla comunità e l'accesso ai servizi essenziali. Le tecnologie per l'*Ambient Assisted Living* possono dare un contributo significativo all'erogazione dei servizi personalizzabili che riguardano tanto il controllo dei parametri ambientali quanto l'assistenza personale e la gestione delle emergenze. Il mercato, però, non è ancora arrivato a una maturazione tale da consentire un'adeguata

74 - Le proposte dell'Auser per un nuovo modello di RSA - <https://bit.ly/3yu3hwg>

75 - World Health Organization 2007 - Global Age friendly Cities: A Guide

diffusione delle metodologie di age-friendly.

Per superare questi ritardi sarebbe quanto mai opportuno che anche in Italia, seguendo l'esempio del governo inglese, fosse adottato un sistema di valutazione dell'ambiente domestico che classifichi la qualità degli spazi interni e il contesto in cui l'abitazione è collocata⁷⁶.

Nel nostro caso siamo in presenza di un complesso di situazioni che richiedono ognuna specifiche strategie d'intervento tenendo conto: del tipo e grado di non autosufficienza, della condizione familiare e reddituale, del titolo di godimento dell'abitazione, della sua età e de suo stato manutentivo e impiantistico, del livello di servizi della zona di residenza, ecc. Tuttavia è possibile individuare quattro situazioni prevalenti: gli anziani in abitazioni in proprietà, gli anziani in abitazioni in affitto, quelli che risiedono in centri storici montani o in aree periferiche, i residenti in abitazioni pubbliche.

- *I non autosufficienti in abitazioni di proprietà* - In queste si concentra la presenza prevalente di anziani non autosufficienti e soli. Il loro adeguamento può tradursi in diverse azioni: eliminazione delle principali barriere architettoniche rendendo più fruibili gli spazi di vita (presenza di dislivelli, porte e portoni troppo stretti, vasca da bagno inaccessibile, mancanza di ascensore nell'edificio, etc.; impianti di riscaldamento e di refrigerazione possibilmente con impianti di energia rinnovabili che consentono significativi risparmi; tecnologie e attrezzature applicate alla casa e ausili di sostegno alla persona (più noti come dispositivi di Ambient Assisted Living) che costituiscono un importante complemento dell'abitare, rendendolo maggiormente sicuro e confortevole; tecnologie per la telemedicina, che consentono la possibilità di collegarsi al proprio medico per il controllo di alcuni parametri vitali; connessione internet per mantenere le proprie relazioni sociali con parenti e amici, informarsi, acquistare beni e servizi.

Un insieme di misure che sono di vantaggio per tutta la famiglia, ma in particolare per gli anziani, purché tali dispositivi siano opportunamente selezionati e rispondenti alle esigenze dei diretti fruitori.

Se poi tutti questi strumenti e altri ancora si collegano in rete a una centralina-computer che "dirige l'orchestra", allora si parla di "casa intelligente", un tipo di abitazione che asseconda tutti i nostri desideri senza sforzo: accende la caldaia quando rientriamo in casa, innaffia il giardino nei giorni di sole, spegne il forno, regola le luci e gli elettrodomestici. Sembra uno scherzo, ma la casa-robot è già una realtà, ed è anche relativamente economica se predisposta al momento della costruzione o ristrutturazione, e può rivelarsi molto utile al servizio di chi è debole o malato.

76 - Adriana Luciano 2020 - La valutazione della qualità abitativa della popolazione anziana – Dottorato di ricerca Università Federico II



- *I non autosufficienti in abitazioni in affitto* - Certamente più complesso, anche se quantitativamente inferiori di numero, è realizzare gli interventi di adeguamento nelle abitazioni degli anziani in affitto. Due i problemi che si presentano: per quanto riguarda l'adeguamento dell'abitazione molto dipende dalla disponibilità del proprietario di farsi carico degli interventi dell'adeguamento, magari rifacendosi in parte sul canone. In assenza di questa condizione tutto diventa più difficile, comunque i contributi per le ristrutturazioni del 110%, se corrette come richiesto da sindacato e associazioni, possono contribuire a rimuovere questa barriera. Per quanto riguarda l'eventuale rincaro del canone possono essere di aiuto i contributi all'affitto delle persone bisognose previsti dai comuni, anche sulla base di finanziamenti nazionali e regionali. Il problema è che la quota dei finanziamenti resi disponibili in genere non tiene nessun conto del livello della domanda e, di conseguenza, molto spesso il fondo di sostegno non è in grado di coprire il fabbisogno.
- *I non autosufficienti in abitazioni nei centri storici in aree montane e interne e nelle periferie urbane* - In queste due diverse realtà i problemi che si pongono per gli anziani sono diversi ma decisamente pesanti.

Nei centri storici gli anziani, pur mantenendo un profondo legame affettivo e di memoria con i luoghi delle loro vite, nei fatti vivono sempre più soli, in case particolarmente vecchie, lontani da servizi sanitari e sociali e con sempre meno servizi civili di prossimità. Bar, negozi alimentari, farmacie, poste, giornali, tutti servizi elementari che si vanno via via rarefacendo per il progressivo venir meno della domanda a causa dello spopolamento. In queste situazioni la sopravvivenza è spesso affidata alla solidarietà dei vicini, amici, organizzazioni di volontariato.

