



fondazione
easycare

LA DOTE E LA RETE

UNA POLICY E UN
MODELLO PER LE
NON AUTOSUFFICIENZE



INDICE

1. INTRODUZIONE	7
Raul Cavalli, Fondazione Easy Care, Reggio Emilia	
 LA PROPOSTA	
2. LA DOTE E LA RETE	13
Fabio Diana, Fondazione Easy Care, Reggio Emilia	
2.1 Le ragioni di una proposta: crisi del welfare familiare, efficienza ed appropriatezza	
2.2 Dalla sperimentazione alla policy: il modello Prontoserenità®	
2.3 La proposta: La dote e la rete	
2.4 Potenzialità e criticità	
 LA SUA REALIZZABILITÀ	
3. IL MODELLO LA DOTE E LA RETE: WELFARE E IMPRESA SOCIALE DI GARANZIA	49
Giorgio Fiorentini, Università Bocconi, Milano	
3.1 Il welfare: una lettura economico aziendale e tratti evolutivi	
3.2 Il welfare state ed il fallimento del mercato	
3.3 Dal welfare state al welfare mix	
3.4 Il welfare universalistico a sussidiarietà variabile (WUSV)	
3.5 Il modello La dote e la rete e l'impresa sociale non	

profit di garanzia

3.6 Accreditamento e La dote e la rete

3.7 Conclusioni

4. PROFILI GIURIDICI: QUADRO DI RIFERIMENTO E PROSPETTIVE D'AZIONE

99

Andrea Blasini, SSSUP Sant'Anna, Pisa

4.1 Il modello La dote e la rete alla luce del riparto di
competenze tra stato e regioni in materia di assistenza
sociale

4.2 Le aree di intervento

4.3 Un percorso innovativo



LE EVIDENZE

5. DEMOGRAFIA, FAMIGLIE E SCENARI EPIDEMIOLOGICI
Massimo Campedelli, SSSUP Sant'Anna, Pisa e Alessia
Anzivino, SDA Bocconi, Milano

115

5.1 Trasformazioni socio demografiche e cambiamenti
nelle strutture e nelle dinamiche familiari

5.2 Stato di salute, invecchiamento e disabilità

5.3 Accesso ai servizi sanitari e impoverimento

6. LA SPESA PER LONG TERM CARE
Massimo Campedelli, SSSUP Sant'Anna, Pisa e Alessia
Anzivino, SDA Bocconi, Milano

135

6.1 Spesa per interventi assistenziali dei comuni

6.2 Politiche regionali per le non autosufficienze

6.3 Le prestazioni Inps a favore degli invalidi civili
(escluse quelle per ciechi e sordomuti)

6.4 Tre stime di spesa complessiva per LTC



COMMENTI E CONSIDERAZIONI

7. LA PRODUZIONE DI WELFARE DELLA "AZIENDA
FAMIGLIA" E LE SUE PROSPETTIVE
Massimo Campedelli, SSSUP Sant'Anna, Pisa

165

7.1 Nel prossimo futuro, le famiglie?

7.2 L'incontenibile crescita della spesa assistenziale
Inps

7.3 Una sottolineatura: l'indennità di
accompagnamento come sostegno alle famiglie?

7.4 Quant'è, complessivamente, la spesa per le non
autosufficienze?

7.5 Il significativo budget sanitario, socio sanitario e
assistenziale della "azienda famiglia"

INTRODUZIONE

Raul Cavalli, Fondazione Easy Care, Reggio Emilia



Era l'11 febbraio del 1980 quando il Parlamento italiano, con la legge n. 18, approvò l'adozione dell'indennità di accompagnamento, volta a tutelare gli invalidi civili da una condizione di oggettivo svantaggio nel soddisfacimento dei propri bisogni primari e promuoverne così la dignità umana in ragione del principio di uguaglianza tra i cittadini.

Le associazioni che allora più si batterono furono quelle delle famiglie di giovani disabili, insieme a quelle dei ciechi e ipovedenti e riuscirono a portare in fondo una legge che rimane oggi tra le più significative testimonianze del *welfare state* universalistico.

Era il Belpaese alla vigilia del "grande sacco", a spese delle future generazioni. Era il primo Governo Cossiga, Presidente della Camera Nilde Iotti e Presidente del Senato Amintore Fanfani. Il debito pubblico dello stato italiano era ancora sotto il 60% del PIL, che viaggiava al 3,4% di crescita annua. L'indice di vecchiaia era pari al 61% (oggi il rapporto tra anziani ultra 65enni e giovani fino a 14 anni è oltre il 150%) e solo il 17% delle famiglie era composto da un solo membro (oggi quasi il 35%).

Sono passati ben trentasei anni dalla sua entrata in vigore e che sia stato un successo lo dimostrano gli oltre 2,3 milioni di invalidi civili beneficiari dell'indennità di accompagnamento. Tuttavia, nel 2035, se si confermano gli attuali trend demografici ed i medesimi indici epidemiologici, l'incremento delle persone anziane in condizione di non autosufficienza porterà l'erogazione annuale dell'indennità di accompagnamento dagli attuali 14 miliardi circa ad oltre 23 miliardi.

Ciò che oggi appare necessario fare è una ricontestualizzazione dell'istituto dell'indennità di accompagnamento alla luce delle evoluzioni che sono intervenute, e interverranno, nella società civile e nelle condizioni di finanza pubblica. Sia ben chiaro, non ci si propone di arretrare sulle conquiste civili del paese, bensì di avanzare, agendo una responsabilità civica che promuova innanzitutto pari opportunità, giustizia sociale e solidarietà tra le generazioni.

Spieghiamoci meglio. Il sistema di welfare italiano si caratterizza per una eccessiva frammentazione degli interventi per la non autosufficienza; numerosi enti centrali e periferici intervengono contemporaneamente con misure dall'insufficiente portata economica per la dimensione del problema. Tra l'altro la riforma del titolo V della Costituzione ha collocato l'assistenza sociale tra le materie di competenza delle regioni (seppur in via residuale), proprio quando il quadro della finanza pubblica

limita l'azione di questi enti.

Tra l'altro, ciò che appare più incoerente è che la principale azione – l'indennità di accompagnamento – che il paese possiede per sostenere gli invalidi civili (giovani, adulti, ma soprattutto anziani) è totalmente sganciata dai sistemi territoriali sanitari e di assistenza sociale.

L'uniformità, poi, della misura (oggi circa 508 euro al mese) prescinde dall'intensità del bisogno e perciò risulta ai più ingiusta.

Tra l'altro, il presupposto logico della efficacia della misura è proprio l'esistenza di nuclei familiari articolati in grado di accompagnare il familiare durante i percorsi della non autosufficienza e reggere il peso fisico e psicologico, oltretutto economico, derivante dalla invalidità.

Inoltre, l'attuale modalità con cui l'indennità di accompagnamento viene riconosciuta si caratterizza per una elevata discrezionalità dei requisiti e ciò determina percentuali di percepimento in alcune regioni doppie rispetto ad altre (es. Sicilia vs. Trentino Alto Adige) mettendo in grave difficoltà il senso di giustizia sociale.

Infine, le provvidenze monetarie pubbliche – quale l'indennità di accompagnamento – presupporrebbero quantomeno la prova dei mezzi (la c.d. manifesta incapacità), se non anche una rendicontazione di spesa per garantire un carattere minimo di equità.

Pertanto, ciò che appare urgente non è tanto riconsiderare la congruità delle risorse stanziare su tale istituto, quanto soprattutto intervenire nel ripensare come l'indennità di accompagnamento possa integrarsi al sistema dei servizi per la non autosufficienza e incrementare sia l'efficienza che l'efficacia delle risposte per fronteggiare meglio una domanda crescente.

La prospettiva di intervento non può che essere quella sussidiaria e la logica è quella di consolidare le risorse nominalmente disponibili (siano esse pubbliche, assicurative o familiari), in una dotazione finanziaria in grado di sostenere percorsi assistenziali di cura appropriati nella soluzione ed economicamente coerenti, frutto sia di capitale sociale che di competenze pubbliche e private.

Se lo stato, come sempre più spesso ha dimostrato negli ultimi anni, si limita esclusivamente ad instaurare rapporti tra pubblico e privato finalizzati alla sola contrazione della spesa pubblica e rinuncia alla sfida del governo di quella privata rinuncia, altresì, alle opportunità generative che la coesione sociale offre al paese.

Infine, in attesa che lo stato individui e adotti i Livelli essenziali di assistenza sociale, la proposta di seguito descritta, se accompagnata da modesti interventi normativi, potrebbe, tra l'altro, consentire la realizzazione dei presupposti operativi per la loro prossima adozione.

Con il lavoro del proprio Comitato scientifico, Fondazione Easy Care ha ritenuto necessario ed urgente contribuire al dibattito pubblico al fine di individuare e superare i limiti che riducono fortemente l'efficacia e la equità della misura più significativa in tema di assistenza agli invalidi degli ultimi trenta anni e offrire, così,

al paese, un'opportunità per la cura e l'assistenza alla disabilità e, al contempo, un volano di sviluppo dell'economia della coesione sociale.

Buona lettura.

Raul Cavalli
Presidente

Fondazione Easy Care nasce nel 2007 su libera iniziativa di soggetti provenienti dai mondi della sanità e della assistenza (profit e non profit), a cui si sono aggiunti numerosi altri partecipanti che hanno conferito alla fondazione una visione eterogenea e complessiva delle tematiche di welfare. L'intento fondativo è la promozione dei valori costitutivi i moderni sistemi di welfare (accesso universale a protezione variabile, libera scelta, sussidiarietà, auto e mutuo aiuto, responsabilità sociale dei comportamenti individuali, solidarietà ed equità intergenerazionale, sostenibilità e progressività inversa dei sistemi di protezione) e lo studio e progettazione di modelli locali di welfare per famiglie, enti e imprese.

www.easy-care.it



LA PROPOSTA

LA DOTE E LA RETE

2

Fabio Diana, Fondazione Easy Care, Reggio Emilia



2.1 LE RAGIONI DI UNA PROPOSTA: CRISI DEL WELFARE FAMILIARE, EFFICIENZA ED APPROPRIATEZZA

2.1.1 VENT'ANNI DI DIBATTITI SENZA ESITI: RASSEGNAarsi O RILANCIARE?

Sono vent'anni almeno, dal Rapporto della Commissione Onofri del 1997, che nel nostro paese si discute o si propone di sviluppare una *policy* organica per le non autosufficienze e, in questo quadro, di utilizzare in modo diverso le ingenti provvidenze economiche con cui vi si fa fronte.

L'indennità di accompagnamento è la principale misura utilizzata a tale fine. Nata per rispondere a determinate necessità (sostegno economico per le disabilità gravi, da cecità prima e poi in generale), si è via via imposta come uno strumento centralizzato e scollegato da ogni altra forma prestazionale, ma ampio, visto che la probabilità di una periodo di vita in condizioni di disabilità grave accomuna quasi tutti, non selettivo, ovvero non sottoposto alla prova dei mezzi e quindi generatore di iniquità, diffusivo, in quanto preso a riferimento per le forme di sostegno economico elargite dagli enti locali, di sostegno economico delle famiglie impegnate nell'assistenza ad invalidi, soprattutto grandi anziani.

Un reddito familiare, improprio ed estremamente fungibile, divenuto funzionale a:

- compensare il mancato reddito del *caregiver* (soprattutto donna), che rinuncia al lavoro per assistere il proprio congiunto;
- integrare il reddito aggregato familiare in situazioni di crisi lavorativa, anche attraverso una perequazione di genere o intergenerazionale (i trasferimenti sostitutivi della mancanza di forme generalizzate di sostegno economico per le generazioni attive);
- ridurre la pressione sui servizi e sulla spesa pubblici;
- compensare i costi dell'assistenza familiare/badantato, vero e proprio pilastro del welfare italiano.

Di certo, seppur non efficiente, non equo, non appropriato, non di qualità, tale slittamento funzionale è stato pur sempre efficace dal punto di vista del consenso politico e come ammortizzatore per il fai-da-te di una domanda socio-sanitaria altrimenti imponente.

Principale fattore: i caratteri propri del welfare familistico italiano. Le famiglie sono state – e in buona parte lo sono tuttora, in un quadro di assenza di una politica

organica per le loro diverse espressioni, cioè di una politica familiare segmentaria, contraddittoria e di certo non promozionale, ma sostanzialmente strumentale della stessa – aziende sociali produttrici/auto-produttrici di prestazioni/servizi direttamente – e non solo indirettamente – riconosciute dallo stato.

Le trasformazioni cui sono sottoposte le famiglie (pluralizzazione delle culture e dei modelli, invecchiamento, assottigliamento e distanziamento fisico dei componenti, impoverimento, ecc.) pongono in una condizione di rischio la loro capacità di farsi carico del welfare fino ad ora ad esse attribuito, mettendo quindi a repentaglio, con riferimento in particolare ai ceti meno abbienti della popolazione, anche la risposta pubblica in quanto destinataria di un aumento delle richieste non più solvibili in modo autonomo. Risposta oramai da anni essa stessa sottoposta a pesanti revisioni e irrigidimenti.

Prima che le famiglie e il sistema di welfare formale, pubblico e accreditato, soccombano, è necessario ed urgente affrontare una riconfigurazione del modello di intervento e degli strumenti oggi utilizzati al fine di rendere sostenibile, efficiente, equo ed appropriato l'impianto delle risposte necessarie, in un'ottica di crescita di un mercato del lavoro di cura legale e professionalizzante/professionalizzato.

Sulla base delle evidenze che comprovano quanto fin qui detto, della sperimentazione di un modello di accompagnamento delle famiglie in caso di bisogno, testato a livello nazionale nel corso di oltre un quinquennio, di una rilettura critica di alcune delle idee di riforma presentate nel corso di questi anni, della elaborazione di una proposta alternativa e/o integrativa delle stesse, si vuole promuovere un percorso *bottom-up* per la trasformazione delle provvidenze monetarie, indennità di accompagnamento in primis, in un fondo personale vincolato all'acquisto personalizzato di servizi/prestazioni, incipit per il consolidamento di un mercato regolato di cura per le non autosufficienze.

Tre sono le obiezioni principali a questa proposta: il carattere di diritto acquisito di tali provvidenze, la loro funzione di ammortizzatore sociale, l'incertezza dell'effettività di un modello alternativo prestazionale.

Rispetto alla prima obiezione, la proposta intende sostituire tali diritti acquisiti con altri più coerenti con la condizione di bisogno, soprattutto in una visione di medio periodo, dei diretti interessati.

Rispetto alla seconda, in un quadro di assottigliamento dei ceti medi, con l'aumento della popolazione a rischio economico, ovvero delle disuguaglianze quantitative e qualitative tra la popolazione, gli esiti della proposta, presumibilmente, inciderebbero in modo differenziato: sulle famiglie meno abbienti, obbligate a mantenere/trattenere quel reddito improprio come strumento di compensazione di una condizione economica difficile; sulle famiglie immigrate, nella loro eterogeneità, anch'esse portate a sviluppare strategie improntate al mantenimento/trattenimento, anche se in questo caso non unicamente per motivi economici bensì anche culturali. Il primo caso non può essere una giustificazione a non introdurre soluzioni alternative, casomai la questione diventa quella di se e quali misure organiche di contrasto alla povertà economica il nostro paese intende attivare, tema sempre in agenda e mai affrontato. Il secondo caso, sulla base delle evidenze disponibili, è un'ipotesi che necessita di un'analisi ad hoc, in cui si incrocino le cause e i progetti di migrazione,

le condizioni di ricongiungimento e stabilizzazione familiare, le strategie di mantenimento dei rapporti con le reti familiari originarie, eccetera. Unica situazione reale, ma pur sempre numericamente marginale, riguarda i familiari anziani, stabilizzati in Italia attraverso i ricongiungimenti con lo scopo preciso di utilizzare le misure di welfare disponibili non tanto di natura monetaria – per le soglie di permanenza che condizionano l'accesso – quanto in natura, o *in kind*.

Rispetto alla terza: le tesi contenute ed esposte nella presente pubblicazione hanno il compito di delineare un modello di tipo prestazionale che abbia le caratteristiche e le basi per poter essere organizzato nella maniera più concreta e fattiva possibile.

Crediamo di poter offrire agli *stakeholder* e ai *policy maker* un documento di lavoro basato su una proposta discutibile, come è di per sé ogni proposta, rigoroso e coerente con le motivazioni che lo hanno sollecitato. Se riuscirà quantomeno a far riaprire un dibattito altrettanto rigoroso e coerente avrà raggiunto una parte non indifferente dei suoi obiettivi.

2.1.2 EVIDENZE

Nel 2014 i percettori delle prestazioni assistenziali sono stati, ogni mese, circa 3,7 milioni di persone, di cui quasi 2,9 milioni per invalidità civili. Nell'insieme si tratta del 17,8% dei percettori di prestazioni Inps. Il 61,4% sono donne. L'importo medio mensile è di 418 euro. Il numero di nuovi percettori di provvidenze per invalidità civile nel 2013 è stato di 487mila persone.

La spesa sostenuta per questo tipo di prestazioni rappresenta il 9,7% della spesa pensionistica lorda, ed è pari a 26,2 miliardi di euro, con un incremento del 4% rispetto al 2013 (+ 1 miliardo di euro). Il 66,8% della spesa assistenziale riguarda i trasferimenti agli invalidi civili (pensioni, assegni, indennità), con 17,5 miliardi di euro (+ 2,6% rispetto all'anno precedente). Di questi, 3,8 miliardi sono per pensioni e assegni e 13,6 miliardi per indennità di accompagnamento. L'importo percepito da ogni avente diritto a questa misura è di 508 euro mensili.

Queste risorse, se usate efficientemente, efficacemente ed equamente possono diventare motore di uno sviluppo quantitativo e qualitativo del sistema dei servizi alla persona nel nostro paese.

Proprio perché pensati alcuni decenni addietro, si tratta di ripensare e condividere i significati dei termini utilizzati, nonché le finalità che devono avere oggi determinati strumenti.

Prima di tutto è opportuno riflettere sulla necessità che per tutte le misure di assistenza vengano attuati principi omogenei di equità che abbiano come guida la proporzionalità dei diritti in base al reddito. Se si può definire il diritto ad accedere ad alcuni servizi *in kind*, senza che il reddito sia elemento discriminante, ci pare un controsenso farlo per una dazione in denaro: non si può erogare un contributo economico indipendentemente dal reddito di chi lo richiede, prima ancora che per la asimmetria tra bisogni e risorse disponibili, per una questione di giustizia.

In secondo luogo, per quanto riguarda propriamente l'indennità di accompagnamento, ci sembra doveroso interrogarsi su chi deve essere il soggetto del risarcimento, cosa significhi la finalizzazione all'accompagnamento, chi debba

essere responsabile dell'effettività di questo diritto, ovvero a chi debba essere indirizzata tale misura.

Con la sentenza n. 1268 del 21 gennaio 2005, la Corte di Cassazione non solo ha ribadito che “[...] è giurisprudenza costante di questa Corte che le condizioni previste dall’articolo 1 della legge 18/1980 per l’attribuzione dell’indennità di accompagnamento consistono alternativamente nella impossibilità di deambulare senza l’aiuto permanente di un accompagnatore, oppure nella incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita senza continua assistenza [...]” e che “[...] la situazione di non autosufficienza, che è alla base del riconoscimento del diritto in esame, è caratterizzata, pertanto, dalla permanenza dell’aiuto fornito dall’accompagnatore per la deambulazione, o dalla quotidianità degli atti che il soggetto non è in grado di svolgere autonomamente; in tale ultimo caso è la cadenza quotidiana che l’atto assume per la propria natura a determinare la permanenza del bisogno, che costituisce la ragione stessa del diritto [...]”, ma anche che “[...] la concessione dell’indennità di accompagnamento si configura come una prestazione del tutto peculiare in cui l’intervento non è indirizzato – come avviene per la pensione di inabilità – al sostentamento del soggetto minorato nelle sue capacità di lavoro (tanto vero che l’indennità può essere concessa anche ai minori degli anni diciotto ed a soggetti che, pur non essendo in grado di deambulare senza l’aiuto di un terzo, svolgano tuttavia una attività lavorativa al di fuori del proprio domicilio), ma è rivolto principalmente a sostenere il nucleo familiare onde incoraggiarlo a farsi carico dei suddetti soggetti, evitando così il ricovero in istituti ed assistenza, con conseguente diminuzione della relativa spesa sociale.”.

Paradossalmente, se osserviamo la situazione reale di milioni di famiglie coinvolte nella disabilità grave dei propri congiunti, una interpretazione polemica e per certi aspetti irrispettosa, porterebbe a dire che la misura serve in realtà e prima di tutto ad indennizzare lo stato nelle sue diverse articolazioni, preventivamente e attraverso un *terzo curante*, dalle ricadute che altrimenti avrebbe per il carico assistenziale coperto dalle famiglie.

Fuori di polemica, una disanima analitica basata su fonti ufficiali (Istat, Inps, Agenzia delle Entrate, Ragioneria Generale dello Stato, ecc., vedi Parte Terza) mette in evidenza che:

- nella stragrande maggioranza dei casi l’indennità di accompagnamento viene assegnata a persone anziane che abbisognano di *long term care*; mentre per chi è giovane o adulto disabile, destinatario originario negli anni della sua istituzione, l’evoluzione avvenuta nella cultura e strumentazione dei servizi e nella coscienza di sé porta ad immaginare e progettare, più che l’accompagnamento familiare, progetti di vita indipendente basati su *funzionamenti* di autonomia;
- tranne per l’aggiornamento dell’importo mensile erogato e per le modalità di riconoscimento e di controllo, disomogenee territorialmente e solo apparentemente sempre più selettive (conseguentemente discriminatorie), questa sua fissità ed immutabilità nel tempo la rende inadeguata al variare delle condizioni di bisogno del destinatario riconosciuto avente diritto, facendola in alcuni casi ridondante così come assolutamente insufficiente, ovvero non appropriata per la risposta assistenziale che deve essere garantita nel variare delle intensità/esigenze da supportare;

- risulta in ogni caso iniqua rispetto alle diverse condizioni di reddito dei destinatari, in quanto inadeguata per le condizioni economiche delle famiglie con minore capacità di spesa; una maggiore appropriatezza le permetterebbe di essere più efficace nel rispondere ai bisogni di chi è non sufficientemente capiente;
- non viene integrata con il resto delle provvidenze e prestazioni erogate nel sanitario e nel socio assistenziale, ovvero delle risorse complessivamente impiegate, pubbliche e private;
- l'integrazione tra misure *cash* e *in kind*, ovvero tra sanità e assistenza (e casa, lavoro ed educazione), tra pubblico e privato sia sul lato del finanziamento come su quello della produzione/erogazione (anche dal punto di vista delle misure monetarie quindi e non solo di quelle in natura), da decenni costantemente richiamata, è ben lungi dall'essere compiuta;
- non presupponendo alcuna rendicontazione, potenzialmente – e paradossalmente, visto che si tratta di risorse pubbliche – risulta incentivante il lavoro non regolare, sia familiare (*caregiver* donne che non accedono, o che suppliscono al non accesso al mercato del lavoro per svolgere funzioni assistenziali), che a pagamento di altri (assistenti familiari/badanti);
- non è personalizzata, principio riportato costantemente in ogni documento di programmazione, in realtà il più disatteso;
- la rigidità del sistema pubblico e la limitatezza dell'offerta pubblica in quanto a tipologia di prestazioni determinano che la personalizzazione degli interventi – e l'i.d.a. al riguardo è emblematica – sia definita all'interno di confini così stretti da contraddire lo scopo stesso del principio;
- la personalizzazione, se fatta con competenza professionale e organizzativa, è invece uno dei modi migliori per allocare risorse economiche in modo efficiente/efficace, sia nel momento della prima presa in carico, che nelle successive eventuali rimodulazioni.

I fenomeni sopra riportati hanno, e avranno sempre più, come ulteriore conseguenza una diversa e minore disponibilità di risorse economiche per le esigenze di cura, di assistenza, di protezione sociale.

2.1.3 RIDEFINIRE LE FINALITÀ

Sviluppo, sussidiarietà e libera scelta del cittadino: pensiamo debbano essere questi i tre cardini di una necessaria proposta di riforma.

Riorganizzare il modo di utilizzare le risorse impiegate, pubbliche e private, in modo integrato e sussidiario, può innestare processi virtuosi di sviluppo economico e sociale che contribuiranno ad innalzare ulteriormente la capacità di protezione di cui ognuno necessita. Questo non solo e non tanto perché si impedirebbero fenomeni di finanziamento del lavoro nero, ma perché si trasformerebbe un contributo economico, che nella maggior parte dei casi viene utilizzato nella forma di consumo/autoproduzione personale/familiare, in risorse che vanno ad incrementare redditi di impresa con tutto ciò che positivamente ne consegue.

La rigidità del sistema di copertura deriva, in buona parte, dalla difficoltà di

dialogo tra soggetti privati e pubblici e dalla incapacità di sfruttare le potenzialità di processi di integrazione in ottica sussidiaria. Semplificando, si può riassumere che *project financing* ed istituzione degli albi di accreditamento per le assistenti familiari sembrano il massimo della sussidiarietà che oggi si riesce a concretizzare nell'eterogeneo sistema di offerta che contraddistingue il nostro paese.

La propensione imprenditoriale da parte degli operatori non profit e profit dei servizi alla persona è sempre più orientata all'offerta di prestazioni per il mercato privato, molecolare o aggregato (welfare aziendale, fondi integrativi, ecc.). Questo non fa altro che aumentare la separatezza tra parti di un sistema di welfare che invece necessariamente deve trovare una sua rinnovata efficacia, e può farlo solo se porta al massimo livello la capacità di interazione, eliminando le aree di sovrapposizione e mettendo in comune le migliori prassi e modalità.

Una delle ragioni è che i rapporti tra pubblico e privato non sono più forieri di sviluppo, ma finalizzati alla contrazione della spesa pubblica, che si accompagna alla mancanza di governo di quella privata. Questo processo, che per qualche anno ancora potrà essere giustificato come una forma di efficientamento, già oggi esprime di fatto solo una involuzione quantitativo-qualitativa, bloccando lo sviluppo del settore in molti territori.

Questa inversione di tendenza – regionalmente disomogenea e fatta di tanti *stop and go* (pensiamo, a livello nazionale, al percorso del Fondo per le non autosufficienze e alla prospettata e mai veramente discussa legge quadro) – cade in un momento in cui, invece, il bisogno espresso dalle famiglie è in forte aumento. Insieme ai processi demografici è oramai evidente la trasformazione strutturale e relazionale delle famiglie italiane. Le persone sono sempre più esposte ai problemi di disabilità e meno protette a causa di un assottigliamento nella composizione dei nuclei familiari, del loro invecchiamento e dell'allontanamento fisico dei vari componenti, il tutto accompagnato da una crescente perdita di appartenenza comunitaria. Sono evidenti, infatti, i fenomeni di disgregazione e di parcellizzazione dei legami sociali. Ciò fa percepire in modo diretto la necessità di coesione sociale, ovvero del recupero di una visione comunitaria come elemento di sostenibilità del modello di welfare di cui la riforma che qui si propone è parte qualificante.

Qualsiasi progetto di riorganizzazione di parti, anche molto consistenti, del sistema di welfare non potrà quindi che essere basato sulla sussidiarietà più compiuta.

Last but not least, il principio della libera scelta. L'aspetto della libera scelta è sempre stato sottoposto alla critica che l'asimmetria informativa tra chi ha un bisogno, il suo *caregiver* e chi è chiamato ad erogare la risposta assistenziale inficia l'oggettività della scelta delle famiglie. È quindi evidente che essa debba essere definita all'interno di modalità di attivazione delle risposte estremamente trasparenti, sia per quanto riguarda il soggetto erogatore (organizzativa), che relativamente alla qualità dei servizi erogati (prestazionale). Risulta inoltre necessaria una efficace sincronizzazione tra la comunicazione di queste informazioni e il momento in cui sono necessarie. Pensiamo che l'accreditamento degli erogatori sia la modalità, aggiornata e rilanciata, che possa rispondere meglio a tale esigenza. Purtroppo questo strumento, previsto già nella legge 328 del 2000 per quanto riguarda il socio assistenziale e presente da tempo, seppur con modalità diverse nel sanitario e socio-sanitario, non ha avuto un utilizzo diffuso e là dove è stato praticato si è teso a mitigarne negativamente gli effetti e le potenzialità.

2.2 DALLA SPERIMENTAZIONE ALLA POLICY: IL MODELLO PRONTOSERENITÀ®

2.2.1 IL MODELLO PRONTOSERENITÀ®

Le motivazioni alla base delle riflessioni e delle proposte contenute in questa pubblicazione derivano dal lavoro di ricerca e di costruzione che la Fondazione Easy Care ha avviato e portato avanti dal 2006, per definire prima, sperimentare successivamente e sviluppare oggi un modello innovativo di erogazione di servizi alla persona.

Proprio questa esperienza, che si è articolata attraverso la formulazione di un'ipotesi, lo studio di una possibile fattibilità, il disegno di modelli e governance, la sperimentazione di quanto definito teoricamente, porta come conseguenza l'esigenza di riflettere su come ciò che è stato costruito per l'offerta privata possa contribuire, ed in quali modi e termini, ad innovare il nostro modello di welfare.

Vale la pena quindi raccontare cosa è il modello Prontoserenità®, divenuto oggi una realtà di livello nazionale unica nel suo genere.

È altrettanto utile analizzare le basi su cui poggia il modello per poter poi fare un'operazione di traslazione come elemento integrante di un rinnovato modo di intendere l'assistenza a cittadini fragili, a partire dalle persone anziane.

2.2.2 CONTESTO

Le analisi fatte nella fase di costruzione del modello Prontoserenità® si basano sulla rilevazione che il sistema di protezione pubblica, dopo una fase di razionalizzazione ed espansione avviata dalla legge 328 del 2000, si stava arenando di fronte ad un'inversione di tendenza rispetto all'aumento di risorse messe a disposizione. Questo processo di rallentamento e successivo lento arretramento ha numerose ragioni, la prima delle quali è sicuramente un cambio di impostazione culturale nelle politiche dei governi successivi.

Le scelte di progressivo depauperamento dei fondi che contribuivano a determinare il monte risorse a disposizione del sistema pubblico dei servizi sociali, assistenziali e socio-sanitari hanno indubbiamente fatto da apripista ad altre scelte normative e programmatiche che hanno consolidato ed accelerato il disimpegno pubblico.

Le scelte politiche sono state agevolate da una montante disaffezione e sfiducia in tutto ciò che è pubblico ed hanno contribuito al consolidamento di un atteggiamento culturale che oggi ritroviamo negli stessi amministratori pubblici.

Quello che però ha reso devastante questa operazione di carattere politico/culturale è stato il sostanziale fallimento e/o inefficacia dei tentativi di spostare parte consistente del welfare sul pilastro dell'integrazione, con risorse private derivate dall'incentivazione della previdenza integrativa, dai pacchetti di prestazioni sanitarie integrative nei vari CCNL, dall'utilizzo di esternalizzazioni sempre più spinte alla ricerca del maggior risparmio di spesa pubblica.

Non tocca certamente a questa pubblicazione indagare sulle motivazioni di questo sostanziale fallimento, ma non si può non aggiungere a queste riflessioni la

proiezione socio-demografica dei prossimi anni che contribuisce ulteriormente, là dove ce ne fosse bisogno, a rendere completamente inadeguata la programmazione pubblica, quanto a copertura dei bisogni della popolazione fragile.

Oggi, escluse rare eccezioni, troviamo normative nazionale e regionali, programmazioni regionali e territoriali completamente inadeguate, perché costruite in una situazione economica, sociale, storica e politica completamente diversa da quella attuale. Sembra quasi che debbano essere i bisogni a doversi conformare al sistema di welfare e non l'inverso. Rispetto ai primi anni 2000, quando il sistema di welfare italiano ha raggiunto il proprio apice in relazione alla capacità di essere universalistico, oggi corriamo il pericolo di ripercorrere strade di un welfare benefico dove le categorie sociali in grado di farlo si proteggono ed agevolmente integrano l'auto protezione con l'offerta pubblica, mentre il pubblico copre, con un ombrello sempre meno adeguato, gli strati di popolazione economicamente meno abbienti.

Questa tendenza è supportata da continui richiami ad una insostenibilità economica dell'estensione universalistica del sistema di welfare italiano. Risulta evidente che alcune delle protezioni sociali che nel tempo sono state normate ed agite sono sicuramente legate a situazioni che oggi sono profondamente mutate. Sarebbe quindi necessario mettere mano globalmente al nostro sistema di welfare per renderlo capace di rispettare alcuni principi di fondo, quali quello dell'universalismo, con la flessibilità che richiedono e la velocità con cui mutano le condizioni socio-economiche e le sempre più diversificate peculiarità territoriali.

Flussi migratori esterni ed interni, parcellizzazione della struttura dei nuclei familiari e quindi delle comunità, invecchiamento della popolazione, allungamento delle aspettative di vita, rapidi mutamenti del tessuto economico nelle singole aree, sono tutti elementi che richiedono un sistema di welfare flessibile ed efficiente. Il contesto attuale ci offre invece una rigidità di fondo sia nella strutturazione odierna del sistema di welfare, sia nelle impostazioni degli attori sociali nel definirlo e programmarlo.

La costante del decisore in questi anni si può riassumere nell'espressione "ad isorisorse". Sostanzialmente, a risorse immutate si cerca di dare più risposte, seguendo il mantra dello sperpero e della diseconomicità. Oggi, quindi, si cerca di dare più risposte perché tutti si rendono conto che quantitativamente sarà esponenzialmente maggiore il numero di cittadini esposti ad una qualche fragilità. Dare più risposte dal punto di vista meramente quantitativo a parità di risorse non significa affatto rispondere efficacemente ed in forma efficiente al bisogno. Le persone, le famiglie hanno al contrario bisogno di efficienza ed efficacia.

Il complesso di tutti questi fattori rendono sempre più inadeguata la risposta alla esigenza. La necessità di intervenire ed integrare con risorse proprie è sempre più alta e si sta venendo a creare una situazione in cui una parte consistente del bisogno non si rivolge più alla risposta pubblica, ma cerca autonomamente soluzioni, mentre un'altra parte, altrettanto consistente, non si rapporta con nessuna soluzione trovando risposte interne al nucleo familiare. Questa tendenza produce disagio sociale ed impoverimento delle famiglie e quindi impoverimento delle comunità e della società nel suo complesso ed innesca potenzialità alte di conflitto ed instabilità sociale. Sarebbe quindi utile cominciare a valutare quanto incideranno i costi sociali di questa situazione nella sostenibilità o meno di un

sistema di welfare che dà sempre meno risposte.

2.2.3 LA FONDAZIONE EASY CARE

La fondazione nasce a cavallo degli anni 2007 e 2008 come risposta di governance ad un progetto che prenderà il nome di Prontoserenità®. I fondatori e promotori di questa iniziativa avevano iniziato, già da alcuni anni, ad esplorare le possibili innovazioni in termini di erogazione di servizi nell'ambito della costruzione di evoluti sistemi di welfare. L'originalità della composizione della fondazione sta proprio nella eterogeneità dei soggetti che l'hanno fondata e che oggi la compongono.

L'inizio è stato un brainstorming per individuare un possibile terreno comune tra una grande cooperativa sociale ed una multinazionale che si occupa di tecnologie anche al servizio delle persone fragili. Il seguito è stato un susseguirsi di adesioni che hanno rimarcato la varietà di soggetti interessati all'innovazione.

Oggi Fondazione Easy Care annovera nella propria compagine societaria piccole cooperative di giovani informatici e grandi multinazionali che operano nel mondo da leader nel loro segmento di mercato.

L'attività della fondazione è stata incentrata, per i primi anni, soprattutto sulla sperimentazione, implementazione e sviluppo del modello Prontoserenità®, a partire dalla realtà della città di Milano, dove il sistema è attivo dal giugno del 2009.

Oggi che il sistema Prontoserenità® è diffuso su tutto il territorio nazionale ed è presente con i propri sportelli in oltre sedici regioni, la fondazione sta percorrendo la strada della ricerca, dell'approfondimento e dell'organizzazione delle Giornate internazionali della coesione sociale, la cui prima edizione si è tenuta nel giugno 2015 a Reggio Emilia.

La fondazione è proprietaria del modello Prontoserenità® e ne è garante rispetto agli utenti. Si è quindi dotata degli strumenti e dell'organizzazione necessaria ad esercitare questo ruolo di garanzia. Ruolo che si esplica attraverso gli strumenti contrattuali, il Comitato scientifico ed il Comitato di garanzia, la definizione di un processo di controllo della qualità erogata e della coerenza tra modello ed erogazione nei territori.

Fondazione Easy Care ha scelto per il proprio modello una organizzazione a network che garantisce la pluralità della partnership, il coinvolgimento degli erogatori territoriali e quindi la soglia minima di qualità definita nel sistema.

Questi tre soggetti rappresentano i *soci fondatori promotori* della fondazione.

Coopselios, che opera nel settore dei servizi di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale nei confronti di soggetti svantaggiati tra cui persone anziane, minori, disabili, oltre ad essere attiva nel settore dei servizi per l'infanzia. La cooperativa opera a livello nazionale ed ha realizzato progetti di assistenza sul territorio in 8 diverse regioni. Il 71% del suo fatturato deriva dalla sua esperienza decennale di assistenza socio-sanitaria agli anziani.

Consorzio Quarantacinque, che si occupa di assistenza e consulenza nei confronti di circa cinquanta cooperative che offrono servizi di assistenza a categorie svantaggiate e disagiate o servizi di inclusione sociale. Il consorzio affianca queste cooperative, gestendo una serie di servizi di consulenza integrata al fine di supportare in modo costante la loro attività caratteristica.

TBS Group spa, multinazionale che opera nel settore delle tecnologie biomedicali ed in quello dei servizi di teleassistenza e telemedicina, promuovendo il rapporto tra innovazione tecnologica e servizi alla persona.

box
1

Successivamente, hanno aderito altre realtà in qualità di *soci fondatori*: il SafAcli di Milano, la cooperativa Codess di Padova e altri a titolo individuale. Oggi la fondazione è inoltre partecipata, in qualità di *soci partecipanti*, da persone fisiche rappresentate dai singoli utenti del progetto (circa 40.000 sono quelli che con gli accordi via via sviluppati possono usufruire delle attività di Prontoserenità®, mentre quelli che attualmente ne stanno usufruendo e sono pertanto da considerarsi *soci persone fisiche* sono 2.500), nonché da *soci persone giuridiche* quali Job spa di Milano, Archimede srl di Arezzo, Coop 19, cooperativa di servizi informatici di Genova, ISBEM di Bari, Sca Hygiene Products spa di Legnano, Mutua Nuova Sanità società di mutuo soccorso di Reggio Emilia e il Consorzio di società di mutuo soccorso Musa promosso da FIMIV.

Gli obiettivi che la Fondazione Easy Care si è posta nel perseguire il progetto sono i seguenti:

- fornire un supporto reale, continuativo ed innovativo, nel tempo alle famiglie che hanno bisogno di assistenza per gli anziani;
- erogare servizi a tutta la rete (operatori, famiglie, enti pubblici e privati) con elevati livelli di competenza, nel rispetto di condizioni di efficienza economica e garantendo elevati standard di servizio;
- rispondere alle esigenze sempre più differenziate e variabili dei propri utenti, tramite un servizio adattabile perfettamente alle diverse esigenze;
- rispondere alle esigenze dell'ente locale, in relazione agli operatori e ai servizi operabili sul mercato.

Il progetto è nato quindi con l'idea di rispondere ad un concetto di bisogno da captare, studiare e analizzare, al fine di fornire la prestazione più aderente possibile alle aspettative e le reali necessità dei soggetti da assistere. Da qui la diversificazione

e la personalizzazione del servizio, affiancato dalla diffusione di una cultura alla prevenzione, e contestualmente da una attenzione alla sostenibilità economica che permetta di sviluppare costantemente, sia in termini qualitativi che quantitativi, i servizi forniti.