All'abbandono di questi centri è complementare la tendenza alla concentrazione urbana che alimenta il fenomeno della periferizzazione delle grandi città del nord, del centro e del sud. Anche in queste aree il problema degli anziani emerge in tutta la sua specificità e gravità. Qui i problemi che gli anziani sono costretti ad affrontare riguardano l'estraneità degli spazi in cui vivono, la rarefazione delle relazioni parentali e amicali, le difficoltà negli spostamenti, l'accessibilità ai servizi sanitari e sociali, l'enorme problema della sicurezza, ecc. In altre parole città realizzate senza nessuna attenzione per i bisogni dei soggetti fragili, rendono la loro vita particolarmente faticosa e rischiosa. Non è certo un caso che proprio con riferimento alle periferie urbane l'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)⁷⁷ abbia ritenuto opportuno proporre l'iniziativa delle "Città a misura degli anziani".

77 - World Health Organization 2007 - Global Age-friendly Cities: A Guide

Le abitazioni di edilizia residenziale pubblica (Comuni, ERP, INPS, Enti di previdenza, ecc.). - Nell'ingente patrimonio di edilizia residenziale pubblica (Comuni, ERP, INPS, Enti di previdenza, ecc.), vivono numerosi anziani non autosufficienti e soli. In queste situazioni sarebbe miope limitarsi ai soli interventi di adeguamento senza prendere in considerazione la possibilità un utilizzo socialmente più efficace del patrimonio. Tenuto conto delle finalità istituzionali e della grande esperienza e professionalità dei soggetti gestori, nonché delle loro risorse, è fuori di dubbio che possano avere un ruolo importante nel promuovere politiche abitative più attente ai bisogni degli anziani con il coinvolgimento dei diretti interessati.

In particolare andrebbe attivato un programma finalizzato a rendere i complessi abitativi pubblici centri d'innovazione dei modelli abitativi:

- recuperando gli enormi ritardi nella eliminazione delle barriere architettoniche;
- dotandoli di quei "servizi e spazi" di uso collettivo (badanti, infermiere, fisioterapista, spazi per riunioni, spazi per attività ricreative, spazi per attività di assistenza, lavanderie, cucine, mense, ecc.) indispensabili per affermare un nuovo modello abitativo sempre più inclusivo;
- facilitando il diffondersi di esperienze di coabitazione;
- sperimentando forme di residenza assistita e protetta con particolare riferimento alle persone anziane sole con demenza.

Infine non si tratta solo di intervenire sulle strutture abitative e dei servizi, è necessario anche stimolare e sostenere nuovi modelli abitativi. Guardando a quanto avviene in altre realtà (Stati Uniti, Canada, Europa), ma anche in Italia, le esperienze più interessanti hanno nella dimensione comunitaria il loro minimo comun denominatore. Si tratta spesso di abitazioni singole o raggruppate, in alcuni casi in coabitazione, dotate di servizi di base (in genere una portineria-reception o operatori con funzioni di primo contatto, servizi di allarme o telesoccorso, monitoraggio e servizi di assicurazione) e altri servizi fornibili a richiesta (ristorante o preparazione dei pasti, spesa, ritiro della posta, pulizie domestiche, assistenza alla persona). Sono quasi sempre presenti spazi comuni, iniziative di aggregazione e socializzazione, centri benessere e servizi di prevenzione o sostegno alle esigenze sanitarie di base. Mediamente viene data particolare attenzione alla loro prossimità ai servizi primari (che devono essere raggiungibili anche a piedi), a modelli insediativi che facilitino la relazione fra i residenti e il giusto grado di contatto (ma anche di separazione) con eventuali altri residenti in età e fasi della vita diverse. Si risponde, cioè, ad alcune delle prime e più frequenti richieste delle persone: vivere con altri, trovare sicurezza e assicurazione, ricevere alcuni servizi senza interferire eccessivamente con il proprio desiderio d'indipendenza.

Sono queste le ragioni per cui nelle esperienze di co-residenza che si vanno



realizzando in Italia viene posta molta attenzione a garantire sia l'intimità dei tradizionali spazi abitativi, che la condivisione di alcuni spazi comuni per una maggiore socialità rispetto a quanto abitualmente accade. Sostenerne e regolarne lo sviluppo ne potrebbero accelerare l'affermazione con enormi benefici in favore di quella parte di anziani che si trovano soli ad affrontare l'ultima stagione della loro vita.

La co-residenza come forma di «abitare solidale» si propone, dunque, oggi come preziosa realtà in grado di coniugare il diffuso bisogno di socialità con una dimensione vera di solidarietà e reciprocità, vissuta nel quotidiano. Una sorta di terza via tra solitudine e casa di riposo.

Sostenere la co-programmazione e co-progettazione

In un contesto sociale sempre più dinamico, mutevole e con la necessità di grande resilienza per rispondere alle istanze con strumenti e modalità anche improntate alla sperimentazione, gli attori pubblici e privati sono sollecitati a trovare nuove modalità comunicative e di interazione, al fine di rispondere in maniera coordinata, capace di rendere sinergiche le risorse di soggetti differenti, e, allo stesso tempo, di rendere stabili le forme di collaborazione.

Tra gli strumenti, a tal fine più rilevanti, sono sicuramente la co-programmazione e la co-progettazione, che può prevedere un ruolo attivo sia degli attori pubblici che del privato non profit.

Nella sentenza della Corte Costituzionale n. 131/2020, si pone in evidenza come sia la co-progettazione che la co-programmazione, e in generale le strategie di amministrazione della cosa pubblica trovano le loro fondamenta nel principio costituzionale di sussidiarietà. E, in generale, quanto contenuto nell'articolo 55 del Codice del Terzo Settore esalta il principio della collaborazione attiva nella accezione di "ordinarietà" tra tutte le componenti della comunità locale.