2.2.4 PRESUPPOSTI

Le considerazioni dalle quali Fondazione Easy Care ha elaborato il modello Prontoserenità® sono, da una parte, l'analisi del contesto e, dall'altra, una approfondita disamina dei meccanismi migliori e più innovativi per venire incontro ad una domanda privata di erogazione di servizi assistenziali.

Il cardine di queste riflessioni è l'invecchiamento della popolazione e, quindi, la grande domanda di servizi che i cittadini anziani e le loro famiglie generano e potranno generare, ma anche e soprattutto l'impatto sociale ed economico che una maggiore aspettativa di vita avrà in una società sempre più costituita da nuclei familiari di ridotte dimensioni e spesso mono-generazionali.

Primo assunto è, di conseguenza, che il modello è rivolto sì a rispondere ad esigenze assistenziali di un determinato target di utenti, ma che la focalizzazione deve andare sul nucleo familiare che nella stragrande maggioranza di casi è il *caregiver*, il decisore ed il reale *stakeholder*.

Altro aspetto è l'impatto che un bisogno assistenziale di un componente anziano ha sulla vita e sull'organizzazione di un nucleo familiare. Le famiglie si trovano principalmente di fronte a due situazioni molto diverse tra loro. La prima è un lento processo degenerativo che porta come conseguenza una altrettanto lenta, ma inesorabile, perdita della capacità di assistenza della famiglia. La seconda è invece un improvviso ingresso nella non autosufficienza, anche parziale e temporanea, ovviamente dovuto a fatti specifici come una malattia, una caduta, eccetera. A fronte di queste situazioni i componenti del nucleo familiare subiscono un improvviso decadimento della loro qualità di vita fino ad arrivare, nei casi più estremi, alla necessità di dover rinunciare alla propria attività lavorativa. Conseguentemente il nucleo perde anche parte della propria capacità economica, considerata anche in prospettiva rispetto alla possibilità di ottenere un decente trattamento previdenziale.

Una ulteriore considerazione è relativa al periodo in cui il bisogno assistenziale insiste, che normalmente è di media/lunga durata. In questo lasso di tempo, il nucleo familiare è protagonista di due fenomeni, vale a dire il *burnout* del *caregiver* ed il disorientamento tutte le volte che mutano le esigenze assistenziali. Queste ultime, nei processi legati all'invecchiamento, non cambiano evolvendosi progressivamente, ma hanno dei picchi che espongono la famiglia, ogni volta, a doversi confrontare con la necessità di rimodulare in maniera importante la risposta assistenziale con tutto ciò che comporta.

Un altro approfondimento è stato fatto sulla natura del sistema dei servizi messo a presidiare l'erogazione della risposta assistenziale. Oggi il sistema si mostra nella sua estrema rigidità rispetto alle modalità di presa in carico, alla burocrazia necessaria, alle porte di accesso, alla tipologia di prestazioni, alla quantità e natura delle prestazioni, alla capacità o meno dei vari settori di interloquire. Alcune rigidità sono sicuramente necessarie per l'esigenza di trasparenza ed equità nella concessione di un diritto, altre sono state via via sovrapposte per alzare la soglia

di accesso, a fronte di un assottigliamento delle risorse a disposizione. Soprattutto queste ultime, sommate alla difficoltà di ricevere una corretta informazione, fanno sì che nella maggioranza dei casi la famiglia si trovi davanti ad una sorta di muro di gomma che non accoglie, ma rimbalza. La più antieconomica di queste rigidità è la tipologia di prestazioni erogabili, che spesso non corrisponde al reale bisogno, ma solo alla necessità di dare una qualsiasi risposta ad un diritto concesso (sarebbe più realistico dire previsto).

Le rigidità insite nel sistema provengono anche dalla incapacità di relazionarsi correttamente del pubblico con il privato. Anche qui va distinta la parte di incapacità data dalle normative che sorvegliano la trasparenza, dalla parte che invece è data dalla perdita complessiva della volontà delle pubbliche amministrazioni di essere responsabili di politiche sociali.

Tutto questo determina, assieme a tanto altro ovviamente, l'inefficacia sostanziale della risposta e l'inefficienza del sistema. Come al bisogno di flessibilità si risponde con il massimo della rigidità, così a quello della massima integrazione si risponde con uno splendido isolamento. Deriva da tutto ciò la progettazione e la costruzione di un modello come Prontoserenità®, che sia completo, accogliente, efficiente ed efficace.

2.2.5 IL MODELLO

Una precisazione doverosa è che il modello Prontoserenità® è una iniziativa nata per stare sul terreno della domanda privata di servizi.

Prontoserenità® si presenta, come abbiamo detto, come un sistema complesso e completo di risposta ai bisogni assistenziali di una persona fragile, particolarmente indirizzato verso la popolazione anziana, ma focalizzato principalmente sui nuclei familiari all'interno dei quali i bisogni si esprimono.

Nella definizione del modello si è iniziato col rispondere alle singole indispensabili caratteristiche che doveva avere, che sono state individuate a monte, per poi raccoglierte in una soluzione organizzativa che le potesse meglio soddisfare, potenziando i singoli aspetti.

Una risposta ad un bisogno assistenziale concretizza la propria efficacia se riesce a fornire l'erogazione delle prestazioni appropriate, siano queste semplici e leggere oppure complesse. Conseguentemente, il modello si rende in grado di poter erogare qualsiasi prestazione socio-sanitaria ed assistenziale venga richiesta dall'analisi del bisogno specifico.

L'appropriatezza si esplica sia nel fornire la corretta prestazione, sia nel continuare a farlo nel tempo e al mutare dell'esigenza, sia in quantità, che in qualità, che in tipologia.

Quindi Prontoserenità® è stato pensato per rispondere al primo requisito, cioè l'efficacia, costituendosi come network di erogatori che complessivamente coprono lo spettro completo delle prestazioni.

La seconda caratteristica a cui ha dovuto rispondere il modello è l'efficienza. In questo caso si sono presi in considerazione gli aspetti di costruzione della risposta

in tempi rapidi e della capacità di darla in modo economicamente sostenibile. E questo non perché si erogano prestazioni di qualità medio/bassa, ma perché si costruisce un piano personalizzato che razionalizza la spesa fornendo ciò che è appropriato. Oltre a ciò, Prontoserenità® è un sistema che integra spesa privata e diritto all'accesso alla protezione pubblica e, quindi, non eroga là dove il cittadino ha diritto ad una prestazione del sistema pubblico dei servizi. Quindi Prontoserenità® è stato pensato innanzitutto per porsi come un tutor assistenziale del nucleo familiare.

Il rispondere invece alla caratteristica della completezza ha imposto al modello Prontoserenità® di esplorare una gamma vasta di possibili tipologie di prestazione e servizi a potenziamento di quelli più classici. Questo ha portato a dotarsi, per esempio, della possibilità di erogare servizi di assistenza a distanza, domotica, monitoraggio di parametri fisici, sostanzialmente dell'uso della tecnologia a sostegno e compendio di piani di assistenza. Nella stessa logica ha definito ed implementato un proprio modo di erogare servizi di assistenza familiare (badanti) legato alla legalità ed alla qualità, senza per questo nemmeno sognarsi di definire le badanti come uno dei pilastri del nostro welfare, ma cercando il modo migliore di dare una risposta appropriata. La completezza è ulteriormente concretizzata nella collaborazione con il mondo delle Società di Mutuo Soccorso, per pacchetti di prestazioni di sanità integrativa a sostegno e sollievo del nucleo familiare. Tutto ciò assieme alla possibilità di mettere in campo una gamma di servizi e prestazioni non direttamente legate alla persona da assistere, ma appunto per sostenere l'attività di *caregiving* del nucleo familiare.

La completezza della gamma, insieme all'efficienza ed all'efficacia, non bastano tuttavia per definire un modello che ha l'ambizione di accompagnare un nucleo familiare in un percorso di *long term care* e/o dargli la possibilità di dotarsi preventivamente di un sistema consulenziale. Ciò che manca oggi al sistema pubblico dei servizi e che, al contrario, è parte fondante del modello Prontoserenità® è l'essere accogliente. È quindi l'accoglienza il centro del sistema dei servizi Prontoserenità®, che si esplica e concretizza nella facilità d'uso, nella semplicità dell'accesso, nella prontezza dello sviluppo della risposta, nella flessibilità e nella disponibilità ad essere sollecitato.

2.2.6 PUNTI DI FORZA

Partendo proprio dal concetto di accoglienza il primo dei punti di forza del modello Prontoserenità® è la modalità che esso offre all'utente ed al suo nucleo familiare per l'utilizzo. Sportelli aperti sul territorio, sito internet interattivo, numero verde e call center professionale sono gli elementi per un accesso al sistema semplice, multicanale e garante di una effettiva presa in carico.

Formazione degli addetti, processi sperimentati e costantemente mantenuti, monitoraggio degli output di sistema e della qualità sono invece i tasselli di una necessaria efficienza.

Selezione accurata dei soggetti partner erogatori e ricerca della completezza nella gamma delle possibili risposte a qualsiasi bisogno sono componenti essenziali dell'efficacia del modello.

Ulteriore punto di forza è la capacità di integrarsi con il sistema pubblico territorio

per territorio, elemento essenziale per fornire alle famiglie la miglior risposta possibile anche per sostenibilità economica.

La capacità e possibilità di integrare le diverse tipologie di risorse economiche a disposizione di un nucleo familiare in un unico progetto assistenziale amplia lo spettro di possibilità assistenziali che si mettono in campo abbattendo i confini che invece ci si trova ad avere di fronte tra i vari sistemi assistenziali.

La legalità e la trasparenza sono un altro importante aspetto del modello e questo fa sì che a fronte di risorse economiche messe a disposizione, ci sia un ritorno in maggior protezione di chi lavora, maggior equità rispetto a fenomeni di evasione, maggiore equità in riferimento a prestazioni erogate sia nei confronti degli assistiti, che dei lavoratori.

Il punto di forza più rilevante è senza dubbio la soddisfazione degli utenti, cioè la capacità di fornire risposte in linea con le esigenze e le aspettative delle persone che si rivolgono al modello. E questo non solo nella fase di erogazione dei servizi, ma soprattutto in quelle che definiscono la presa in carico ed il tutoraggio assistenziale forniti alla famiglia.

Un ulteriore punto di forza del modello è la sua polifunzionalità come prodotto che può agevolmente rispondere ad esigenze di prevenzione, di assistenza leggera, di cura e di welfare aziendale e/o collettivo.

2.3 LA PROPOSTA: LA DOTE E LA RETE

2.3.1 GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO

Il modello Prontoserenità® ha subito – dalla fase di studio (2005/2009), a quella di sperimentazione (2009/2010), fino a quella di implementazione e sviluppo (2011/2014) – numerose rimodulazioni, sia come organizzazione, che come inserimento in contesti che sono in questi anni molto cambiati. Proprio la sua evoluzione e la capacità di essere un modello integrato, integrabile, oggetto e soggetto di integrazione, lo hanno portato oggi ad essere un progetto che stimola pensieri, analisi e proposte in ambiti molto diversi da quelli in cui è nato e molto più ambiziosi rispetto alla sola offerta di servizi privati. Ma questi stimoli non sarebbero sfociati in niente se, d'altra parte, il modello non avesse offerto risultati molto positivi relativamente alla capacità di dare risposte innovative alle persone, alle loro famiglie ed alle loro esigenze. Oltre alla potenzialità intrinseca del modello in sé, anche le modalità di networking come sono state sviluppate ed adeguate, sollecitano riflessioni molto ampie sulla capacità propositiva di una importante collaborazione in senso sussidiario da parte di soggetti operatori che, al di là del loro status giuridico, siano capaci di stare dentro una sfera valoriale comune e per certi versi comunitaria.

2.3.2 LA PROPOSTA LA DOTE E LA RETE

Da questa mole importante di riflessioni è nata l'esigenza di provare a concretizzare alcune considerazioni sulla possibilità di dare un contributo ad una revisione di alcune parti del sistema di welfare italiano. In particolare la riflessione si è appuntata sulla indennità di accompagnamento, un istituto assistenziale di natura economica su cui molti hanno provato a sviluppare negli anni proposte di riforma, ma argomento alquanto delicato proprio per la sua natura di contributo economico.

Non è il ruolo di questa pubblicazione sviluppare un ulteriore lavoro di ricerca sull'indennità di accompagnamento e su come questa viene erogata, utilizzata e quale impatto abbia. L'intento è piuttosto quello di avanzare una proposta che parta sicuramente da quanto è già stato analizzato e dalla mole di dati che in diversi lavori di ricerca sono stati evidenziati, con l'obiettivo di mettere al servizio della collettività l'esperienza fatta.

Alcuni aspetti di analisi vanno comunque velocemente ricordati per poterli assumere come punti di partenza.

L'indennità di accompagnamento è un'erogazione di un contributo economico che viene assegnata a persone che rispondono a determinati requisiti di non completa autosufficienza e/o invalidità e/o disabilità.

Le caratteristiche dell'indennità sono essenzialmente il suo rispondere ad un principio di diritto universalistico e di avere come requisito d'accesso solo ed esclusivamente lo status fisico.

L'indennità di accompagnamento, nata proprio per assicurare forme di accompagnamento a determinate categorie di disabilità, è oggi erogata a numerose tipologie di non completa autosufficienza la più importante delle quali dal punto di vista numerico è la non autosufficienza legata all'anzianità. È proprio

quest'ultima tipologia che è di gran lunga la categoria più presente tra i beneficiari dell'indennità di accompagnamento e, come è ovvio visti i dati socio-demografici e le loro proiezioni a trent'anni, sarà anche quella che più determinerà l'aumento del numero degli assegnati e una necessità di risorse importanti, già oggi oltre i 15 miliardi di euro.

Un'altra caratteristica dell'indennità di accompagnamento è che non viene richiesta all'assegnatario nessuna forma di rendicontazione relativa all'utilizzo. Diviene quindi, nella maggioranza dei casi, una integrazione al reddito ed il suo uso è in moltissimi casi quanto meno improprio rispetto all'obiettivo della misura stessa. Per questa sua natura l'indennità di accompagnamento è l'unica misura in campo socio assistenziale che si conforma come un diritto universalistico.

Tutte le prestazioni assistenziali sociali e/o socio-sanitarie, legate alle stesse tipologie di fragilità che danno diritto all'indennità, sono contraddistinte da soglie d'accesso regolate da analisi sia sullo status fisico, che sulla capacità economica della persona e/o del suo nucleo familiare, oltre che dalla situazione sociale e abitativa. Questa analisi oltre che definire il diritto alla prestazione regola anche la compartecipazione privata o l'entità del contributo pubblico che va a compensare economicamente la prestazione assistenziale specifica.

Accanto a queste considerazioni si deve anche sottolineare come tutte le risorse, sia pubbliche che private, relative alla copertura dell'erogazione di prestazioni di assistenza regolate dal sistema pubblico dei servizi, siano destinate a soggetti erogatori scelti attraverso procedure di evidenza pubblica o comunque sottoposti a procedure di accreditamento. Di conseguenza tutte le risorse impiegate stanno all'interno di flussi trasparenti e rendicontati e contribuiscono allo sviluppo o al mantenimento di posti di lavoro contraddistinti dal rispetto dei CCNL applicabili.

Le considerazioni fin qui fatte evidenziano come l'indennità di accompagnamento è oggi una prestazione regolata in maniera nettamente diversa rispetto a tutto il resto del sistema pubblico socio assistenziale.

La proposta contenuta in questa pubblicazione non viene formulata solo ed esclusivamente con l'obiettivo di omogeneizzare il modus operandi, ma perché si ritiene che le risorse messe a disposizione di questa misura potrebbero generare maggiori benefici anche a livello di efficacia assistenziale.

La proposta che viene messa all'attenzione è la trasformazione dell'indennità di accompagnamento da diritto all'erogazione di un contributo economico, a quello di un piano assistenziale in servizi. Questo il titolo della proposta, lo svolgimento si dipana partendo da alcuni principi ispiratori e si snoda attraverso un modello organizzativo che ha vari livelli di efficienza e di efficacia a seconda che si parli di stare all'interno delle condizioni attuali, oppure si prevedano dei cambiamenti nella programmazione e nelle normative di riferimento.

La ricerca di esempi che possano in qualche modo essere di supporto a quanto proposto non portano a grandi risultati in quanto tutta una serie di iniziative, sperimentali o meno, non vanno purtroppo oltre alla concessione di voucher da utilizzare per avere determinate tipologie di servizi. Un tentativo importante nel senso della proposta è stato fatto a Torino, ma è oggi in una fase di difficoltà. In quella realtà le due aziende sanitarie, che insistono sul territorio del comune di Torino, hanno delegato il comune stesso a fare stazione unica appaltante per la selezione di provider che, zona per zona, garantiscono una gamma completa di servizi che rispondono alla definizione di un piano di assistenza personalizzato. Il piano viene elaborato dal servizio sociale del comune, dagli assistenti sociali che possono definire la risposta assistenziale in una gamma vasta di servizi a partire da quelli minimi richiesti nel bando di accreditamento, ma che poi spaziano anche tra quelli individuati come migliorata dai vari erogatori. Purtroppo questa esperienza si è scontrata con la mancanza di risorse economiche, con il ritardo nei pagamenti e con una sostanziale rigidità dello schema con cui si costruisce il piano assistenziale. Gli aspetti economici chiaramente sono pregiudizievoli per la riuscita di qualsiasi iniziativa, ma un giudizio sulla capacità di efficacia si deve concentrare sulla qualità del processo concretizzato. In particolare un progressivo appiattimento sulla dimensione della certezza della spesa all'interno del budget dato ha fatto sì che si assegnassero solo alcune tipologie di servizi e che altre fossero relegate alle eventuali risorse residuali. In questo modo un modello innovativo e che poteva effettivamente sovvertire e riorganizzare il sistema pubblico di servizi è stato irrigidito e reso meno efficace di quanto avrebbe potuto essere. L'idea progettuale di partenza è comunque molto simile alla proposta qui contenuta avendo in sé tanti di quei presupposti che abbiamo descritto nei capitoli precedenti. Le criticità rilevate ed i limiti evidenziati non fanno altro che rafforzare l'idea che un modello diverso non solo è possibile, ma, compiutamente organizzato e concretizzato, andrebbe anche a coprire le lacune mostrate. Non risulta che ci siano altre iniziative simili a questa per impostazione, estensione territoriale, numero di assistiti, risorse messe a disposizione. Quello che qui preme sottolineare è che sperimentazioni come quella di Torino dovrebbero essere messe in condizione di poter agire nella massima flessibilità, evolvendo attraverso meccanismi di sussidiarietà che possano consentire di rimodulare il progetto al mutamento delle condizioni di partenza, ivi comprese quelle economiche. L'ultima considerazione che questa esperienza ispira è che in Italia è molto difficile che esperienze e realtà si contaminino per esportare progetti e realizzazioni che dimostrano innovazione. Le difficoltà economiche del nostro sistema di welfare avrebbero bisogno di coraggio, continua ricerca, scambio e relazioni costanti. Al contrario tutte le pubbliche amministrazioni si stanno chiudendo nella più restrittiva burocrazia. Le spinte che arrivano dalla società che chiede trasparenza, efficienza e legalità, sono oggi interpretate restringendo ed irrigidendo la capacità di programmare, decidere, fare.

2.3.3 I PERCHÉ DELLA PROPOSTA

I principi ispiratori alla base della proposta qui declinata hanno origine dalle considerazioni e dalle esperienze che sono state fin qui descritte, riportate ed approfondite.

La prima di queste riflessioni è sulla quantità di risorse che oggi l'indennità di accompagnamento mette a disposizione. Queste risorse, se usate efficientemente ed efficacemente, possono diventare motore di uno sviluppo quantitativo e qualitativo del sistema dei servizi senza essere aggiuntive.

È opportuno anche riflettere sulla necessità che su tutte le misure di assistenza vengano attuati principi omogenei di equità che abbiano come guida la proporzionalità dei diritti e dei doveri in base al reddito. Maggiore equità e giustizia rispetto al fatto che non si può definire l'erogazione di un contributo economico indipendentemente dal reddito di chi lo richiede. Si può definire il diritto ad avere dei servizi senza che il reddito sia elemento discriminante, ma è un controsenso farlo per una dazione in denaro.

Una ulteriore considerazione è che ha perso di significato l'accompagnamento per il quale la misura è stata pensata e normata. Ha perso di senso in quanto oggi, nella stragrande maggioranza dei casi, è assegnata a casi di *long term care*, lo ha perso perché le evoluzioni della stessa percezione di alcune fragilità portano all'individuazione di prestazioni di assistenza diverse.

Non si parla più di accompagnamento, ma semmai di progetti di vita indipendente e sostegno di questi. Il principio che ne deriva coerentemente è l'appropriatezza della risposta assistenziale, che deve essere garantita anche nel tempo, al variare dell'intensità dell'esigenza da supportare.

L'indennità di accompagnamento è fissa ed immutabile nel tempo, quindi, conseguentemente, al variare delle condizioni di bisogno può essere significativamente ridondante, come assolutamente insufficiente. L'appropriatezza è anche la modalità che permette alle risorse economiche dell'indennità di accompagnamento di essere efficaci nel rispondere ai bisogni e sufficientemente capienti per impattare il meno possibile sulle possibilità economiche delle famiglie con minore capacità di spesa.

A questo proposito il concetto di appropriatezza deve venir esaltato da un altro dei principi cardine di quanto esposto e cioè l'integrazione. Integrazione tra settori del sistema di welfare – quella tra sanità e assistenza è richiamata spesso, ma ancora lungi dall'essere compiuta –, tra sistemi di erogazione dei servizi e delle prestazioni – in questo caso si fa riferimento alla separatezza oggi esistente tra pubblico e privato – e, non ultima, tra risorse che provengono da fondi diversi.

Altro principio cardine della proposta è la personalizzazione della risposta assistenziale. Questo concetto è riportato costantemente in ogni documento di programmazione, ma in realtà è quello più disatteso. La ragione di questo sta nella rigidità del sistema pubblico e nella limitatezza dell'offerta pubblica in quanto a tipologia di prestazioni. La personalizzazione dell'intervento è quindi definita all'interno di confini molto stretti e che limitano il senso stesso del principio; inoltre,

nella maggior parte dei casi, il concetto di piano individualizzato si limita al primo accesso e non si coniuga con il mutare delle esigenze nel medio/lungo periodo. L'estrema personalizzazione è invece uno dei modi migliori per allocare risorse economiche, sia nel momento della prima presa in carico, che nelle successive eventuali rimodulazioni.

La rigidità del sistema pubblico deriva in buona parte dalla difficoltà di dialogare con soggetti privati e di sfruttare le potenzialità di processi di integrazione in ottica sussidiaria. Il massimo della sussidiarietà oggi concretizzata in Italia si limita a iniziative, sempre meno presenti, di *project financing* e all'istituzione di albi di accreditamento.

Oggi gli operatori dei servizi alla persona esercitano la loro propensione ad essere proattivi in collaborazione con altri settori della società in progetti di welfare aziendale, di offerta privata, di rapporti con fondi integrativi, eccetera. Questo non fa altro che aumentare la separatezza tra parti di un sistema di welfare che invece può trovare una sua rinnovata efficacia solo se porta al massimo la capacità di interazione, eliminando le aree di sovrapposizione e mettendo in comune le migliori prassi e modalità.

Esistono anche fenomeni di disgregazione sociale e di parcellizzazione che culturalmente portano la percezione della necessità di coesione sociale ai minimi livelli, ma è abbastanza evidente che se non si recupera una visione comunitaria qualsiasi modello di welfare diviene insostenibile dal punto di vista economico. La sussidiarietà è, in quest'ottica, uno dei principali strumenti che oggi sono a disposizione per innescare processi di collaborazione ed integrazione. Qualsiasi progetto di riorganizzazione di parti, anche molto consistenti, del sistema di welfare non potrà quindi non essere basato sulla sussidiarietà più compiuta.

Una delle ragioni della situazione attuale è che i rapporti tra pubblico e privato non sono più forieri di sviluppo, ma basati quasi esclusivamente su esigenze di contrazione della spesa. Questo processo, che per qualche anno ancora potrà essere considerato una riorganizzazione della spesa in modalità efficientistica, già oggi, in alcuni territori ed per alcuni settori, è invece una involuzione quantitativa e qualitativa che ha già portato, in generale, il settore ad uno stop, se non ad una marcia indietro del proprio sviluppo. Marcia indietro che cade in un momento in cui, invece, il bisogno espresso dalle famiglie è in forte aumento, in quanto ai processi demografici si accompagna una riorganizzazione della società che rende le persone più esposte ai problemi e meno protette a causa di un assottigliamento nella composizione dei nuclei familiari, un allontanamento fisico dei vari componenti tra di loro, una perdita di appartenenza comunitaria.

I fenomeni sopra riportati hanno come ulteriore conseguenza una diversa e minore disponibilità di risorse economiche per le esigenze di cura, di assistenza, di protezione sociale. Conseguentemente uno dei principi ispiratori è proprio lo sviluppo. Si ritiene che riorganizzando il modo di utilizzare determinate risorse, sia pubbliche che private, si possano innestare processi virtuosi di sviluppo economico e sociale che potranno contribuire ad innalzare ulteriormente la capacità di protezione che ognuno ha insita nel proprio status. Questo non solo e non tanto perché, come si è già accennato precedentemente, si impediscono fenomeni di finanziamento del lavoro nero, ma perché si trasforma un contributo

economico che nella maggior parte dei casi viene utilizzato nella forma di reddito personale, in risorse che vanno ad incrementare redditi di impresa, con tutto ciò che positivamente ne consegue.

L'ultimo aspetto, da intendersi come principio a cui richiamare la proposta, è la libera scelta del cittadino. L'aspetto della libera scelta è sempre stato sottoposto ad una critica principale che è l'asimmetria informativa tra chi ha un bisogno, il suo *caregiver* e chi è chiamato ad erogare la risposta assistenziale. È quindi evidente che la libera scelta deve essere definita all'interno di una estrema trasparenza sia dell'organizzazione del soggetto erogatore, che della qualità dei servizi erogati. Inoltre è necessaria una contemporaneità tra la comunicazione di queste informazioni e il momento in cui sono necessarie.

Esiste uno strumento che può contenere tutte queste esigenze ed è l'accreditamento e l'albo degli erogatori accreditati. Purtroppo questo strumento, previsto già nella legge 328 del 2000, non ha avuto un utilizzo diffuso e là dove è stato praticato si è teso a mitigarne negativamente gli effetti e le potenzialità.

2.3.4 I CONTENUTI DELLA PROPOSTA

La riorganizzazione dell'indennità di accompagnamento è sicuramente un'opportunità di razionalizzare una parte consistente della spesa pubblica di welfare e come tale deve essere intesa ed interpretata.

La proposta, oltre che rispettare i principi proposti e declinati, deve quindi risultare sufficientemente migliorativa rispetto agli attuali utilizzi. Va messo in premessa che l'efficacia di un meccanismo di riforma di questo istituto ha una progressività in relazione alla modifica o meno di determinate condizioni regolative che incidono direttamente o sono relative agli ambiti che ne condizionano l'operatività.

La proposta iniziale è quindi inserita in un panorama di condizioni immutate rispetto alle attuali. Ulteriore precisazione è che la proposta di riorganizzazione dell'indennità di accompagnamento non riguarda le situazioni che effettivamente la utilizzano allo scopo per cui era stata pensata e costruita.

2.3.5 PROPOSTA NELLE SITUAZIONI ATTUALI

La proposta è la trasformazione dell'erogazione monetaria dell'indennità di accompagnamento in accesso ad un pacchetto di servizi. Questa trasformazione dovrà necessariamente avere come risultato un maggior vantaggio per le famiglie ed i diretti interessati rispetto alla situazione attuale. Quindi si dovrà dimostrare che un sistema professionale e sussidiario riesce ad essere per le famiglie e le persone uno strumento per avere delle risposte più appropriate e più efficienti, quindi, per impiegare al meglio le risorse date.

Il meccanismo proposto è la costituzione di un fondo personale costituito dalla cifra oggi stabilita per l'indennità di accompagnamento. Questo fondo può essere utilizzato in forma diversificata nel tempo, per sostenere esigenze mutevoli. Quindi potrà essere mensilmente utilizzato, totalmente o parzialmente, a seconda delle reali esigenze, delle più appropriate risposte, fornite nel modo più efficace ed efficiente. Le somme mensilmente, eventualmente, non utilizzate rimarranno a disposizione del fondo personale per periodi in cui le mutate esigenze avranno bisogno di maggior sostegno economico.

La modalità sin qui proposta non cambia in alcun modo la tipologia del diritto, la quantità dell'erogazione economica e le modalità di assegnazione. Il diritto al fondo personale sarà definito dall'ente pubblico nelle forme attuali, ma il cittadino avrà l'obbligo di acquisire prestazioni, accedendo ad un servizio di *care manager* che, attraverso una presa in carico globale, restituirà un piano personalizzato composto da tutto ciò che è necessario a soddisfare le esigenze rilevate. L'insieme delle prestazioni potrà essere acquisito da network di erogatori che saranno chiamati a rendicontare l'efficacia e la qualità dei servizi forniti. Al mutare delle condizioni e quindi delle esigenze, il cittadino e la propria famiglia potranno in qualsiasi momento rivolgersi al *care manager* per una rimodulazione del piano personalizzato.

Il modello proposto si basa su un mix tra programmazione pubblica e meccanismi di accreditamento, sussidiarietà, libera scelta, dove ognuna delle componenti esalta le potenzialità delle altre e contribuisce a definirne i confini. Le singole componenti del modello proposto hanno una precisa definizione che è condizione affinché il sistema sia il più efficiente possibile.

L'ente pubblico che definisce il diritto nelle attuali condizioni è l'INPS, attraverso procedure di legge, e su questo ben poco c'è da dire se non che sicuramente ci sarebbe bisogno di una maggior omogeneità nelle valutazioni per l'accesso. Omogeneità che dovrebbe garantire maggior equità, trasparenza e giustizia.

Il fondo personale è costituito dalla dotazione definita dall'indennità di accompagnamento che viene mensilmente erogata. Dal fondo si sottraggono le somme necessarie al pagamento dei servizi erogati e vi rimangono quelle residuali, che si andranno a sommare a quelle del mese successivo. Il fondo così costituito potrebbe avere ulteriori implementazioni, a copertura delle necessità, che potranno arrivare da risorse *out of pocket* volontarie o dal novero delle compartecipazioni obbligatorie. Inoltre potrebbero confluire nel fondo le risorse integrative provenienti da fondi, previdenze e assicurazioni private integrative. In questo modo si costituirebbe una dotazione consistente ed integrata che renderebbe efficiente l'utilizzo di ogni specifica risorsa in correlazione con quelle provenienti da altre fonti, tutte destinate al soddisfacimento dell'obiettivo diventato unificante.

Le risorse pubbliche del fondo personale che risultano non utilizzate alla cessazione del diritto, potranno essere incamerate dallo stato a maggior sostenibilità del sistema.

La famiglia ed il cittadino intestatario del diritto dovranno obbligatoriamente rivolgersi ad un *care manager*, che potrebbe essere un network di soggetti, anche erogatori, che professionalmente dovrà prendere in carico le esigenze della persona e del nucleo familiare, se questo è il *caregiver*, effettuare un'analisi del bisogno e restituire un piano individuale di interventi assistenziali e/o di sostegno. Le caratteristiche di questo soggetto devono essere innanzitutto quella di avere una natura giuridica che lo classifichi come non profit, poi quella di avere tutte le caratteristiche definite in una stringente procedura pubblica di accreditamento, di esprimere un sistema di monitoraggio e controllo sulla qualità del servizio erogato ed una *redemption* soddisfacente sull'efficacia dei piani individuali costruiti.

Inoltre, il soggetto *care manager* dovrà rendere pubbliche e trasparenti tutte le informazioni utili alla scelta da parte dei destinatari, in un formato e con un set

di indicatori definiti dal sistema pubblico e costantemente aggiornati. E dovrà naturalmente fornire un servizio *user-friendly* lungo tutta la durata del rapporto, sia nella fase iniziale di presa in carico, che per le successive esigenze di cambiamento nel piano individuale.

Il *care manager* dovrà anche fungere da garante del cittadino nei confronti degli erogatori di servizi, monitorando la quantità, la qualità, l'efficienza e l'efficacia di quanto definito ed erogato. Allo stesso modo dovrà garantire il sistema pubblico garantendo, nel monitoraggio, un alto livello dei risultati, in particolare per quanto riguarda l'efficacia del piano individuale.

Il piano individuale predisposto dal *care manager* insieme al cittadino non dovrà essere composto da un listino prefissato e congelato di prestazioni o pacchetti preconfezionati. Al contrario dovrà assegnare al bisogno, attentamente analizzato con la persona interessata e il suo nucleo familiare, una risposta composita, selezionando le più svariate tipologie di servizio. Il piano sarà così un insieme di prestazioni dalle più leggere, di compagnia e sostegno, alle più pesanti, di assistenza con personale sanitario o di residenzialità, anche diurna o di sollievo.

La composizione del piano dovrà esaltare l'efficacia integrandola con l'ottica dell'efficienza. In questo modo si potrà al meglio permettere ad ogni attore del sistema di integrarsi in un'unica cornice unitaria e si potrà altresì agevolare al massimo il contributo dei *caregiver* familiari e/o informali.

Il piano individuale potrà essere una buona base di partenza nel caso in cui la persona destinataria degli interventi sia presa in carico dal sistema pubblico della non autosufficienza e quindi dalle relative unità di valutazione, oppure potrà integrarsi con i servizi già in essere, se questi non fossero sufficienti.

Il piano non dovrà ovviamente limitarsi all'utilizzo delle sole risorse definite dal fondo personale, così come in caso di non necessità non dovrà utilizzarle completamente, ma definire una risposta completa al bisogno evidenziato. Alla copertura economica del piano dovranno quindi concorrere, sempre in forma integrata, risorse che arrivano da più fonti, sicuramente quelle del fondo personale e poi quelle proprie della persona e/o della famiglia.

In caso di integrazione con prestazioni pubbliche già definite, anche quelle andranno a comporre il piano individuale e quindi ad integrarsi sia come servizi, sia come risorsa economica. Ci sono regioni, ad esempio, che definiscono anche contributi economici per determinate prestazioni, quindi il *care manager* le potrà integrare a copertura del piano individuale.

Le prestazioni individuate saranno poi assegnate a degli erogatori di servizi. I soggetti erogatori potranno avere, naturalmente, varie forme giuridiche – profit, non profit, pubblico – e dovranno garantire il completo soddisfacimento del piano individuale, anche eventualmente mettendosi in rete tra loro. Chiaramente dovranno essere soggetti accreditati presso il servizio pubblico, a seconda delle regole che ogni regione ha per i servizi che intendono erogare in quello specifico territorio.

La scelta del soggetto erogatore dovrà avvenire avendo a disposizione tutti i dati

necessari, sia di carattere economico, sia di carattere qualitativo. Sarà quindi cura degli erogatori stessi inviare tutte le informazioni ad un data base di libero accesso ai *care manager* ed alle famiglie. In questa banca dati dovranno essere reperibili le caratteristiche dei singoli erogatori e gli *outcome* dei servizi erogati in quantità, qualità e risultati. Oltre a ciò dovranno essere evidenziate le criticità intervenute nelle erogazioni in modo da verificare se c'è capacità o meno di affrontarle e risolverle.

Ogni soggetto erogatore dovrà anche rendere trasparenti i processi di erogazione e di monitoraggio e valutazione dei rischi connessi. Il network dovrà garantire la possibilità di cambiare soggetto erogatore nel caso ad esempio ci fossero problemi di incompatibilità indipendenti della qualità del servizio reso.

Nello stesso modo si dovrà garantire unitarietà nella filiera della responsabilità. La persona non dovrà percepire di essere in un contesto nebuloso dove non si riesce a capire chi deve fare che cosa, ma al contrario sarà al centro di un sistema virtuoso che metterà a disposizione, in maniera trasparente, la propria organizzazione.

Essendo questa parte della proposta declinata entro le condizioni attuali, nel momento in cui alla persona verrà assegnata come risposta assistenziale la residenzialità di tipo permanente, il fondo personale tornerà ad essere considerato reddito a copertura di parte della compartecipazione alla parte alberghiera. Il modello individuato è necessariamente sottoposto ad analisi attenta che attesti che la proposta sia migliorativa rispetto all'utilizzo attuale. La difficoltà di rendere evidenti i vantaggi per le persone e le famiglie sono date proprio dalle distorsioni nell'uso dell'indennità di accompagnamento che oggi avviene. Soprattutto per quanto attiene quelle situazioni in cui l'indennità viene considerata reddito e quindi utilizzata internamente al nucleo familiare che si fa *caregiver*, oppure là dove serve ad acquisire prestazioni sul mercato irregolare.

La mancanza di obbligo di rendicontazione delle somme percepite come indennità di accompagnamento ovviamente rende più difficile fare delle comparazioni sul piano dell'efficienza, ma proprio perché stiamo parlando di prestazioni di assistenza, questo è comunque l'obiettivo. Dovranno essere potenziati quegli aspetti del modello che ne fanno un sistema e che, quindi, come tali, inseriscono una sommatoria di vantaggi che possono risultare più importanti rispetto agli odierni utilizzi.

Semplificando, è evidente che una prestazione data in nero è economicamente vantaggiosa, rispetto ad una regolare; pertanto i vantaggi devono essere portati da altri aspetti che sono quelli dell'integrazione e di sistema, che da una parte possono ammortizzare la maggior spesa unitaria e dall'altra portare servizi, processi e modalità che potenziano la risposta assistenziale o rendono meno pesante il carico delle famiglie. Si tratta quindi di verificare se le soluzioni che il modello propone vanno o meno a compensare il maggior costo delle singole prestazioni o se comportano effettivamente un alleggerimento del carico economico della famiglia, in modo da sostituirsi vantaggiosamente al reddito costituito dall'indennità di accompagnamento, oltre che definire un sistema così efficiente da essere percepito come un "qualcosa in più", al di sopra delle aspettative.

Questo sarà tanto più concretamente possibile, quanto più flessibile ed integrato

sarà il modello che deve mantenere una forte capacità di utilizzare strumenti fino ad oggi assenti dal sistema dei servizi.

La tecnologia è uno degli aspetti meno presenti nell'assistenza ed è invece un settore che può mettere a disposizione strumenti molto efficaci ed efficienti, utili ad integrare qualsiasi percorso di sostegno personale abbassando i costi, aumentando l'appropriatezza, valorizzando l'intervento delle figure professionali e inserendo possibilità di servizio che non sarebbero altrimenti erogabili, sia per tipologia, che per condizioni ambientali.

La sanità integrativa attraverso la mutualità è un'altra tipologia di servizi che se inserita in un pacchetto di sostegno al nucleo familiare può mettere in circolo risorse aggiuntive a compensazione di esigenze maggiori nelle attività assistenziali.

Mettere a disposizione servizi a sostegno del nucleo familiare, oltre a quelli direttamente indirizzati alla persona, può ampliare la capacità della famiglia di essere *caregiver* o le può restituire la possibilità di aumentare le risorse reddituali, liberando del tempo ai portatori di cura familiari in un combinato tra assistenza diretta ed indiretta.

Confrontare la situazione odierna con il modello proposto risulta complicato anche dal punto di vista di chi oggi è chiamato ad essere provider di se stesso e domani sarà al centro di un rapporto consulenziale che solleciterà la sua capacità di libera scelta.

La completezza della gamma dei servizi è sicuramente uno degli aspetti importanti nella percezione che si avrà di un modello, ed è essenziale anche per la sua efficacia. Questa sarà tanto maggiore, quanto più la gamma riuscirà ad essere ampia e non si limiterà ai servizi che ognuno di noi può reperire facilmente in autonomia. È molto più importante il sistema proposto a monte, perché deve garantire che l'efficacia percepita ed erogata sia maggiore di quella attesa e/o storica.