Il pronunciamento della Corte Costituzionale, nel richiamare il ruolo delle amministrazioni pubbliche che assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento, attuate nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241, rimarca il passaggio da una situazione di "sperimentazione" tra Pubblica Amministrazione e Terzo Settore ad un reciproco riconoscimento di istituzioni e Terzo settore delle comuni finalità perseguite, in tutte le attività di interesse generale, come contemplate dal Codice.

Con l'approvazione delle Linee guida ministeriali su co-progettazione, co-programmazione e gli altri strumenti del Codice del Terzo settore, da parte del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali con decreto Ministeriale a seguito dell'intesa in Conferenza unificata, si chiariscono definitivamente i confini degli istituti di co-programmazione e co-progettazione e sbloccano il rapporto tra codice del Terzo settore e codice dei contratti.

Le Linee Guida, che integrano ed interpretano le disposizioni di cui all'art. 55, 56 e 57 del codice del Terzo settore, rappresentano un punto di riferimento dotato di un rilevante grado di certezza e di stabilità, in tema di definizioni sostanziali, procedimento amministrativo, regime di trasparenza, indispensabile per l'operato delle amministrazioni centrali e territoriali.

Il par. 1 contiene un inquadramento generale degli istituti, assai utile a fronte di una (certa) laconicità del codice del Terzo settore.

Il par. 1.1, in particolare, aiuta ad inquadrare il rapporto fra «amministrazione condivisa» e affidamento di servizi pubblici, offrendo dei chiari elementi di orientamento.

Il par. 2 ed il par. 3 disegnano invece l'iter procedimentale, chiarendo come co-programmazione e co-progettazione siano propriamente procedimenti amministrativi di cui alla legge n. 241 del 1990 e come, conseguentemente, sia proprio all'interno di tali procedimenti che l'amministrazione condivisa trova una propria *forma giuridica*.

Il par. 4 interviene sul tema delle convenzioni ex art. 56 del codice del Terzo settore, chiarendo il portato normativo di talune espressioni e del principio del rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate.

Il par. 5 interviene per offrire una lettura dell'art. 57 del codice, in tema di trasporto di emergenza e urgenza, tema assai rilevante (sul quale si registra la recente sentenza n. 255 del 2020 e due rinvii pregiudiziali alla Corte di Giustizia dell'Unione europea disposti dal Consiglio di Stato).

Il par. 6, infine, precisa i contenuti degli obblighi di pubblicità e trasparenza connessi all'amministrazione condivisa.

Con l'adozione delle Linee Guida si supera dunque una lunga fase di incertezza e si rende disponibile per Regioni ed Enti Locali una strumentazione immediatamente operativa per attivare gli istituti della «amministrazione condivisa».

Ciò non toglie che Regioni ed enti locali possano/debbero adottare propri atti normativi o amministrativi per rendere più adeguati al proprio contesto territoriale e sociale le loro discipline o, adeguare i propri precedenti strumenti di programmazione e di progettazione (ad esempio, in campo sociale o socio-sanitario).

Questa connessione fra norma giuridica e territorio è uno dei laboratori più interessanti: si pensi, ad esempio, alla possibilità di disciplinare l'avvio dei procedimenti ad istanza del Terzo settore (ed alle possibili motivazioni che la PA dovrebbe offrire nel caso in cui si decida di avviare o non avviare un procedimento); all'avvio di procedimenti di co-programmazione e co-progettazione concernenti beni immobili pubblici o beni confiscati alla mafia; la differenziazione dei procedimenti in base all'attività di interesse generale, al valore complessivo della collaborazione, al numero dei partecipanti.

Oggi, dunque, al Terzo settore ed alla PA spetta il compito di agire per co-



gliere il significativo attivismo civico e dare il “segno” di un cambiamento possibile che le Linee guida rendono possibile: sono maturi i tempi per costruire un rapporto tra Governo nazionale e Governi locali sul tema della assistenza sociosanitaria non più episodico o “alla carta”, ma fondato su sistematici raccordi ed organismi di relazione

10. Conclusioni

Nel volgere di pochi decenni un terzo della popolazione avrà una età superiore ai 65 anni. Si tratta di un mutamento profondo di cui ancora non c'è una adeguata consapevolezza sociale. L'esperienza della pandemia ha il drammatico merito di aver messo in luce i limiti del sistema italiano di assistenza sanitaria e sociale della popolazione fragile. In numerosi hanno espresso opinioni e dato consigli. C'è da sperare che questa nuova consapevolezza sia di ispirazione per una riforma del welfare all'altezza della rivoluzione demografica che stiamo vivendo. Un welfare di prossimità, frutto di un patto, di un'alleanza sul territorio tra istituzioni, forze sociali, mondo dell'associazionismo, enti del terzo settore, volontariato in cui ognuno metta a disposizioni le proprie capacità e disponibilità, il proprio impegno per dare a tutti noi una speranza e un percorso di crescita civile.





ACRONIMI

- **AeA:** Abitare e Anziani è un'Associazione nazionale senza fini di lucro, nata nel 1998 con l'obiettivo di migliorare le condizioni abitative degli anziani, in risposta al consistente processo di invecchiamento della popolazione e alla costante crescita del numero degli anziani soli, soprattutto d'età avanzata.
<https://www.abitareeanziani.it/>
- **ADLs:** Activities of Daily Living (Attività quotidiane) è un termine utilizzato per valutare le capacità di svolgere le attività quotidiane per la cura personale.
- **AFT:** Aggregazioni funzionali territoriali sono forme organizzative monoprofessionali della Medicina Generale.
- **AGENAS:** L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali è un Ente pubblico non economico di rilievo nazionale, istituito con decreto legislativo del 30 giugno 1993 n.266 e s.m., e si configura come organo tecnico-scientifico del SSN svolgendo attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministro della salute, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 2, comma 357, legge 24 dicembre 2007 n. 244.
<https://www.agenas.gov.it/agenas/l-agenzia>
- **AIFA:** L'Agenzia Italiana del Farmaco - AIFA è un ente pubblico che opera in autonomia, trasparenza e economicità, sotto la direzione del Ministero della Salute e la vigilanza del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia.- Collabora con le Regioni, l'Istituto Superiore di Sanità, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, le Associazioni dei pazienti, i Medici e le Società Scientifiche, il mondo produttivo e distributivo.
<https://www.aifa.gov.it/>
- **ANCI:** Associazione Nazionale Comuni Italiani
- **AO:** Aziende Ospedaliere
- **ASL:** Azienda sanitaria locale o azienda unità sanitaria locale (AUSL), è un ente pubblico deputato all'erogazione di servizi sanitari
- **ASP:** Azienda Sanitaria Provinciale
- **APSP:** Azienda Pubbliche Servizi alla Persona
- **ATER:** Aziende Territoriali di Edilizia Residenziale
- **ATS:** Agenzia di Tutela della Salute
- **AUSER:** Auser è una associazione di volontariato e di promozione sociale, impegnata nel favorire l'invecchiamento attivo degli anziani e valorizzare il loro ruolo nella società. <https://www.auser.it/chi-siamo/>
- **CAF:** Centri di assistenza fiscale
- **CENSIS:** Centro Studi Investimenti Sociali, costituito il 1° gennaio 1964 come associazione privata, che ha ottenuto nel 1973 il riconoscimento di fondazione. Svolge attività di ricerca e di consulenza in merito a processi formativi, lavoro e occupazione, sicurezza sociale, edilizia e interventi sul territorio, autonomie locali. <https://www.censis.it/>



- **CECHODAS:** Comitato europeo di collegamento per l'edilizia sociale e abitativa, è una rete di federazioni nazionali e regionali di edilizia sociale che riunisce 4.500 organizzazioni di alloggi pubblici e volontari e 28.000 cooperative di alloggi. Insieme, i 45 membri in 19 Stati membri dell'UE gestiscono 25 milioni di abitazioni. I membri di CECODHAS lavorano insieme per un'Europa che fornisce accesso a alloggi dignitosi e convenienti per tutti in comunità socialmente, economicamente e ambientalmente sostenibili. <https://euagenda.eu/organisers/cecodhas>
- **CGIL:** Confederazione generale italiana del lavoro. <http://www.cgil.it/>
- **CISL:** Confederazione italiana sindacati lavoratori. <https://www.cisl.it/>
- **CNEL:** Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro. <https://www.cnel.it/>
- **CUP:** Centro Unico di Prenotazione
- **DCR:** Delibera del Consiglio Regionale
- **DGR:** Delibera Di Giunta Regionale
- **DPCM:** Decreto Presidente Consiglio dei Ministri
- **DPR:** Decreto Presidente della Repubblica
- **EE.LL:** Enti Locali
- **ERP:** Edilizia residenziale Pubblica
- **FNA:** Fondo nazionale per la non autosufficienza è stato istituito nel 2006 con Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (art. 1, co. 1264), con l'intento di fornire sostegno a persone con gravissima disabilità e ad anziani non autosufficienti al fine di favorirne una dignitosa permanenza presso il proprio domicilio evitando il rischio di istituzionalizzazione, nonché per garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali. <http://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Fondo-per-non-autosufficienza/Pagine/default.aspx>
- **FNPS:** Fondo Nazionale per le Politiche Sociali destinato alle Regioni per lo sviluppo della rete integrata di interventi e servizi sociali, come previsto dalla Legge 328/2000
- **FSE:** Fascicolo Sanitario Elettronico
- **GIMBE:** La Fondazione GIMBE è un'organizzazione indipendente che dal 1996 promuove l'integrazione delle migliori evidenze scientifiche in tutte le decisioni politiche, manageriali, professionali che riguardano la salute delle persone <https://www.gimbe.org/>
- **HTA: Health Technology Assessment** Processo multidisciplinare di valutazione delle tecnologie sanitarie che sintetizza le informazioni sulle questioni cliniche, economiche, sociali ed etiche connesse all'uso di una tecnologia sanitaria, in modo sistematico, trasparente, imparziale e solido. Il suo obiettivo è contribuire all'individuazione di politiche sanitarie sicure, efficaci, incentrate sui pazienti e mirate a conseguire il miglior valore.
- **IADLs:** Instrumental Activities of Daily Living (Attività strumentali della vita quotidiana) è un termine utilizzato per valutare i gradi di autonomia nelle attività strumentali di una persona (lavori di casa, preparazione dei pasti, l'assunzione di farmaci, la gestione di denaro, lo shopping, il telefono e l'uso della tecnologia)