Il modello proposto deve conseguentemente rispondere a principi ed esprimere contenuti che vi si richiamano in modo automaticamente coerente. Questi principi possono essere riassunti in:

- Appropriatezza
- Integrazione
- Flessibilità
- Diversificazione
- Consulenza

Per **appropriatezza** si intende dare la giusta risposta, al momento giusto, nella misura giusta. È chiaro quindi che avere la possibilità di scegliere tra una gamma molto vasta di servizi è condizione necessaria a garantire appropriatezza. Non è solo questione di avere lo strumento giusto, ma di averlo nel momento in cui quella soluzione esprime il massimo risultato possibile in relazione all'esigenza rilevata, o provoca il minore impatto sia sulla persona che sui componenti del nucleo familiare. La terza componente è la quantità della soluzione scelta che deve essere il minimo indispensabile per ottenere il risultato come sopra definito. Risulta chiaro che un

singolo o la sua famiglia difficilmente hanno autonomamente gli strumenti che possano determinare quanto sopra, anche in uno solo degli elementi descritti.

La definizione che abbiamo dato di appropriatezza porta automaticamente ad introdurre il concetto di **integrazione**, in quanto anch'essa elemento essenziale di un modello efficace. Integrazione è qui intesa come modalità con cui servizi e prestazioni diverse interagiscono tra loro per potenziare reciprocamente il loro effetto singolo. Necessaria quindi l'interazione sotto un'unica regia dei singoli prestatori di servizi, in modo che quantità e qualità siano costantemente rimodulate mantenendo la completezza del piano individuale. Integrazione come utilizzo complesso dei vari servizi, come fossero gli strumenti di un'orchestra in cui ogni singolo componente contribuisce ad un disegno d'insieme, modulando se stesso e contribuendo a rimodulare costantemente gli altri, reciprocamente.

Tutto questo può avvenire solo ed esclusivamente se il modello si costituisce e garantisce estrema **flessibilità**. Questa è dote indispensabile alla piena realizzazione di appropriatezza ed integrazione, essendone parte integrante. Per definizione, non può esservi un modo di costruire una risposta appropriata ed integrata in maniera rigida. La flessibilità deve essere insita nel modo in cui si erogano i servizi, nelle modalità con cui viene costruito l'insieme della risposta assistenziale, nelle forme con cui la persona e la famiglia accedono e dialogano con il network degli erogatori e con il *care manager*.

E qui entra in gioco la **diversificazione**, in quanto ogni persona, ogni nucleo familiare, ha e vive una situazione profondamente diversa da altre, magari simili per tipologia di problemi. Ognuno esprime specifiche esigenze assistenziali in momenti diversi della evoluzione del bisogno che lo affligge e questo dipende dalla rete familiare, dalla rete comunitaria, dalle condizioni economiche, quelle abitative, dai contesti territoriali e da tanti altri fattori che compongono un numero infinito di variabili. La diversificazione, quindi, dell'approccio, dell'offerta, della tipologia di servizi, delle variabili insite in ogni singola prestazione, delle modalità di erogazione, è elemento imprescindibile e, a seconda della capacità di ogni *care manager* e di ogni network di erogatori di averne un grado maggiore o minore, avremo anche un sistema che risponde in forma più o meno efficace.

Il modello proposto ha come elementi costituenti la libera scelta e la sussidiarietà ed è stato ricordato anche precedentemente come uno dei problemi, per un esercizio corretto di questi aspetti da parte del cittadino, sia quello che viene chiamato asimmetria informativa, cioè il disequilibrio tra le informazioni che ha e può arrivare ad avere e/o a sintetizzare una persona rispetto ad una organizzazione chiamata a costruire il suo piano individuale e/o ad erogarlo.

Chi deve fare in modo, al contrario, che ci sia la più completa simmetria informativa possibile è, nel modello proposto, il soggetto *care manager*, attraverso un'attività che non è solo ed esclusivamente prestazionale, ma innanzitutto **consulenziale**. L'approccio che dovrà necessariamente adottare chi accoglie la persona e si fa carico delle sue esigenze e deve poi professionalmente restituirgli una risposta assistenziale personalizzata, è quello della consulenza, con tutto ciò che questo termine comporta. Il consulente è un professionista che attraverso il proprio curriculum di attività riesce ad intercettare la fiducia della persona e della famiglia e mette a servizio delle loro esigenze la propria capacità ed i propri mezzi per

analizzare problematiche e costruire soluzioni. La consulenza è quindi il frutto di un rapporto fiduciario iniziato attraverso la comunicazione completa e trasparente, nel nostro caso, degli *outcome* dell'attività specifica del *care manager* e proseguito attraverso l'efficacia della proposta costruita, nel momento contingente e nel medio/ lungo periodo con le rimodulazioni necessarie. La consulenza del *care manager* diventa quindi la regia del sistema che progetta e costruisce l'unitarietà del piano individuale. Ed è quindi l'attività di consulenza che inquadra tutte le caratteristiche in un sistema che restituisce vantaggi anche nell'impiego, e quindi nella necessità, di risorse. L'utente non risparmia perciò su ogni singolo servizio, ma, avendo qualcuno che lo aiuta a spendere nel modo giusto, ottiene il massimo risultato a risorse date.

2.4 POTENZIALITÀ E CRITICITÀ

Analizzando l'indennità di accompagnamento inserita nel complesso delle misure e delle politiche sulla non autosufficienza, molti sono i punti di attrito tra questa misura ed il resto della programmazione in materia. Mettere mano a questo istituto, se da una parte risulta essere molto difficile per la stratificazione che ha nella società, dall'altra innesca una gamma di aspettative molto ampia, nel tentativo di farne una parte, certamente importante, di un sistema realmente integrato. Aspettative che possono anche essere considerate linee guida per una possibile riforma, ovvero benefici attesi di una possibile ristrutturazione dell'istituto stesso.

Chiarezza nelle attuali sovrapposizioni – Nella valutazione se una persona possa o meno rientrare nei diritti definiti dalle varie normative che regolano la non autosufficienza, l'invalidità o la disabilità, operano commissioni di valutazione, a volte denominate nello stesso modo, ma diverse per composizione e che lavorano con criteri diversi. Quindi un cittadino può rientrare nella sfera di applicazione dell'indennità di accompagnamento, ma non essere riconosciuto nel diritto e rientrare nella protezione pubblica definita dalle leggi sulla non autosufficienza o viceversa. Nel momento in cui quel cittadino rientrerà nell'ambito di tutte le previsioni, convergeranno su di lui una sommatoria di misure che non hanno lo stesso principio di assegnazione e di utilizzo. Sarebbe utile in questo senso costruire una filiera organica di protezioni crescenti in base al bisogno.

Appropriatezza – L'indennità di accompagnamento viene assegnata ed erogata sulla base di un'analisi che esamina solo l'esistenza di livelli minimi del diritto. Non si definisce un piano di assistenza e soprattutto non c'è rendicontazione della spesa da parte dell'utente, quindi non si ha modo di fare un match tra contributo erogato e risultati di benessere della persona.

Monitoraggio dell'efficacia – Oltre il concetto di appropriatezza esiste un suo sottoinsieme che è l'efficacia ed anche questa non è assolutamente monitorata. Per questi due aspetti sarebbe conveniente definire un set di indicatori di monitoraggio almeno per misurare risultati a partire dalla situazione fotografata in fase di prima concessione.

Presenza in carico precoce – La concessione dell'indennità di accompagnamento, in una parte consistente dei casi, viene data in un momento in cui il cittadino ha dei requisiti di non autosufficienza minori rispetto alla presenza in carico che effettuano i sistemi regionali. Ma comunque sempre in una fase in cui la famiglia è chiamata a reperire risorse economiche aggiuntive. Potrebbe essere un'ipotesi percorribile quella di definire questa misura per una fase del percorso di fragilità anticipato rispetto all'attuale per far sì che sia il più efficace possibile nel rallentarlo.

Minore istituzionalizzazione – Se si contribuisce in misura così importante ci si aspetterebbe che fossero minori le richieste di residenzialità. Torna quindi in evidenza come la misura dovrebbe essere invece usata per prevenzione e non per tamponare.

Continuità nel processo assistenziale – L'indennità di accompagnamento non costituisce un elemento integrante tra una parte della vita di un cittadino in cui è

autosufficiente o preso in carico dal suo nucleo familiare e una successiva in cui è non autosufficiente. Invece è proprio qui che dovrebbe esercitare il suo massimo potenziale.

Coerenza nelle fasi del processo assistenziale – Qualunque cittadino, qualunque famiglia sono interessati ad avere una continuità nel processo assistenziale che oggi non c'è. Ogni fase è definita in base a rigidi spartiacque, ed ogni elemento che si aggiunge a comporre un quadro assistenziale è assolutamente indipendente dagli altri e vive di questa sua indipendenza generando cesure e non continuum.

Aumento delle opportunità per gli operatori – Gli operatori del settore, che siano singoli professionisti ed individui, oppure imprese e soggetti comunque collettivi, non hanno ad oggi visibilità alcuna delle risorse che sono messe in movimento dall'indennità di accompagnamento. Usate in modo precoce potrebbero generare sviluppo, anche in maniera consistente.

Trasparenza – Non c'è modo di verificare come vengono utilizzate le risorse assegnate, in quanto nessuna rendicontazione viene richiesta. Non è certamente un incentivo al corretto utilizzo di risorse pubbliche.

Maggior omogeneità tra i vari contesti regionali – Le normative regionali hanno ormai ed indelebilmente disegnato diversità anche sostanziali tra i vari sistemi di presa in carico della non autosufficienza. Si aggiunge a questa situazione la non omogeneità con cui l'indennità di accompagnamento viene erogata nelle varie regioni e territori. Un conto, quindi, è avere diversità nella parte erogativa ed organizzativa di un sistema assistenziale, un conto è una diversità profonda nella concessione di un diritto sancito da una legge nazionale. Sarebbe utile che ci fosse maggior omogeneità nelle regioni, almeno per quello che riguarda il diritto minimo esigibile, ma va almeno recuperata nella esecutività di una legge nazionale.

Iniezione di risorse nella filiera assistenziale – Quelle messe a disposizione della indennità di accompagnamento sono risorse ingenti rispetto a tutti i fondi di settore fin qui finanziati o programmati. La sua diversa definizione potrebbe determinare uno sviluppo significativo del settore e dei sistemi di protezione dei cittadini fragili.

Iniezione di risorse a sostegno delle gestioni pubbliche – Quanto sopra è altrettanto vero se pensiamo che molti dei servizi oggi erogati sono a gestione pubblica e quindi quelle risorse potrebbero significare anche un alleggerimento dei bilanci della PA.

Maggior sostenibilità del sistema dei servizi – Da questo assioma, che è anche una necessità, passa la strutturazione di una società che fa delle proprie criticità occasione di sviluppo. Anche in questo caso si può ragionare definendo sempre minori risorse, oppure dando maggior efficacia a quelle già a disposizione. Questo non nella logica del risparmio, ma della riforma del sistema.

Chiarezza del diritto – Se c'è una cosa che il progressivo contingentamento delle risorse ha messo in discussione è il diritto che non è più tale, stretto in una morsa letale di sovrapposte griglie di accesso. È invece opportuno definire chiaramente chi e a che cosa ha diritto per poter meglio programmare ciò che eventualmente manca.

La conclusione naturale di questa parte è che ad oggi esiste un istituto che, così come è, potrebbe essere usato meglio, ma potrebbe sviluppare ulteriori potenzialità se si mettesse contestualmente mano alla revisione di alcune normative.

Il primo aspetto che andrebbe meglio normato è quello della omogeneità dell'accesso. In particolare va deciso se e come l'indennità di accompagnamento, con le misure ad essa collegate, vadano coordinate con le leggi che regolano la non autosufficienza. Questo non vuol dire livellare l'accesso e quindi sovrapporre misure a misure, ma vuol dire coordinare gli ambiti di intervento, destinando anche a diversi momenti della vita di un cittadino soluzioni diverse. Coerentemente, andranno riprese le definizioni di non autosufficienza, invalidità e disabilità, in modo da definire esattamente i diversi target di utenza, che spesso hanno aree di sovrapposizione che danno luogo alcune volte a ridondanza degli interventi, ma più spesso a difficoltà di accesso e privazione di diritti. È in questo senso emblematico il trattamento riservato alla disabilità nel momento in cui supera la soglia dei sessantacinque anni e quindi non si sa se avviare quella persona ai servizi per la non autosufficienza oppure mantenerlo nella filiera dell'handicap o della salute mentale. Spesso questa decisione non va in base al bisogno, ma viene determinata dalla quantità di risorse a disposizione.

Queste precisazioni sono indispensabili per chiarire quanta parte del monte risorse dell'indennità di accompagnamento lasciare a progetti di vita indipendente e quanta invece destinare al modello del fondo individuale. In questo modo si possono soddisfare esigenze diverse, anche mantenendo parte dell'indennità di accompagnamento come contributo economico. Certamente andranno comunque legate a certificazione dell'impiego e monitoraggio dell'efficacia rispetto ad obiettivi dati.

Sulla base di queste categorizzazioni più pertinenti, si potrà anche inserire l'alzheimer ed altre malattie con effetti di decadimento cognitivo nella famiglia della sanità mentale, inserendo i percorsi di cura ed assistenza interamente a carico del SSN e quindi oggetto di LEA specifici.

In questo modo la proposta di modifica dell'indennità di accompagnamento si inserirà un ambito molto preciso di intervento, ritagliandosi il ruolo di segmento della risposta assistenziale, coerente con l'eventuale diritto ad ulteriore protezione pubblica e con la spesa *out of pocket* delle famiglie.

L'ultima delle necessità di ridefinizione dei confini, all'interno dei quali si deve muovere il sistema dei servizi, è la distinzione tra non autosufficienza e cronicità anche pluripatologica. Oggi, un ultra sessantacinquenne con patologie croniche ad uno stadio invalidante passa dalla copertura del SSN ad una situazione in cui la propria non autosufficienza viene ridefinita con un mix diverso di risorse economiche, rientra quindi nel settore socio-sanitario dove il costo del suo profilo di assistenza arriva da fonti diversificate, compresa una partecipazione personale e/o familiare corposa, a volte insostenibile.

È evidente che una diversa definizione porta inevitabilmente ad una riallocazione delle risorse, ma questa è comunque inevitabile, anche solo se consideriamo i diversi pesi che dovranno comunque avere in futuro la sanità ospedaliera rispetto a quella territoriale.

Concretizzate queste revisioni normative ed organizzative, ogni tipologia di risposta assistenziale avrà un suo scopo ed obiettivo preciso, ma anche e soprattutto un ruolo che non si sovrapporrà a quello delle altre. Quindi, l'indennità di accompagnamento, riformata così come viene proposto, opererà su un target e per un periodo della vita ben preciso, soddisfacendo interamente i bisogni espressi o integrando, potenziandoli, i servizi che necessitano ad una gravità superiore.

L'indennità di accompagnamento può quindi essere destinata a una fragilità di livello medio basso, come prevenzione di strumenti residenziali e come efficace intervento sociale a sostegno della capacità di un nucleo familiare di essere portatore di cura senza rinunciare, per esempio, ad attività lavorative o all'accompagnamento della crescita dei figli. Questo si può fare oggi semplicemente modificando il target a cui viene rivolta l'indennità di accompagnamento ed affidando la valutazione dell'accesso alla stessa filiera che usano le regioni per esaminare la non autosufficienza e la disabilità. In questo modo si potrebbe regolare l'accesso che anche oggi è in molti casi precoce, inserendolo in una filiera assistenziale che si definisce in una sostanziale continuità. Inserendo questa soluzione, le risorse possono naturalmente favorire anche il passaggio a livelli di non autosufficienza più gravi, interagendo con risposte aggiuntive che contribuiscono a determinare un piano assistenziale il più possibile integrato.

In quest'ottica, la seconda riforma che si dovrebbe fare, anche questa non incidente con le autonomie regionali, è la definizione di un unico metodo di valutazione della non autosufficienza. Non è equo e neanche giusto che un cittadino italiano sia definito non autosufficiente in modo diverso a seconda della regione in cui abita. Questo perché, in realtà, si sono fatte le norme regionali a seconda delle risorse disponibili e non del bisogno da affrontare, così a seconda dei bilanci regionali, più o meno in difficoltà, si sta usando la valutazione della non autosufficienza come soglia di accesso. Il fatto di definire un grado di valutazione e metodologie uguali in tutte le regioni non vuol dire affatto livellare gli interventi che saranno, questi sì, diversificati a seconda delle politiche regionali, che devono essere definite in base alla realtà sociale ed alle evoluzioni demografiche di ogni specifico territorio.

La proposta della riforma dell'indennità di accompagnamento, alla luce di queste considerazioni, avrebbe quindi una notevole espansione della sua efficacia in quanto interverrebbe nello stesso modo in tutta Italia, eliminando gli usi impropri di tale misura, che in alcune aree del paese è stata impiegata come cuscinetto delle difficoltà economiche delle famiglie. Oltre a questo, interverrebbe nella soddisfazione di esigenze legate a specifici livelli di bisogno che precedono l'istituzionalizzazione, prolungando i propri benefici proprio nella ricerca di evitare interventi di residenzialità ad alta incidenza assistenziale.

Questa modalità permetterebbe inoltre di far emergere tutte quelle situazioni di lavoro nero e grigio a cui le famiglie si rivolgono nei momenti in cui non hanno diritto ad alcuna protezione pubblica ulteriore. Si pensi a quanto si potrebbe ulteriormente fare se si mettessero a disposizione delle famiglie le risorse che si spendono a copertura delle assenze dal lavoro per le previsioni della Legge 104. Tre giornate di lavoro al mese che le aziende perdono in produttività, che l'INPS o le aziende stesse devono pagare definendo sostanzialmente una doppia incidenza di questi eventi. Queste giornate potrebbero tranquillamente essere quantificate e anche queste erogate in servizi che sicuramente andrebbero a maggior vantaggio

delle persone assistite e a minor discapito delle aziende che anche a fronte di un esborso diretto non perderebbero la produttività relativa all'assenza del lavoratore. Se pensiamo a quelle aziende, anche pubbliche, che, in molti settori di attività, devono garantire standard di personale e di servizio, si può facilmente immaginare che questa revisione significherebbe risparmi e quindi risorse che andrebbero a finanziare sviluppo senza per questo abbassare i livelli assistenziali a chi esprime il bisogno.

Il passaggio successivo è la definizione a livello nazionale dei Livelli Essenziali. Questo è un passaggio essenziale per evitare che misure nazionali come, appunto, l'indennità di accompagnamento abbiano efficacia diversa, a seconda del territorio di residenza di un cittadino. Anche in questo caso, la proposta avanzata avrà un risultato molto diverso se sarà messa all'interno di un quadro di omogeneità, in quanto servirà esattamente alla copertura di una quantità definita di servizi, indipendentemente dal luogo dove devono essere erogati. Il sistema, quindi, si troverà nella condizione di essere mediamente certo che a risorse date corrisponda una determinata risposta. Chiaramente la potestà regionale nella programmazione definisce e definirà differenze nella qualità e quantità dei servizi a cui si ha diritto, ma questa differenza si assottiglierà quanto più si definiranno i livelli minimi.

Il contributo che l'indennità di accompagnamento potrà dare, inserita in un quadro generale così come delineato da livelli minimi, sarà quindi quantomeno la trasparenza, ma anche una maggior integrazione e quindi una maggior sostenibilità. La sostenibilità del sistema dei servizi passa anche dalla capacità del settore pubblico di integrarsi al proprio interno, tra settori (sanitario e sociale per esempio), ma anche con il privato. In questo caso per privato si intendono sia le risorse diverse da quelle che arrivano dalla fiscalità generale, che i produttori di servizi, in un'ottica realmente sussidiaria.

Nella proposta di riforma dell'indennità di accompagnamento, nel momento in cui si prevede un *care manager* che definisce un piano individuale erogabile da una rete di soggetti, si può anche ipotizzare che si possano acquistare servizi da produttori pubblici, generando ulteriore sostenibilità del sistema pubblico.

In particolare, il sistema pubblico avrebbe il doppio vantaggio di godere di risposte date in appropriatezza di uso di risorse comunque pubbliche e di un rientro di parte di queste risorse a sostegno della parte gestionale del sistema stesso. Questo potrebbe evitare l'accelerazione del processo di lenta dismissione e di relativa esternalizzazione di parte dei servizi che devono invece rimanere a presidio e garanzia della correttezza dell'offerta prodotta dai privati, oltre che calmarla.

Ultima revisione normativa che porterebbe decisamente i cambiamenti maggiori è la chiarezza su cosa è diritto esigibile universalmente a prescindere dal reddito e cosa non lo è. Una parte consistente di questa partita la si giocherebbe con la uniformità nelle definizioni e nei processi di accesso, ma sicuramente ben altro impatto avrebbe una precisazione sul diritto sia in qualità che in quantità.

L'indennità di accompagnamento è l'unica misura non sanitaria che non dipende dal reddito personale e/o familiare ed è quindi erogata a prescindere. Tra l'altro in forma eguale tra cittadini con redditi molto diversi e quindi definendo una ulteriore divaricazione sociale. Questo già oggi che l'indennità è un contributo economico e

che quindi in molti casi risolve problemi non legati all'assistenza, ma alla quotidianità di un nucleo familiare.

Con la proposta di sostituire l'erogazione finanziaria con servizi pagati da un fondo individuale, sarebbe ancora più utile legare l'indennità di accompagnamento al reddito familiare, modulandola fino ad un massimo che potrebbe essere di molto superiore a quanto oggi erogato.

Un'ipotesi – che andrebbe verificata dal punto di vista della sostenibilità – potrebbe essere quella di definire il massimo importo erogabile mensilmente in mille euro, per le persone con un reddito minimo. Questo garantirebbe la sostenibilità economica di quella fase di non autosufficienza che non richiede la residenzialità.

Allo stesso modo si possono modulare le fasce di erogazione, diminuendo l'indennità al crescere del reddito. In questo modo si avranno sempre piani di assistenza sostenibili con un mix di risorse reali e certe, che portano alla costituzione di fondi individuali capienti, e quindi con prospettive di risparmi e recupero di risorse in determinate fasi del bisogno, e sufficienti alla copertura di risposte assistenziali più importanti che diventano in questo modo sostenibili senza incidere pesantemente nel potere di acquisto delle famiglie.

Il passaggio successivo potrà essere quello della confluenza nel fondo individuale delle risorse economiche che provengono da fonti assicurative, previdenziali e/o comunque integrative. In Italia le risorse che i singoli oggi destinano a coperture integrative non supporta la sostenibilità del sistema, anzi per alcuni aspetti la peggiora, in quanto facilita oltremodo il consumo, per esempio, di sanità pubblica restituendo il contributo speso in ticket, per esempio.

Se prendiamo in considerazione le prestazioni rese dalle assicurazioni nei loro prodotti a copertura della LTC, nel migliore dei casi sono semplicemente un rimborso che va a sommarsi alle prestazioni a cui comunque un cittadino ha diritto. Queste forme di contribuzione sono assolutamente insufficienti per coprire una risposta assistenziale complessa e quindi risultano essere onerose per le famiglie nel momento della sottoscrizione e relativo esborso, ma non efficaci nel momento del bisogno.

Dal lato opposto per il sistema assicurativo ed integrativo il momento della liquidazione rischia di essere insostenibile se definito per un numero consistente di utenti.

La possibile integrazione di questi istituti a sottoscrizione volontaria nel fondo individuale, con risorse pubbliche e familiari, potrebbe avviare una linea di prestazioni integrative a minor costo per gli utenti e a minor esborso per i gestori, ma definendo una maggior efficacia, in quanto andrebbero a completare un quadro di sostenibilità economica, appunto, integrato. Questo potrebbe incentivare la sottoscrizione di pacchetti assicurativi e mutualistici e, conseguentemente, aumentare la sostenibilità del sistema di risposta assistenziale.

Possiamo solo immaginare la potenzialità di un contenitore in cui confluiscono tutti gli istituti assistenziali legati non tanto alla disponibilità pubblica, ma a quella individuale, e che rispondono al bisogno in forme integrate e coordinate, andando anche a finanziare la parte erogativa del sistema pubblico.



LA SUA REALIZZABILITÀ

IL MODELLO LA DOTE E LA RETE

WELFARE E IMPRESA SOCIALE
DI GARANZIA

Giorgio Fiorentini, Università Bocconi, Milano

3



3.1 IL WELFARE: UNA LETTURA ECONOMICO-AZIENDALE E TRATTI EVOLUTIVI

In Italia, l'auspicabile sviluppo della socialità¹, il senso di comunità² ed il welfare, inteso come sistema sociale (la cui offerta è integrata), vogliono garantire ai cittadini, nel loro approccio olistico, l'utilizzo di servizi sociali e di servizi ad impatto sociale "specifico" o "aspecifico", *latu sensu*³, e comunque considerati indispensabili. Essi sono contesto di valori economico-sociali e di sottesa valorialità metaeconomica.

Con questo approccio, si fronteggiano criticità e sfide innescate dalla crisi economica, dalle trasformazioni socio-demografiche ed epidemiologiche, dai cambiamenti culturali ovvero dalla dinamica delle aspettative dei cittadini che crescono anche a fronte del confronto reciproco fra vari stili di vita e del riconoscimento che la valenza sociale è condizione di welfare. Tutto questo spinge verso un nuovo assetto economico sociale del capitalismo, in cui i cambiamenti in atto dell'azione produttiva e della gestione delle risorse co-determinano nuove modalità di stabilizzazione dei rapporti sociali.

Il benessere degli individui dipende dalle opportunità sociali e dalle risorse (economico-finanziarie, logistiche, di accesso ai servizi, ecc.) che essi hanno a disposizione durante le diverse fasi della propria esistenza. Esse si rappresentano come diritti sociali esercitati dai cittadini che assicurano al cittadino stesso i servizi pubblici e di utilità pubblica necessari per il raggiungimento di livelli minimi di esistenza civile ed, in senso lato, sono il complesso delle tutele e dei servizi erogati dallo stato (nella sua articolazione istituzionale: regioni, enti locali, strutture di

¹ Orientamento alla convivenza sociale, stabilendo rapporti fra persone che appartengono ad una medesima società.

² Ove si condividono sistemi di significati, comportamenti, valori, storia, eccetera.

³ I servizi sociali, secondo la definizione fornita dall'ONU, consistono in una serie di attività organizzate, volte a favorire il reciproco adattamento tra gli individui e il loro ambiente sociale. Si tratta di un'accezione piuttosto lata del termine, che può essere, così, interpretato in termini talmente estensivi da includere nei servizi sociali la generalità delle prestazioni dei sistemi di welfare, forse con la sola esclusione di quelle pensionistiche e delle politiche del lavoro. Seguendo invece un'interpretazione restrittiva, si fanno rientrare nei servizi sociali solo le attività di social work, come sono definite in gergo tecnico, ossia le attività di assistenza e di sostegno dirette verso soggetti che soffrono, per le più svariate cause, di – più o meno intense – forme di deprivazione e marginalità sociale con il fine di favorirne l'integrazione nella collettività in cui vivono. In gran parte delle società contemporanee, ai servizi sociali sono attribuite funzioni "specifiche" e "aspecifiche", ossia che possono venire esercitate e che, spesso, lo sono da altri segmenti della pubblica amministrazione.
www.disuguagliazesociali.it

offerta sanitaria, ecc.), al fine di garantire una rete di protezione sociale: istruzione, sanità, previdenza sociale (in caso di malattia, gravidanza, disoccupazione), servizi socio-assistenziali (per bambini e ragazzi senza famiglia, anziani, malati cronici e disabili) e tutti i servizi che offrono un asset di welfare.

Per poter rispondere istituzionalmente e organizzativamente alla manifestazione dei diritti, è necessario combinare al meglio le risorse economico finanziarie, sociali e strutturali per il tramite di aziende pubbliche e private.

Paradossalmente, siamo in presenza di una espansione dei diritti sociali e contemporaneamente una loro opposta e, in alcuni casi, inevitabilmente carente risposta istituzionale, per mancanza di risorse disponibili. La doverosa ricerca di un punto di equilibrio finanziario per garantire la risposta ai diritti sociali comporta la necessità di valutare la tipologia dei diritti che è possibile sacrificare, riequilibrare e, comunque, sorge l'esigenza di prospettare assetti organizzativi del rapporto domanda-offerta di servizi sociali che permettono di mantenere l'efficacia del sistema socio assistenziale con minori risorse.

Le regole per l'organizzazione della produzione e distribuzione di risorse e opportunità delimitano l'insieme delle politiche sociali, il cui obiettivo è quello di proteggere i cittadini dall'esposizione ad eventi come povertà, disoccupazione, analfabetismo o scarsa istruzione, malattia, disabilità, ecc.: i cosiddetti rischi sociali.

Sempre più critica è la copertura economico-finanziaria e di imprenditorialità solidale per i rischi di non autosufficienza, per le fasce deboli e per le esigenze della popolazione che si struttura in una filigrana di segmenti sempre più particolareggiata.

L'esigenza di maggiori risorse – considerato che la spesa pubblica non può aumentare per i vincoli finanziari, diretti e indiretti, del contesto nazionale e comunitario – spinge verso forme di finanziamento e di gestione private delle risorse a disposizione.

In un contesto di economia sociale di mercato⁴, che si caratterizza per libertà di mercato e scarsa giustizia sociale, si è notato che la sola economia di mercato non è in grado di equilibrare un corretto rapporto fra domanda e offerta di servizi in logica di indispensabile equità sociale ed analogamente si verifica con un approccio fondato solo sull'economia sociale. L'integrazione fra assetto sociale ed economico concilia una condizione paritetica delle opportunità e la libera iniziativa privata. In un'ottica di sussidiarietà, lo stato ha una funzione di regolazione e di intervento, a fronte del fallimento del mercato nella sua funzione sociale.

Nel dibattito scientifico e pubblico, le posizioni che dialetticamente si confrontano sono, prevalentemente, riassumibili in due linee di pensiero:

- la copertura può essere incrementata per il tramite di una maggiore produttività pubblica (efficientamento), ovvero cercando e rinvenendo le

⁴ L'economia sociale di mercato trova fondamento nelle idee di L. von Mises, *Nation, Staat und Wirtschaft*, 1919 (trad. it. *Stato, nazione ed economia*, Bollati e Boringhieri, Torino, 1994), in seguito rielaborate dalla Scuola di Friburgo e fondamento dell'ascesa economica della Germania dopo la seconda guerra mondiale. Questa impostazione è stata assunta dalla UE nel trattato di Lisbona (2007).

risorse impiegate in altri settori (meno valoriali o senza valorialità rispetto a quello specifico sociale), oppure aumentando la pressione fiscale (opzione, vista la situazione italiana, sempre meno praticabile);

- l'integrazione, in termini di efficacia e di volumi, della spesa pubblica, tramite il ruolo sussidiario, con un effetto leva di finanziamenti privati gestiti prevalentemente da imprese sociali non profit e profit⁵ (filiera sussidiaria aziendale), che, attraverso la loro formula imprenditoriale (argomento di cui si tratterà più avanti), perseguono risultati di soddisfazione della domanda/bisogno sociale.

Il finanziamento privato è oggetto di riflessione da parte di vari autori⁶ e varie sono le caratteristiche e le opzioni di ruolo prospettate:

- opportunità di supplenza del welfare aziendale contrattualistico;
- finanziamenti da parte delle fondazioni di origine bancaria;
- coperture assicurative proposte dalle assicurazioni private;
- risorse garantite dai fondi sanitari e previdenziali;
- risorse dei singoli individui che accantonano risorse personali;
- utilizzo del patrimonio delle famiglie, tramite, ad esempio, la vendita della nuda proprietà.⁷

I finanziamenti gestiti da imprese profit (per esempio assicurazioni private), che solitamente massimizzano il profitto, mostrano, con evidenze empiriche, una scarsa probabilità di diventare protagoniste risolutive di uno sviluppo adeguato del welfare.

Diversamente, le imprese sociali non profit, che gestiscono finanziamenti privati senza massimizzare, in modo assoluto, il profitto per una sua eventuale distribuzione, hanno maggiori probabilità di innescare un processo di sviluppo consistente del welfare. Esse hanno come finalità l'equilibrio economico-finanziario e quindi una massimizzazione relativa del profitto ed un limite, con tetto "cappato", della eventuale distribuzione.

⁵ Sul concetto di impresa sociale – che comprende imprese sociali non profit "di sistema", imprese sociali non profit ex lege e imprese sociali profit a "rating" sociale – si veda: G. Fiorentini, G. Sapelli, G. Vittadini, *Imprenditore: risorsa o problema? Impresa e bene comune*, BUR, 2014. D'ora in avanti la denominazione impresa sociale annovera la classificazione appena espressa, fermo restando che è preminente la percentuale (almeno l'80%) di imprese sociali non profit.

⁶ Fra essi:

Gori C. (ed), *L'alternativa al pubblico? Le forme organizzate di finanziamento privato nel welfare sociale*, Franco Angeli, Milano, 2012

Fosti G. (a cura di), *Rilanciare il welfare locale. Ipotesi e strumenti: una prospettiva di management delle reti*, Egea, Milano, 2013

Pavolini E., Ascoli U., Mirabile M.L., *Tempi moderni. Il welfare nelle aziende in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2013

Treu T., *Welfare aziendale*, Ipsoa, Milano, 2013

Bandera L., Maino F., Mallone G., *Le assicurazioni: nessi e sinergie possibili* in Maino F., Ferrera M. (a cura di), *Primo rapporto sul secondo welfare in Italia*, Centro di documentazione e ricerca L. Einaudi, Torino, 2013

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS), Università Bocconi, *Il welfare aziendale contrattuale in Italia*. Acquisizione dati e informazioni finanziata con i fondi della convenzione Cnel / Ministero del lavoro, rapporto finale 2014

⁷ La nuda proprietà è il valore dell'immobile decurtato dell'usufrutto. Vendere la nuda proprietà significa vendere il proprio immobile, tenendo per sé il diritto di viverci per tutta la vita. Chi vende la nuda proprietà dell'immobile si riserva il diritto di abitare e godere l'immobile per tutta la vita, incassando subito un capitale che può aiutarlo a vivere meglio, in tranquillità, oppure aiutare i suoi figli a comprare una casa e/o avviare un'azienda.

L'imprenditorialità delle imprese sociali non profit è una formula virtuosa per gestire i servizi di welfare per i cittadini-clienti, dove il profitto è mezzo e non fine della propria attività.

La proposta che si articolerà in questo documento si inserisce in questo dibattito e in una visione di "welfare universalistico a sussidiarietà variabile" (WUSV), che integra il presidio delle categorie di cittadini caratterizzati da una situazione socio economica che ha bisogno, in modo ineludibile, della copertura totale pubblica, con il presidio a copertura mista per le categorie a minore debolezza, fragilità e vulnerabilità, nonché con una capacità di reddito che permetta di integrare il costo dei servizi di welfare sociale offerti. Questo sistema dovrà mantenere, ma anche sviluppare, il ruolo delle imprese sociali che saranno un partner strutturato e costituente il dinamismo efficace della filiera di welfare sostenibile. Tutto ciò anche per una constatazione di funzionalità dell'impresa sociale nella soddisfazione della domanda di servizi di welfare allargato⁸ dei cittadini, nonché per un asset di costi inferiori rispetto a quelli sostenuti dal settore pubblico e dal settore profit.

La valutazione del risultato deriva sia dal coinvolgimento e dal giudizio continuo del fruitore del servizio e dal grado di customerizzazione e di interazione che si è creato, sia dalla creazione di indici di efficienza ed efficacia che attengono alla potestà regolatoria dello stato. Infatti, la richiesta di giudizio e di valutazione di impatto socio-economico è ormai una connotazione necessaria per le imprese sociali, che traggono da questi indicatori un modello circolare ed autoincrementale.

Infatti, dalla verifica delle performance (*output*) si attivano i rimedi utili per superare i *minus* accertati e si patrimonializzano i *plus* ottenuti, che costituiscono la base per aumentare il dinamismo virtuoso degli *outcome*, che incidono concretamente sulla risposta ai bisogni sociali della popolazione. Queste affermazioni, peraltro confermate dalla dottrina economico-aziendale, portano a riflettere su alcuni punti chiave della dimensione sociale e discendono in parte da tre principi che ne rappresentano le premesse concettuali.⁹

8 Il welfare nella sua accezione allargata e laica si riferisce:

- ai settori tradizionali, ove si nota una rilevante presenza pubblica: per esempio la previdenza e l'assistenza sociale, l'assistenza sanitaria, l'istruzione e l'edilizia popolare; questa presenza si accompagna generalmente a un atteggiamento interventistico e dirigistico nella vita economica, sia a livello legislativo, sia attraverso la pianificazione e la programmazione economica, sia attraverso imprese pubbliche;
- ai settori ove si nota una presenza privata o mista (pubblico-privato): per esempio coesione sociale, educazione, istruzione e formazione; tutela dell'ambiente e dell'ecosistema; cultura e valorizzazione del patrimonio culturale; turismo e turismo sociale; sport e entertainment; formazione universitaria e post-universitaria; cultura; ricerca ed erogazione di servizi culturali; formazione extra-scolastica; tutela dei diritti dei cittadini e dei consumatori e tutti quei settori che contribuiscono a mantenere un livello di benessere accettabile.

9 Le premesse di valore, a contenuto morale, sono legate ai principi di sussidiarietà, solidarietà, responsabilità socio-morale e giustizia sociale. Essi possono applicarsi sia alle aziende composte pubbliche, sia alle imprese sociali e imprese profit non a scopo di lucro. Il principio di sussidiarietà è inteso come "la regola e l'ordine generale secondo i quali l'aiuto può e deve discendere dall'alto verso il basso, cioè dalla comunità verso il singolo e dalla comunità più ampia (stato) alle comunità parziali". Il principio di solidarietà dice che "noi uomini dipendiamo gli uni dagli altri e siamo orientati gli uni agli altri e soprattutto che il singolo è responsabile e obbligato nei confronti della comunità, così come questa è responsabile e obbligata nei confronti del singolo". Il principio della responsabilità socio-morale è legato al rapporto esistente tra il bene singolo e il bene comune e mette ancor più in luce la "mutua dipendenza e la mutua responsabilità tra il singolo e la comunità", Gunthor A., *Chiamata e risposta. Una nuova teologia morale*, i orientati al bene comune, attraverso valori che non sono solo a sfondo etico-morale, ma che presentano tratti distintivi di cultura aziendale.

1. L'offerta dei servizi pubblici non è solo prerogativa degli enti locali.

Questo conferisce alle imprese sociali non profit (e profit) un ruolo diverso e più ampio rispetto alla residualità funzionale attribuita da alcuni autori a questa tipologia di aziende. Da un lato, perché l'evidenza empirica ha posto in risalto che l'organizzazione dell'offerta sociale non debba attribuirsi esclusivamente alle aziende pubbliche, dall'altro, in quanto la complessità e la eterogeneità dei servizi offerti dalle imprese sociali (nell'ampia accezione già delineata) sono tali che, non solo non si dovrebbe pensare a queste aziende in termini marginali e subordinati rispetto al sistema della pubblica amministrazione, ma ad esse dovrebbe riconoscersi un ruolo da definirsi come "integrazione parallela"¹⁰ nella dimensione sociale organizzata localmente.