- **ICT:** Information and Communication Technologies (Tecnologie riguardanti i sistemi integrati di telecomunicazione (linee di comunicazione cablate e senza fili), i computer, le tecnologie audio-video e relativi software, che permettono agli utenti di creare, immagazzinare e scambiare informazioni)
- **IdA:** Indennità di Accompagnamento
- **INPS:** L'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale nato oltre centoventi anni fa allo scopo di garantire i lavoratori dai rischi di invalidità e vecchiaia, l'Inps ha assunto nel tempo un ruolo di crescente importanza, fino a diventare il pilastro del sistema nazionale di protezione sociale
- **IPAB:** Istituto Pubblico di Assistenza e Beneficienza
- **ISEE:** Indicatore per valutare e confrontare la situazione economica dei nuclei familiari che intendono richiedere una prestazione sociale agevolata.
- **ISTAT:** L'Istituto nazionale di statistica, ente di ricerca pubblico, è il principale produttore di statistica ufficiale a supporto dei cittadini e dei decisori pubblici. Opera in piena autonomia e in continua interazione con il mondo accademico e scientifico. <https://www.istat.it/>
- **LEA:** I Livelli Essenziali di Assistenza sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).
<http://www.salute.gov.it>
- **LEP - LIVEAS:** I Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, denominati anche Livelli Essenziali delle prestazioni di Assistenza Sociale, sono previsti dal sistema integrato di interventi e servizi sociali (art. 22 della LN.328/2000) al fine di garantire alle persone ed alle famiglie, qualità della vita e cittadinanza sociale, nonché pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli
- **LTC:** Long Term Care. Secondo la definizione fornita dall'OCSE, con long term care si intende "ogni forma di assistenza fornita a persone non autosufficienti lungo un periodo di tempo esteso senza data di termine predefinita"
- **MMG:** Medico di Medicina Generale
- **NNN:** nato nel 2009 il Network non autosufficienza è composto da studiosi, dirigenti di servizi pubblici e privati e consulenti che pensano valga la pena di unire le forze al fine di aiutare la riflessione "insieme scientifica e operativa"
<https://www.luoghicura.it/network-non-autosufficienza/>
- **NSG:** Il Nuovo Sistema di Garanzia è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).
- **NSIS:** Nuovo sistema informativo sanitario.
- **OdC:** Ospedale di Comunità
- **OSR:** Oldest Support Ratio – Indice di rinnovo delle persone che potranno prendersi cura degli anziani.
- **OSS:** Operatore socio-sanitario



- **OCSE - OECD:** L' Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico è un'organizzazione internazionale di studi economici per i paesi membri, paesi sviluppati aventi in comune un' economia di mercato. <https://www.oecd.org/italy/>
- **PDTA:** Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale - Metodologia mirata alla condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti durante un periodo di tempo ben definito.
- **PAI:** il Piano Assistenziale Individualizzato è il documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno con l'intento di formulare ed attuare un progetto di cura e assistenza.
- **PNA:** Piano per la Non Autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021 adottato, su proposta della Rete della protezione e dell'inclusione sociale, con DPCM del 21 novembre 2019. (20A00639) (GU Serie Generale n.28 del 04-02-2020).
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2020-0204&atto.codiceRedazionale=20A00639
- **PNRR:** Il Piano nazionale di ripresa e resilienza è il programma di investimenti che l'Italia deve presentare alla Commissione europea nell'ambito del Next Generation EU, lo strumento per rispondere alla crisi pandemica provocata dal Covid-19. <http://www.politicheeuropee.gov.it/it/comunicazione/approfondimenti/pnrr-approfondimento/>
- **PPP:** Partenariato pubblico-privato è una forma di cooperazione tra i poteri pubblici e i privati, con l'obiettivo di finanziare, costruire e gestire infrastrutture o fornire servizi di interesse pubblico. Tale forma di cooperazione con soggetti privati consente alla pubblica amministrazione di attrarre maggiori risorse di investimento e competenze non disponibili al suo interno.
- **PTI:** Piani Terapeutici Individuali
- **PUA:** Punto (Porta) unico di accesso ai servizi socioassistenziali
- **RSA:** Le Residenze Sanitarie Assistenziali sono strutture residenziali destinate ad accogliere persone anziane non autosufficienti, alle quali garantiscono interventi destinati a migliorarne i livelli di autonomia, a promuoverne il benessere, a prevenire e curare le malattie croniche.
- **SAD:** Servizio di Assistenza Domiciliare
- **SPI-Cgil:** Sindacato Pensionati Italiani-Cgil. <https://www.spi.cgil.it/>
- **SSN:** Servizio Sanitario Nazionale - Legge 23 dicembre 1978, n. 833
- **SSR:** Servizio Sanitario Regionale
- **UIL:** L'Unione Italiana del Lavoro (UIL) è una confederazione sindacale italiana. <https://www.uil.it/>
- **UILP:** L'Unione Italiana Lavoratori Pensionati. <https://uilpensionati.it/>
- **UVMd:** Unità di Valutazione Multidimensionale esamina le necessità della persona in particolari condizioni di bisogno sanitario, sociale, relazionale e ambientale e individua gli interventi personalizzati e appropriati attraverso l'offerta dei diversi servizi territoriali.

- **VMD:** Valutazione Multidimensionale è un processo globale e dinamico interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona.
- **WHO - OMS :** Organizzazione Mondiale della Sanità (in inglese World Health Organization), è un istituto specializzato dell'ONU per la salute, fondata il 22 luglio 1946 ed entrata in vigore il 7 aprile 1948 con sede in Svizzera, Ginevra.
<https://www.who.int/>