2. La presenza di diversi attori sociali richiede integrazione a livello istituzionale e aziendale.

Gli istituti pubblici e sociali che operano in una dimensione locale si organizzano per raggiungere alcuni obiettivi, obbedendo a determinate leggi di natura sociologica, fisica, economica, religiosa e così via. A questo riguardo si osserva che il rispetto delle regole basato sulla coerenza di struttura e sull'uniformità delle stesse, se organizzato in via coordinata e continuativa, favorisce il raggiungimento delle finalità istituzionali e agevola un'integrazione di tipo istituzionale fra pubblico e privato. Di conseguenza, tale collaborazione, in termini di obiettivi metaeconomici, ha delle ripercussioni positive sui risultati economico-sociali, in quanto la presenza di diversi attori sociali, pubblici e privati (imprese sociali), che confluiscono verso medesimi obiettivi, richiede un coordinamento delle azioni economiche da porre in essere e perciò un'integrazione anche di tipo economico-aziendale. Il massimo grado di integrazione delle finalità degli istituti pubblici e degli istituti non lucrativi diviene fattore di propulsione anche per lo sviluppo di un'integrazione degli strumenti economici pubblicitici e solidali utilizzati per perseguire le mete prefissate. In tal senso, si può quindi affermare che integrazione istituzionale ed aziendale sono fortemente collegate ed interdipendenti ed agiscono in funzione di un'azione coordinata di utilità collettiva.

3. La sussidiarietà aziendale, in logica orizzontale, favorisce l'integrazione economica funzionale.

L'azienda pubblica e l'impresa sociale non profit e profit, nella loro declinazione di aziende sociali, rappresentano rispettivamente l'ordine economico dell'istituto pubblico territoriale e dell'istituto privato - impresa sociale, che agisce in via strumentale per i fini istituzionali. La capacità dei soggetti pubblici e privati di modificare il rapporto esistente tra utilità e limitatezza dei beni, bisogni da soddisfare e scarsità di mezzi, è tale da favorire comportamenti giudicati economicamente più convenienti, selezionandoli tra le alternative possibili. Non sempre, però, è possibile una completa conoscenza delle varie alternative e delle soluzioni più adeguate. Ne deriva che le aziende pubbliche possono trarre preziose informazioni dalle imprese sociali che hanno una forma mentis privatistica e spesso forniscono soluzioni adeguate improntate su flessibilità e

¹⁰ L'"integrazione parallela" non è un ossimoro concettuale, ma è l'espressione dell'esigenza di avere attività organizzate che offrono servizi di welfare finalizzati al benessere dei cittadini-clienti in una visione istituzionale integrata di sistema, che trova la sintesi nel finalismo preordinato e regolato dallo stato.

resilienza, organizzando risposte soddisfacenti a problemi di interesse generale.

Inversamente, le imprese sociali si avvantaggiano della presenza pubblicistica e della funzione normativa e potestativa propria degli enti pubblici. Tale forma di integrazione a contenuto economico pone in essere degli atteggiamenti che spingono verso una sussidiarietà di tipo aziendale, la quale si basa su una simmetria fra pubblico e privato - impresa sociale (profit e non profit) e si concretizza in una forza legante, in termini di vincoli e opportunità da cogliere, delle funzioni aziendali (fertilizzazione incrociata ed effetto trascinarsi reciproco).

Il modello universalistico a sussidiarietà variabile è un modo per mantenere, in presenza di attività di *welfare mix*, il welfare universalistico come risultato percepito dai cittadini, in modo sostanziale e non formale; ovviamente ciò avviene se si riesce ad influenzare reciprocamente l'attività del privato non profit e profit in coerenza con gli obiettivi della programmazione pubblica. Paradossalmente, il *welfare mix* si sviluppa in modo efficace se è proporzionale rispetto alla capacità regolativa dello stato che assume una funzione di coordinamento dell'azione dei privati con un orientamento di politica sociale complessiva. Quindi, meno azione autoritativa e maggiore azione di coordinamento.

La crisi del modello universalistico è correlata alla difficoltà di individuare l'utilità sociale collettiva. Infatti, lo stato ha sempre più problemi ad esprimere obiettivi selettivi e quindi a dettare quali sono gli obiettivi integrativi gestibili dal privato. Obiettivi selettivi vuol dire:

- individuare criteri di accesso dei cittadini ai servizi;
- definire priorità di intervento;
- selezionare target e segmenti di popolazione da soddisfare.

In conclusione, l'integrazione funzionale di reciprocità e di scambio fra aziende pubbliche e imprese sociali (quindi "società ad agenti misti"), in una logica di sussidiarietà aziendale (orizzontale e verticale, qualora la filiera sia composta solo da aziende pubbliche), è indispensabile per mantenere e sviluppare livelli adeguati di welfare.

In questo contesto, si può ipotizzare, per il cittadino *uti singulus* e per la famiglia (in situazione di partecipazione reddituale che deriva dalla disponibilità economico-finanziaria complessiva), la costituzione di un modello composto da un fondo personale, potenziabile in termini di efficienza ed efficacia attraverso un *care manager hub* (CMH) che, tramite una gestione integrata, implementa i servizi per il piano di assistenza individuale. In seguito si tratterà specificatamente del modello *La dote e la rete*.

3.2 IL WELFARE STATE ED IL FALLIMENTO DEL MERCATO

Il prelievo e la redistribuzione della ricchezza tramite la spesa pubblica (in forma di contributi finanziari alle famiglie quali pensioni, sussidi di disoccupazione, sussidi sociali e di altro tipo o in forma di erogazione di servizi gratuiti o tariffe inferiori ai costi) svolgono la funzione di garantire ad un più ampio numero di persone una più elevata capacità di spesa, grazie alla possibilità di godere di sicurezze economiche per il futuro, di servizi assistenziali, delle prestazioni sanitarie gratuite, dell'istruzione pubblica, eccetera.

Un aumento della spesa erogata ha portato ad un aumento del livello di consumo, determinando un'espansione della produzione, dell'occupazione e il rigenerarsi di un circuito positivo di carattere economico poco preoccupato della qualità del benessere finale e della qualità della vita a esso collegato. Ciò emerge dal fatto che la pubblica amministrazione ha diminuito nel tempo l'attenzione alla qualità dei servizi offerti e il monitoraggio dell'effettiva utilità ed efficacia dell'impiego delle risorse a disposizione. Si sono inoltre verificate condizioni storiche che hanno ridimensionato gli effetti positivi di un intervento pubblico così forte e presente, nonché della diffusa proprietà statale dei mezzi di produzione.

La crescita della domanda di welfare, sotto il profilo qualitativo e quantitativo, congiunta ad una mancanza di competizione tra gli erogatori, ha comportato un assetto aziendale delle imprese sociali caratterizzate da:

- diminuzione e standardizzazione della qualità offerta con un aumento dei costi e delle inefficienze;
- mancato incentivo al miglioramento del personale e all'innovazione delle strutture;
- incapacità di rispondere alla crescita dei bisogni sociali;
- impossibilità a finanziare solo con le risorse fiscali il sovraccarico di domanda.

Secondo Elio Borghonovi, la crisi del modello di *welfare state* può essere sintetizzata dalla proposizione secondo cui negli ultimi decenni i paesi europei (quelli in cui si era maggiormente diffuso questo modello), sono stati caratterizzati da uno "sviluppo senza benessere".¹¹

Si è assistito, inoltre, ad un progressivo assottigliamento della netta separazione tra la fase di produzione e la fase di appropriazione-allocazione-distribuzione della ricchezza. La qualità e la distribuzione del benessere sono sempre più legate ai modelli organizzativi della produzione e dipendono sempre meno dall'intervento istituzionale di organi legittimati al prelievo e alla redistribuzione della ricchezza (tipicamente lo stato).

Lo stesso tessuto sociale, costituito dal sistema di valori, di opinioni e concezioni della vita, cambia in modo assai rapido, vista la continua contaminazione, lo scambio e il confronto resi possibili dalle nuove tecnologie della comunicazione.

¹¹ Borghonovi E., in Vittadini G. (a cura di), *Liberi di scegliere. Dal welfare state alla welfare society*, Etas, Milano, 2002

Il modello quali-quantitativo del welfare non è più il risultato di funzioni specializzate di alcuni soggetti istituzionali, in particolare le imprese per la produzione dei beni e lo stato per la loro distribuzione, bensì il risultato della cooperazione di numerosi soggetti che esercitano il loro ruolo con modalità differenti e in un processo di continuo cambiamento e adattamento al mutare dell'ambiente.

Il *welfare state*, in altri termini, è sorto e si è strutturato anche per l'esigenza di tutelare il cittadino contro i soprusi, le prevaricazioni e le invadenze del mercato. Se una società di mercato fosse quella perfetta, come ipotizzata da Adam Smith, la razionalità degli attori garantirebbe l'armonia e l'equità delle relazioni sociali e nessun *welfare state* sarebbe necessario. In realtà, il libero mercato presenta delle disfunzioni e si è storicamente dimostrato incapace di supplire alle disuguaglianze economiche e sociali prodotte dalla libertà assoluta degli esseri umani di perseguire il proprio interesse senza limitazioni sociali.

Il *welfare state* è un modello istituzionale e funzionale caratterizzato dalla rilevante presenza dello stato in qualità di erogatore-monopolista di servizi di pubblica utilità. Diversi sono i modi per rappresentarlo. Uno di questi è il sistema dei tre pilastri.¹² In particolare, con riferimento all'Italia, si compone del:

- pilastro sanitario: in esso sono compresi gli interventi erogati dal SSN, in forma gratuita a tutti i cittadini ed a copertura universale e comprende prestazioni, iniziative e provvidenze finalizzate alla prevenzione, promozione e cura della salute;
- pilastro assistenziale: racchiude in sé gli interventi di carattere sociale che vengono erogati per rispondere ai bisogni specifici dei cittadini in difficoltà, suddivisi in due categorie – servizi reali e prestazioni monetarie –, rispetto alle quali diversa è pure la presenza e incidenza dei diversi attori di erogazione (vedi tabella 1);
- pilastro previdenziale: ingloba in sé due tipologie di sistemi: il sistema pensionistico e quello assicurativo; essi hanno l'obiettivo di fornire trasferimenti monetari in caso di lavoro perduto in via definitiva o temporanea sostituendo il reddito venuto meno, e di tutelare le persone che lavorano e le rispettive famiglie dai rischi che derivano dalla perdita o dalla riduzione delle capacità lavorative.

Tipologia di servizio	Servizi reali	Prestazioni monetarie
Erogatore	Pubblico	Pubblico
	Privato profit	Privato non profit
	Privato non profit	

Tabella 1

In una diversa prospettiva, il sistema di welfare italiano può essere considerato in base alle seguenti aree di intervento: le pensioni; gli interventi sanitari; i servizi/prestazioni per il lavoro, la disoccupazione e gli incidenti sul lavoro; le politiche abitative; gli interventi su famiglie e minori; gli interventi riguardanti l'esclusione sociale e le politiche per la povertà; le politiche che fanno riferimento alla *long term*

¹² Esso si basa su quanto proposto da Beveridge (1942), in pieno conflitto mondiale.

care e agli interventi per l'invalidità.

Nello specifico, le sette aree possono essere così descritte:

- le pensioni sono prestazioni cash, che dall'ente passano al beneficiario, e possono essere di anzianità, di vecchiaia o per i superstiti; sono erogate dall'INPS e dalle forme di previdenza complementare;
- gli interventi sanitari sono erogati dal SSN e dalle strutture regionali che fanno capo ai 20 SSR. I criteri di erogazione per i cittadini variano da regione a regione e possono essere erogati da parte di strutture pubbliche o private accreditate presso il SSN stesso; per le prestazioni non rientranti nei livelli essenziali di assistenza (LEA), vi sono pure erogatori privati autorizzati che operano secondo logiche di mercato;
- i servizi/prestazioni per il lavoro, la disoccupazione e gli incidenti sul lavoro sono erogati in logica assicurativa e fanno capo all'INPS e all'INAIL;
- le politiche abitative consistono in trasferimenti monetari o nell'offerta di servizi *in kind* gestiti a livello locale da parte dei comuni;
- gli interventi per le famiglie e per i minori possono essere erogati a livello di trasferimenti dall'INPS o dai comuni; oltre a questi possono esserci degli interventi consistenti in servizi reali che vengono gestiti a livello comunale o dalle strutture di offerta sanitaria di riferimento;
- le politiche riguardanti l'esclusione sociale e le politiche per la povertà sono appannaggio di enti locali e SSN e sono perseguite attraverso l'erogazione monetaria a cittadini o a nuclei familiari aventi diritto;
- l'assistenza sociale, la *long term care* e la disabilità sono oggetto di interventi sia a livello monetario che sotto forma di offerta di servizi reali; i trasferimenti monetari sono di competenza dell'INPS con integrazione talvolta di assegni che provengono da un livello locale, mentre le altre prestazioni fanno riferimento alle strutture sanitarie d'offerta o ai servizi locali a seconda che sia più importante la componente sanitaria o quella sociale.

In Italia, nel periodo della ricostruzione post bellica, la produzione dei servizi per il benessere della società si è strutturata in logica prevalentemente (e quasi esclusivamente) pubblica, o, meglio, curata dallo stato in tutta la catena del valore, dal momento della programmazione dell'intervento e della produzione della prestazione/servizio, fino alla distribuzione del servizio.

In seguito, già negli anni Settanta, il modello di *welfare state* ha cominciato a mostrare i primi segni di crisi e la principale causa era legata alle tensioni sulla sostenibilità economica del sistema. Sulla scia di quello che si pensava potesse essere uno sviluppo economico senza limiti, lo stato ha trasformato molti diritti sociali in diritti acquisiti, in logica istituzionale, con poca attenzione al controllo di gestione ed ai relativi costi. L'esigenza di coprire gli ingenti costi per l'espansione e il mantenimento del *welfare state* ha comportato una continua crescita della pressione fiscale, con una diminuzione sia negli investimenti, sia nei consumi privati. Ulteriori cambiamenti socio-economici di contesto hanno poi cominciato ad incidere sull'offerta pubblica dei servizi di welfare. Fra essi ricordiamo:

- i mutamenti demografici e l'invecchiamento della popolazione;
- l'instabilità delle famiglie (viene meno il senso di protezione familiare);

- la crescita del mercato del lavoro femminile;
- la globalizzazione e la liberalizzazione dei mercati (con conseguente aumento della disoccupazione), che hanno generato la nascita di nuovi bisogni e l'incremento di quelli già esistenti;
- un elevato grado di insoddisfazione riguardo al livello quali-quantitativo dei servizi pubblici, delle politiche sociali e redistributive;
- una costante e progressiva perdita di fiducia nella pubblica amministrazione specie per quanto concerne i suoi interventi in ambito economico;
- l'evidenziazione di elevati livelli di inefficienza nei processi di utilizzo delle risorse nella produzione-erogazione di servizi pubblici, caratterizzati da una sorta di entropia economica e di forme di spreco o non appropriato investimento, rispetto a quelli che avrebbero dovuto essere i destinatari dell'offerta.

L'apporto dello stato, dapprima in termini di assistenza alle fasce più deboli della società e successivamente di offerta di servizi in modo universale ed equo a tutti i cittadini, ha stressato la spesa pubblica e quindi il disavanzo e il debito pubblico, comportando maggiori interessi passivi che a loro volta tornavano ad alimentare il disavanzo. Il sovraccarico dello stato nell'erogazione dei servizi per la collettività, nel momento in cui la sua capacità impositiva è posta in discussione dalle conseguenze della globalizzazione, è da imputarsi prevalentemente alle forme e alle modalità della sua applicazione. In secondo luogo, questi fattori, oltre a essere all'origine di una crisi finanziaria, hanno condotto anche a una crisi di legittimazione funzionale delle istituzioni statali.

Contemporaneamente al fatto che i cittadini acquisiscono una maggiore consapevolezza del loro ruolo all'interno della società in vista del bene comune, lo stato è sempre meno in grado di rispondere alla crescente domanda di servizi (a fronte della scarsità delle risorse disponibili). Ciò porta a riconoscere e promuovere le attività, in termini di prestazioni sociali, che i privati possono/intendono svolgere autonomamente.

3.3 DAL WELFARE STATE AL WELFARE MIX

L'esigenza di far fronte ai bisogni di welfare in un contesto di diminuzione di risorse dedicate trova uno sbocco nel *welfare mix*, inteso come integrazione tra pubblico e privato sociale (non profit e profit), in una logica di partenariato nella produzione ed erogazione di servizi di pubblica utilità; modello in cui "lo stato, le regioni, gli enti locali e il terzo settore¹³ operano insieme per l'organizzazione e la gestione del sistema integrato di servizi, secondo i principi di sussidiarietà (integrazione e collaborazione), efficacia, efficienza, economicità, omogeneità e autonomia degli enti locali."¹⁴

Nell'evoluzione temporale e strutturale, al solo terzo settore si è aggiunto anche il privato profit, che svolge attività di sussidiarietà orizzontale.

Il sistema di *welfare mix* è caratterizzato dal rafforzamento della posizione dello stato come regolatore, anziché come produttore diretto di beni e servizi sociali e socio-assistenziali. Al soggetto pubblico compete il ruolo di regia: rilevazione dei bisogni, messa in rete dei soggetti erogatori, assunzione totale o parziale dei costi. I soggetti erogatori hanno natura diversa: pubblici, privati non profit e profit.

Lo stato conserva quindi il monopolio della committenza, pur rinunciando in tutto o in parte al monopolio della gestione dei servizi, che passano da una gestione esclusivamente diretta alla delega di produzione anche ad agenti esterni all'amministrazione pubblica, secondo la formula prevalente del *contracting-out*.¹⁵

13 D'ora in avanti la dizione terzo settore intende esprimere, in termini economico aziendali, l'insieme delle imprese sociali non profit che, con gradazioni diverse, sono connotate dal "non a scopo di lucro", dalla non distribuzione degli utili, dal reinvestimento nell'impresa stessa degli utili, come insieme, dalla partecipazione e democraticità della gestione. In seguito, si farà riferimento a questo ambito considerando terzo settore l'insieme delle imprese sociali di sistema e ex lege.

14 Si veda Legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", art. 1. (Principi generali e finalità). 1. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione. 2. Ai sensi della presente legge, per "interventi e servizi sociali" si intendono tutte le attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. 3. La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo stato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali. 4. Gli enti locali, le regioni e lo stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. 5. Alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata. 6. La presente legge promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali di cui al comma 1.7. Le disposizioni della presente legge costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione. Si veda Fiorentini G. (2006), *Impresa sociale e sussidiarietà. Dalle fondazioni alle Spa. Management e casi*, Milano, Egea.

15 Possibili modelli di *welfare mix*: personalista: lo stato mantiene per quanto possibile anche strutture proprie di erogazione; privilegia i soggetti privati espressivi del territorio e non lucrativi, valorizza le espressioni di solidarietà nascenti nella stessa comunità di riferimento, riducendo gli elementi di mercato; individualista: priorità alla creazione

Il *welfare mix* nasce per superare i fallimenti del *welfare state* tradizionale attraverso la valorizzazione di una situazione di “complementarietà compensatoria” tra soggetti pubblici e di privato sociale (non profit e profit).

Il concetto di welfare – definito anche leggero per il ruolo sussidiario del privato e per il ridimensionamento del ruolo quasi esclusivo del pubblico tipico del *welfare state* – ha allargato il proprio significato concettuale, ma anche la sua incidenza operativa. Infatti, il welfare della nostra società è l’insieme di elaborazioni teoriche e di implementazioni operative che attengono all’area delle politiche previdenziali, dei nuovi diritti, dell’assistenza e lotta alle povertà, dei diritti dell’infanzia, delle politiche per la salute, del terzo settore e dell’economia civile, dello sport e del tempo libero, della cultura, dell’impresa sociale come luogo dello sviluppo sociale, della responsabilità sociale d’impresa, eccetera.

Questa focalizzazione, spesso rivolta solo alle tradizionali fasce deboli della società, che hanno ovvia priorità d’intervento, è anche, e sempre più, un concetto che si declina in un insieme di attività che non presidiano solo le aree di fragilità. Si tratta anche dello sviluppo di azioni innovative in modo sincrono con il cambiamento della società, in un’ottica di welfare simmetrico al contesto dinamico della domanda sempre più ampia, variegata, composita e trasversale.¹⁶

È dunque una previdenza garantista e articolata in forme di flessibilità collegata:

- alla distribuzione reddituale;
- alla redistribuzione del reddito;
- all’assunzione di garanzia rispetto a nuovi diritti sempre in evoluzione;
- al riconoscimento di tutele delle nuove povertà;
- all’intervento sulla salute non solo in senso diagnostico-curativo-riabilitativo, ma anche fortemente “preveniente”;
- alla comprensione dei bisogni futuri.

Ed inoltre, il riconoscimento e la promozione del settore delle imprese sociali non profit (inteso come insieme di organizzazioni che, seguendo le tendenze aggregative a livello UE, comprende associazioni di 1°, 2° e 3° livello, cooperative, cooperative sociali, fondazioni, organizzazioni non governative, pro-loco, ipab, comitati, patronati, ecc.) e delle imprese sociali profit, come partner degli attori dello sviluppo economico finanziario del paese (insieme di territori); un’incentivazione nei confronti delle imprese profit che assumono la responsabilità sociale come scelta strategica di lungo periodo (*corporate social responsibility* e *social commitment*), una decodifica dell’entertainment come elemento strutturale per un assetto di welfare dinamico e così via.

di un assetto pluralistico e competitivo in cui soggetti privati, lucrativi e non, partecipano con uguale dignità all’erogazione delle prestazioni sociali. L’ente pubblico separa nettamente l’erogazione e la programmazione, l’acquisto e il controllo: l’erogazione viene liberalizzata spingendo a fondo l’esternalizzazione; programmazione, acquisto e controllo rimangono di spettanza dell’ente pubblico. La scelta tra le strutture erogatrici è rimessa direttamente al soggetto utente, trattato da consumatore; questo implica fiducia verso l’autonomia dei cittadini e il venir meno della necessità di intermediazione dei poteri pubblici.

16 F. Longo, Cergas Bocconi. III Forum delle politiche sociali, gennaio 2014. “Il forum è un lavoro importante che punta a ridisegnare la mappa dei servizi e progetta, fatto straordinario, di includere anche la fascia media, fino a oggi esclusa dal welfare, tagliato su misura sui poverissimi”.

Le risposte del welfare sono da articolarsi nei confronti della persona e delle famiglie per il tramite dell'offerta sussidiaria verticale e orizzontale ed esse hanno esigenze di:

- integrazione: fra i vari attori operativi dell'offerta di servizi di welfare, che incrementa il valore del risultato che incide sulla realtà (efficacia e *outcome*);
- sincronismo: che consiste nella simmetria temporale fra la domanda di servizi di welfare e la risposta organizzata;
- globalità: intesa come capacità di risposta esaustiva rispetto alla domanda, in una logica di allargamento funzionale dell'offerta di servizi di welfare.

Le politiche di sostegno al ruolo della famiglia (persone in relazione fra loro a vario titolo) e di risposta ai bisogni espressi (necessità di) potrebbero utilizzare ulteriori ampliamenti di intervento delle funzioni istituzionali dello stato, con una identità di servizi di utilità pubblica posti in essere in una logica di integrazione fra pubblico "regolatore e di governance" e privato "operatore con delega parziale di governance e government".

Emerge un modello sussidiario di welfare, in cui si mette al centro della scena economico-sociale l'individuo-cittadino, tanto che da un lato, si discute sul possibile passaggio delle funzioni amministrative dai livelli superiori di governo a quelli più vicini ai cittadini (soprattutto al comune ed alle organizzazioni sanitarie pubbliche), con l'obiettivo di avvicinare i governanti ai governati, con la possibilità di cogliere meglio i loro bisogni (sussidiarietà verticale); dall'altro, le autonomie locali dovrebbero promuovere l'autonoma e libera iniziativa dei cittadini e delle loro formazioni sociali, mettendole nelle condizioni di relazionarsi con le istituzioni pubbliche, in una logica di concorrenza-collaborativa, al fine di allargare il sistema di offerta dei servizi garantendo una più ampia e libera scelta ai cittadini-utenti (sussidiarietà orizzontale).

La connessione fra welfare e sussidiarietà (verticale ed orizzontale) trova origine e habitat, vuoi nel dettato normativo della Legge 328/00 e dell'opzione politica normativa della riforma del Titolo V della Costituzione (art. 118 della Costituzione), vuoi nella linea interpretativa di tipo cattolico¹⁷, secondo cui in un contesto di imprenditorialità privata autonoma, lo stato interviene quando l'iniziativa dell'individuo, singolo o associato, non è in grado di assolvere e dare risposta ai bisogni di tipo collettivo della società, vuoi, ancora, in quella di tipo regolatorio, secondo cui in un contesto dove lo stato assume di norma la funzione di governance e di government, esso delega la semplice erogazione del servizio al privato, in una concezione di quest'ultimo ancillare e strumentale al primo attore rappresentato dallo stato.¹⁸

Vi è anche uno sviluppo del ruolo del non profit e del volontariato in parte supplementare ed in parte complementare rispetto alle forniture di servizi allo stato.

¹⁷ Esso è coerente con la formulazione di Pio XI (enciclica *Quadragesimo Anno*), che promuove l'autonomia del privato e lascia intendere di sostenere l'intervento pubblico in termini residuali, ovvero qualora la prima risulti insufficiente. Il termine "sussidiarietà" che connota il principio deriva dal sussidio che il potere pubblico presta al privato solo in tal senso.

¹⁸ In un contesto di predominanza del pubblico, sembrerebbe che il sussidio sia prestato a quest'ultimo dal privato, soprattutto in merito ai compiti più semplici come quelli di erogazione dei servizi.

Anche se l'attore principale strategico delle politiche di servizio è lo stato, in molti casi la capacità anticipatrice del terzo settore ha creato una pressione nei confronti dello stato per far adottare nuovi servizi utili per l'assetto socio assistenziale e sanitario della nazione.

Nel periodo a cavallo fra gli anni '70 e gli anni '80, molti studiosi ravvisano il passaggio dalla "golden age" alla "silver age", intesa come declino del ruolo dello stato come prevalente erogatore di servizi. L'illusione che lo stato potesse far fronte a tutti i bisogni sociali dei cittadini si è scontrato con l'incremento di costi della struttura statale e quindi con l'incremento del debito pubblico.¹⁹ Le fisiologiche e patologiche inefficienze, l'incremento dei costi della burocrazia e il debito pubblico crescente hanno creato problemi di mantenimento del *welfare state* e ci si è pertanto indirizzati verso la ricerca di un nuovo bilanciamento del mix del welfare che possa far fronte alla pressione finanziaria e al contemporaneo incremento dei bisogni sociali della popolazione.

Il driver di questo cambiamento si sintetizza nella crisi economica, politica e sociale, ma anche nella legittimazione del rapporto di programmazione, partnership e produzione integrata fra istituzioni pubbliche e istituzioni non profit prefigurando prima, ed attivando in itinere, il ruolo centrale del principio di sussidiarietà.

Con il trascorrere del tempo, la linea della sussidiarietà orizzontale ha conquistato posizioni tanto da poter concettualizzare una situazione mediata tra quella verticale ed orizzontale, che ha rilanciato l'attualità del principio e la riscoperta del terzo settore, realtà antica, ma con un ruolo marginalizzato rispetto allo stato ed al mercato, come soggetto che può produrre servizi di pubblica utilità in un sistema di agenti misti (pubblici, privati for profit e privati non profit).²⁰

In questo scenario, a livello generale, le istituzioni pubbliche mantengono le funzioni di indirizzo e controllo, come la definizione degli obiettivi per singolo servizio, il controllo amministrativo, il controllo della qualità dei beni e servizi offerti ed il privato fornisce servizi di qualità secondo standard concordati col pubblico e attiva meccanismi per migliorarne i processi. Nel momento in cui è la società civile ad assumersi la responsabilità di trovare le forme più varie e creative di risposta ai propri bisogni, si giunge alla frontiera del welfare che assume la denominazione funzionale di *welfare society*, contraddistinta dalla libertà di scelta del cittadino tra i servizi offerti da fornitori, pubblici e privati.²¹

19 Sono di questo periodo lo shock petrolifero, la guerra del Vietnam, la crisi sui cambi internazionali e un incremento dell'inflazione derivante dall'incremento dello spread dei prezzi dei prodotti alimentari di base.

20 L'orizzontalità della sussidiarietà risiede anche nel fatto che la domanda è soddisfatta da istituti ed aziende, con o senza scopo di lucro, che sono posti sullo stesso piano del sistema erogante, in un rapporto paritario di mercato, quasi mercato e *captive market*.

21 In questo passaggio, il rischio potrebbe essere di asimmetria informativa tra il soggetto erogante e l'utente a discapito di quest'ultimo che, pur godendo della possibilità di scegliere la prestazione di cui necessita, spesso non dispone degli strumenti per indirizzarla consapevolmente verso servizi di qualità.

Questo lungo percorso dal *welfare state* al *welfare mix* ed alla *welfare society*²² è culminato nella costituzionalizzazione del principio di sussidiarietà orizzontale, prima giuridicamente assente.^{23 24}

Questo periodo di crisi e di cambiamento vede emergere il nuovo attore socio-economico denominato impresa sociale (con una progressiva stabilizzazione generalista e semantica nel tempo)²⁵, la cui “funzione obiettivo è quella di produrre [...] nell’ammontare più elevato possibile, esternalità sociali, che rappresentano uno dei più rilevanti fattori d’accumulo del capitale sociale e un nuovo interlocutore sociale: la società civile e gli attori collettivi che la compongono”.

Si arriva così alle proposte istituzionali e si affiancano progressivamente una varietà di attività promosse dai gruppi di mutuo aiuto, dalle cooperative di solidarietà sociale, dalle organizzazioni di volontariato ovvero dall’ambito del privato-sociale che sembra in grado di recepire le esigenze della collettività. In particolare, se in un primo momento il privato-sociale era rappresentato esclusivamente da istituzioni del terzo settore, successivamente arriva ad includere anche parte del settore profit, che diventa quindi anch’esso convenzionabile con l’ente pubblico rispetto a tematiche di benessere sociale (*welfare responsibility*).

In questi anni il privato, profit e non profit, assume la fisionomia di un nuovo soggetto sociale che istituisce rapporti paritetici con i servizi pubblici. Gli stessi enti locali sviluppano progressivamente la pratica dell’appalto dei servizi ai privati sotto forma di convenzione e di *contracting-out*. Si definisce così non soltanto una nuova tipologia di welfare, ma anche e soprattutto una sua nuova metodologia di attuazione. In tal senso l’azione dello stato presta attenzione soprattutto agli ambiti e alle forme entro le quali far muovere l’assistenza privata (non profit, profit), per garantire sia l’utente portatore di bisogni, sia la stessa iniziativa privata. Siamo in un momento di deciso riformismo delle politiche di welfare. Questa tendenza arriva al suo punto di massima maturazione negli anni più recenti.

Dal dibattito emerge che i nuovi bisogni non contengono più mere esigenze assistenzialistiche, o di minimo vitale, ma la necessità di ritrovare risposte al senso di vivere collettivo. Si incomincia così a parlare di povertà trans-materiali

22 Si veda in proposito Vittadini G. (2002), *Liberi di scegliere. Dal welfare state alla welfare society*, 1° edizione, Parma, Etas Libri, capitolo 6.

23 Infatti, l’Assemblea Costituente del 1948 ne aveva solo indirettamente riconosciuto gli attori, se così si può dire. L’articolo 2 della Costituzione, recitando che “La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo sia come singolo sia nelle formazioni sociali”, introduce il pluralismo sociale ed esprime l’antioriorità e la finalità che la persona possiede rispetto allo stato, creazione della società con lo scopo di soddisfare le sue esigenze. L’articolo, quindi, richiama l’idea di limitazione del potere pubblico per struttura e per funzione rispetto alle formazioni sociali già individuata da San Tommaso d’Aquino secoli fa.

24 Un tentativo di valorizzazione del principio di sussidiarietà a Costituzione invariata era stato già compiuto con la Legge Bassanini n.59/1997, promotrice del federalismo amministrativo all’interno dell’ordinamento italiano. Infatti, la disposizione normativa all’articolo 4 dispone che i conferimenti di funzioni agli enti locali più vicini ai cittadini devono avvenire “nell’osservanza del principio di sussidiarietà attribuendo le responsabilità pubbliche anche al fine di favorire l’assolvimento di compiti e di funzioni di rilevanza sociale da parte delle famiglie, associazioni e comunità”. In questa cornice, la Repubblica funge da promotore di una cultura della responsabilità individuale ma, secondo l’interpretazione di una parte della letteratura. Violini L. (2004), *L’attuazione della sussidiarietà orizzontale in Lombardia*, 1° edizione, Milano, Giuffrè Editore, pag. 23.

25 Il termine impresa sociale acquisisce riconoscibilità quando viene utilizzato da organismi internazionali; si ricordano in particolare i documenti della CEE (*Crescita, competitività ed occupazione*, Bruxelles, 1993) e dell’OECD (*Social enterprises*, Paris, 1999); in ambito aziendale la sua utilizzazione si deve prima di tutto a Capaldo P.(1995), *Le aziende non profit tra stato e mercato*, atti del convegno AIDEA, Clueb, Bologna.

per indicare quelle mancanze che non sono materiali, ma immateriali, e che fanno riferimento al grado di esclusione e di emarginazione dell'individuo – portatore di bisogni – dalla società. La società civile diventa, insieme allo stato, al comparto profit, al comparto del terzo settore, un attore attivo dell'azione di welfare. Si arriva così al passaggio dalla *welfare society* alla *welfare community*.

Adottando un approccio calligrafico si può affermare che parte dominante del welfare in generale è il welfare sociale che è costituito dall'insieme dei servizi alla persona e di prestazioni monetarie erogati al fine di alleviare, rimuovere o prevenire condizioni di disagio e/o mancanza di autonomia.²⁶ Operativamente, si tratta dei servizi sociali e socio-educativi di competenza dei comuni, dei servizi socio-sanitari di titolarità delle regioni, e di alcune prestazioni monetarie di responsabilità statale.

I segmenti del welfare sociale sono composti prevalentemente da anziani non autosufficienti, persone con disabilità, famiglie in povertà e prima infanzia, a cui si aggiungono minori e giovani a rischio o in condizione di disagio, varie forme di emarginazione ed immigrati in difficoltà.

L'aggettivo sociale è il termine che accomuna la quasi totalità degli interventi considerati: socio-assistenziali, socio-sanitari e socio-educativi. Tutti questi ambiti condividono alcune caratterizzazioni di fondo:

- la profilatura dei fruitori del welfare sociale si struttura nei segmenti di persone in situazioni di disagio e con limitata autonomia. La caratterizzazione dei fruitori dei servizi ne evidenzia la specificità, differenziandola da altri aspetti chiave tipici del welfare: lavoro, pensioni, sanità ospedaliera e scuola;
- le erogazioni dei servizi durano per lunghi periodi di tempo; necessitano di una capacità di osservazione tale da comprendere la condizione degli utenti nel loro insieme, senza soffermarsi sul singolo aspetto;
- nella loro progettazione occorre prendere in considerazione la rete di relazione nella quale si colloca l'individuo;
- per essere in grado di fornire risposte in modo soddisfacente sono necessari sia prestazioni monetarie, sia servizi alla persona erogati nel territorio;
- all'interno dello scenario attuale del welfare sociale italiano occorre prestare molta attenzione ad alcuni elementi di criticità come la crescita della domanda a fronte di un livello contenuto di spesa (in altre parole il settore del welfare sociale è assolutamente sottofinanziato), lo sbilanciamento verso le erogazioni monetarie piuttosto che i servizi, la mancanza di diritti sociali esigibili in egual misura nelle varie aree del paese.

La motivazione di base nella gestione esternalizzata dei servizi è la possibilità di sfruttare la potenzialità dei privati nell'offrire servizi migliori a costi competitivi. In questo modo, la tendenza prevalente dei soggetti istituzionali pubblici è quella di limitarsi principalmente ad una funzione di orientamento dei servizi sociali, consentendo uno sviluppo parallelo della filiera aziendale sussidiaria, che ha come produttori ed erogatori soggetti privati, non profit e profit. A riguardo, nel contesto di un welfare sociale locale, sono le cooperative sociali i soggetti principali che

²⁶ Ghetti V., Rusmini G., Tidoli R., *Il welfare sociale in Italia*, Carocci editore, 2014

concorrono all'erogazione delle prestazioni.

Vi sono poi altre forme di assistenza delle persone in condizione svantaggiate che coprono le necessità assistenziali dei cittadini solo parzialmente soddisfatte dai servizi forniti direttamente dal pubblico e dai soggetti privati da esso finanziati. Infatti, il processo di filiera è integrato con il ruolo delle famiglie che si organizzano autonomamente per rispondere ai propri bisogni sociali, sia in maniera diretta tramite l'apporto personale (*care giver* interno), sia in forma indiretta tramite l'aiuto di personale retribuito (assistenti familiari, badanti). Questo assetto si arricchisce anche del ruolo delle organizzazioni di volontariato, composte da personale volontario, sempre più professionalizzato. I servizi offerti in ambito sociale sono molteplici: ascolto, sostegno ed assistenza morale, assistenza domiciliare, ascolto telefonico, sostegno scolastico, raccolta e distribuzione di vestiti, alimenti e medicinali, trasporto e accoglienza di anziani e disabili.

In quest'ottica, l'approccio circolare ed economico-aziendale diventa un'esigenza di sistema e prende le mosse sia da un rapporto di scambio con l'ambiente esterno, ove si considera la protezione istituzionale come una delle risorse (peraltro importante), sia da un rapporto interno all'organizzazione che, pur in una logica di mutualità ed auto aiuto, ha bisogno di organizzare le risorse scarse. In questo modo, si producono beni e servizi sia in una logica di impresa sociale, che scambia la produzione con il mercato esterno a fronte di un prezzo, sia in una logica di imprenditorialità di una azienda di consumo, dove l'equilibrio è il rapporto fra i beni, servizi prodotti e la domanda interna, senza la finalizzazione di utile da redistribuire. La combinazione delle risorse scarse produce servizi di merito a fruizione esterna o interna ad alto valore aggiunto.

Questo approccio circolare ha alcune caratteristiche:

- cultura di anticipazione dell'evolversi dell'ambiente (interno ed esterno) in una logica in cui le risorse istituzionali sono la base per continui ampliamenti della propria attività, ricercando nuove fonti (anche non istituzionali) di risorse. Quest'azione non tanto per una logica di movimentismo istituzionale, ma per non rischiare la marginalizzazione operativa a fronte del crescere di concorrenti sempre più numerosi e più dinamici, nonché di una domanda sempre più qualificata;
- dinamismo operativo: la capacità di correlare l'assetto organizzativo alla realtà di riferimento. Ciò si concretizza nel ripensare l'assetto organizzativo della non profit con la determinazione di rendere coerente la propria offerta di servizi rispetto alla domanda. Quest'azione supera la convinzione che l'attività storica per definizione sia sempre e comunque valida;
- valutazione e controllo della propria attività (produzione, consumo) non tanto basandosi solo su strumenti formali, ma organizzando un sistema di verifica del proprio operare al fine di modificare la propria capacità d'offerta.

Nel processo dinamico dell'evoluzione del welfare si constata che serve un welfare che sia in grado di rigenerare le risorse già disponibili, responsabilizzando le persone che ricevono aiuto, al fine di aumentare il rendimento degli interventi delle politiche sociali a beneficio dell'intera collettività. È un concetto in linea con quello di welfare generativo: un welfare in grado di generare di nuove risorse a

disposizione, per aumentare il rendimento degli interventi delle politiche sociali, a beneficio di coloro che sono aiutati e dell'intera collettività.

Il welfare generativo, superando la dimensione del rendimento economico, diventa una strada efficace per recuperare il valore della solidarietà, il valore della responsabilità, il valore dell'uguaglianza. Raccolta e redistribuzione sono le idee guida che hanno ispirato il welfare redistributivo; le politiche pubbliche di inclusione sociale, da Bismarck a Beveridge, sono state innovative nei contesti storici e sociali in cui sono nate e in cui sono state implementate. In una realtà complessa come quella attuale risultano essere poco adatte e un po' superate. Condizione necessaria per passare da un welfare redistributivo a un welfare generativo è muovere dalla logica del valore consumato a quella del valore generato. Significa trovare soluzioni capaci di trasformare le risorse a disposizione, puntando sull'innovazione delle risposte e non solo sul loro efficientamento. L'obiettivo è un passaggio da costo ad investimento.²⁷

In un contesto in cui i bisogni sociali crescono (seppur mimetizzati nella capacità di ammortizzarli nell'ambito di una economia familiare che spesso non esprime a pieno la domanda) e le risorse economiche diminuiscono, si può ipotizzare di adottare la strategia dell'oceano blu²⁸, tramite la quale si risponde alla domanda acquisendo quote di aree di domanda e cambiamenti marginali di offerta (new design) e del prezzo/costo.²⁹

Si acquisiscono tramite lo sviluppo di nuovi prodotti/servizi che usano nuovi assetti erogativi con rivisitazione della catena del valore. Nella fattispecie dei servizi sociali si richiede di produrre e sviluppare un valore aumentato rispetto al valore intrinseco delle prestazioni poste in essere. Tradizionalmente si misura solo il valore delle prestazioni (*output*), mentre l'obiettivo è la produzione di risultati (*outcome*) con il protagonismo del fruitore-cliente che partecipa al processo della produzione del valore stesso. I passaggi sono: attività - prestazione - servizi - valore sociale generato. Ciò si realizza sviluppando la filiera sussidiaria di erogazione, misurando i rendimenti delle attività di servizio, coinvolgendo i destinatari e fruitori dei servizi ed entrando spesso nella dimensione della co-produzione. Studi di co-produzione sottolineano i driver che sottendono il coinvolgimento dei fruitori-cittadini clienti nella produzione (formale, informale) di servizi di utilità pubblica e quale sia il ruolo del management del sussidiante nel supportare la co-produzione. Si è analizzato il ciclo di vita del servizio, l'integrazione sussidiaria fra azienda pubblica e azienda

27 Come affermato nel rapporto 2012 della Fondazione Zancan, si tratta di passare dal welfare attuale che raccoglie e redistribuisce [$W=f(r1, r2)$] a un welfare che, oltre a raccogliere e a redistribuire, rigenera le risorse, facendole rendere, grazie alla responsabilizzazione legata a un nuovo modo di intendere i diritti e doveri sociali [$W=f(r1, r2, r3, r4, r5)$].

Ai verbi raccogliere e distribuire vanno aggiunte infatti altre tre leve strategiche: rigenerare, rendere e responsabilizzare. Si attua un passaggio da un welfare attuale (2R), ad un welfare a maggiore potenza (5R), capace di fare di più non solo a livello micro nell'incontro con la persona, ma anche e soprattutto a livello macro, rigenerando le risorse, senza consumarle, ma facendole rendere, trasformandole in capitale sociale grazie alla responsabilizzazione resa possibile da un nuovo modo di intendere i diritti sociali.

È una sfida che sollecita le forze politiche, quelle sindacali, imprenditoriali, culturali, della ricerca e del non profit a interrogarsi sulle modalità di attuazione del welfare generativo. Questo non rappresenta una risposta alla crisi, ma molto di più e perciò occorre l'aiuto del governo e delle istituzioni per attuare questo passaggio da solidarietà fiscale a equità distributiva.

28 Si veda W. Chan Kim e Renée Mauborgne in www.blueoceanstrategy.com

29 Si veda M. Bezze, "Sperperare o rendere" in Fondazione Emanuela Zancan, *Welfare generativo. Responsabilizzare, rendere, rigenerare*, Il Mulino, 2014, pag. 72

privata non profit, il co-design del servizio, la co-decisione, la co-distribuzione.³⁰

Tramite l'analisi della catena del valore è possibile determinare una serie di indicatori che si ritiene possano costituire un utile supporto per la valutazione dell'impatto sociale, dell'efficienza e dell'efficacia economica generata dal modello nonché per la valutazione del vantaggio competitivo che si può creare nella produzione di beni o servizi. Si ritiene altresì appropriato, al fine di determinare un controllo quantitativo e qualitativo sui processi, utilizzare un framework aziendale nato per delineare ad ogni livello di processo il valore aggiunto creabile e per individuare quali sono le attività che determinano un vantaggio competitivo e quelle che sollevano criticità effettive o potenziali. Questo approccio sottolinea i punti di forza e di vantaggio competitivo, nonché le criticità che devono essere monitorate.

Un punto di forza interessante risiede nella capacità di coniugare un sistema sul territorio che presenta diversi partner strategici che, tramite la partecipazione ad un consorzio, implementano il loro potere contrattuale e creano un'azienda capace di rispondere in maniera dettagliata, diversificata e specifica alle esigenze dei clienti sul territorio. Indubbiamente si tratta di un punto di forza caratteristico, con lo scopo di strutturare una risposta, in termini di offerta, che sia caratterizzata da completezza e diversificazione, valorizzando il concetto della collaborazione della coproduzione a rete tra diversi partner. Questo permette di offrire un servizio che risulta innovativo e che copre a 360 gradi le esigenze dei beneficiari attuali e potenziali sviluppando, al contempo, la capacità di rispondere in maniera efficiente anche ai bisogni che risultano inespressi. La presenza di partner nella catena del valore è anche un punto di potenziale criticità in quanto può aggravare la struttura di governance. La complessità derivante dalla compresenza di un elevato numero di aziende è un fattore che deve essere sicuramente monitorato nel corso del tempo e che può essere gestito. Per riuscire a mantenere il valore aggiunto nel tempo è tuttavia necessario ricorrere ad un sistema di monitoraggio e supporto informativo delle valutazioni che si realizza attraverso il ricorso ad un sistema di indicatori.

Particolare attenzione, anche in termini di valutazione e monitoraggio, deve essere data ai soggetti che intendono partecipare, in qualità di nuovi fornitori, alla catena del valore. Il fornitore rappresenta un elemento chiave per garantire il successo dell'iniziativa progettuale in quanto tramite le loro prestazioni si garantisce il mantenimento di un adeguato livello di vantaggio competitivo nel territorio di riferimento.

Inoltre, è importante sviluppare campagne di marketing efficaci che riescano a diffondere il nuovo progetto. Risulta, in tal senso, necessario identificare i canali distributivi corretti tramite un'analisi di mercato relativa ai luoghi nei quali risulta più facile un coinvolgimento delle persone anziane e delle loro famiglie.

Da una parte, quindi, è fondamentale inserire nuovi partner e valutare la loro efficienza e qualità e, dall'altra, è importante diffondere il servizio identificando

30 Andreani M., Guarini E., Ruffini R., Sancino A., Sicilia M. (2013), *Public services management and co-production: a necessity, a fashion or a new public service ethos?* In Transatlantic Policy Consortium (TPC), Conference - 1st meeting of IIAS Study Group on 'Co-production of public services', Leiden University, Den Haag, 30-31 May 2013, The Netherlands.

corretti canali di marketing.

Da ultimo, non meno importante risulta il mantenimento della capacità di analisi dei bisogni dei cittadini-clienti: solo tramite la generazione di soluzioni ai bisogni nuovi che emergono sarà possibile mantenere la capacità di creare servizi dedicati e personalizzati, valore aggiunto fondamentale dell'innovazione dei servizi.

3.4 IL WELFARE UNIVERSALISTICO A SUSSIDIARIETÀ VARIABILE (WUSV)

Tutti i cittadini, in quanto tali, hanno diritto ad essere protetti da situazioni di dipendenza o di criticità di lungo periodo (malattia, disoccupazione, maternità) o comunque a mantenere un livello equilibrato di fruizione di servizi di welfare allargato, con pagamento in denaro (trasferimenti *in cash* sulla distribuzione del reddito disponibile monetario delle famiglie) o tramite servizi (trasferimenti *in kind*, vale a dire i sussidi pubblici alla produzione di beni e servizi).³¹ Dal modello di tipo residuale si passa, quindi, al modello di tipo istituzionale.

Tutti gli stati industrializzati realizzano provvedimenti che: estendono la rete dei servizi sociali, istituiscono prelievi fiscali fortemente progressivi, intervengono a sostegno dell'occupazione o del reddito dei disoccupati. Sono questi i fattori che, negli anni '70 e '80, intensificano il decadimento del sistema organizzativo del *welfare state*, investito da una crisi di legittimazione oltre che finanziaria. Si prospetta anche l'ipotesi di una privatizzazione dei servizi.

In realtà, la crisi del sistema viene aggravata da diversi fattori:

- l'evoluzione dei bisogni;
- la dilatazione della domanda sociale;
- la richiesta di efficienza qualitativa dei servizi.

Il mancato raccordo tra bisogni, sempre più complessi, e risposte istituzionali, sempre meno idonee, segna la criticità negativa di queste ultime e, contemporaneamente, porta orientativamente al ricorso verso risorse esterne, non tanto in una logica di *outsourcing*, ma piuttosto in una logica di partenariato funzionale che integra un ex ante programmatico ed un ex post produttivo e distributivo.

Nel sistema economico, questo ha comportato:

- un aumento della quota del prodotto interno lordo destinata alla spesa pubblica;
- l'ampliamento e la complessità delle strutture amministrative finalizzate ai servizi sociali;
- l'accrescimento per numero e per rilevanza politica dello stato occupazionale delle figure tecnico professionali del welfare.

³¹ La differenza tra previdenza ed assistenza nasce dall'art. 38 della Costituzione, il quale sancisce che ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha il diritto al mantenimento ed all'assistenza sociale. Al secondo comma si sancisce che i lavoratori hanno diritto che siano previsti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria (previdenza sociale). Dunque, l'assistenza sociale consiste in prestazioni di vario genere indirizzate al sostegno di ogni persona, lavoratore o no, che si trovi in uno stato di bisogno. Essa viene attuata direttamente dagli organi di pubblica amministrazione ed attinge i propri mezzi dal finanziamento pubblico (imposte fiscali), in ciò differenziandosi da tutte le altre istituzioni private di assistenza e di beneficenza, con le quali condivide lo spirito di solidarietà umana e dalla previdenza sociale, alimentata in buona parte dai contributi dei lavoratori, ad es. la pensione sociale per gli ultrasessantacinquenni o l'indennità di accompagnamento per gli invalidi civili. La previdenza invece rappresenta uno strumento di politica sociale destinato a prevenire condizioni di bisogno di soggetti esposti ed economicamente indifesi, in quanto totalmente dipendenti dal lavoro quotidiano ed è riservato alle classi lavoratrici, le quali fruiscono di determinate prestazioni al fine di riparare le conseguenze dannose derivate da alcuni eventi previsti ed individuati dal legislatore, quali infortuni, malattie, vecchiaia, disoccupazione involontaria.

Il welfare, pur nella sua transizione al *welfare mix*, mantiene sottotraccia un riferimento al concetto di orientamento universalistico e quindi il contributo dei privati è visto in primis come recupero di efficacia ed efficienza nei confronti della domanda dei cittadini. Ovviamente tutto ciò avviene in un contesto di integrazione con l'assetto normativo.

Il concetto universalistico si stempera nell'orientamento particolaristico e discrezionale che deriva dal semplice sostegno finanziario pubblico alle strutture private del *welfare mix*.

Lo stato, in questa dimensione di rapporto strettamente biunivoco con la risposta ai cittadini, deve considerare le implicazioni redistributive del sostegno finanziario dato ai privati, domandandosi in modo puntuale:

- chi sono i beneficiari dei loro servizi;
- quanto viene mantenuto l'approccio equitativo;
- quali sono le gradazioni compatibili con le possibilità di scelta dei cittadini;
- quanto si riconoscono i diritti delle minoranze.

In sintesi, lo stato dovrebbe aumentare la sua capacità di mediazione per semplificare il sistema di offerta dei servizi sociali e mantenere l'integrazione dei particolarismi.

La realtà della domanda è ormai un insieme di particolarismi che ha bisogno di risposte puntuali e "calligrafiche" e che riduce il livello di standardizzazione che solitamente caratterizza la risposta pubblica.

La diffusione integrabile di soggetti privati non può essere sottoposta ad una regolazione uniforme statale, ma ha bisogno di un assetto di welfare che concilia l'universalismo della mediazione generale dello stato con il particolarismo dell'offerta, prevalentemente privata non profit, di servizi sociali adeguati alla domanda dei cittadini. Quindi il passaggio da una situazione di monopolio funzionale a quello di concorrenza e competizione collaborativa, che ha come obiettivo la soddisfazione dei bisogni economico-sociali dei cittadini che esplicitano la loro domanda dinamica di cittadinanza.³²

32 Per la definizione del paradigma della competizione collaborativa e di strategie collaborative tra imprese sociali, una riflessione sul senso di comunità aziendale, dopo quella svolta sull'etica della convergenza, è estremamente importante, perché in questa tipologia di aziende si realizza un nuovo ambito comportamentale in cui si sperimentano relazioni di vicinanza emotiva che danno una peculiare definizione ai bisogni di relazione sociale e di trasmissione delle informazioni.

Da questo approccio è possibile derivare la costruzione di quell'insieme di relazioni mutuamente supportantesi ed immediatamente disponibili, e di quel sistema di valori comuni che, fungendo da ponte tra i soggetti, permette di rendere duraturi gli ambiti relazionali creati con finalità di tipo produttivo.

In quest'ottica il senso di comunità nelle imprese sociali deve essere visto come: una forza che agendo all'interno di un contesto aziendale influisce in modo positivo sull'impresa sociale stessa e sui suoi membri; un vissuto sperimentato dai membri che è il risultato di legami di appartenenza, affettivi, di condivisione e di aiuto; un investimento culturale e relazionale.

Secondo la definizione di W.D. McMillan e M.D. Chavis, il senso di comunità è la certezza soggettiva che i membri hanno di appartenere e di essere importanti gli uni per gli altri e tutti per il gruppo, ed una fiducia condivisa nella possibilità di soddisfare i propri bisogni come conseguenza della ricomposizione e della convergenza dei singoli bisogni. In tale definizione gli aspetti fondamentali sono: l'appartenenza, cioè la sensazione di condividere una connessione (valoriale, culturale, economica, metaeconomica), l'influenza, cioè l'importanza del gruppo per il singolo e del singolo per il gruppo, l'integrazione e la soddisfazione dei bisogni, la possibilità per i singoli di ottenere le risorse necessarie dall'interazione integrata, la relazione emotiva condivisa, derivante dalla fiducia nella volontà dei membri di condividere una storia, dei valori, degli obiettivi. Vedi Manfredi F., *Le strategie collaborative delle*

Pertanto le funzioni dello stato (garanzia, animazione, sviluppo economico, assistenza) trovano nella sussidiarietà verticale, orizzontale, familiare, personale e circolare, una modalità operativa utile per innalzare il livello di equilibrio socio-economico del sistema paese.³³

Ma la sussidiarietà orizzontale non può sussistere concettualmente ed operativamente senza l'esistenza di una filiera delle organizzazioni non profit intese come imprese sociali o aziende profit senza o con distribuzione degli utili.³⁴

La dinamica socio economica del sistema paese ha creato un modello di welfare plurale e trasversale in cui il terzo settore e le imprese profit, con gradazioni diverse, hanno un ruolo rilevante non tanto e non solo in termini di morfologia istituzionale (decentramento sociale, sussidiarietà, piani di zona, federalismo, devolution, ecc.), ma in termini di funzionalità operativa. Infatti, si è sviluppato progressivamente anche un ruolo delle imprese profit che hanno compreso quanto il welfare sia complementare allo sviluppo economico e al tessuto aziendale del sistema.³⁵

Quindi, da un welfare categoriale (anziani, bambini, disabili, tossicodipendenti e così via) a un welfare universalistico a sussidiarietà variabile che per sua natura è integrato e olistico.

È ipotizzabile e necessario anche entrare in una logica di WUSV: cioè non esiste più la possibilità di avere un welfare universalistico assoluto, senza compartecipazione finanziaria (famiglie, singoli, imprese, ecc.)³⁶, che possa dare risposta da parte dello stato per tutti i bisogni del sistema, ma dobbiamo porci nella dimensione in cui ci sono alcuni cittadini che, proprio perché sono "clienti" dello stato³⁷ – nel passaggio dai *search good* agli *experience good* –, comprendono che devono partecipare e contribuire ai costi del sistema nella fruizione dei servizi di pubblica

imprese sociali, prefazione di Elio Borghonovi, EGEA, 2003.

33 Pertanto il principio di sussidiarietà è inteso in logica economico aziendale. Essa è definibile come principio di organizzazione economico sociale secondo il quale uno stato regolatore delega funzionalmente ed in parte anche in logica di governance, in termini economico aziendali, a istituti economico sociali pubblici e privati, i servizi di pubblica utilità in funzione della loro capacità di produzione ed erogazione e della loro efficacia aziendale di prossimità alla domanda. Alla sussidiarietà verticale ed orizzontale si aggiunge la sussidiarietà familiare e personale, intesa come principio di supplenza ed integrazione attiva della famiglia e della persona, che esprime la sua cittadinanza, nel produrre ed erogare servizi di utilità pubblica senza una esplicita delega da parte dello stato, nel rispetto dei principi del sistema. Logica di autoproduzione, autoerogazione, volontariato personale e self-help. Inoltre, alla luce dell'influenza del principio di sussidiarietà nell'ottica di un sistema di tipo federale, si può osservare che sul piano normativo si sono fatti notevoli passi avanti, per ciò che concerne la combinazione tra pubblico e privato, impresa sociale per la gestione dei servizi pubblici locali (federalismo ad agenti misti).

34 Sussidiarietà in senso orizzontale significa che gli apparati pubblici devono lasciare il maggior spazio possibile alla società civile ed alle sue manifestazioni, per fare tutto ciò che è in grado di fare in autonomia, senza interferenze da parte dello stato. Si sostiene così l'idea di una cittadinanza attiva, in cui si valorizzi la creatività dei singoli e delle formazioni sociali. Affinché ciò avvenga, è necessario alleggerire la macchina decisionale dell'amministrazione pubblica, in modo da restituirle efficienza ed efficacia.

Ecco che il cosiddetto terzo settore o settore del privato sociale, composto da libere associazioni, volontariato, cooperative di solidarietà sociale, fondazioni, cooperative e organizzazioni varie di tipo impresa sociale ecc., assume una grande rilevanza, presentandosi come il settore attualmente più dinamico e capace di regolare ed assorbire le carenze dello stato entrando in un contesto di quasi mercato.

35 Il welfare è stato una condizione essenziale per lo sviluppo economico e sociale che l'Europa, esempio unico nel mondo, ha conosciuto dal dopoguerra a oggi. La coesione sociale, la fiducia, la solidarietà, la redistribuzione delle risorse aiutano l'economia. Oggi vi sono segnali di difficoltà e quindi bisogna ripristinare questa concatenazione.

36 Si veda *Report of the Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services*, meglio conosciuto come "Rapporto Beveridge", 1942.

37 Si veda Fiorentini G., *Amministrazione pubblica e cittadino. Le relazioni di scambio*, Egea, Milano, 1990.

utilità dello stato, prodotti ed erogati dal privato profit e non profit.

Il WUSV estende il sistema di welfare pubblico a tutte le fasce della popolazione, creando un contesto che offre e vende servizi a pagamento (es. badante), sviluppando una reale logica universalistica e al contempo redistributiva. Inoltre sviluppa servizi in grado di sostenersi economicamente con un equilibrio economico finanziario in aree di bisogni tradizionalmente scoperte dal sistema di welfare (supporto alle separazioni, conciliazione vita-lavoro, *silver age*, monitoraggio delle fragilità).³⁸

Ma come si organizza questa tipologia di welfare?

Il modello di WUSV si attua, e attualizza, tramite un sistema di sussidiarietà aziendale, che è composto da una o più filiere sussidiarie attive per il raggiungimento degli obiettivi/risultati del sistema stesso e percepiti/fruits dai cittadini in una logica di interesse pubblico e bene comune/collettivo da mantenere e sviluppare.

La filiera sussidiaria di welfare è un processo di integrazione aziendale (e quindi di integrazione di attività orientate a performance efficienti ed efficaci) continuo, progressivo e cooperante, composto da aziende pubbliche, aziende non profit e profit, in combinazioni diverse e tali da convergere verso risultati di produzione di utilità pubblica e in logica di *welfare mix*.

Attraverso una progressiva ridefinizione concordata delle funzioni aziendali, del rapporto di implementazione dei servizi di welfare fra sussidiante pubblico e sussidiato privato, degli ambiti di controllo del sussidiante (origine della filiera) e del fruitore-cliente (fine della filiera) ed un concomitante e progressivo aumento dell'autonomia del sussidiato, si attua un circolo virtuoso di crescita che alimenta la reciprocità dei rapporti funzionali e aziendali.

Tutto ciò al fine di mantenere la costanza di funzione di interesse generale tramite servizi di utilità sociale prodotti ed erogati dall'impresa sociale. Ed essa presidia la coerenza strategica ove si conciliano operativamente le strategie di partnership fra pubblico e privato. In essa si integrano le combinazioni dei fattori di produzione e di consumo a fronte di un coordinamento di operazioni economiche il cui modello è stato concordato ex ante e di cui l'uomo e la ricchezza condivisa sono elementi caratteristici.

Sussidiante e sussidiato sono titolari di funzioni e compiti ben delineati. In particolare, il sussidiato intermedio (non profit e profit) ha il compito di definire la propria autonomia, identificando le proprie finalità statutarie e successivamente, a livello operativo, di delineare strategie e strumenti di azione per il conseguimento, degli obiettivi che si è prefissato; un aspetto importante è anche quello della rilevazione dei risultati conseguiti.

Dall'altro lato, il sussidiante (prevalentemente pubblico) funge da coordinatore dell'intero sistema, individuandone gli obiettivi, definendo i propri compiti, quelli del

³⁸ Longo F., *Dalle evidenze sulle dinamiche (locali e globali) quali prospettive per il nostro sistema di welfare?*, Cergas Università Bocconi, Bologna, 21 marzo 2014.

sussidiato e quelli che, eventualmente, debbono essere delegati a terzi; ulteriori funzioni del sussidiante sono la prevenzione di eventuali abusi o inefficienze nei confronti del sussidiato e la verifica e la valutazione dei risultati conseguiti.

Infine il sussidiato finale, cittadino-cliente del sistema di welfare (civis), ha l'obiettivo di controllare e analizzare i risultati conseguiti, confrontandoli con gli obiettivi posti a priori, analizzando i tassi di copertura dei bisogni, l'efficacia dell'allocazione delle risorse e la valutazione dell'impatto sociale generato nonché una funzione attiva di reinvestimento nella filiera.

Il modello che di seguito raffiguriamo è quello a filiera lineare ove A è il sussidiante pubblico, B è il sussidiante intermedio privato e C è il sussidiato, cittadino destinatario dei servizi di welfare.

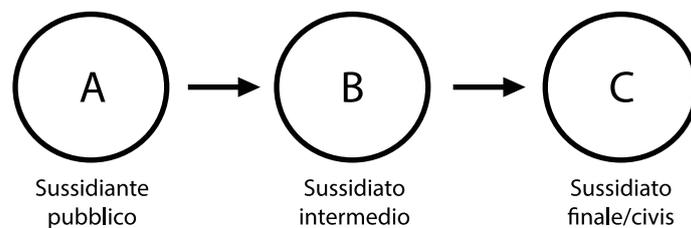


Figura 1

Un ulteriore modello è quello della c.d. filiera a gemmazione interna, che si verifica quando, con l'obiettivo di fornire i servizi prefissati, si configurano all'interno dell'ente sussidiato intermedio delle aree funzionali interne che realizzano una sorta di sub-fornitura (figura 2).

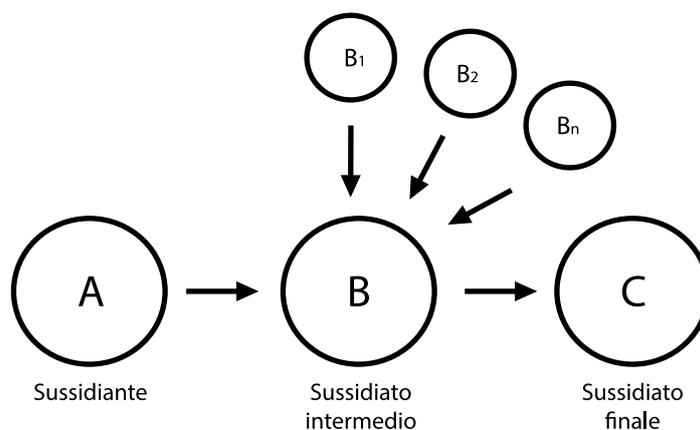


Figura 2

Citiamo inoltre il modello c.d. di filiera a gemmazione esterna (spin-off sociale), che si attua quando le aree funzionali interne precedentemente identificate non si limitano a fornire beni e servizi al sussidiato intermedio, ma, configuratesi come spin-off, si immettono sul mercato rivolgendosi ad altri cittadini o soggetti economici (figura 3).

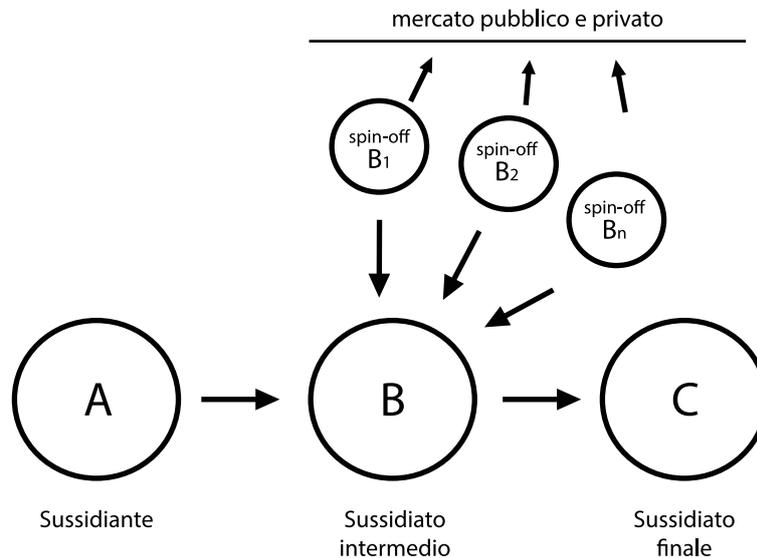


Figura 3

Quindi, ogni filiera ha come origine un sussidiante (A), come attore operativo e strumentale un sussidiato intermedio (B) e, come utenti, i sussidiati finali (C), che possono essere di varia natura.

Nel rapporto che si stabilizza fra sussidiato intermedio (nella fattispecie per esempio il nostro *care manager*) ed il sussidiato finale (nella fattispecie il cittadino fruitore/cliente) si crea valore aumentato e di miglioramento del rapporto di scambio fra A, B e C; esso si basa sull'evolversi del concetto di prestazione in quello di servizio. Tale evoluzione ha una sua ragione aziendale che è determinata dal finalismo implicito nella formula imprenditoriale sociale (del sussidiato intermedio) e in quello esterno del contributo sussidiario dell'efficacia del servizio nei confronti del sussidiato finale, in un contesto di sistema socio-economico che altrimenti non riuscirebbe a mantenere il suo equilibrio.

Tutto ciò avviene ed è facilitato se adottiamo il concetto evolutivo da prestazione a servizio di welfare. La distinzione fra servizio di utilità pubblica (in logica di WUSV) e il bene materiale-merce si incentra sulla intangibilità, non immagazzinabilità, il contatto intenso di erogazione del servizio vs. la tangibilità, immagazzinabilità della merce che si scambia. Inoltre, i beni possono avere riferimenti e standard precisi e quantificabili in modo diretto, mentre i servizi sono standardizzabili e sono strutturati in un range di variabilità nel quale oscilla il servizio stesso e si confronta con la domanda in termini quantitativi e qualitativi non rigidi, in simultaneità fra produzione e consumo. I servizi offerti sono la risposta ad una domanda che è la concretizzazione di un bisogno. La prestazione è la condizione necessaria dello scambio fra l'offerta e la domanda, ma il cittadino-cliente valuta e giudica il rapporto nella sua dimensione di servizio in funzione della simmetria informativa

che si stabilizza.

La qualità del servizio è proporzionale alla qualità e professionalità del personale che è la risorsa critica dello scambio. Il servizio erogato deve strutturarsi nella capacità di dare una risposta globale al fruitore-cliente e si fa carico della domanda in un contesto che esprime lo status di bisogno. Questa affermazione si colloca nella distinzione fra funzione di utilità pubblica (identificazione dei bisogni), la cui determinazione è sempre ad alta variabilità, considerando la peculiarità delle distinzioni fra bisogni dei diversi cittadini, e funzione di servizio che, invece, ha un rapporto più determinato nello scambio che si attua fra erogatore e fruitore-cliente.

In logica di welfare universalistico a sussidiarietà variabile l'impresa sociale sviluppa una autonomia che permette di valutare le contingenze e quindi modificare i servizi in logica meta regolamentare o quantomeno in logica orientata all'outcome per il tramite di politiche di output coerenti.

Tutte le attività di servizio devono assumere un tipo di impostazione orientato all'efficacia del modello che attiva un'evoluzione che pone l'attenzione sullo scambio: esso si struttura fra istituzioni che erogano servizi socio sanitari-assistenziali e cittadini-clienti. Infatti, in questo nesso di reciprocità di utilità socio assistenziale e sanitaria, la prestazione tecnico-specialistica è condizione necessaria, ma non è più sufficiente per far percepire in termini di efficienza ed efficacia il livello del servizio erogato. È necessario integrare e aumentare l'efficacia delle prestazioni (A) per il tramite della gestione delle condizioni di cessione (B) e delle condizioni di *compliance* e *commitment* (C). Esse offrono una percezione non riduttivamente considerata come periferica, ma piuttosto un valore di servizio aumentato in efficacia rispetto alla prestazione "sic et simpliciter".

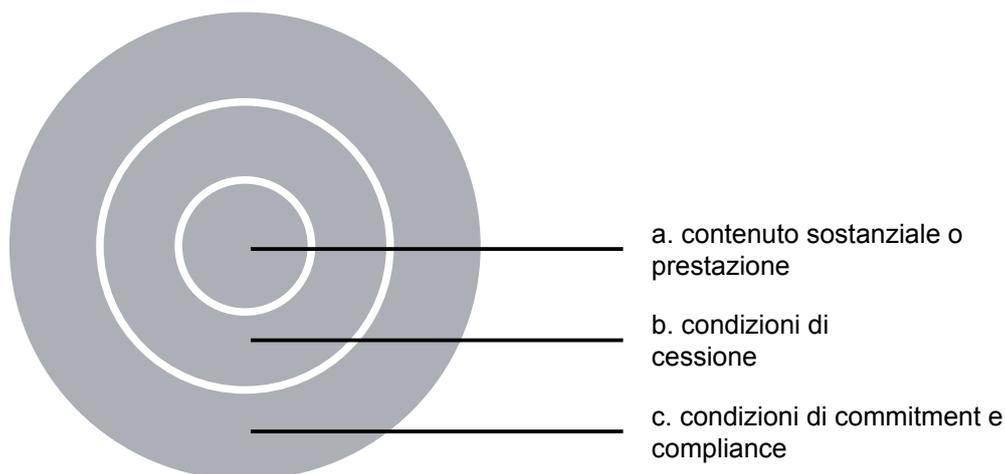


Figura 4 - Evoluzione da prestazione socio assistenziale a servizio socio assistenziale

Il servizio che viene offerto si basa sulla prestazione-azione che è condizione necessaria per lo scambio fra il *care manager* ed il network dei fornitori dei servizi, ma ciò non è sufficiente. Lo scambio ha nella prestazione-azione la base del rapporto, ma per sviluppare il livello di servizio utile per soddisfare la domanda-bisogno è necessario strutturare una serie di condizioni di cessione del servizio stesso considerate come elementi attesi da parte dei fruitori-clienti.

In questa logica di evoluzione da prestazione a servizio, che si basa sulla composizione articolata del servizio stesso che è composto da:

a. contenuto sostanziale (l'insieme delle possibili scelte tecniche ed è connotato, ove necessario, dalla quota parte degli elementi tangibili e dalla attività specifica-tecnica della prestazione-azione che sta alla base dello scambio ed è condizione necessaria). Nella fattispecie del nostro modello, per quanto attiene al contenuto sostanziale dei servizi offerti, si notano le seguenti caratteristiche del rapporto di scambio:

- fiducia: il fruitore cliente confida che l'operato del *care manager hub* (CMH) e del network dei fornitori di servizi (NOS) sia tecnicamente valido, in parte perché non ha gli elementi culturali ed il know-how tecnico per poter giudicare l'offerta, in parte perché l'esperienza del contesto in cui vive gli hanno comunicato che "ci si può fidare". Appare evidente quanto sia importante la capacità da parte dell'offerta di essere percepita come degna di fiducia e quanto siano efficaci il passaparola o altri strumenti di comunicazione che fanno percepire il valore sostanziale e tangibile;
- sostanzialità: in alcuni casi non si può considerare un servizio efficace se non c'è una base tecnica adeguata;
- evidenza primaria tale da consentire al fruitore-cliente di apprezzare il servizio nella sua evidenza, rapportata al soddisfacimento della domanda, nella sua istanza primaria;
- garantismo: il modello offre garanzia determinata dall'ex ante esperienziale comunicato e percepito.

b. condizioni di cessione, aggiuntivi, *peripheral* ed elementi attesi che sono l'insieme degli elementi tangibili o intangibili, attesi e percepiti dal cittadino-cliente. Essi non mutano sostanzialmente le caratteristiche intrinseche della prestazione e non intervengono direttamente sulla condizione oggettiva della prestazione, ma sono elementi che danno un valore aggiunto percepito e migliorano l'efficienza e l'efficacia della prestazione stessa (per es. il tempo di attesa, la chiarezza delle informazioni, le caratteristiche dell'ambiente, la modulistica chiara e facilmente reperibile e così via). Con la valorizzazione di questi elementi vi è il riscontro fra il servizio offerto nella sua globalità (contenuto sostanziale e aggiuntivo) e le caratteristiche della domanda segmentata. Tutto questo crea soddisfazione per il fruitore-cliente.

In sintesi, integrando le modalità di cessione con il completamento ed allargamento delle attività che rendono il servizio più efficace, unitamente ad uno stile di cessione coerente con le aspettative del fruitore-cliente, si stabilizza uno scambio ad alto valore aggiunto e rende ancor più sociale l'attività. È quasi pleonastico sottolineare l'esigenza degli investimenti in competenze, conoscenze, abilità del personale, che offrono una stabilizzazione della qualità dei servizi erogati ed una maggiore efficacia operativa.

c. condizioni di commitment e compliance, dove la *compliance*, in campo socio-sanitario, consiste in un'attività che aiuta le organizzazioni a individuare, valutare, e controllare il proprio operato al fine di evitare rischi di vario tipo (interventi o azioni inefficienti o disfunzionali, il generarsi di situazioni critiche dal punto di vista della reputazione per la mancata osservanza di leggi, regolamenti, procedure e codici di condotta). La

compliance è dunque un'attività preventiva. Fa riferimento a quanto il paziente segue le indicazioni del proprio medico o del *caregiver*. Le conseguenze di una scarsa *compliance* incidono sia sull'individuo, sia sulla società. La sua natura è strettamente relazionale e una giusta comunicazione è il modo migliore per conquistarsi la fiducia del paziente che è cittadino-cliente. Si aggiunge anche una relazione di *commitment* che indica quanto le persone si identifichino negli obiettivi dell'organizzazione e dell'offerta, unitamente al desiderio di continuare a farne parte il che, nel nostro caso, sottolinea quanto sia i dipendenti, sia i fruitori-clienti del modello diventino valore aggiunto e producano maggiore efficienza ed efficacia per il tramite della loro appartenenza e dei valori condivisi.

Vi è un orientamento funzionale che supera la distinzione tra servizi pubblici e privati: lo stato non è più sinonimo esclusivo di pubblico e non detiene più l'esclusiva della gestione dei servizi. Fondamentale per la progettazione del nuovo sistema di equilibri è la ridefinizione dei soggetti in gioco, delle regole, dei processi, della dialettica tra i poteri, in quanto non si tratta di una privatizzazione di ciò che prima era statale, ma del raggiungimento dell'obiettivo di utilità pubblica, di incrementare i livelli di partecipazione sociale, di migliorare la qualità e l'efficacia dei servizi prestati, dell'accrescere la soddisfazione degli utenti-clienti e il loro benessere e quindi del valore pubblico.

3.5 IL MODELLO LA DOTE E LA RETE E L'IMPRESA SOCIALE NON PROFIT DI GARANZIA

A fronte del contesto evolutivo del welfare e della innovazione del rapporto di scambio fra offerta e domanda di servizi socio-assistenziali e sanitari, si può proporre un modello di erogazione di servizi che intende andare oltre l'alternativa *in cash vs. in kind*. Il modello *La dote e la rete* è centrato sulla conversione dei trasferimenti monetari (per esempio l'indennità di accompagnamento), in risorse personali per l'accesso e la fruizione di pacchetti di servizi socio assistenziali personalizzati, flessibili, appropriati e resilienti. Questa opzione riguarda le persone non autosufficienti aventi diritto, a condizioni giuridiche invariate o con eventuali modifiche normative.

L'obiettivo è quello di un maggior vantaggio per le famiglie ed i diretti interessati, in termini di risposte certe ed appropriate, e, per la collettività, di un migliore impiego delle risorse pubbliche intermedie e consumate. La valutazione degli esiti del sistema di offerta professionale e sussidiario è parte integrante del progetto stesso.

Le componenti del modello *La dote e la rete* sono tre:

- il fondo personale,
- il piano di assistenza individuale (PAI)
- il *care manager hub* (CMH)

FONDO PERSONALE

È costituito, in prima istanza, dalle risorse oggi erogate per l'indennità di accompagnamento o altra risorsa erogata dallo stato, a cui aggiungere, a seconda della disponibilità, eventuali risorse integrative personali, per esempio relative ai fondi previdenziali e sanitari integrativi, le coperture assicurative private, le risorse *out of pocket*, le quote di reddito destinabile al proprio welfare individuale, la vendita della nuda proprietà di un immobile o da altra dote disponibile e così via. In questo modo si costituisce una dotazione integrata che migliora l'efficienza di utilizzo di ogni specifica risorsa, in quanto tutte destinate al soddisfacimento dell'obiettivo diventato unificante.

PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE (PAI)

Il PAI è l'assetto dei bisogni socio-assistenziali che prevede, a seconda della condizione di bisogno, interventi dai più leggeri, per esempio di compagnia e sostegno, ai più strutturati, come l'assistenza a domicilio con personale sanitario o quella residenziale e semiresidenziale, anche di sollievo. La definizione del piano, in un'ottica di efficacia/efficienza, permette ad ogni attore del sistema di integrarsi al meglio in una cornice unitaria, compreso il contributo dei *caregiver* familiari e/o informali disponibili.

CARE MANAGER HUB (CMH)

Il *care manager hub* è l'**impresa sociale non profit, intesa come soggetto plurale**, che coordina e integra (funzione aumentativa ed effetto leva) il network di soggetti (imprese sociali non profit e profit) che professionalmente prendono in carico le esigenze della persona e del nucleo familiare, ovvero del *caregiver*.

box
1

I primi due elementi rappresentano la dote, ovvero quanto di diritto o comunque quanto di risorse in dotazione, disponibili per persone in condizioni di fragilità, disabilità e non autosufficienza.³⁹ Il terzo rappresenta la rete, ovvero un insieme di attori e di relazioni codificate e regolate operativamente, e che, nella reciproca interazione, producono valore aggiunto in termini di appropriatezza, innovazione, efficacia ed economicità.

Il fondo personale, come già detto precedentemente, è costituito dalle risorse erogate come indennità di accompagnamento o altre risorse erogate dallo stato, a cui aggiungere, a seconda della disponibilità, eventuali risorse integrative personali, per esempio relative a fondi previdenziali e sanitari integrativi, le coperture assicurative private, le risorse *out of pocket*, le quote di reddito destinabile al proprio welfare individuale, la vendita della nuda proprietà di un immobile o da altra dote disponibile e così via.