BIBLIOGRAFIA

- **Abitare e Anziani informa** - La co-residenza: una possibile terza via tra solitudine e casa di cura – 2019 - https://www.abitareeanziani.it/wpcontent/uploads/2019/07/AeA_Magazine_22019.pdf
- **Abitare e Anziani informa** - Invecchiare a casa propria: LE COSE DA FARE https://www.abitareeanziani.it/wp-content/uploads/2019/01/AeA_Magazine_01-2019_.pdf
- **Abitare e Anziani informa** - 2° Rapporto sulle condizioni abitative degli anziani in Italia che vivono in case di proprietà – 2015 <https://www.abitareeanziani.it/wp-content/uploads/2016/07/2%C2%AF-Rapporto-AeA.pdf>
- **Arlotti M., Catena L., Genova A.** - La dimensione territoriale dell'integrazione – Carocci - 2015
- **Assoprevenienza e di Itinerari Previdenziali** - La residenzialità per gli anziani: possibile coniugare sociale e business? – 2016 <https://www.itinerariprevidenziali.it/site/home/biblioteca/pubblicazioni/quaderno-di-approfondimento-rsa.html>
- **AUSER** - Le proposte per un nuovo modello di RSA - 2020 <https://www.auser.it/notizie/le-proposte-dellauser-per-un-nuovo-modello-di-rsa/>
- **Barbabella F., Poli A., Di Rosa M., Lamura G.** - L'assistenza domiciliare: una comparazione con altri paesi europei - 2019 <https://www.luoghicura.it/servizi/domiciliarita/2019/05/lassistenza-domiciliare-una-comparazione-con-altri-paesi-europei/>
- **Barbabella F., Poli A., Di Rosa M., Lamura G.** - Come opera l'assistenza domiciliare negli altri Paesi europei? – 2013 http://datastorage02.maggioli.it/data/docs/www.nonautosufficienza.it/Assistenza_domiciliare_europa.pdf
- **Barsanti S.** - Gli indicatori di valutazione dell'ADI tra le regioni con focus sul punto di vista del paziente – 2019 http://www.carditalia.com/wp-content/uploads/2019/06/Barsanti_Gli_indicatori_di_valutazione.pdf
- **Benedetti C., Belluto M., Pecora N.** - Le Microaree di Trieste come modello di assistenza socio-sanitaria territoriale 2018 <https://www.saluteinternazionale.info/2018/09/le-microaree-di-trieste-come-modello-di-assistenza-socio-sanitaria-territoriale/>
- **Bugli A.** - Verso un sistema di welfare davvero complementare: a che punto siamo? – 2019 <https://www.ilpuntopensionielavoro.it/site/home/assicurazioni/verso-un-sistema-di-welfare-davvero-complementare-a-che-punto-siamo.html>
- **Carta di Tallin:** i sistemi sanitari per la salute e il benessere economico – 2008 http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=1314



- **CENSIS** – La silver economy e le sue conseguenze - 1° Rapporto Censis-Tender-capital sui buoni investimenti – 2019
https://www.censis.it/sites/default/files/downloads/Sintesi_29ottobre.pdf
- **CENSIS** - L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficienti – Note e commenti Anno LI n. 785 – 2015
- **CENSIS** – Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese – Cap. L'emergenza permanente della non autosufficienza – 2017
- **Colombini L.** - Le politiche statali per la non autosufficienza – 2020
<https://welforum.it/le-politiche-statali-per-la-non-autosufficienza/>
- **CNEL** – Relazione 2019 al Parlamento e al Governo sui livelli e la qualità dei servizi offerti dalle Pubbliche amministrazioni centrali e locali alle imprese e ai cittadini
file:///C:/Users/Auser/Downloads/Relazione_Qualit%C3%A0_PA_CNEL_def.pdf
- **Commissione Europea** - State of Health in the EU Italia - Profilo della Sanità 2019
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_it_italy.pdf
- **Commissione Europea** – L'economia d'argento - Rapporto finale <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/a9efa929-3ec7-11e8-b5fe-01aa75ed71a1bblicazioni dell'UE> – 2018
- **Costa C.** (a cura di) – L'evoluzione dei sistemi sanitari regionali – IRES veneto - 2016
- **De Bortoli F.** - Gli anziani non sono un peso - Corriere della sera 30.10.2019
https://www.corriere.it/economia/consumi/19_ottobre_30/gli-anziani-non-sono-peso-9b1674c2-fb67-11e9-b1c6-a381abba5d9f.shtml
- **De Leo D., Trabucchi M.** - Il problema 'solitudine' diventa evidente – 2020
<https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2020/06/il-problema-solitudine-diventa-evidente/>
- **degl'Innocenti A.** - Christine Lagarde e il "problema" longevità: come ti smantello lo stato sociale – Il Cambiamento 2012
https://www.ilcambiamento.it/articoli/christine_lagarde_problema_longevita_s_tato_sociale
- **di Matteo C.** - Invecchiamento attivo: sviluppi internazionali e nuove strategie in Italia – 2019
<https://welforum.it/invecchiamento-attivo-sviluppi-internazionali-e-nuove-strategie-in-italia/>
- **Dotti. M.** – La quarta età: un'economia per nuovi highlander e una sfida per il sociale - 2019 <http://www.vita.it/it/interview/2019/06/12/la-quarta-eta-uneconomia-per-nuovi-highlander-e-una-sfida-per-il-socia/254/>
- **Falasca C.** - L'integrazione dei servizi abitativi e di assistenza per la permanenza degli anziani nella loro abitazione - 2020.
<https://www.ediesseonline.it/prodotto/rps-n-4-2020/>
- **Falasca C.** - Il COVID non fermerà l'urbanizzazione, la cambierà – Newsletter Nuovi Lavori - N. 265 – 2020
<http://www.nuovi-lavori.it/index.php/sezioni/1892-il-covid-non-fermera-l-urbanizzazione-la-cambiera>