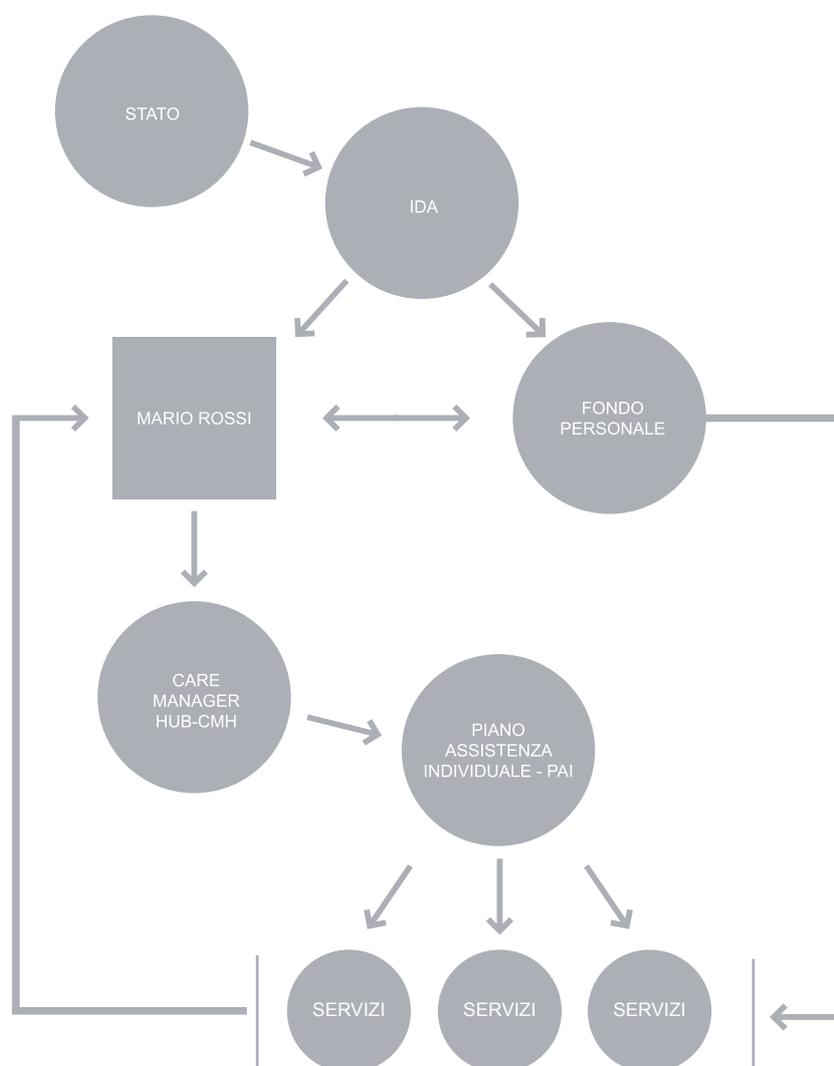


Figura 5 - Modello *La dote e la rete*

³⁹ Il concetto di dote usato in questo scritto non è da confondersi con quello usato prevalentemente in regione Lombardia e collegato con il concetto di voucher, buono, eccetera.

Questa modalità, in prima istanza, non modifica la tipologia del diritto, la quantità dell'erogazione economica e le modalità di assegnazione. Il diritto al fondo personale continuerà ad essere definito dallo stato ma, a differenza di quanto accade oggi, il cittadino potrà acquisire prestazioni accedendo ad un servizio di CMH che, attraverso una presa in carico globale, costruirà un PAI composto da quanto necessario a soddisfare le esigenze rilevate (integrazione fra bisogno e domanda).

Questa opzione implementa, in logica economico aziendale, azioni e vantaggi tradizionali di funzionamento che si traducono non solo in efficienza, ma anche in efficacia di risultato:

- economie di scala;
- curve d'esperienza;
- economie di scopo;
- innovazione;
- flessibilità;
- varietà;
- sinergie;
- catena del valore;
- relazioni;
- co-progettazione di servizi;
- nuove tecnologie di servizio.

Le azioni gestite dal CMH stesso, si dinamizzano a fronte dello sviluppo quantitativo e qualitativo del modello in essere.

La gestione del fondo deve essere effettuata dall'impresa sociale CMH in un quadro di WUSV e con razionalità universalistica a protezione variabile, dove tutti gli attori sono chiamati ad avere una visione attiva e passiva del proprio ruolo aziendale.⁴⁰

Il **piano di assistenza individuale** organizzato dal *care manager hub* non sarà vincolato da un set limitato di prestazioni e neppure da pacchetti preconfezionati in stile assicurazione. Il CMH dovrà assegnare alla soddisfazione del bisogno, attentamente analizzato assieme alla persona interessata ed al suo nucleo familiare, una risposta composta da tutto ciò che serve in qualità e quantità, integrando nel servizio le variegata tipologie di prestazioni.

L'insieme dei servizi viene garantito dal care manager hub (CMH) che è impresa sociale non profit e soggetto plurale che coordina e integra (funzione aumentativa ed effetto leva) il network (NOS) di soggetti (imprese sociali non profit e profit) che professionalmente prendono in carico le esigenze della persona e del nucleo familiare, ovvero del *caregiver*.

Le caratteristiche del CMH devono essere:

⁴⁰ Visione attiva del ruolo aziendale è l'impronta funzionale delle organizzazioni del sistema; visione passiva è l'accettazione da parte del fruitore (il cittadino) di questo approccio aziendale implementato dagli attori organizzati (*care manager*, network dei fornitori di servizi per i cittadini, in un sistema regolato ed accreditato anche dal *care manager*).

- natura giuridica che lo classifichi come non profit per dare garanzia di terzietà e approccio *super partes* rispetto al rapporto domanda-offerta di servizi;
- garanzia e rispetto di una stringente procedura pubblica di accreditamento del network operativo e di offerta dei servizi;
- garanzia di un sistema di monitoraggio e controllo sulla qualità dei servizi erogati dal network dei soggetti convenzionati;
- *redemption* sulla efficienza, efficacia e regolarità dei piani individuali attivati.

Il **network di offerta dei servizi (NOS)** è composto da imprese sociali non profit, profit e pubbliche che, per le ragioni sopraindicate, offrono garanzia di non essere orientate all'opportunismo di mercato e ad un finalismo speculativo tramite la massimizzazione assoluta del profitto/utile.

La filiera composta da CMH e dal NOS, è garante per il cittadino, monitora la quantità, la qualità, l'efficienza e l'efficacia dei servizi. Allo stesso modo, è garante nei confronti del sistema pubblico, valutando i risultati in termini di efficienza/efficacia delle risorse pubbliche utilizzate e degli esiti assistenziali conseguiti con i piani individuali.

Inoltre, la scelta di un mix di servizi correlati al PAI garantirà la possibilità di scegliere alternative di servizio nonché l'unitarietà nella filiera della responsabilità. La percezione di affidabilità nella presa in carico e della chiarezza dei ruoli e dei compiti tra i diversi erogatori di servizio della filiera è elemento caratterizzante la qualità dell'offerta.

In ogni caso, il NOS dovrà fornire tutte le informazioni utili alla scelta da parte delle famiglie o dei singoli, offrendo come base un format e un set di indicatori stabilito in partnership con il sistema pubblico e costantemente aggiornato.

Il NOS è composto da imprese sociali non profit e profit e pubbliche che, per le ragioni sopraindicate, offrono garanzia di:

- non essere orientate all'opportunismo di mercato;
- terzietà nella gestione del sistema di assistenza;
- non tendere ad un finalismo speculativo considerando la tipologia di governance delle imprese sociali non profit;
- orientamento alla massimizzazione relativa del profitto e non a quella assoluta.

Allo stesso modo il NOS è garante nei confronti del sistema pubblico, valutando i risultati in termini di efficienza/efficacia delle risorse utilizzate e degli esiti assistenziali conseguiti con i PAI.

Inoltre, la scelta di un mix di servizi correlati al PAI garantirà la possibilità di scegliere alternative di servizio nonché l'unitarietà nella filiera della responsabilità.

È un sistema a doppia garanzia: nei confronti dei cittadini fruitori e clienti dei servizi offerti dal CMH e dal NOS, nonché nei confronti della pubblica amministrazione

che si affida ad un network di imprese sociali la cui formula imprenditoriale offre punti di stabilità continuativa, efficienza ed efficacia.

Infatti, l'impresa sociale è impresa di mercato e amplia il suo "stare sul mercato", acquisendo un ruolo pervasivo in tutto il sistema socio economico, oltre al già stabilizzato protagonismo nei settori dei servizi socio assistenziali, educativi e dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate. Tutto questo è vero e non si deve dimostrare soltanto ai cittadini-clienti dei servizi, ma deve soprattutto essere "percepito" nella realtà istituzionale e nei segmenti di popolazione non ancora fruitore-cliente. L'opinione pubblica, in generale, non ha questa percezione. Perché ciò avvenga si devono attivare azioni di comunicazione ad hoc (campagne mediatiche nei confronti della domanda primaria), ma anche si devono cogliere le opportunità che l'evoluzione del contesto normativo offre all'impresa sociale non profit: sia tramite l'assetto giuridico di cooperativa sociale, sia di impresa sociale ex lege L. 118/05, D.lgs. 155/06 e decreti attuativi), sia tramite le risultanze, che sono in discussione, dell'art. 6 della riforma del terzo settore.

La dominante del ruolo dell'impresa sociale (prevalentemente non profit) è garanzia non solo per l'assetto giuridico di riferimento, ma anche per la sostanziale operatività gestionale che assicura una funzionalità aziendale orientata alla soddisfazione dei fruitori-clienti del modello.

Nel contesto di WUSV si può prospettare una lettura del modello *La dote e la rete* in ottica di funzionalità virtuosa, ove l'assetto economico aziendale del modello offre la garanzia di una implementazione efficiente, efficace, in logica di economicità, con continuità e perdurabilità di gestione ed autonomia finanziaria, finalizzata all'equilibrio economico.

Alcune tesi economico aziendali positive sull'impresa sociale si evidenziano in questa filigrana di caratteristiche:

- è una formula imprenditoriale e non "una formula buonista e disperata di una organizzazione approssimativa, residuale e assistita". Infatti la formula imprenditoriale multistakeholder, partecipata e democratica, in cui la qualità dei servizi è spesso più efficace ed efficiente rispetto a quella delle imprese tradizionali profit e pubbliche, è una realtà che il mercato riconosce e che deve essere sviluppata ulteriormente;
- ha un vantaggio competitivo determinato anche da un possibile partenariato fra "capitale umano dipendente e retribuito" e "capitale umano volontario dipendente funzionalmente e sempre più professionalizzato". Con una integrazione che spesso incrementa la qualità dei servizi e costituisce una massa critica che incide sul sistema socio economico di riferimento. Inoltre l'impresa sociale ha una formula imprenditoriale che valorizza il capitale umano in essa operante. Questo avviene perché la motivazione per una maggiore produttività e per un'efficacia operativa più gestibile è una costante dei dipendenti di queste imprese;
- ha costi generali e fissi contenuti (anche perché c'è un maggiore orientamento all'economicità) e il *break even* si realizza con quantità di produzione inferiore rispetto all'impresa profit. I contratti di lavoro delle imprese sociali hanno, solitamente, un costo aziendale inferiore a quello delle profit (vedi anche possibili agevolazioni, defiscalizzazioni

su opportunità nazionali o regionali, ecc.). Ma il differenziale retributivo, rispetto a quello delle profit, è sempre più contenuto e si adotteranno contratti di lavoro equivalenti in funzione dell'allargamento ineluttabile del ruolo del settore delle imprese sociali non profit. Il contesto attuale è tale da configurare anche un contratto unico negoziato con equilibrio dettato dalla consistenza numerica e di ruolo del settore non profit. Ciò che bisogna evitare è la tentazione di sviluppare competitività scaricando su basse retribuzioni opportunistiche questo fattore critico di successo dell'impresa sociale;

- ha la possibilità di sostenere un ruolo paritetico con il privato profit, tramite la creazione di spa o srl senza distribuzione di utili (a tendere con distribuzione di utili limitata secondo le proposte della riforma del terzo settore). Infatti è in discussione la possibilità di avere una remunerazione del capitale investito per il tramite di una redditività con un tetto ("cappata"), che può anche essere oggetto di transazione economica dopo un *lock up period* di un certo numero di anni (la clausola di *lock up* riguarda l'impegno assunto da chi era azionista già prima della quotazione a non vendere, offrire o costituire in pegno le proprie azioni della società per un determinato periodo di tempo);
- è raccordo al territorio perché la partecipazione e la filiera corta produttiva ed erogativa scambia beni e servizi a costi/prezzi equilibrati e a controllo sociale implicito, sia dal lato dell'offerta, che della domanda. Questa caratteristica crea non solo una cultura dell'innovazione sostenibile e serializzabile, ma anche una propensione del contesto territoriale a esprimere integrazioni erogative e di filantropia, intese come investimento condiviso di cui si verificano i risultati sociali ed economici. Anche per il tramite dell'obbligatorietà del bilancio sociale;
- ha una capacità di networking basata sulla condivisione del senso della propria imprenditorialità che trova, nella logica dello scambio, una opportunità di sviluppo e non una diminuzione del proprio agire sociale. Dimostrando che la "sacralità dei fini" dell'impresa sociale può essere mantenuta e sviluppata implementando gli strumenti profani del sistema di mercato, quasi mercato e del sistema di pubblica utilità;
- ha nel suo DNA un approccio all'*accountability* e alla trasparenza che è insito e prevalente nella motivazione imprenditoriale dell'impresa sociale e che peraltro è comunicabile e percepibile anche tramite l'obbligatorietà del bilancio sociale, inteso come strumento utile per far percepire il proprio valore e da giocare come fattore critico di successo e come vantaggio competitivo e non come peso gestionale.

L'impresa sociale non profit è formula imprenditoriale che basa il suo differenziale competitivo su alcune caratteristiche:

- appropriatezza: significa dare la giusta risposta, al momento giusto affinché esprima il massimo risultato possibile in relazione all'esigenza rilevata, nella quantità giusta ovvero con un asset di risorse equilibrato per ottenere il miglior risultato perseguibile. La possibilità di scegliere tra una gamma molto vasta di servizi è presupposto per poter garantire appropriatezza. Solitamente una persona singola o la sua famiglia difficilmente dispongono delle informazioni che possano permettere una soluzione appropriata;

- integrazione: è la modalità/metodo con cui servizi e prestazioni diverse interagiscono tra loro per potenziare reciprocamente il loro effetto singolo. Necessaria è la presenza di una regia (CMH) degli erogatori di servizi (NOS), in modo che quantità e qualità siano costantemente adattate in funzione della appropriatezza della risposta personalizzata programmata. Dal punto di vista degli erogatori, l'obiettivo di integrazione comporta che ogni singolo componente contribuisca ad un disegno d'insieme modulando se stesso e contribuendo a rimodulare costantemente gli altri, reciprocamente;
- flessibilità: condizione per una integrazione efficace, ovvero appropriata per un determinato stadio di bisogno; la flessibilità è insita nel modo in cui si eroga ogni singolo servizio, nelle modalità di costruzione della risposta assistenziale complessiva, nelle forme con cui la persona e la famiglia accedono e dialogano con il network degli erogatori e con chi lo coordina;
- diversificazione: è il riconoscimento fattivo che ogni persona e nucleo familiare hanno e vivono una condizione propria, diversa da altre, seppur simile per tipologia di problemi. Ognuno esprime esigenze assistenziali in momenti diversi della evoluzione del bisogno e questo è condizionato in forma differenziata dalla rete familiare, dalla rete comunitaria, dalle condizioni economiche, dalle condizioni abitative, dai contesti territoriali e da tanti altri fattori che compongono un numero infinito di variabili; diversificazione, quindi, dell'approccio, dell'offerta, della tipologia di servizi, delle variabili insite in ogni singola prestazione, delle modalità di erogazione, è fattore imprescindibile nel rispondere in forma più o meno efficace;
- consulenza: ovvero accompagnamento finalizzato alla riduzione delle asimmetrie informative. Un esercizio corretto della libera scelta e della sussidiarietà deve ridurre il disequilibrio tra le informazioni a disposizione del fruitore e quelle in capo all'erogatore. L'attività di tipo consulenziale, mettendo a servizio competenza e conoscenza nell'analizzare problematiche e costruire soluzioni, crea fiducia con la persona e la famiglia interessate. Essa è componente nella progettazione, costruzione e regia del programma personalizzato di intervento, nonché nella messa a disposizione e ottimizzazione delle risorse in campo;
- personalizzazione e orientamento al servizio proprio dell'imprenditoria sociale; sono proporzionalmente correlati all'intensità della cultura, diffusa all'interno dell'impresa sociale (circuiti virtuosi), di orientamento al servizio ad personam, sia in contesti sociali deboli come nel mercato tradizionale. Il valore della personalizzazione è un'impostazione organizzativa, ed insieme un asset ontologico nel senso della capacità di solidarietà e socialità delle persone che agiscono all'interno dell'impresa sociale ed in essa si organizzano aziendalmente. Con tale orientamento si stabilizzano cultura gestionale e approccio positivo, appropriato e socialmente virtuoso all'utente/cliente, perché generati dai valori diffusi nell'organizzazione che per il riconoscimento della domanda/bisogno meritorio, attività caratteristica dell'azienda stessa.
- anticipazione e contestualizzazione: la capacità di lettura dei bisogni è condizione per la progettazione di servizi non autoreferenziali, e contestualizzati ovvero basati sulla prossimità dell'offerta con la domanda; funzionale ad essa è una struttura organizzativa prevalentemente "corta",

tale da saper cogliere velocemente i cambiamenti del contesto, nonché la “vocazione maieutica” dell’impresa sociale che privilegia il rapporto diretto e personalizzato rispetto a quello anonimo o “massificato”;

- micronizzazione della domanda: la capacità di lettura dei bisogni è altresì condizione per individuare segmenti sempre più specifici di cittadini clienti/utenti e nel contempo attrezzare un’offerta coerente alla domanda stessa. Essa ha in sé non solo una maggiore identificabilità della parte tecnico-specialistica che si vuole ottenere, ma anche una parte di specificità (elementi accessori / condizioni di cessione) che non sono più eludibili. Sempre più spesso esiste un continuum indistinto tra parte tecnico-specialistica ed elementi accessori / condizioni di cessione e quindi, se nel passato si rispondeva ad una domanda a forte variabilità (degli elementi accessori) con una offerta strutturata e rigida, oggi si deve rispondere a “domanda destrutturata” con “offerta destrutturata e flessibile”. La distinzione fra utente e cliente attiene alla diversificazione fra l’approccio giuridico-amministrativo (utente con il focus sulle prestazioni tecniche) e l’approccio economico aziendale (cliente con il focus sull’integrazione fra prestazioni tecniche e elementi accessori / condizioni di cessione che danno valore aggiunto alle prestazioni stesse in logica di servizio). Appare evidente che nell’ambito dell’offerta di servizi sanitari, socio sanitari, socio assistenziali il cittadino ha un orientamento alla fruizione di servizi come integrazione fra prestazioni e elementi accessori.
- simmetria informativa: è determinata dalla trasparenza del modello di intervento, tale da far percepire al cittadino utente/cliente il giusto valore dei prodotti-servizi che vengono offerti; permette di consolidare il ruolo imprescindibile delle imprese sociali sia nel campo dei servizi socio assistenziali, culturali, educativi, ecc., che più in generale del sistema socio economico di contesto.
- integrazione fra non profit e profit, non solo tra non profit e pubblico: aumenta il valore dello scambio fra utenti-consumatori, al fine di incrementare non soltanto i risultati di tipo economico, ma anche quelli di comportamento positivo rispetto ad alcune funzioni di contesto (ambiente, cultura, sport, ecc.). La tripolarità del sistema socio economico si enuclea nell’integrazione fra pubblico e privato non profit e profit sulla base della formula di imprenditorialità sociale che taglia trasversalmente i tre poli;
- selezione avversa: carattere distintivo degli erogatori in rete, che, in un quadro di riduzione/contenimento dell’asimmetria informativa, rende realistica l’autoregolazione non opportunistica, ovvero la non ricerca di opportunismi speculativi esterni od interni, con evidenti risultati di efficienza ed efficacia di servizio.
- azzardo morale: grazie al rapporto contrattuale responsabilizzante tra le parti in campo – simmetria informativa, autocontrollo e controllo sociale organizzativo – viene contenuto/neutralizzato, anche in questo caso con evidenti risultati di efficienza ed efficacia di servizio.

Questi principi sono coerenti con una visione che intende:

- promuovere, grazie al modello *La dote e la rete*, sia un effetto incrementale che un effetto leva (efficienza) per ottenere risultati (efficacia), tali da contribuire a superare, in toto o in parte, la crescente scarsità di risorse pubbliche. Essi rappresentano una proposta di superamento del corto

circuito in cui si trovano le politiche di welfare, attanagliate tra soluzioni di fatto non perseguibili o comunque non perseguite in modo adeguato ai problemi con cui ci si deve misurare (maggiore produttività pubblica vs/ et aumento della pressione fiscale vs/et utilizzazione di risorse pubbliche altrimenti impiegate vs/et razionamento delle erogazioni effettive);

- misurarsi con le problematiche legate alla ri-definizione e ri-legittimazione dell'universalismo, oggi parziale e differenziato a seconda dei comparti (sanità, assistenza ed educazione), introducendo un approccio in cui sia possibile integrare l'effettività dei diritti di chi, titolare della copertura pubblica, non può rinunciare all'intervento pubblico (le popolazioni a maggiore rischio per fragilità, vulnerabilità e povertà/impoverimento) con chi, titolare o meno, risulta avere una capacità di reddito che permette di integrare il costo dei servizi di welfare richiesti (un welfare universalistico a sussidiarietà variabile).

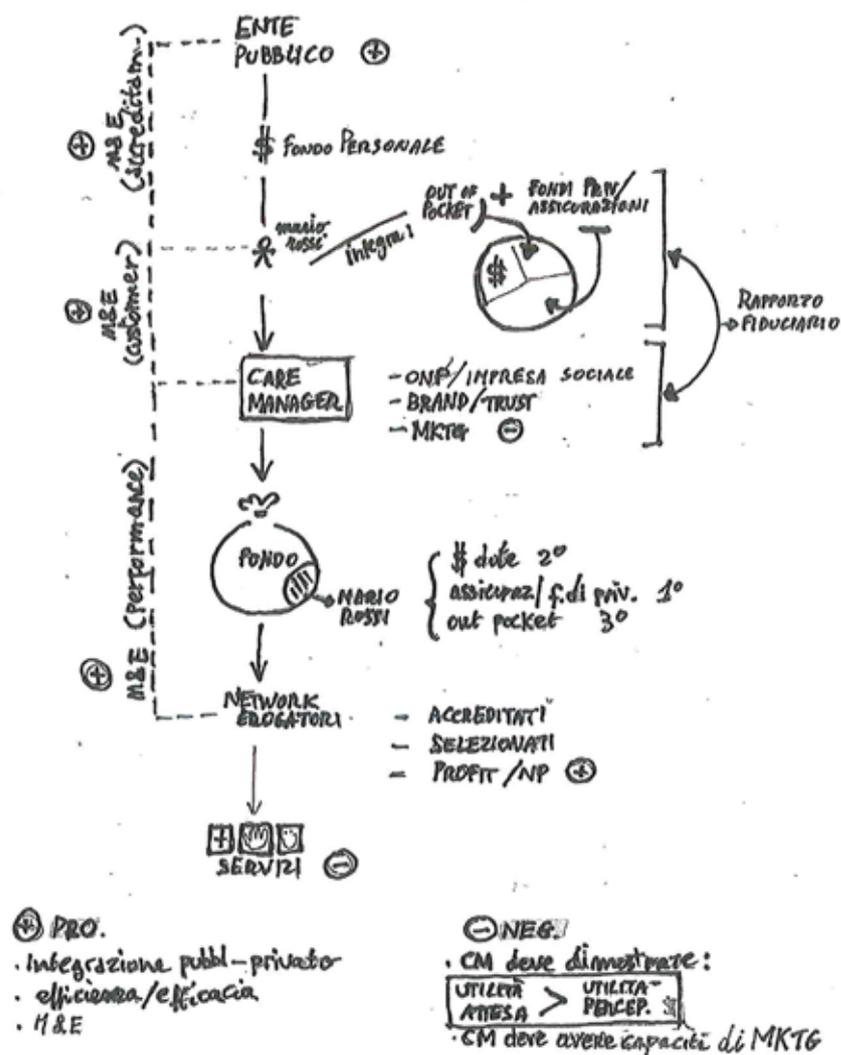


Figura 6 - Modello La dote e la rete

3.6 ACCREDITAMENTO DEL MODELLO LA DOTE E LA RETE

Una condizione strutturale è il riconoscimento del ruolo della sussidiarietà (verticale/orizzontale), del privato sociale (impresa sociale non profit, impresa sociale profit a rating sociale, ecc.) o di enti pubblici (Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona e Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, ecc.) che possono svolgere una funzione di erogazione di servizi di pubblica utilità. Per fare questo è necessario che, oltre alla costruzione di un assetto giuridico istituzionale che riconosca questo sistema, si attivi un modello gestionale che ha come contesto di funzionalità vincolante un asset di accreditamento.

Tra gli aspetti critici di successo, uno dei nodi cruciali per raggiungere l'ampio ventaglio di obiettivi che, come già visto, un'impresa sociale non profit si pone (essi vanno dalla condizione-vincolo di una corretta gestione economica, ad una finalità di crescita del benessere dei destinatari della sua attività) c'è la capacità che la stessa azienda ha di creare dei rapporti fiduciari con la comunità di riferimento, intesa sia come mercato del benessere e del welfare, sia come mercato della solidarietà. Infatti, proprio sviluppando un processo di meritorietà dell'azione svolta, gli attori del settore non profit attivano un circolo vitale virtuoso, che si avvia con l'accREDITAMENTO sociale e si conclude con quello finanziario ed economico, portando l'azienda non profit ad attirare un numero sempre maggiore di cittadini-clienti del modello *La dote e la rete*.

Ciò garantisce un flusso costante di entrate finanziarie, come presupposto di continuità e durabilità, ma anche di efficienza ed efficacia, con un evidente risparmio di risorse e con un approccio *cost saving* a parità di risultati sociali.

Il processo di sviluppo della meritorietà dell'azione svolta richiama l'esigenza dell'impresa sociale di dimostrare, anche attraverso comportamenti economicamente coerenti, l'attitudine ad interpretare ruoli economici di pubblica utilità, ben sapendo che la meritorietà è collegata:

- alla legittimazione, cioè al riconoscimento del diritto di proporsi come interpreti di bisogni sociali espressi o inespressi/insoddisfatti, attraverso una funzione di promozione e di tutela;
- al consenso, cioè al riconoscimento, da parte della società, del diritto di soddisfare i bisogni con attività economicamente gestite, soprattutto se queste ultime necessitano di un supporto per sviluppare risultati sociali significativi. Per acquisire questo riconoscimento, molto importante per instaurare un rapporto fiduciario con gli stakeholder, soprattutto in funzione di una raccolta finanziaria da parte dell'azienda non profit, quest'ultima deve rispettare il vincolo di rendere evidente, e quindi controllabile, il diritto all'accREDITAMENTO sociale ed economico-finanziario.

Tali accREDITAMENTI, a loro volta, richiedono comportamenti gestionali da caratterizzarsi per *accountability*, intendendo, con questo termine, l'esigenza di rendere conto dei risultati ottenuti in modo trasparente e veritiero, soprattutto nel caso in cui l'azienda non profit utilizzi risorse non proprie, ma provenienti dallo stato o da privati, che le erogano senza avere finalità opportunistiche in termini di rendimenti. L'*accountability* è anche condizione indispensabile per mantenere la motivazione dei propri dipendenti-soci funzionali (per esempio se si tratta di

una cooperativa sociale) e per orientare la cultura dell'impresa sociale a integrare l'efficienza-efficacia ed economicità con la valorialità sociale dei servizi erogati.

Il modello *La dote e la rete* si articola funzionalmente come CMH che a sua volta si articola in tre componenti dinamiche:

- accreditamento istituzionale,
- accreditamento *customer oriented*,
- accreditamento valutazione performance.

3.6.1 ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

Le politiche di assistenza sono determinate e programmate dall'ente pubblico, allineate alla normativa in essere e coerenti con la sua evoluzione interpretativa. È d'obbligo il riferimento all'art. 1 della L.328/2000.⁴¹

Fra l'ente pubblico (sussidiante in termini di funzionalità istituzionale, ed in parte, di finanziamento) ed il sistema *care manager hub*, che è il sussidiato intermedio ed è il fulcro operativo del modello, si stabilisce un rapporto di accreditamento basato su garanzie di responsabilità, funzionalità, efficienza, efficacia, continuità, in una integrazione funzionale fra aspetti giuridici ed economico aziendali. Esse sono il presupposto per l'applicazione del modello in essere.

Questa fase dell'accREDITAMENTO struttura un rapporto istituzionale nella continuità sussidiaria che il sistema socio sanitario assistenziale ha assunto come condizione di funzionalità e che declina gli accREDITAMENTI in funzione dei vari assetti regionali.⁴²

In quest'ottica si stabilisce un raccordo di politica programmatica e funzionale fra

41 La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo stato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali.

Gli enti locali, le regioni e lo stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata.

42 Riprendendo alcuni aggregati di criteri della The Joint Commission (Usa) possiamo per esempio enucleare:

- Corrispondenza con obiettivi internazionali di sicurezza dei pazienti (IPSG)
- Indici di qualità di ricovero e valutazione dei pazienti residenti (RAA)
- Diritti e responsabilità dei pazienti residenti e non (RRR)
- Assistenza dei pazienti residenti e non e continuità delle cure (RCC)
- Gestione dei farmaci per i pazienti residenti e non (RMM)
- Educazione dei pazienti residenti e non e dei loro familiari (RFE)
- Miglioramento nella qualità e nella sicurezza dei pazienti residenti e non (IQS)
- Gestione e sicurezza dell'ambiente (MSE)
- Qualifiche e formazione del personale (SQE)
- Governance e leadership (GAL)
- Comunicazione e gestione delle informazioni (CIM)

l'ente pubblico ed il cittadino per il tramite del CMH che, accreditato, offre il suo ruolo di garanzia di servizio.

Il cittadino (sussidiato finale), che ha a disposizione un suo fondo personale può sviluppare una sua discrezionalità e può orientarsi all'affidamento del fondo al CMH (impresa sociale), che sviluppa la gestione funzionale in logica di *global service* dei diritti dei singoli cittadini con produzione di *output* e *outcome* più efficienti ed efficaci rispetto alla gestione frazionata dei diritti del cittadino stesso.

Tutto ciò avviene reiterando lo spirito della L. 328/2000 ove all'art. 1 si promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali; nonché nell'alveo dell'art. 118 della Costituzione che così recita: "stato, regioni, province, città metropolitane e comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio della sussidiarietà".⁴³

3.6.2 ACCREDITAMENTO CUSTOMER ORIENTED

Si stabilisce un rapporto di servizio che è basato su risorse di finanziamento pubbliche che articolano, in prima istanza, attività che concernono l'indennità di accompagnamento⁴⁴ che è delimitata da alcune caratteristiche e condizioni regolamentate per poter attivare il finanziamento.⁴⁵

Il modello *La dote e la rete* auspica l'integrazione dei vari flussi di risorse a disposizione del cittadino non autosufficiente, sia per avere una visione complessiva delle risorse a disposizione dalle persone, sia per la convinzione socio economico aziendale che l'ammontare complessivo ed integrato delle risorse sarebbe in grado di sviluppare *output* ed *outcome* più efficienti ed efficaci rispetto alla disponibilità frazionata delle stesse.

In questa fase il *care manager* ha come condizione indispensabile del suo agire alcuni elementi quali lo sviluppo di percezione e consapevolezza di fiducia del cittadino-cliente che è in costante relazione sia nella fase (ex ante) di presentazione oggettiva del portfolio dei servizi offerti, sia nella fase di produzione ed erogazione dei servizi per il tramite del network dei fornitori scelti (in itinere), sia nella fase di valutazione (ex post) e rendicontazione degli *output* ed *outcome* generati.

Questa fase si avvale di una capacità di marketing strategico, conoscitivo ed operativo improntato sulla creazione di valore condiviso fra CMH e cittadino/cliente.

43 Questo principio implica che le diverse istituzioni debbano creare le condizioni necessarie per permettere alla persona e alle aggregazioni sociali di agire liberamente nello svolgimento della loro attività. L'intervento dell'entità di livello superiore, qualora fosse necessario, deve essere temporaneo e teso a restituire l'autonomia d'azione all'entità di livello inferiore.

44 Essa è stata istituita nel 1980 e spetta agli invalidi civili totali che, per malattie fisiche o psichiche, si trovino nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognino di una assistenza continua. L'indennità di accompagnamento, a differenza di altri benefici economici concessi agli invalidi, è indipendente dall'età e dalle condizioni reddituali della persona.

45 L'indennità di accompagnamento non è cumulabile con altre indennità simili erogate per cause di servizio, lavoro o guerra; non è subordinata a limiti di reddito; è indipendente dall'età della persona; è indipendente dalla composizione del nucleo familiare dell'invalido; non è reversibile (cioè non si trasmette agli eredi dopo la morte dell'invalido); è compatibile con lo svolgimento di attività lavorativa.

Questo valore condiviso si basa sull'analisi del PAI e sulla relazione con la famiglia, qualora essa svolga la funzione di *caregiver* a varia intensità o sia il centro decisionale.

La garanzia che il *care manager* ottempera in positivo in questa fase è che si è strutturato con una formula imprenditoriale ad hoc non orientata al profitto, ma all'equilibrio economico finanziario finalizzato al raggiungimento di risultati sociali positivi ed incrementali per il sistema (nel suo assetto complessivo e nella sua articolazione di territori-comunità/piani di zona).

Si struttura così una filiera composta dal CMH, dal NOS, in logica di supply chain sociale, selezionati sul territorio dal *care manager* che si fa garante delle attività erogate a favore dei cittadini/clienti/soci non autosufficienti.

Questa "filiera aziendale sussidiaria" ha come minimo comun denominatore il fatto che tutte le componenti sono imprese sociali non profit o imprese sociali profit (nell'accezione evolutiva del concetto di impresa sociale profit a rating sociale), che basano la loro funzionalità e garanzia sulla gestione aziendale in logica di formula imprenditoriale sociale. Paradossalmente – come è verificabile nella realtà quotidiana –, l'approccio in termini economico aziendali (e non solo in termini giuridici) offre la garanzia che lo scambio del modello *La dote e la rete* produce un valore aggiunto sociale per il sistema ed un *output/outcome* a favore del cittadino-cliente.

In sintesi, questi elementi sono una costante dinamica dell'imprenditorialità sociale, intesa come formula imprenditoriale. Essa è implementata tramite le imprese sociali che presidiano i problemi del sociale e del welfare, generando nuove opportunità economiche in grado di produrre profitti economici e sociali. Ridimensionando al contempo le criticità di carattere sociale ed innescando un circolo virtuoso positivo in termini economici. L'imprenditorialità si collega alla formula imprenditoriale caratterizzata da dinamismo partecipativo, motivazione anche empatica, produttività razionale più che meccanicistica senza indulgere nel taylorismo e nel fordismo.

3.6.3 ACCREDITAMENTO TRAMITE LA VALUTAZIONE CORPORATE E DI PERFORMANCE

L'accREDITAMENTO di garanzia del CMH e del NOS si basa su specifiche di:

- accreditamento dell'impresa sociale corporate;
- accreditamento della performance dei servizi erogati.

L'accREDITAMENTO dell'impresa sociale corporate si enuclea tramite un set di indicatori che offrono parametri utili per dare garanzia di funzionamento complessivo:

- indicatori fisico-tecnici, per esempio numero e tipologie di servizi erogati, numero di addetti retribuiti, numero di addetti funzionali senza retribuzione (volontari);
- indicatori economico-finanziari intesi come l'attività economica che si svolge anche mediante l'insieme di negoziazioni di merci e servizi che, nei sistemi evoluti occidentali, si svolgono tipicamente nella forma di scambi monetari.

Ovviamente si considerano gli indici di bilancio che sono grandezze economiche, patrimoniali e finanziarie, combinate in modo da fornire indicazioni ritenute interessanti; i profili di analisi che sono solitamente indagati attraverso i quozienti fanno riferimento ad alcuni fenomeni specifici:

- la redditività, intesa come rapporto tra reddito e altre grandezze a questa correlate; nelle imprese sociali non profit la redditività assume prevalentemente la specificità di aumentare o mantenere l'asset del proprio patrimonio e si esprime tramite il ROE (Ritorno di redditività sul capitale proprio). In sintesi, la variazione del capitale proprio collegato alla gestione;
- la liquidità, intesa come indicatore della solvibilità a breve termine, cioè della capacità di far fronte ai pagamenti senza ricorrere all'indebitamento;
- la solidità patrimoniale, come espressione della "solvibilità a lungo" dell'azienda, intesa come capacità di far fronte agli impegni nel medio e lungo periodo;
- solidità o equilibrio di medio lungo periodo;
- verifica della sostenibilità degli investimenti e dei finanziamenti per il tramite del rapporto di indebitamento e la capacità di ristorare il pagamento degli oneri finanziari attraverso i risultati di gestione;
- l'efficienza, intesa come capacità di impiego delle risorse scarse a disposizione dell'azienda, in relazione agli obiettivi perseguiti.

I dati necessari per la costruzione dei quozienti di interesse sono costituiti prevalentemente dalle aggregazioni dello stato patrimoniale e dal conto economico riclassificati. È importante sottolineare come tali indici debbano essere analizzati in una duplice dimensione:

- confronto con valori standard, risultanti dalla media del settore nel quale l'azienda opera, per analizzare la sua competitività e la sua solidità rispetto ai diretti competitori;
- confronto dei valori nel tempo, sulla base dei dati passati, con lo scopo di valutare la tendenza dell'azienda in oggetto; così, indici non pienamente positivi, ma che mostrano notevoli miglioramenti nel corso degli anni rappresentano un dato di cui tenere conto.

Accreditamento tramite valutazione di performance è un processo che si sostanzia in diverse tappe:

- Valutazione ex ante, in cui viene effettuata la definizione degli interventi da attuare, dei bisogni da soddisfare, dei progetti da selezionare. È in questa fase che avviene la predisposizione e la valutazione di opportuni indicatori.

Alcuni di questi indicatori sono così enucleabili:

- ripartizione degli oneri fra attività di programma e attività di supporto ai programmi; essi misurano quanto gli oneri di implementazione delle attività pesano sulle uscite.

Per esempio:

$$\frac{\text{ONERI ATTIVITÀ ISTITUZIONALI}}{\text{TOTALE DELLE USCITE}} \times 100$$

$$\frac{\text{ONERI ATTIVITÀ DI SUPPORTO}}{\text{TOTALE DELLE USCITE}} \times 100$$

- incidenza oneri attività istituzionali intesa come incidenza degli oneri delle attività istituzionali sul totale degli oneri sostenuti.

Per esempio:

$$\frac{\text{ONERI ATTIVITÀ ISTITUZIONALI}}{\text{VOLUME COMPLESSIVO ONERI}}$$

- incidenza oneri supporto generale intesa come analisi su quanto incidono gli oneri del supporto generale sul totale degli oneri sostenuti

Per esempio:

$$\frac{\text{ONERI SUPPORTO GENERALE}}{\text{VOLUME COMPLESSIVO ONERI}}$$

- velocità di conversione dei finanziamenti ricevuti rispetto alla destinazione ai progetti posti in essere.

Per esempio:

$$\frac{\text{N MEDIO DI GIORNI CHE INTERCORRONO}}{\text{FRA IL RICEVIMENTO DEI FINANZIAMENTI A VARIO TITOLO}} \\ \text{E LA DESTINAZIONE AI PROGETTI DA IMPLEMENTARE}$$

- Valutazione in itinere, o monitoraggio, in cui, sulla base dei risultati intermedi, vengono apportate le eventuali azioni correttive.
- Valutazione ex post, nella quale la misurazione ha la funzione di rilevare e rappresentare i risultati conseguiti al fine di valutare ex post la coerenza con gli obiettivi iniziali e intraprendere nuovi programmi.

Questa azione si basa su modelli di *social impact assessment*, che si articolano in:

- *Cost-effectiveness analysis* (CEA): l'analisi costo-efficacia rappresenta una delle possibili tecniche di valutazione. Si configura una metodologia (applicata prevalentemente in sanità) che esprime gli *outcome* sociali in unità naturali, quali, ad esempio, il numero di anni di vita guadagnati o di decessi evitati.

Si può anche valutare per il tramite di quantificazioni economiche.

La *ratio* costruita può essere intesa, ad esempio, come:

Cost-effectiveness ratio	=	$\frac{\text{Costo del progetto}}{\text{Benefici sociali generati (anni di vita guadagnati)}}$
--------------------------	---	--

Si individua il costo di ciascuna unità di *outcome* (es. il costo di un anno di vita guadagnato) associato ai vari progetti o interventi posti in essere. Altra *ratio* possibile è la comparazione di progetti o trattamenti mutualmente esclusivi, preferendo l'adozione di un'ottica incrementale, tramite la costruzione di un indice di sintesi che raffronta costi e benefici dei due progetti valutati, espresso nella maniera seguente:

$$\boxed{\text{Incremental Cost-effectiveness ratio}} = \boxed{\frac{\text{Costo del progetto 1} - \text{Costo del progetto 2}}{\text{Benefici del progetto 1} - \text{Benefici del progetto 2}}}$$

dove sceglierò il primo progetto se ICER < 0 e viceversa.

Si evidenzia questa tecnica, che non è scevra di limiti se si considerano l'incertezza e la soggettività che possono caratterizzare le assunzioni e le stime riportate dal valutatore (affermazione ancor più vera per la c.d. *cost-utility analysis*, nella quale, esprimendo gli *outcome* in QALY⁴⁶, il valutatore cerca di tener conto non solo dell'allungamento dell'aspettativa di vita, ma anche dell'impatto di un intervento sulla qualità della vita dell'individuo).

- *Cost-benefit analysis* (CBA): intesa come supporto alle decisioni di investimento fra progetti ed interventi alternativi. L'output informativo che si ricava dal processo di valutazione è una misura dei benefici netti, calcolati come differenza fra il valore monetario dei benefici generati dal progetto o dall'impresa sociale non profit ed i relativi costi o, alternativamente, come *ratio*, in cui si mettono a rapporto i flussi di benefici attualizzati ed i costi (VAN del progetto o dell'intero portafoglio di attività dell'ONP).
- BACO: questa tecnica, generata dal *social venture capital* Acumen, rappresenta un ulteriore esempio di come il modello possa essere interpretato nella sua funzione di supporto ai processi di allocazione delle risorse (in tal caso, non tanto nella prospettiva del management di un'impresa sociale che deve ripartire gli input a disposizione fra attività a diverso potenziale di impatto, quanto, piuttosto, nella prospettiva di un investitore che si avvale di tale strumento di valutazione per razionalizzare le proprie scelte di investimento e di gestione del portafoglio).

Nel concreto, esso si configura come un indice in cui si calcola il differenziale fra gli *output* ed i relativi costi di un progetto di *social entrepreneurship*, andandoli a comparare con quelli di un analogo intervento attuato da un benchmark attivo nel medesimo settore di intervento.

Sistemi di rating e reporting (IRIS, GIIRS) intesi come modelli di *social impact assessment* che si basano su logiche di reportistica, *accountability* e *ranking*. Alcuni fra i più consolidati sistemi appartenenti a questa macro-categoria sono, ad esempio, l'*Impact Reporting & Investment Standard* (IRIS) e il *Global Impact Investing Rating System* (GIIN).

⁴⁶ Acronimo per "quality adjusted life years", metodo di stima spesso utilizzato in campo sanitario per misurare il costo incrementale per QALY guadagnato e decidere – in relazione ad un valore soglia, implicitamente o esplicitamente definito – se l'introduzione di uno specifico intervento/trattamento/dispositivo tecnologico possa essere finanziata dal SSN o vada lasciata al mercato.

Nel concreto, IRIS⁴⁷ è una piattaforma creata e gestita dalla non profit Global Impact Investing Network (GIIN), al fine di mettere a disposizione degli *impact investor* (siano essi aziende, multinazionali, istituzioni, fondi, ecc.) una rassegna e catalogazione di metriche standardizzate per la valutazione, il monitoraggio e la comunicazione delle proprie performance finanziarie, ma anche sociali e ambientali.

Anche in questo caso, il SIA viene principalmente interpretato come strumento finalizzato ad una razionalizzazione delle scelte di investimento (il ricorso ad un linguaggio comune rende, infatti, particolarmente agevole il raffronto fra le performance di diverse organizzazioni) ed alla massimizzazione del livello di *disclosure* nei confronti propri stakeholder di riferimento (attraverso la produzione di report caratterizzati da un'interfaccia e da una struttura snella e standardizzata).

In maniera del tutto analoga, la metodologia GIIRS prevede una rigorosa e dettagliata procedura di *assessment* e *rating* dei modelli e delle procedure operative di organizzazioni, aziende, fondi di investimento, ecc., al fine di valutare la performance organizzativa, adottando una prospettiva multidimensionale (ossia, valutando ciascun membro sotto i seguenti profili: *community, environment, worker, governance e customer*).

- **Social Return On Investment (SROI):** è uno strumento manageriale – di crescente diffusione ed applicazione da parte di imprese sociali non profit – il cui scopo è quello di fornire, in un linguaggio convenzionale e di sintesi, una misura monetaria del valore generato o distrutto da un'attività. Attenendoci a questa stessa definizione, è necessario effettuare già una prima puntualizzazione sull'oggetto di tale processo di valutazione: il valore che l'indicatore ambisce a catturare e comunicare non si limita, infatti, a quello economico-finanziario, ma incorpora ed abbraccia, in senso più vasto, gli impatti sociali e/o ambientali generati dall'attività in questione. In maniera del tutto analoga a quanto previsto per la *cost-benefit analysis*, il linguaggio monetario rappresenta unicamente la metrica, l'unità di misura prescelta per restituire, in maniera immediatamente comprensibile ed ampiamente condivisa, una stima del valore creato. La metodologia prevede il computo di un indicatore sintetico che scaturisce dal mettere a rapporto i benefici economici e socio ambientali netti (cioè al netto dei costi sostenuti) legati all'attività, sul totale degli investimenti necessari al loro ottenimento. L'informativa che se ne ricava è, per l'appunto, il valore generato per ogni euro investito.

$$\text{SROI a consuntivo} = \sum \text{SROI}_t * (1+i)^{n-t}$$

dove

$$\text{SROI}_t = \frac{\text{Benefici sociali} - \text{Costi operativi}}{\text{Capitale Investito}}$$

L'ultima famiglia di approcci che si vuole in questa sede presentare è rappresentata dai c.d. metodi sperimentali, i quali afferiscono alla più ampia categoria logica dell'approccio controfattuale.

⁴⁷ <https://iris.thegiin.org/introduction>

L'obiettivo che si pongono i disegni sperimentali è quello di valutare e quantificare l'effetto di un intervento o di una politica, inteso come "la differenza tra ciò che osserviamo dopo che l'intervento è stato attuato e ciò che avremmo osservato, nello stesso periodo e per gli stessi soggetti, in assenza di intervento. In altre parole: le valutazioni di impatto misurano l'esito rispetto a una stima di ciò che sarebbe accaduto in assenza dell'intervento. Questa stima è nota come controfattuale.

In tal senso, essi ricorrono a test ed esperimenti al fine di comparare un caso osservabile ed un caso ipotetico, astratto, empiricamente non osservabile (controfattuale, per l'appunto), per isolare l'effetto netto dell'intervento su una data variabile d'interesse e dimostrare l'esistenza di un nesso causale.

Questa affermazione, di per sé, già permette di introdurre una questione di assoluto rilievo, ossia la "non-osservabilità del controfattuale" (Martini, 2006, p. 4), che deriva dall'impossibilità di osservare fattivamente lo stesso individuo nelle due condizioni antitetiche di beneficiario e non di un programma. Le conseguenze dirette di tale limite cognitivo sono rappresentate dalla necessità di operare tale raffronto tramite un'opportuna selezione del c.d. gruppo di controllo, nonché la necessità di adottare talune cautele in termini di:

- controllo di tutte quelle variabili ritenute rilevanti ai fini dell'effetto (*outcome*) che si vuole stimare;
- assegnazione casuale degli individui ai gruppi (randomizzazione);
- rigorosa argomentazione delle assunzioni sulle quali si regge il disegno di ricerca.

3.7 CONCLUSIONI

Il modello *La dote e la rete* basa la sua efficienza funzionale e l'efficacia di servizio sull'approccio economico aziendale di gestione, che viene implementato tramite la filiera aziendale sussidiaria ove la catena del valore come *outcome* (sociale ed economico) si realizza tramite una imprenditorialità sociale agita e veicolata dall'impresa sociale (non profit e profit), come azienda sociale (CMH e NOS).

Una premessa a questa affermazione è la constatazione che il benessere degli individui dipende dalle opportunità sociali e dalle risorse (economico finanziarie, logistiche, di accesso ai servizi, ecc.) a disposizione e di cui essi usufruiscono durante le fasi della loro esistenza.

I cittadini esercitano diritti sociali che assicurano loro i servizi pubblici e di utilità pubblica necessari per il raggiungimento di livelli minimi di esistenza civile e, in senso lato, sono il complesso delle tutele e dei servizi erogati dallo stato in logica di sussidiarietà.

I cittadini vogliono essere garantiti da una rete di protezione sociale che comprende istruzione, sanità, previdenza sociale (in caso di malattia, gravidanza, disoccupazione), servizi socio assistenziali (per bambini e ragazzi senza famiglia, anziani, malati cronici e disabili) e tutti i servizi che offrono le opportunità di raggiungere un asset di welfare. Per poter rispondere istituzionalmente e organizzativamente alla manifestazione dei diritti, è necessario combinare al meglio le risorse economico finanziarie, sociali e strutturali per il tramite di aziende pubbliche e private (non profit e profit).

In un contesto di welfare, che si è dinamizzato dal *welfare state* al *welfare mix*, dal *welfare community* al *welfare generative*, dove le risorse da investire in questo processo sono di tipo pubblico e privato e considerando che quelle che derivano dallo stato non sono più sufficienti per far fronte alle esigenze della popolazione, è necessario integrare risorse pubbliche con quelle private. Un'opzione di fondo è l'accettazione del concetto di welfare universalistico a sussidiarietà variabile ed a protezione variabile ove, per alcuni segmenti di popolazione, è funzionale integrare risorse pubbliche con quelle private e personali dei cittadini destinatari.

Per questi motivi, il modello *La dote e la rete* è incentrato sulla conversione dei trasferimenti monetari, in primis e di base l'indennità di accompagnamento, in risorse personali per l'accesso e l'utilizzo di pacchetti di servizi personalizzati, flessibili, appropriati (in funzione dell'elaborazione di un accurato PAI), garantite dall'offerta di un *caregiver* denominato CMH, che esprime, con la sua formula imprenditoriale di impresa sociale, la garanzia di efficienza ed efficacia per il tramite dell'offerta di servizi socio assistenziali offerti e gestiti dal NOS, in un contesto evolutivo di WUSV.

BIBLIOGRAFIA (dal 2006)

- Andreani M., Guarini E., Ruffini R., Sancino A., Sicilia M., *Public services management and co-production: a necessity, a fashion or a new public service ethos?*, in Transatlantic Policy Consortium (TPC), Conference - 1st meeting of IIAS Study Group on 'Co-production of public services', Leiden University, Den Haag, 30-31 May 2013, The Netherlands.
- Bandera L., Maino F., Mallone G., "Le assicurazioni: nessi e sinergie possibili" in Maino F., Ferrera M. (a cura di), *Primo rapporto sul secondo welfare in Italia*, Centro di documentazione e ricerca L. Einaudi, 2013.
- BENEDETTO XVI, *Caritas in Veritate*, Libreria Editrice Vaticana, 2009.
- Bezze M., "Sperperare o rendere" in Fondazione Emanuela Zancan, *Welfare generativo. Responsabilizzare, rendere, rigenerare*, Il Mulino, 2014.
- Borgonovi E., "Prefazione" in Fiorentini G., Calò F., *Impresa sociale & Innovazione Sociale*, FrancoAngeli ed., 2013.
- Brown M., Geddes L.A., Heywood J.S., *The Determinants of Employee Involvement Schemes: Private Sector Australian Evidence*, Economic and Industrial Democracy & Uppsala University, Sweden, Vol. 28 (2), 2007.
- Bruni L., Zamagni S. (a cura di), *Economia civile*, Il Mulino, Bologna, 2004.
- COY P., *Capitalism, No. Free Enterprise*, Yes. Business week, 17 agosto 2009.
- Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS), Università Bocconi, *Il welfare aziendale contrattuale in Italia*. Acquisizione dati e informazioni finanziata con i fondi della convenzione Cnel / Ministero del lavoro, rapporto finale 2014.
- Dal Maso D., Fiorentini G., *Creare valore a lungo termine. Conoscere, promuovere e gestire l'investimento sostenibile e responsabile*, Egea ed., Milano, 2013.
- Defourny J., Nyssen M., *Social Enterprise in Europe: New Trends and Development*, EMES wp no. 8, Bruxelles, 2008.
- Eccles R., Iannou T., Serafeim G., *The Impact of a Corporate Culture of Sustainability on Corporate Behavior and Performance*, Harvard Business School, 2011.
- EUROSIF, *What do investors expect from non-financial reporting?*, 2013.
- Fiorentini Giorgio, *Impresa sociale e sussidiarietà*, Franco Angeli, Milano, 2006.
- Fiorentini G., Campedelli M., *Impresa sociale. Idee e percorsi per uscire dalla crisi*, Diabasis, Reggio Emilia, 2010.
- Fiorentini G., "Fare impresa sociale conviene" in Avallone G., Randazzo R., *Impresa sociale: innovazione e sviluppo*. Save the company, Diabasis, Reggio Emilia, 2010.
- Fiorentini G., "La cooperativa come impresa sociale" in *Rivista della cooperazione*, Istituto Luzzati, n. 1/2010.
- Fiorentini G., Maticena A., "Cooperativa mutualistica e impresa sociale. Dal calabrone al cigno nero?" in Borgonovi E., Mussari R. (a cura di), *Collaborare e competere per un mercato responsabile e solidale*, Il Mulino, Bologna, 2011.
- Fiorentini Giorgio, "L'impresa sociale non profit e la crisi occupazionale: il modello rescue company", in Bray M., Granata M. (a cura di), *L'economia sociale, una risposta alla crisi*, Italianieuropei, Roma, 2012.
- Fiorentini G., Calò F., *Impresa sociale e innovazione sociale*, Franco Angeli, 2013.
- Fiorentini G., Sapelli G., Vittadini G., *Imprenditore: risorsa o problema? Impresa e bene comune*, BUR, 2014.
- Fosti G. (a cura di), *Rilanciare il welfare locale. Ipotesi e strumenti: una prospettiva di management delle reti*, Egea ed., Milano, 2013.
- Ghetti V., Rusmini G., *Il welfare sociale in Italia*, Carocci editore, 2014.
- Gori C. (ed), *L'alternativa al pubblico? Le forme organizzate di finanziamento privato nel welfare sociale*, Milano, Franco Angeli, 2012.
- Gui B., "Bene relazionale", in Bruni L., Zamagni S. (a cura di), *Dizionario di economia civile*, Città Nuova, Roma, 2009.
- Iris Network (a cura di), *Oltre la norma. Politiche per l'impresa sociale*, 2008.
- Istat - 9° censimento dell'industria e dei servizi e censimento delle istituzioni non profit. 2014.
- Longo F., CERGAS Bocconi, III forum delle politiche sociali, gennaio 2014.
- Longo F., *Welfare futuro. Scenari e strategie*, Egea, Università Bocconi, 2016.
- Ostrom E., *Governare i beni collettivi. Istituzioni pubbliche e iniziative delle comunità*, Marsilio, 2006.
- Pavolini E., Ascoli U., Mirabile M.L., *Tempi moderni. Il welfare nelle aziende in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2013.
- Treu T., *Welfare aziendale*, Ipsoa, Milano, 2013.
- Perrini F., Vurro C., *Social Venture Capital e Venture Philanthropy: modelli e processi d'investimento nell'innovazione sociale*, Milano, Egea, 2010.
- Pezzani F., *La competizione collaborativa: ricostruire il capitale sociale ed economico*, Università Bocconi Editore, 2011.
- Propersi A., Schena C., *Come redigere un bilancio sociale a prova di agenzia per le onlus*, Il Sole 24 Ore Rivista terzo settore, n. 5/2010.
- Sacconi L., "Responsabilità sociale e governo di impresa", in *Csr e l'innovazione Sociale? Riflessioni, esperienze, incontri.*, da "Il Salone della Csr e dell'innovazione sociale", ottobre 2013.
- Salvini G., Zingales L., Carrubba S., *Il buono dell'economia*, Egea, Università L. Bocconi Ed., 2010.
- Sapelli G., *Coop. Il futuro dell'impresa cooperativa*, Einaudi, Milano, 2006.
- Vittadini G. (a cura di), *Che cos'è la sussidiarietà. Un altro nome della libertà*, Guerini e Associati, 2007.
- Zamagni S., Negri Zamagni V., *La cooperazione tra mercato e democrazia economica*, Il Mulino, Bologna, 2008.
- Zamagni S., *La responsabilità sociale dell'impresa come fenomeno emergente*, Paradoxa, Anno I, Numero 4, ottobre/dicembre 2007.

PROFILI GIURIDICI

QUADRO DI RIFERIMENTO
E PROSPETTIVE D'AZIONE

4

Andrea Blasini, SSSUP Sant'Anna, Pisa



Il disegno che sottende la proposta denominata *La dote e la rete* si prefigge di razionalizzare ed implementare l'assistenza alle persone non autosufficienti, tenendo presenti tre direttrici fondamentali su cui configurare il modello proposto: l'integrazione delle risorse, il principio di sussidiarietà, verticale ed orizzontale, e la libera scelta del cittadino.

Allo stato attuale, l'assistenza alle persone non autosufficienti sconta un quadro particolarmente frammentato ed inadeguato sotto il punto di vista del complesso di misure e strumenti che inverano questo aspetto delle politiche sociali. Infatti, il tratto distintivo è segnato dalla parzialità del loro campo d'azione e da uno sviluppo incrementale che non è stato in grado di fornire agli interventi in questione una visione sistematica ed organica. In questo modo è mancata una "vera" politica pubblica complessiva e pienamente rispondente ai bisogni dei destinatari.

Benché costituisca un quadro non soddisfacente, risulta pur tuttavia difficile intervenire in termini radicali, disconoscendo completamente le scelte del passato ed articolando un nuovo modello di intervento del settore pubblico su basi completamente inedite. Se nel caso di specie la "path dependance"¹ risulta essere estremamente incidente, non è detto che ciò si ponga come un blocco insuperabile e non si possa, comunque, operare un ripensamento di ampio respiro delle politiche di assistenza, raccordando l'insieme dei fattori policentrici, già esistenti, in una visione globale e coordinata.

Il progetto prospetta, dunque, la messa a sistema di risorse, capitale sociale e competenze altamente specializzate che attualmente, privi di una regia di coordinamento, non riescono a convergere in maniera efficiente e funzionale verso un obiettivo condiviso. In termini diversi, mira ad organizzare sia il lato della domanda che il lato dell'offerta delle prestazioni assistenziali per persone non autosufficienti, in base ad una formula che coniuga innovazione e razionalizzazione.

Il problema, come ampiamente riportato in precedenza, non è costituito tanto dalla quantità di risorse economiche destinate agli interventi per le condizioni di disabilità, quanto piuttosto dall'assenza di un'azione complessiva, quindi organica, che sia in grado di ricomporre il quadro delle misure esistenti e generare una risposta efficace ed efficiente oltre che equa.

¹ D. C. North, *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990, tr. it. *Istituzioni, cambiamento istituzionale, evoluzione dell'economia*, Bologna, Il Mulino, 1994.

4.1 IL MODELLO LA DOTE E LA RETE ALLA LUCE DEL RIPARTO DI COMPETENZE TRA STATO E REGIONI IN MATERIA DI ASSISTENZA SOCIALE.

Il settore dell'assistenza sociale sconta nel nostro ordinamento una duplice condizione di incongruenza, che incide in modo rilevante sugli stessi fondamenti della materia. Innanzitutto, l'attuale legge quadro "per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" è stata approvata antecedentemente alla revisione costituzionale del 2001, che ha modificato la competenza legislativa in materia, facendola passare da competenza concorrente a competenza residuale delle regioni. Dunque, l'impianto legislativo non risulta più coerente con le disposizioni costituzionali e molte delle previsioni della legge-quadro hanno perso significato normativo in quanto è ormai precluso allo stato di fissare i principi fondamentali della materia e di indicare gli obiettivi della programmazione, come era invece indicato dalla legge n. 328 del 2000.² Il secondo punto di forte disarmonia del sistema riguarda il fatto che il legislatore statale, a distanza di ben quindici anni, è rimasto del tutto inerte nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni in ambito sociale, disattendendo una prerogativa, quella dell'art. 117, 2° lett. m Cost., che avrebbe garantito anche il riallineamento tra le previsioni costituzionali e la disciplina legislativa, di cui sopra. Tendenzialmente il legislatore statale ha mantenuto immutato il quadro delle misure, soprattutto finanziarie, a favore degli interventi di politica sociale e le regioni hanno provveduto, nel limite delle disponibilità economiche, a delineare alcuni interventi settoriali di nuovo conio.³ È questo dunque l'orizzonte di riferimento che, fin dai suoi caratteri costitutivi, dà un'impronta alquanto problematica alla materia.

Dunque, in tema di assistenza sociale, il quadro delle competenze legislative si sostanzia nei seguenti termini: allo stato spetta di determinare, ex art. 117, 2° lett. m Cost., i livelli essenziali delle prestazioni, mentre alle regioni fa capo l'ambito materiale quale competenza residuale a mente dell'art. 117, 4°. Rispetto a questi riferimenti costituzionali bisogna quindi confrontarsi per poter tradurre in realtà il progetto presentato.

Come è stato illustrato in premessa, la proposta *La dote e la rete* mira a "riconfigurare il modello di intervento ed il corredo di strumenti utilizzati, al fine di rendere sostenibile, efficiente, equo e appropriato l'impianto delle risposte necessarie". Ma la soluzione immaginata non persegue una logica, per così dire, neo-interventista secondo un modello tradizionale di pianificazione, né di assunzione monopolistica, in capo al soggetto statale/regionale, dell'erogazione delle prestazioni: anzi, cercando di valorizzare i numerosi profili pluralistici, a livello sia istituzionale che sociale, presenti nella realtà di riferimento, cerca di delineare una cornice di raccordo delle varie dimensioni, istituzionale, sociale ed economica, coinvolte nell'ambito dei servizi alla persona non autosufficiente.

La rilevazione della necessità di una regia unitaria viene vista come funzionale a razionalizzare ed accrescere il livello di risposta sistemica al problema delle non

² Così confermato da Corte cost. 19 dicembre 2012, n. 296.

³ Ad esempio, l'istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza previsto dalla Regione Toscana con la l.r.18 dicembre 2008, n. 66.

autosufficienze. Non si propone, dunque, di disporre un disegno astratto per mezzo del quale riconfigurare i centri decisionali o gestionali con annessa elaborazione di piani, programmi, atti di direzione o coordinamento. Ma cerca, invece, di stabilire le pre-condizioni affinché il complesso di azioni, volte ad affrontare la non autosufficienza, venga indirizzato verso un quadro omogeneo da declinare non tanto secondo parametri di dettaglio, ma secondo principi generali, quali la sostenibilità, l'efficienza, l'equità e l'appropriatezza delle prestazioni. Quindi si fa riferimento non tanto ad una omogeneità di risultato rispetto a tutte le differenti aree regionali, quanto ad una omogeneità sul terreno delle pre-condizioni per la successiva erogazione delle prestazioni.

Infatti, come specificato più volte, il piano individuale, che delinea il complesso di interventi a favore dell'assistito, non si pone come "alternativo alla presa in carico del sistema pubblico, lì dove essa è presente". Il rapporto tra le due misure opera su piani differenti: l'intervento del pubblico, ripartito tra la programmazione regionale e le prestazioni dei comuni, non viene sostituito dal piano individuale, ma è esattamente il contrario. Il piano è proprio predisposto per tener conto, nell'ottica di una visione globale, anche dell'eventuale esistenza e del tipo di opzioni messe in campo da regioni e comuni, per poter stabilire esattamente il livello di interventi che possono essere predisposti nell'ambito di una combinazione mista tra pubblico e privato, profit e non profit. Quindi si sta ragionando di due piani, di due momenti completamente differenti, in cui l'uno comprende l'altro, in quanto concepiti in modo concentrico, ma ampiamente autonomi in termini di programmazione. Anzi, si cerca di inserire le singole azioni offerte dal settore pubblico nell'ambito di un sistema più ampio ed organico. Dunque si sta ragionando di un tipo di intervento particolarmente innovativo sicuramente sul versante del contenuto propriamente considerato, ma soprattutto del ruolo che si richiede ai poteri pubblici, o meglio al potere pubblico chiamato a concretizzare la proposta.

Le considerazioni sopra esposte ci hanno consentito di mettere meglio a fuoco e di puntualizzare la natura dell'intervento prospettato, per poter comprendere in quali termini esso si pone giuridicamente soprattutto alla luce del riparto di competenze tra stato e regioni.

È indubbio che la programmazione e l'organizzazione dell'assistenza sociale rientrino tra le competenze legislative residuali delle regioni⁴, ma restano da chiarire quali sono gli estremi per l'intervento dello stato nella materia *de qua* e in quali termini la proposta *La dote e la rete* possa essere legittimamente annoverata nell'ambito d'azione dello stato.

Il punto di partenza è costituito dal fatto che la potestà residuale ai sensi dell'art. 117, 4° non costituisce il corrispondente regionale della potestà legislativa dello stato (c.d. esclusiva) stabilita all'art. 117, 2°.⁵ Sebbene una determinata materia ricada nella competenza residuale regionale, non è precluso in modo assoluto allo stato di intervenire nel medesimo ambito materiale rispettando, però, precisi limiti e soddisfacendo specifiche condizioni.

4 Corte cost., 19 dicembre 2012, n. 296; 30 aprile 2009, n. 124; 29 dicembre 2004, n. 427; 28 luglio 2004, n. 287.

5 Da ultimo si cfr. F. Pallante, "L'oggetto della potestà legislativa regionale residuale: l'esperienza piemontese a confronto con quella lombarda", in *Federalismi*, 3 febbraio 2010, 8 e ivi per la dottrina più risalente.

In tema di assistenza alle persone non autosufficienti, è evidente che sovengono, in modo particolare, due previsioni che ci forniscono i limiti esterni della potestà legislativa delle regioni. Come già ricordato, spetta allo stato, ex art. 117, 2° lett. m, determinare “il livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti [civili e] sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”. In verità, l’espressione si rivela densa di incertezze ermeneutiche e lascia in contorni molto indeterminati la legittimazione dello stato ad intervenire in ambiti riservati alla potestà legislativa regionale. Per quanto di nostro interesse, è bene ricordare che proprio la particolare conformazione della previsione alla lett. m ha indotto la Corte costituzionale⁶ a qualificarla come una competenza trasversale o una materia-non materia, in quanto risulta essere titolo idoneo a investire qualsiasi ambito materiale di competenza delle regioni. Una tale interpretazione ha dato adito a un margine d’azione molto ampio, tanto da far trasfigurare la suddetta disposizione in una clausola indeterminata legata alla sussistenza di un preminente interesse da affidare alla cura dello stato.⁷ Ma è interessante osservare la funzione generale dei livelli essenziali perché essi “si collocano in una singolare posizione di perno allo snodo dei livelli di governo centrale e periferici e fra intervento pubblico e privato”.⁸ In questo dato di assoluto rilievo a livello macro si interseca poi il significato puntuale della nozione di “livello essenziale di prestazione”, per il quale indubbiamente è da accogliere una definizione intermedia tra chi riferisce il dato dell’essenzialità alla prestazione stessa e chi, invece, al contenuto del diritto cui inerisce la prestazione. È evidente la natura ancipite della nozione che, in ultima istanza, mira a garantire, in concreto, il livello di protezione di una determinata situazione giuridica soggettiva. La qual cosa inevitabilmente fa sì che “il riferimento al contenuto essenziale del singolo diritto non possa esimere lo stato dal determinare quei livelli prestazionali che, rientrando per l’appunto nel contenuto essenziale, devono essere garantiti in maniera uniforme sull’intero territorio nazionale”.⁹

Questa tensione pluralistica della nozione è stata ben evidenziata dalla dottrina, proprio in relazione all’ambito sociale, ed è stata colta specificamente in tre differenti dimensioni operative, le quali possono, entro certi limiti, coesistere e combinarsi.¹⁰ Innanzitutto la traduzione dei livelli essenziali impegna la definizione di un catalogo di “diritti individuali a ricevere determinate prestazioni”: ciò presuppone che siano esattamente determinati non solo i servizi garantiti, ma anche le condizioni oggettive e i requisiti soggettivi in presenza dei quali è possibile accedere agli stessi. In secondo luogo, i livelli essenziali si tradurrebbero anche in “tipologie di offerte” di servizi, da garantirsi per ogni ambito territoriale, per ogni dato numero di abitanti, cosicché possa realizzarsi, in uno spettro più ampio di situazioni rispetto all’ipotesi precedente, una tendenziale omogeneità dell’offerta dei servizi tra le diverse aree del territorio. Infine i livelli essenziali si risolverebbero anche nella determinazione di uno standard qualitativo dei servizi stessi.

6 La sentenza pilota di specificazione di tale dettato costituzionale è da farsi risalire a Corte Cost. 26 giugno 2002, n. 282.

7 Infatti non è mancato chi ha sottolineato che la clausola dell’interesse nazionale, espunta espressamente dal testo costituzionale con la revisione del 2001, è tornata implicitamente attraverso previsioni di tal fatta: *ex multis* si cfr. R. Bin, “L’interesse nazionale dopo la riforma: continuità dei problemi, discontinuità della giurisprudenza costituzionale”, in *Le Regioni*, n. 6/2001, 1213-1222

8 G. Delledonne, “Federalismo, livelli essenziali, diritti”, in M. Campedelli, P. Carrozza, L. Pepino, *Diritto di welfare*, Bologna, Il Mulino, 2010, 254

9 *Ibidem*, 264-265

10 C. Gori, “Applicare i livelli essenziali nel sociale”, in *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 16-17, 2003, 1 ss.

Dunque la formulazione espressa dalla lett. m cela evidentemente il riconoscimento in capo allo stato della cura di un interesse unitario-egualitario delle prestazioni che lo legittima nel prevedere determinate misure che imprescindibilmente debbono riferirsi all'intero territorio nazionale. E in merito al loro contenuto la stessa giurisprudenza costituzionale si è resa protagonista, soprattutto in tempi recenti, di un vigoroso ampliamento che incide sullo stesso significato dell'attribuzione costituzionale, forse in ragione di un continuo approfondimento delle istanze di unitarietà del sistema¹¹ e di uguaglianza sostanziale.¹² Si è passati infatti da un'interpretazione restrittiva che escludeva la definizione degli standard qualitativi e strutturali delle prestazioni a una che li ammetteva e, da ultimo, a una, super-estensiva, che vi fa addirittura rientrare l'assetto organizzativo e gestionale dei servizi.¹³

L'altro elemento, che conforma in profondità l'esercizio della potestà legislativa delle regioni, è dato da una specifica lettura del principio di sussidiarietà ex art. 118 Cost., elaborata dalla Corte costituzionale a partire dalla celebre sent. n. 303 del 2003.¹⁴ Per l'appunto, con la nota espressione della "chiamata in sussidiarietà" la Corte ha inteso specificare che l'attività di riconduzione ad unità, da riconoscersi naturalmente allo stato, non può limitarsi alle sole materie espressamente attribuitegli in potestà esclusiva o alla determinazione dei principi nelle materie di potestà concorrente per la semplice ragione che in determinate circostanze, anche in ordinamenti caratterizzati da un accentuato pluralismo istituzionale, devono essere salvaguardate e non possono non trovare accoglienza istanze di unitarietà, le quali, sul piano dei principi giuridici, trovano sostegno nella proclamazione di unità e indivisibilità della Repubblica. Se da una parte l'art. 118 Cost. introduce un elemento di flessibilità nell'articolazione delle funzioni amministrative presso i differenti livelli di governo, dall'altra parte si impone necessariamente di non escludere strumenti di raccordo e di ponderazione. È la stessa logica del principio di sussidiarietà che spinge a ritenere che quando l'istanza di esercizio unitario trascende anche l'ambito regionale, la funzione amministrativa può e deve essere esercitata dallo stato. E naturalmente la chiamata in sussidiarietà di una funzione amministrativa non può non avere conseguenza anche sul piano legislativo, in virtù del principio di legalità, riconoscendo al livello di governo superiore la competenza a legiferare in merito, a prescindere dal riparto sancito all'art. 117 Cost..

L'opera della giurisprudenza costituzionale a tal proposito è stata ampia e particolarmente approfondita nell'evidenziare i presupposti, di ordine sostanziale e procedurale, per poter attrarre legittimamente una funzione amministrativa a livello statale con annessa normativa di regolazione ed organizzazione. Oltre a

11 In tema di "livelli essenziali" considerati come uno degli aspetti in cui si può declinare l'unità giuridica della Repubblica si cfr. A. D'Aloia, "Diritti e stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni", in *Le Regioni*, 2003, 1106 ss.

12 Per i rimandi al principio di uguaglianza si veda E. Balboni, "Livelli essenziali: il nuovo nome dell'uguaglianza? Dai diritti sociali alla coesione economica, sociale e territoriale", in E. Balboni, B. Baroni, A. Mattioni, G. Pastori (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328/2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, Giuffrè, 2007, 30

13 Per i riferimenti in merito si cfr. F. Biondi Dal Monte, V. Casamassima, "Le Regioni e i servizi sociali a tredici anni dalla riforma del Titolo V", in *Le Regioni*, 2014, 1073-1074

14 Per i commenti in merito si rinvia a A. Ruggeri, "Il parallelismo "redivivo" e la sussidiarietà legislativa (ma non regolamentare) in una storica (e, però, solo in parte soddisfacente) pronunzia", S. Bartole, "Collaborazione e sussidiarietà nel nuovo ordine regionale", A. D'Atena, "L'allocazione delle funzioni amministrative in una sentenza ortopedica della Corte costituzionale", A. Anzon, "Flessibilità dell'ordine delle competenze legislative e collaborazione tra stato e Regioni", in *Forum di Quaderni costituzionali*.

un evidente riscontro del bisogno dell'esercizio unitario delle funzioni, da vagliare attentamente alla luce dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza, è necessario che l'intervento legislativo si configuri come logicamente pertinente, e dunque idoneo alla regolazione delle suddette funzioni, e risulti limitato a quanto strettamente indispensabile a tale fine.¹⁵ In ultimo, non si può prescindere dal rispetto di procedure che assicurino la partecipazione dei livelli di governo coinvolti attraverso strumenti di leale collaborazione o, comunque, di adeguati meccanismi di cooperazione per l'esercizio concreto delle funzioni amministrative allocate in capo agli organi centrali. E la prescrizione sulla leale collaborazione tra i diversi livelli di governo rimanda esplicitamente allo strumento forte dell'"intesa"¹⁶, non superabile con una determinazione unilaterale dello stato se non nella "ipotesi estrema, che si verifica allorché l'esperimento di ulteriori procedure bilaterali si sia rivelato inefficace".¹⁷

Alla luce di questo rapido excursus sui titoli di legittimazione dello stato nelle materie di competenza (residuale) delle regioni, appare del tutto evidente che la proposta *La dote e la rete* disegna un intervento che si colloca esattamente a cavaliere di questi due ambiti.

Il modello propone la definizione, in termini unitari e globali, della cornice organizzativa dei servizi a favore delle persone non autosufficienti secondo parametri di efficienza, efficacia ed appropriatezza delle prestazioni senza incidere direttamente sui profili più strettamente gestionali, questi lasciati alla concretizzazione degli enti preposti. Questo obiettivo è strettamente correlato a una logica e a un'azione unitaria, funzionale al perseguimento di un assetto razionale dei servizi e fondata su una necessaria aggregazione delle risorse economiche individuali, e non può che riconoscersi allo stato anche perché possa veramente definirsi, in termini razionali e funzionali, una politica pubblica per le non autosufficienze su tutto il territorio nazionale.

Ma, d'altro canto, uno degli effetti che dovrebbero sortire da questo modello, sarebbe anche quello di una tendenziale omogeneizzazione dei servizi offerti su base territoriale, venendo così a stabilire in concreto lo strumento di incentivazione indiretta di uno dei profili che riguardano i livelli essenziali delle prestazioni in ambito sociale, come messi precedentemente in luce.

In conclusione, il modello di politica pubblica ideato costituirebbe uno strumento innovativo di coordinamento unitario e di incentivazione del sistema dei servizi per le persone non autosufficienti nell'ottica anche di una implementazione del livello di omogeneità dei servizi stessi.

Indubbiamente un tale progetto necessiterebbe di un intervento legislativo dello stato, da strutturare, però, con i dovuti raccordi con le regioni non solo per il fatto che la chiamata in sussidiarietà impone il rispetto del principio di leale collaborazione, come ci ricorda la giurisprudenza costituzionale, ma anche perché sarà davvero necessario un ampio lavoro di coordinamento con i sistemi regionali per la favorevole riuscita dell'iniziativa. In questa sede dovranno essere valutate

¹⁵ Corte cost., 21 gennaio 2016, n. 7; 13 gennaio 2004, n. 6

¹⁶ Corte cost., 26 marzo 2010, n. 121

¹⁷ Corte cost., 11 luglio 2012, n. 179; 12 maggio 2011, n. 165

e vagliate tutte le misure che autonomamente le regioni hanno messo in campo in materia e dovranno essere armonizzate rispetto alla cornice organizzativa proposta secondo questo modello.

4.2 LE AREE DI INTERVENTO

La proposta in esame si articola su tre pilastri principali che esprimono in ultima istanza il carattere originale ed innovativo dell'azione che andrebbe a sostanzarsi in capo ai soggetti pubblici. Il presupposto basilare di questo piano di intervento è quello di aggregare tutte le risorse finanziarie, astrattamente disponibili, (indennità di accompagnamento, fondi previdenziali e sanitari integrativi, coperture assicurative private, mezzi propri) presso un collettore unitario in grado di restituire un quadro finanziario completo.