- **Falasca C.** (a cura di) – Domiciliarità e residenzialità per l'invecchiamento attivo – Auser 2017 <https://www.auser.it/books/domiciliarita-e-residenzialita-per-linvecchiamento-attivo/>
- **Falasca C.** (a cura di) – Il diritto di invecchiare a casa propria – Ed. Liberetà – 2018 <https://www.auser.it/wpcontent/uploads/2018/11/Ricerca%20Domiciliarit%c3%a0%20-%20impaginata.pdf>
- **Filippi V.** - Più longevi ma con meno salute? Un allarme epidemiologico – 2020 <https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2020/07/piu-longevi-ma-con-meno-salute-un-allarme-epidemiologico/>
- **Fondazione di Vittorio** - La povertà energetica e gli anziani” - In Abitare e Anziani Informa n.3 – 2020 - https://www.abitareeanziani.it/wp-content/uploads/2020/10/Aea3_definitivo.pdf
- **Fondo politiche sociali** – Condicio 2020 <http://www.condicio.it/focus/fondo-politiche-sociali/>
- **Fosti G., Notarnicola E.** (a cura di) - Il futuro del settore LTC: prospettive dei servizi, dai gestori e dalla policy regionali – Egea 2019 http://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/99aaf88a-1c66-42ec-add9-df76ae31a5d8/fosti_notarnicola.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mRDrVdE
- **Fosti G., Notarnicola E.** (a cura di) - L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care – Egea 2028 <https://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/a4e696bb-3695-4da2-be3b-ea6f939b6043/1%C2%B0+Rapporto+LTC.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mnCHXMJ>
- **GIMBE** (a cura di) - La spesa sociale di interesse sanitario nel 2017 - Report Osservatorio GIMBE n. 8/2019 https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2019.08_Spesa_sociale_di_interesse_sanitario_2017.pdf
- **Gori C., Pesaresi F.**, - Piano nazionale non autosufficienza: un giudizio ambivalente, in attesa della riforma – 2020 <https://www.secondowelfare.it/innovacare/piano-nazionale-non-autosufficienza-un-giudizio-ambivalente-in-attesa-della-riforma.html>
- **Gori C., Pesaresi F.** - La riforma nazionale delle politiche per i non autosufficienti. 20 anni di proposte <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2019/01/la-riforma-nazionale-delle-politiche-per-i-non-autosufficienti-20-anni-di-proposte/>
- **Gori C., Trabucchi M.** - Più Stato e meno Regioni? <https://www.luoghicura.it/editoriali/2020/04/piu-stato-e-meno-regionitaccuino-sul-mondo-nuovodue-10-aprile-2020/>
- **In-Age** (INclusive AGEing in plac) - La solitudine dei numeri primi - In Abitare e Anziani informa n.1 2020 https://www.abitareeanziani.it/wp-content/uploads/2020/01/AeA_Magazine_01-2020_completo.pdf



- **ISTAT** – Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia - 2020
<https://www.istat.it/it/files//2020/08/Invecchiamento-attivo-e-condizioni-di-vita-degli-anziani-in-Italia.pdf>
- **ISTAT** – Sistema informativo anziani
<http://dati-anziani.istat.it/>
- **ISTAT** - La protezione sociale in Italia e in Europa 2019
https://www.istat.it/it/files//2020/04/Protezione_sociale.pdf
- **ISTAT** – Bilancio demografico nazionale 2019
https://www.istat.it/it/files//2020/07/Report_BILANCIO_DEMOGRAFICO_NAZIONALE_2019.pdf
- **ISTAT** – Ambiti sociali - Interventi e servizi sociali dei comuni : Utenti e spesa - ambiti territoriali sociali (Ats)
<http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=22827>
- **ISTAT** - Annuario statistico regionale - Famiglie per presenza di alcuni problemi nella zona in cui abitano - 2017.
<https://www.regione.vda.it/statistica/pubblicazioni/annuari/annuario2017/SITE/22/6.PDF>
- **Italia Longeva** - La continuità assistenziale nella long term care in Italia: buone pratiche a confronto – 2019
https://www.medicasa.it/sites/medicasa_it/files/2019/10/18/indagine-continuita-assistenziale-2019.pdf
- **Italia Longeva** – La continuità assistenziale nella Long Term Care in Italia: buone pratiche a confronto - 2019
https://italialongeva.it/wp-content/uploads/2020/06/Indagine-ADI_2019_Italia-Longeva.pdf
- **Italia Longeva** - L'Assistenza Domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa e buone pratiche – 2018
<https://www.italialongeva.it/2018/07/13/lassistenza-domiciliare-in-italia-chi-la-fa-come-si-fa-e-buone-pratiche-2018/>
- **Italia Longeva** - La Babele dell'Assistenza Domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa - 2017
<https://www.italialongeva.it/2017/06/08/la-babele-dellassistenza-domiciliare-in-italia-chi-la-fa-come-si-fa-2017/>
- **Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale** - Libera Università di studi sociali - Luiss “Guido Carli” - Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche - “V. Bachelet” – 2008
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_808_allegato.pdf
- **Luciano A.** - Valutare l'age-friendliness di un'abitazione – In *Abitare e Anziani informa* n.1 2021
<https://www.abitareeanziani.it/aea-informa-febbraio-2021/>
- **Maino F., Razetti F.** - Long-Term Care e innovazione sociale: riflessioni e spunti dall'Unione europea
<https://www.secondowelfare.it/innovacare/long-term-care-e-innovazione-sociale-riflessioni-e-spunti-dallunione-europea.html>

- **Ministero dell'Economia e delle Finanze** - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Le tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario – Rapporto n. 17 - 2016 https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-1/attivita_istituzionali/monitoraggio/spesa_pensionistica/
- **Menghini V.** - Long-Term Care e diritti degli anziani in Europa: Italia debole – 2020 <https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2020/06/long-term-care-e-diritti-degli-anziani-in-europa-italia-debole/>
- **Notarnicola E.** - Le politiche regionali per la Long-Term Care: come si sono mosse le Regioni? – In I luoghi della cura del 30 Settembre 2019 - <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2019/09/le-politiche-regionali-per-la-long-term-care-come-si-sono-mosse-le-regioni/>
- **NNN** - Network Non Autosufficienza (a cura di) – L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 6° Rapporto 2016/17 - Maggioli Editore 2017 https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2017/12/NNA_2017_6%C2%B0_Rapporto.pdf
- **Nomisma** - Dimensioni e caratteristiche del disagio abitativo in Italia - 2016 http://www.istitutodegasperi-emilia-romagna.it/pdf-mail/290_11052016a3.pdf
- **Orioli A.** - Italia, un Paese di anziani non autosufficienti: l'emergenza ignorata – 2019 - <https://www.ilsole24ore.com/art/italia-paese-anziani-non-autosufficienti-l-emergenza-ignorata-ACgqDmU>
- **OECD** - Workforce and Safety in Long-Term Care during the COVID-19 pandemic – 2020 - <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3516351.pdf>
- **OECD** - Ageing: debate the issues – 2015 <https://www.simg.it/documenti/pdf/OCSE%202016.pdf>
- **OECD** - Ageing in the City' – 2015 https://www.oecd-ilibrary.org/urban-rural-and-regional-development/ageing-in-cities_9789264231160-en
- **OECD Observer** - Economic Cooperation and Development. Long-term care: a complex challenge – 2007 - www.oecd.org
- **Osservatorio Europeo del Social Housing** - Anziani e casa nell'Unione Europe – Numero speciale - Anno 1 - 2008
- **Patto per la salute 2019-2020** <http://www.regioni.it/newsletter/n-3750/del-07-01-2020/patto-per-la-salute-2019-2021-il-testo-20616/>
- **Pesaresi F.** - La prova dei mezzi nella Long-Term Care in Europa – 2019 <https://www.secondowelfare.it/innovacare/la-prova-dei-mezzi-nella-long-term-care-in-europa.html>
- **Pesaresi F.** - 20 anni di proposte per la non autosufficienza - Questa legislatura sarà quella buona? <https://welforum.it/20-anni-di-proposte-per-la-non-autosufficienza/>
- **Pesaresi F.** - Le funzioni dei punti unici di accesso – 2013 https://www.academia.edu/34074860/Le_funzioni_dei_punti_unici_di_acc-esso_PUA



- **Pesaresi F.** - La gestione associata dei servizi sociali - In APPUNTI sulle politiche sociali n. 3-2006
<http://www.grusol.it/informazioni/16-01-07.PDF>
- **Piano Nazionale della Cronicità** - 2016
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf
- **Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025**
http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=5029
- **Piano per la non autosufficienza 2019-21**
https://www.gazzettaufficiale.it/do/atto/serie_generale/caricaPdf?cdimg=20A0063900100010110001&dgu=2020-02-04&art.dataPubblicazioneGazzetta=2020-02-04&art.codiceRedazionale=20A00639&art.num=1&art.tiposerie=SG
- **Piano sociale nazionale 2018-20**
https://welforum.it/wp-content/uploads/2019/01/News-2019-01-10-3_Decr_261118_Riparto_Fondo_naz_politiche_sociali_annualit%C3%A0_2018-GU-100119.pdf
- **Polci S.** - I piccoli comuni: dal disagio abitativo al buon vivere italiano - Editoria & Ambiente – 2010
- **Population Europe** - Who Cares? Securing support in old age - Population & Policy Compact Policy Brief No. 21 May 2019 - https://socialnropolitika.eu/wp-content/uploads/2019/06/pb21_who_cares_web.pdf
- **Porpiglia D.** - La longevità come nuovo motore della crescita economica – I futuri 2015 - <https://www.futurimagazine.it/osservatorio/longevita-nuovo-motore-crescita-economica/>
- **Razzetti F, Maino F.** - Le proposte dei partiti per affrontare invecchiamento e non autosufficienza – In Percorsi di secondo welfare 2018
<https://www.secondowelfare.it/sanita/verso-le-elezioni-le-proposte-dei-partiti-per-affrontare-invecchiamento-e-non-autosufficienza.html>
- **Salvini S.** - Longevità, vecchiaia, salute – Neodemos 2015
<https://www.neodemos.info/wp-content/uploads/2015/07/Longevit%C3%A0-vecchiaia-salute-3.pdf>
- **Sindacati pensionati CGIL, CISL, UIL** – Proposta di legge sulla non autosufficienza 2005 - http://www.fondazionepromozionesociale.it/PA_Indice/152/152_testo_della_proposta_di_legge.htm
- **Turri M.E.** – Pensa a cosa mangi: alimentazione e salute delle persone anziane – Edit Coop - 2016 - https://www.auser.it/wp-content/uploads/2016/10/OpuscoloAUSER-Pensa%20a%20cosa%20mangi-195x195_ok.pdf
- **United Nations** - Sustainable Development Goals (SDGs) – 2015
<https://sdgs.un.org/fr/goals>
- **Visco I.** - **Il rischio di longevità e i cambiamenti dell'economia – 2015**
<https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/interventi-governatore/integov2015/visco-11122015.pdf>
- **World Economic Forum** - How 21st-Century Longevity Can Create Markets and Drive Economic Growth - 2015
http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_Ageing_White_Paper.pdf

- **World Economic Forum** - Global Population Ageing: Peril or Promise? Global Agenda Council on Ageing Society - 2012 -
http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf
- **World Health Organization** - Health 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century – 2013
<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>
- **World Health Organization** - Global Age-friendly Cities: A Guide – 2007
https://www.who.int/ageing/publications/age_friendly_cities_guide/en



Finito di stampare nel mese di settembre 2021
dalla Tipografia O.GRA.RO. Roma