Certamente un ruolo di particolare rilevanza viene ricoperto dalle prestazioni in denaro, aventi natura indennitaria o assistenziale, garantite dallo stato. In particolare, l'indennità di accompagnamento, istituita dalla L. 11 febbraio 1980, n. 18, costituisce un trasferimento in denaro a favore degli invalidi civili, a partire dalla quale è possibile prospettare il nucleo fondamentale del finanziamento dell'intervento indicato. Sulla sua natura indennitaria e assistenziale è costante l'orientamento del Giudice delle leggi, il quale l'ha sempre considerata "una particolare provvidenza in favore di soggetti non autosufficienti, al fine di porli in grado di far fronte alle esigenze di accompagnamento e di assistenza che quella condizione necessariamente comporta, consentendo loro condizioni esistenziali compatibili con la dignità della persona umana".¹⁸ Si configura, quindi, come un rimedio "espressamente destinato a coinvolgere e salvaguardare beni e valori tutti di primario risalto nel quadro dei diritti fondamentali della persona non autosufficiente anche con riferimento al contesto familiare in cui è inserita".¹⁹ Non a caso, più di recente, la stessa Corte ha affermato che queste misure rappresentano "prestazioni economiche peculiari, che si fondano sull'esigenza di assicurare – in una dimensione costituzionale orientata verso la solidarietà come dovere inderogabile (art. 2 Cost.), verso la tutela del diritto alla salute anche nel senso dell'accessibilità ai mezzi più appropriati per garantirla (art. 32 Cost.), nonché verso la protezione sociale più ampia e sostenibile (art. 38 Cost.) – un ausilio in favore di persone svantaggiate, in quanto affette da patologie o menomazioni fortemente invalidanti per l'ordinaria vita di relazione e, di conseguenza, per le capacità di lavoro e di sostentamento".²⁰ Da cui consegue palmare la stretta connessione tra la natura assistenziale dell'intervento e la finalità di attenuare una situazione di svantaggio in ragione del principio di uguaglianza²¹, con l'obiettivo di fornire "il concreto soddisfacimento dei "bisogni primari" inerenti alla sfera essenziale di tutela della persona umana".²²

E dalle affermazioni sopra riportate consegue altrettanto palese l'irriducibilità della provvidenza economica a una qualsiasi forma di reddito, in quanto "l'indennità di accompagnamento e tutte le forme risarcitorie servono non a remunerare alcunché, né certo all'accumulo del patrimonio personale, bensì a compensare un'oggettiva ed ontologica (cioè indipendente da ogni eventuale o ulteriore prestazione assistenziale attiva) situazione d'inabilità che provoca in sé e per sé disagi e diminuzione di capacità reddituale. Tali indennità o il risarcimento sono

¹⁸ Corte cost., 19 maggio 1994, n. 193; 15 marzo 1993, n. 88; 22 giugno 1989, n. 346

¹⁹ Corte cost., 4 luglio 2013, n. 172

²⁰ Corte cost. 11 novembre 2015, n. 230

²¹ Cons. stato, Sez. IV, 29 febbraio 2016, n. 842, insieme ai pronunciamenti gemelli n. 338 e n. 341

²² Cass. civ., sez. lav., 30 ottobre 2015, n. 22261

accordati a chi si trova già così com'è in uno svantaggio, al fine di pervenire in una posizione uguale rispetto a chi non soffre di quest'ultimo ed a ristabilire una parità morale e competitiva".²³

La ricostruzione giurisprudenziale ha approfondito e messo bene in risalto un aspetto che la legislazione ha integrato solo successivamente nella normativa originaria. Il riconoscimento dell'indennità è da far risalire esclusivamente all'accertamento della cecità assoluta o di una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche, comportante l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o la necessità di una assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.²⁴ E si specifica che, astrattamente, essa non è incompatibile con lo svolgimento di attività lavorativa.²⁵

Questi riferimenti essenziali ai suoi presupposti giuridici chiariscono ancor meglio il sostrato dell'istituto perché si può comprendere facilmente come esso non rappresenta un sussidio volto a compensare propriamente una riduzione o l'impossibilità di prestare attività lavorativa. Quindi risalta in modo ancora più consistente la centralità del nesso, più volte ribadito dalla stessa giurisprudenza, tra la natura dell'istituto e la sua consistenza finalistica: la provvidenza economica in questione vive strettamente in connessione con la consunzionale predisposizione a garantire "il concreto soddisfacimento dei bisogni primari inerenti alla sfera di tutela della persona umana, che è compito della Repubblica promuovere e salvaguardare; rimedio costituente, dunque, un diritto fondamentale perché garanzia per la stessa sopravvivenza del soggetto".²⁶

Chiarite dunque le coordinate essenziali della natura giuridica dell'istituto, che lega la sua dimensione funzionale al soddisfacimento dei bisogni primari della persona beneficiaria, non incontra un ostacolo di ordine costituzionale l'indicazione di graduare il riconoscimento della provvidenza assistenziale alla reale capacità reddituale coll'avvertenza che bisognerebbe comunque individuare una soglia di reddito ampiamente soddisfattiva delle esigenze della persona disabile. Un simile intervento normativo si porrebbe in perfetta consonanza, tra l'altro, con quanto rammentato in più occasioni dalla Corte costituzionale: "Le scelte connesse alla individuazione delle categorie dei beneficiari – necessariamente da circoscrivere in ragione della limitatezza delle risorse finanziarie – debbano essere operate, sempre e comunque, in ossequio al principio di ragionevolezza, ma anche che al legislatore è consentito introdurre regimi differenziati, circa il trattamento da riservare ai singoli consociati, soltanto in presenza di una "causa" normativa non palesemente irrazionale o, peggio, arbitraria".²⁷

Dunque sussistono dei margini significativi per attuare la proposta, naturalmente con un intervento legislativo, nella parte in cui si prevede la necessità di rendere selettivo il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento per incrementare, a parità di spesa complessiva, l'erogazione a quei soggetti particolarmente bisognosi sul fronte delle risorse da integrare e/o dal punto di vista del piano assistenziale

23 Cons. stato, Sez. IV, 29 febbraio 2016, n. 842

24 Art. 1, 2° l. 21 novembre 1988, n. 508

25 Art. 1, 3° *idem*

26 Corte cost., 28 maggio 2010, n. 187

27 Corte cost., 2 dicembre 2005, n. 432; in senso conforme Corte cost., 30 luglio 2008, n. 306

necessario.

Ma l'altro aspetto utile a costituire le basi finanziarie del programma riguarda la convergenza di tutte le risorse di natura indennitaria ed assicurativa, di cui è titolare il beneficiario, verso un unico collettore, il fondo personale, che in questo modo verrebbe a costituire la dotazione finanziaria unitaria del piano di interventi. Da questo punto di vista, bisognerebbe dirigersi verso un'adesione su base volontaria al programma di assistenza prospettato dal progetto *La dote e la rete*. Ma comunque non mancherebbero i meccanismi per incentivare e sollecitare il maggior numero di adesioni al programma. Ad esempio, il riconoscimento di un bonus addizionale di risorse da far valere sul fondo personale potrebbe costituire una sorte di stimolo rispettoso della libertà di scelta dell'assistito, ma al contempo efficace per incrementare il numero di iscritti al programma. L'aggravio di spesa per lo stato, determinato dalle risorse addizionali, potrebbe risultare di fatto virtuale o di portata non eccessiva sulla base di come verrebbe ad essere regolamentato il fondo stesso. Si potrebbe prospettare una sorte di "patto tra gli assistiti" che vi aderiscono: non tutti gli aderenti usufruirebbero, nello stesso momento, del medesimo livello di prestazioni, determinando in alcuni casi delle plusvalenze tra le risorse versate sul fondo e le prestazioni effettivamente eseguite. Queste plusvalenze potrebbero costituire, almeno in parte, la copertura per il bonus da riconoscere a chi aderisce al programma *La dote e la rete*.

Il secondo pilastro della proposta riguarda la predisposizione di un piano individuale di assistenza (PAI) elaborato dal *care manager*. Questo aspetto riguarda la necessità di valutare con accuratezza quali sono i bisogni dell'assistito e quali possono essere le risposte in termini di prestazioni che sono rinvenibili presso tutti gli erogatori, pubblici e privati, profit e non-profit. Il punto essenziale di questo passaggio sarà quello di costruire una rete idonea a gestire il rapporto con il beneficiario per coordinare, nel migliore dei modi, l'integrazione tra le prestazioni già garantite dal sistema pubblico ed i servizi fuori copertura. Sarà necessario stabilire, se non un albo, almeno un elenco per poter esercitare la professione con la previsione dei relativi requisiti di professionalità e onorabilità e delle incompatibilità al fine di garantire l'affidabilità del servizio offerto e l'assenza di conflitti di interesse.

Il terzo pilastro è, invece, volto alla definizione del soggetto che funga fondamentalmente da regia del programma di assistenza impostato secondo la proposta *La dote e la rete*. Questo soggetto deve assolvere alle seguenti funzioni:

- gestione dell'accreditamento dei *care manager*: tenuta dell'albo/elenco, verifica del mantenimento dei requisiti nel corso del tempo, vigilanza sulle attività svolte dai *care manager*, determinazione, attraverso delle linee guida o altri strumenti di indirizzo e regolazione di *soft law*, degli standard cui devono attenersi i *care manager* nell'esercizio delle loro attività;
- gestione dell'accreditamento di tutte le strutture, pubbliche e private, profit e non profit, che prestano i servizi a favore dell'assistito (network di offerta dei servizi, c.d. NOS): verifica dei requisiti sia al momento dell'accreditamento che periodicamente;
- predisposizione e gestione di un sistema di controllo e monitoraggio dei servizi erogati dal NOS nella direzione dell'effettiva corrispondenza alla qualità e quantità stabilita dal PAI;

- predisposizione e gestione di un sistema di controllo e monitoraggio sulla congruità, efficienza ed efficacia dell'azione pubblica, denominata *La dote e la rete*, sia a livello micro (i singoli piani d'intervento) che a livello macro (il sistema nel suo complesso, anche in termini di sostenibilità).

La configurazione di questo soggetto, a partire dalle funzioni che esso è chiamato a svolgere, ci consegna una figura chiaramente in linea con l'evoluzione dei poteri pubblici negli ultimi trent'anni: più che un erogatore di servizi diretti all'utenza (cioè compiti di amministrazione attiva), costituisce una regia complessiva del sistema elaborato. È chiamata a svolgere attività di regolazione, di controllo di gestione, di implementazione, attività conoscitive, di coordinamento tra tutti i soggetti coinvolti, di vigilanza, sia sui servizi rivolti agli assistiti, sia sul corretto funzionamento delle relazioni tra l'insieme dei *care manager* e il NOS. Dunque si trova al centro del corretto funzionamento del programma prospettato nell'ambito della triangolazione delle relazioni tra utenti/assistiti, *care manager* e prestatori dei servizi. Svolge una funzione estremamente importante fornendo una "garanzia pubblica" circa la correttezza dei rapporti tra tutti i soggetti coinvolti (assenza di conflitti di interesse, di comportamenti collusivi, prevenzione di azioni illecite, ecc.) ed il rispetto dei valori che sono alla base del programma prospettato.

Più che la natura giuridica di questo soggetto (pubblica o privata), intorno al quale ruota la capacità di funzionamento del programma, è fondamentale garantire l'assoluta indipendenza ed imparzialità del soggetto in questione rispetto agli interessi in gioco, ma rileva anche la necessità di un elevato profilo di competenze e conoscenze di settore che risultano imprescindibili per la proficua riuscita del progetto.

Da questo punto di vista, l'INPS potrebbe effettivamente assurgere a perno del sistema ipotizzato. Innanzitutto è l'ente che già esercita la funzione di erogare i trattamenti assistenziali (indennità di accompagnamento, pensione di invalidità, assegno sociale) e ciò lo pone in una posizione privilegiata soprattutto al fine di costituire e gestire il fondo personale per il finanziamento del piano individuale di assistenza. In secondo luogo, potrebbe agevolmente fornire quelle garanzie di imparzialità ed indipendenza come sopra richiamate, mentre andrebbe, senza dubbio, attrezzato sotto il profilo delle professionalità necessarie per assolvere alla funzione prospettata.

4.3 UN PERCORSO INNOVATIVO

L'attuazione della proposta *La dote e la rete* si inserisce, come appurato, in un contesto di riparto delle competenze tra stato e regioni alquanto complesso e non privo di aspetti problematici. Indubbiamente un intervento ad ampio raggio, comprendente la stessa riforma dell'indennità di accompagnamento, impone il ricorso a un atto di legge.

Invece, se ci concentriamo piuttosto sugli aspetti di organizzazione contenuti nella proposta, non ci è preclusa la possibilità di avanzare, seppur in prima battuta ed in forma aperta a ulteriori approfondimenti, una soluzione innovativa tendente a guardare al principio di leale collaborazione quale vero strumento "cardine" di un ordinamento composito.

Innanzitutto è opportuno muovere da alcune disposizioni contenute all'art. 4 della legge istitutiva dell'INPS.²⁸ Recita il comma 1 che l'ente può "gestire servizi assistenziali e attuare provvidenze intese a prevenire od attenuare i rischi delle assicurazioni obbligatorie e intensificare i vantaggi di queste, mediante convalescenziari, case di cura, ambulatori antitracomatosi, ed altre analoghe attività", mentre il comma 4 dispone che può "stipulare accordi con le istituzioni che hanno tra i propri compiti l'assistenza sanitaria curativa e preventiva per la migliore reciproca utilizzazione dei propri ordinamenti sanitari, nell'apprestamento dell'assistenza sanitaria alle categorie di persone rientranti nella rispettiva competenza". L'idea originaria, dunque, prevedeva anche che l'ente potesse farsi carico della gestione diretta di alcuni servizi assistenziali²⁹ e, al fine di implementare le sue funzioni, potesse ricorrere a strumenti di natura pattizia.

È evidente che le due norme rappresentano delle coordinate giuridiche eccentriche rispetto al disegno qui presentato, perché esso non implica l'assunzione diretta di un servizio, ma prospetta un modello organizzativo funzionale ed esterno all'erogazione diretta delle prestazioni. Ciononostante, un'interpretazione estensiva dell'espressione "gestione dei servizi assistenziali", con particolare attenzione alle sfumature di regolazione, che essa potrebbe astrattamente contenere, consentirebbe di riconoscere la norma come una base giuridica utile al recepimento della proposta *La dote e la rete*. In questi termini, sarebbe essenzialmente un accordo tra ministeri competenti, INPS e regioni a sancire le linee generali di attuazione della proposta e poi ciascun soggetto, in ragione delle proprie competenze, adotterebbe tutti gli atti necessari per la compiuta concretizzazione del progetto.

28 R.d.I. 4 ottobre 1935, n. 1827

29 Per alcuni riferimenti sulle nozioni di "sanità" e "assistenza sociale" si veda E. Rossi, E. Stradella, "La politica regionale in materia di assistenza sociale e sanitaria", in *Riv. GdP*, 26/09/2012, 2 ss.



LE EVIDENZE

DEMOGRAFIA, FAMIGLIE E SCENARI EPIDEMIOLOGICI

5

Massimo Campedelli, SSSUP Sant'Anna, Pisa e Alessia Anzivino, SDA Bocconi, Milano



5.1 TRASFORMAZIONI SOCIO DEMOGRAFICHE E CAMBIAMENTI NELLE STRUTTURE E NELLE DINAMICHE FAMILIARI

In Italia vivono quasi 61 milioni di persone. Il 49% sono uomini e il 51% donne. Quasi il 20% della popolazione ha meno di 20 anni e quasi il 27% ha più di 65 anni. Gli ultra 80enni sono poco meno del 6%. La speranza di vita (dati 2012) è di 79,6 anni per gli uomini e 84,4 anni per le donne. Il livello di fecondità risulta molto basso attestandosi a 1,42 figli per donna, contro una media europea pari a 1,58.¹ L'indice di vecchiaia² italiano si attesta a 151,6 (151 persone over 65 anni ogni 100 giovani con meno di 15 anni), rispetto ad una media europea di 116,6.

	Speranza di vita alla nascita		Tasso di fecondità totale	Indice di vecchiaia	Saldo migratorio con l'estero	Stamieri (per cento residenti)
	Maschi	Femmine				
UE28	77,5	83,1	1,58	116,6	-	-
Germania	78,6	83,3	1,38	158	2,9	9,1
Francia	78,7	85,4	2	96,7	0,6	6
Regno Unito	79,1	82,8	1,92	97,7	2,8	7,6
Spagna	79,5	85,5	1,32	115,8	3	11,2
Nord-ovest	79,8	84,7	1,48	164,4	4,7	9,7
Nord-est	80,1	85,1	1,47	157,3	4	10,1
Centro	79,7	84,4	1,42	166,4	6,5	9,1
Mezzogiorno	79	83,7	1,34	131,1	2,4	3
Italia	79,1	84,4	1,42	151,4	4,1	7,4

Figura 1 - Dinamica demografica UE28, Anno 2012 (Indice di vecchiaia, Anno 2013)

Fonte: ISTAT 2014

La situazione non sembra migliorare neanche tenendo in considerazione le stime della struttura della popolazione nei prossimi trent'anni. La figura 2 mostra come nel 2041 il rigonfiamento si sposterà ulteriormente verso gli ultra sessantacinquenni e questo sia per quanto riguarda la popolazione residente al Centro-Nord sia per quella residente nel Mezzogiorno.

¹ Secondo Eurostat (2015) nell'anno successivo, 2013, il tasso di fecondità è diminuito ulteriormente per arrivare a 1,39.

² L'indice di vecchiaia si misura come il rapporto tra la popolazione oltre i 65 anni e la popolazione che ha un'età compresa tra 0 e 14 anni, moltiplicato per 100.

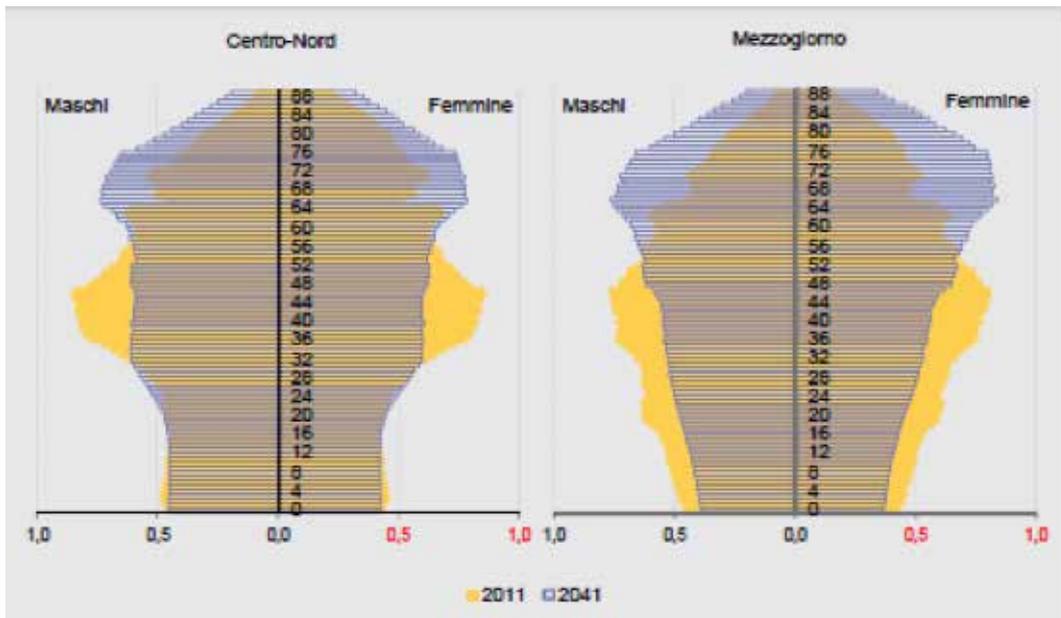


Figura 2 - Piramidi delle età a confronto, Anni 2011-2041
 Fonte: ISTAT 2014

Siamo in presenza quindi di un generale invecchiamento della popolazione, con un aumento dell'aspettativa di vita che pone seri interrogativi sul grado di autonomia nella vita quotidiana, ovvero sulle risposte e, in particolare, sulla capacità di tenuta del *caregiving* familiare necessario ad affrontare i problemi generati da tali dinamiche.

Per avere un quadro completo è utile riferirsi anche al trend della natalità e della fecondità. Posto che il nostro paese condivide con gli altri paesi europei della sponda mediterranea (quelli con un modello di *welfare state* più marcatamente familistico) un numero medio di figli per donna in età fertile tra i più bassi dell'UE28, le differenze regionali, come risulta dalla figura 3, sono evidenti.

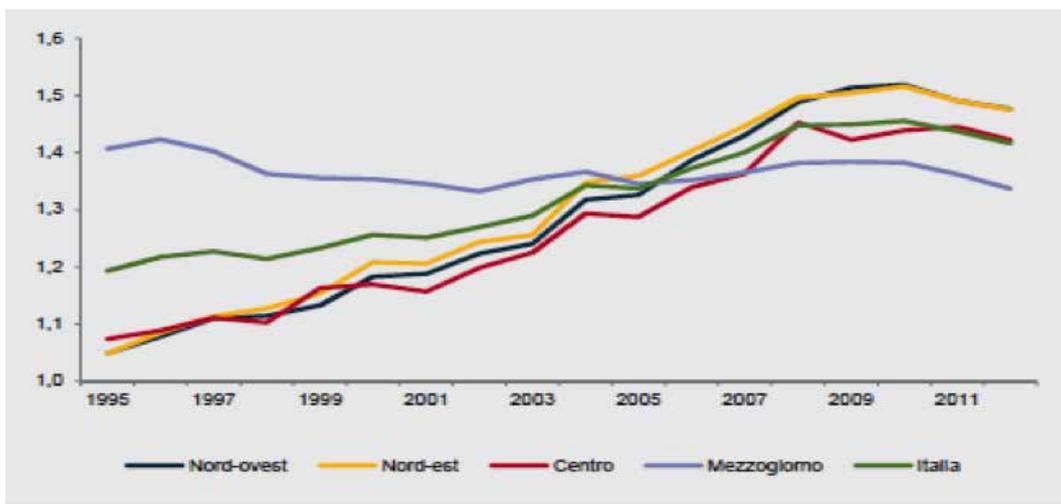


Figura 3 - Numero medio di figli con ripartizione geografica di residenza della madre
 Fonte: ISTAT 2014

Il Mezzogiorno, fino ad una decina di anni fa, aveva un differenziale positivo rispetto al resto del paese. A partire dal 2005, il Centro e il Nord invertono questa tendenza grazie alla presenza di donne straniere e ai loro comportamenti riproduttivi. Con l'entrata nella fase recessiva, correlata alla acquisizione di modelli riproduttivi locali da parte delle donne immigrate, tutte le aree del paese convergono nella riduzione del tasso che, se confermata nel medio periodo, influirà significativamente rispetto alla accelerazione dell'invecchiamento della popolazione italiana.

Per quanto riguarda i principali indicatori delle dinamiche a cui sono sottoposte le famiglie italiane, possiamo evidenziare che:

- nel 2013 i *bambini iscritti all'anagrafe* sono stati meno di 515mila, questo dato differisce di 12mila unità rispetto al minimo storico delle nascite del 1995;
- le *coppie con figli* stanno diminuendo: il 34,6% del totale nel 2012-2013, ovvero circa 320.000 in meno rispetto al 2006-2007;
- alla diminuzione delle coppie con figli si accompagna l'aumento delle *famiglie senza figli*, pari a 4 milioni e 852mila, con un incremento che va dal 28,7 al 29,3%, in termini assoluti 165mila unità in più;
- sempre tra il 2006-2007 e il 2012-2013, sono inoltre aumentate del 23,1% le *famiglie unipersonali*, pari a 7,5 milioni ovvero al 30,2% del totale delle famiglie italiane; quasi la metà di queste famiglie, il 48,7%, è formato da persone anziane di oltre 65 anni, per la maggior parte donne;
- nello stesso periodo sono aumentate anche le *famiglie unipersonali composte da single non vedovi*, oggi pari a 4,4 milioni, esattamente 1 milione in più rispetto al periodo 2006-2007;
- a ciò infine si accompagna un aumento delle famiglie composte da un *unico genitore non vedovo*.

Questi dati rinviano a dinamiche di semplificazione, assottigliamento e invecchiamento delle strutture familiari, correlate a profonde modifiche di ordine simbolico e relazionale, compresenti con gradualità diversa a seconda dei contesti socioeconomici e culturali del paese.

Dal punto di vista dell'impatto della domanda di servizi e prestazioni, si possono sintetizzare tre scenari complementari, fortemente condizionabili dai processi in atto di aumento delle disuguaglianze di reddito/tenore di vita familiare:

- la rete formata dai familiari conviventi e dai parenti, pilastro storico del modello societario e in particolare di welfare nazionale, sarà sempre meno in grado di fornire aiuti diretti; conseguenza di tutto ciò la diminuzione del tempo che essa dedicherà/potrà dedicare all'attività di *caregiving*, in particolare da parte delle donne, e ciò aumenterà la già significativa domanda di prestazioni/servizi, pubblici o di mercato privato, regolari o meno;
- seppur progressivamente parcellizzate, anche come soluzione ai problemi di tenuta economica, per una quota significativa di famiglie a composizione multipla si prospettano dinamiche di ricompattamento nel fornire risposte di *caregiving*;
- ovviamente, chi non disporrà né di redditi o patrimoni propri e neppure di reti familiari si rivolgerà al pubblico e/o alle forme assistenziali caritative,

per entrambe le quali si porranno problemi di sostenibilità economica (per il combinato disposto di domanda crescente e risorse calanti, soprattutto se la crisi economica continuerà ad influire direttamente o indirettamente sulla copertura dei fabbisogni finanziari di tali aree di welfare) e di funzione pubblica, ovvero da strumenti finalizzati all'effettività della cittadinanza (diritti sociali) a mezzi di contenimento della esclusione sociale.

5.2 STATO DI SALUTE, INVECCHIAMENTO E DISABILITÀ

La correlazione invecchiamento e malattia è oggetto, spesso, di forti semplificazioni. Se da una parte è biologicamente più facile ammalarsi con l'avanzare dell'età, dall'altra i determinanti sociali dello stato di salute durante il corso della vita hanno conseguenze rilevanti sugli esiti patologici, e sulla gravità degli stessi, a cui si può incorrere diventando vecchi. A ciò è da aggiungere il fatto che le risposte che la ricerca e la pratica medica, ovvero il complesso mondo delle *health technology* (dai farmaci ai supporti ICT), tendono sempre più a modificare inizio e durata dei periodi di gravità/gravosità, in genere al termine della vita, delle persone e di conseguenza delle famiglie, interessate.

Si tratta comunque di fenomeni – vedi paragrafo precedente – che riguardano popolazioni numericamente significative e pertanto che necessitano di evidenze forti per essere adeguatamente inquadrati e quindi affrontati con *policy* appropriate.

Un problema non secondario è quello definitorio. Se la persona anziana, dal punto di vista demografico, è considerata tale a partire da una certa soglia anagrafica (attualmente 65 anni, ma è immaginabile che con il progressivo spostamento dell'età pensionabile tale soglia possa essere innalzata), le condizioni di vita che essa vive sono oggetto di definizioni diverse, e spesso sovrapposte, a seconda che l'approccio sia medico, e se riguardi le branche sanitarie che si occupano di acuzie piuttosto che di cronicità, di prevenzione o riabilitazione (fragilità), ovvero giuslavoristico (invalidità, handicap), ovvero sociale (disabilità), intendendo con questo aggettivo un cappello comprensivo dei precedenti.

Un perimetro semantico che merita di essere ricostruito per inquadrare il tema della non autosufficienza e dei costi economici e sociali che ciò comporta. Vediamone i significati.

Disabilità. Sono definite persone con disabilità “quanti hanno minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine che, in interazione con varie barriere, possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri.” (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Istat 2015 – definizione ripresa da *International Classification of Functioning, Disability and Health*, OMS). In particolare, Istat definisce persone con limitazioni funzionali gravi coloro che hanno il massimo grado di difficoltà nelle funzioni motorie, sensoriali o nelle funzioni essenziali della vita quotidiana. Le persone con limitazioni funzionali lievi sono invece quelle che presentano un livello di difficoltà immediatamente inferiore al massimo in almeno una delle funzioni sopra indicate. Sono incluse nella popolazione di riferimento considerata da Istat (vedi dati sotto riportati) anche le persone che, pur non avendo limitazioni funzionali, hanno dichiarato di avere malattie croniche gravi, questo sulla base dell'ipotesi che la loro presenza indichi peggiori condizioni di salute e un impatto negativo sulla qualità della vita. Infine nel collettivo Istat sono incluse le persone con invalidità permanenti di tipo motorio, sensoriale (cecità, sordomutismo e sordità), per insufficienza mentale e malattia mentale o disturbi del comportamento.

Invalidità civile. L'art. 2, 2° comma, della L. 30 marzo 1971 n. 118 definisce invalidi civili “i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere

progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età”. La giurisprudenza ha successivamente stabilito che gli invalidi per cause di malattie psichiche, di qualsiasi natura, sono considerati invalidi civili e, quindi, godono di tutti i benefici previsti dalla legge. Tutto ciò può essere interpretato come espressione della volontà di migliorare e soddisfare il diritto al mantenimento e all’assistenza sociale, disciplinato dall’art. 38 Cost. a “ogni cittadino inabile al lavoro, qualunque sia la causa di tale invalidità”. Con il D.M. 25 luglio 1980 è stata approvata la tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le malattie invalidanti. Nella nozione di invalido civile devono essere inseriti anche “gli ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età”. Sono esclusi gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, i ciechi e i sordomuti, per i quali provvedono altre leggi. Dal punto di vista giuridico quindi sono considerati invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, fisiche e/o psichiche e sensoriali che comportano un danno funzionale permanente. Per i minori di diciotto anni e i soggetti ultrasessantacinquenni è necessario che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.

Handicap. L’accertamento dell’invalidità civile è effettuato con criteri diversi rispetto a quelli adottati per la valutazione dello stato di handicap ai sensi della Legge per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate (L. 5 febbraio 1992, n. 104). Per tale norma “è *persona handicappata colui/colei che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione*”. La legge disciplina anche le agevolazioni lavorative, fiscali e sociali di cui queste persone beneficiano.

Anziano fragile. La valutazione della fragilità non ha un carattere certificativo bensì preventivo della disabilità e promozionale della qualità della vita. Si tratta di una condizione di rischio elevato di *outcome* avversi che comportano un significativo deterioramento della qualità della vita, ovvero della salute e dello stato funzionale con conseguente elevato consumo di risorse pubbliche e/o private. Una condizione che non presuppone, ma nemmeno esclude, la coesistenza di disabilità nelle attività della vita quotidiana. Tale definizione assume connotati diversi, a seconda del livello funzionale del soggetto e del luogo dove avviene la valutazione (*setting*). Dal punto di vista epidemiologico, riguarda soggetti di età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetti da patologie multiple, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui gli effetti dell’invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche di tipo socio economico. L’età avanzata non comporta di per sé la fragilità e non dovrebbe, pertanto, essere utilizzata come criterio per l’attivazione di risorse speciali nella definizione del piano di cura. Per un elevato numero di anziani non-fragili il normale funzionamento dell’attuale organizzazione socio sanitaria è sufficiente a coprire i livelli essenziali di assistenza sociosanitari (Lea). All’identificazione dell’anziano fragile devono seguire piani di intervento volti a ridurre il rischio di disabilità, istituzionalizzazione e morte. In considerazione della polifattorialità della fragilità, o meglio delle fragilità età-associate, lo screening dell’anziano fragile deve necessariamente fondarsi

sulla valutazione multi dimensionale.

Non autosufficienza. L'Organizzazione mondiale della salute definisce non autosufficiente una persona che presenta una riduzione delle capacità funzionali tale da non poter condurre in autonomia la propria esistenza. La non autosufficienza è valutata misurando le capacità di svolgere o meno le funzioni essenziali della propria esistenza quotidiana. Queste attività si dividono in due grandi gruppi: le attività elementari di gestione personale, come alzarsi, lavarsi, vestirsi ed alimentarsi; le attività strumentali, come l'utilizzo del telefono, l'assunzione di farmaci, il governo della casa e la preparazione del cibo; si tratta di attività complesse di gestione della vita quotidiana che permettono di condurre una vita indipendente nell'ambito della comunità di riferimento. Semplificando, possiamo dire che:

- per gli anziani la perdita dell'autosufficienza è fortemente ma non necessariamente correlata all'avanzamento dell'età (polipatologia cronica), problema quanto mai rilevante in Italia per la transizione demografica, e parallelamente epidemiologica, in atto;
- per chi nasce o diventa disabile in seguito ad un evento morboso (incidente o malattia congenita o sopravvenuta) l'impossibilità di svolgere le proprie normali attività, ovvero diventare non autosufficiente, è ovviamente indipendente dall'età anagrafica, ma presenta un necessariamente diverso, più complesso e in molti casi più costoso panel di risposte pubbliche e private (Chiatti e Lamura 2010).

Quello che preme in sintesi sottolineare è che la non autosufficienza è una condizione personale:

- non inquadrabile in modo rigido (sono molteplici le forme di non autosufficienza);
- per cui non sempre si può separare nettamente una condizione di fragilità con quella di vera e propria totale disabilità (basti pensare alla presenza o meno delle capacità cognitive che permettono di disporre dell'uso di sofisticati ausili hi tech per sopperire alla altrimenti totale mancanza di autonomia di gestione personale e/o strumentale);
- comunque invalidante dal punto di vista lavorativo, ovvero destinataria oltre certe soglie di provvidenze economiche o di agevolazioni lavorative, e spesso portatrice di handicap che giustificano sussidi, agevolazioni per l'assistenza garantita dai propri familiari, agevolazioni fiscali;
- portatrice di un quadro clinico nella stragrande maggioranza dei casi caratterizzato da patologie croniche e multiple.

La complessità (e complicazione) della perimetrazione qui ricostruita ha come conseguenza che l'incidenza del fenomeno, ovvero la ricostruzione delle evidenze disponibili per inquadrarne la consistenza, non risulti immediata. In essa si riversano indicatori riguardanti la salute e l'epidemiologia, le prestazioni sanitarie, i dati amministrativi delle certificazioni/provvidenze riconosciute. A titolo prettamente esemplificativo di seguito ne verranno presentati alcuni.

Aspettativa di vita, aspettativa in buona salute e differenza di genere. La figura 4 mostra che tra il 2001 e il 2011 la speranza di vita delle persone italiane è

aumentata per le donne di 1,5 anni e 1,8 per gli uomini.³

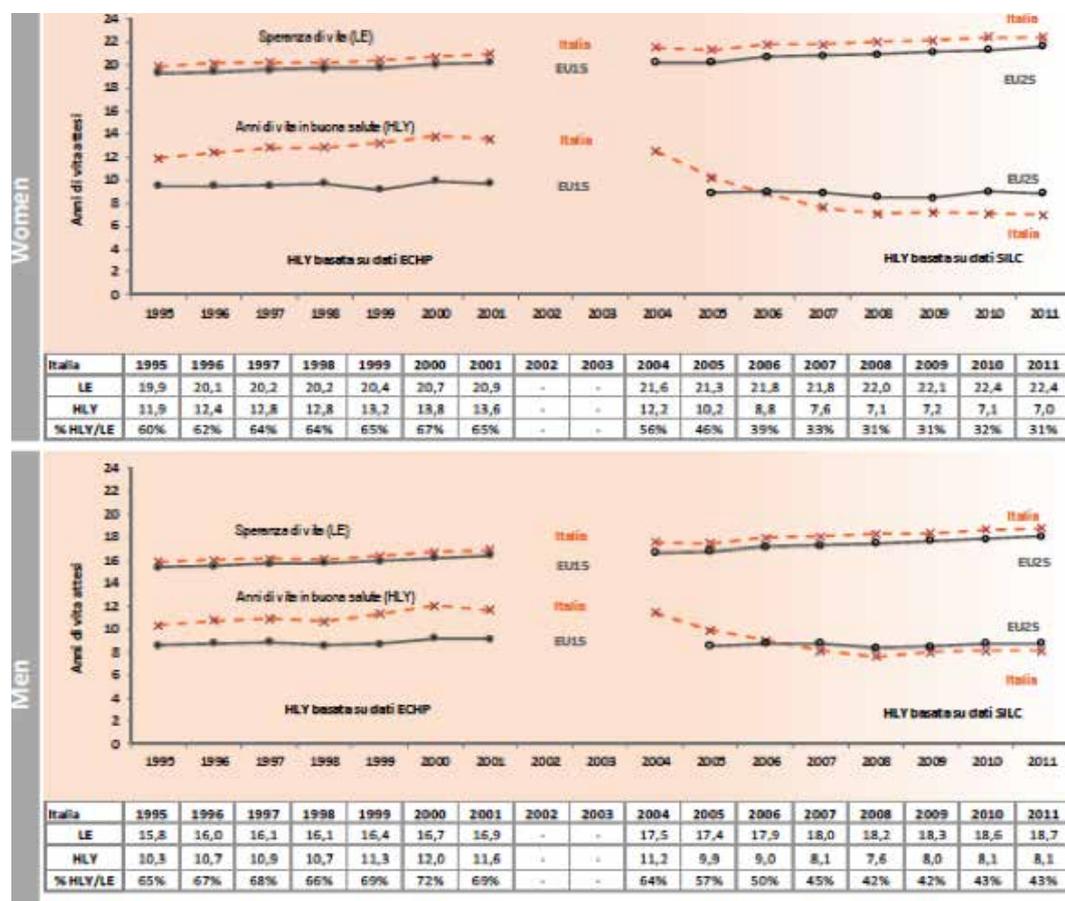


Figura 4 - Speranza di vita e anni vissuti in buona salute a 65 anni per l'Italia e l'Unione Europea a 15 e 25⁴

Prendendo in considerazione gli anni di vita attesi in buona salute, nel 2011, le donne di 65 anni possono aspettarsi di vivere il 31% della rimanenza della loro vita senza limitazioni di lunga durata nelle attività, mentre gli uomini il 43%. In particolare, le donne possono aspettarsi di vivere 7 anni senza limitazioni; 9,4 anni con limitazioni moderate nelle attività; 6,1 anni con limitazioni gravi nelle attività. Per quanto riguarda gli uomini, le aspettative sono 8,1 anni senza limitazioni nelle attività; 6,8 anni con limitazioni moderate nelle attività; 3,8 anni con limitazioni gravi nelle attività. La stima degli anni che ogni donna mediamente vivrà con limitazioni moderate o gravi è quindi di 15,5 (su 84,4), mentre è di 10,6 (su 79,6) per gli uomini. Dal confronto emerge quindi che seppur la durata della vita degli uomini sia inferiore rispetto a quello delle donne, tuttavia è superiore il loro numero di anni vissuti in buona salute mentre sono inferiori quelli vissuti con limitazioni moderate e/o gravi nelle attività; ovvero, che lo stato di salute delle donne over 65 risulta peggiore rispetto a quello degli uomini. Tutto ciò ha implicazioni non secondarie per il *caregiving* familiare e inciderà significativamente sulle tendenze

³ Mentre andiamo in stampa Istat segnala che, sulla base dei primi risultati relativi al 2015, per la prima volta dopo oltre un decennio, si hanno segnali di leggera inversione.

⁴ Dati calcolati su panel europeo EHP, European Community Household Panel, (1995-2001) e SILC, Statistics on Income and Living Condition, (2005-2011).

sopra evidenziate.

La salute percepita. Secondo l'ISTAT (2014) nel 2012 sono aumentate le persone che dichiarano di stare male o molto male: esse rappresentano il 7,7% della popolazione totale, nel 2005 erano il 6,7%. Il 14,8% della popolazione totale soffre di almeno una patologia grave, dato cresciuto di 1,5 punti percentuali rispetto al 2005; e più del 50% della popolazione con oltre 75 anni di età dichiara di soffrire di patologie croniche gravi.

CLASSI DI ETÀ	ALMENO UNA MALATTIA CRONICA GRAVE					
	2005			2012		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-13	1,4	0,8	1,1	1,1	1,4	1,2
14-24	1,8	2	1,9	1,9	2,3	2,1
25-34	2,4	2,7	2,5	2,6	3,4	3
35-44	4,4	3,8	4,1	4,5	4,9	4,7
45-54	10,2	8,7	9,4	10,1	9,2	9,6
55-64	24,2	18,7	21,4	23,6	18,8	21,2
65-69	35,6	28,8	32	35,8	28,1	31,7
70-74	41,2	34,2	37,3	43,1	34,4	38,5
75 e più	55,1	47,3	50,2	57	51,1	53,3
TOTALE	13,3	13,3	13,3	14,6	15	14,8
TOTALE STANDARDIZZATO	15,9	13,2	14,6	16	13,9	14,9

Figura 5 - Persone con almeno una malattia cronica grave
Fonte: ISTAT 2014

Cronicità. La diffusione delle patologie croniche riveste particolare rilevanza in paesi come l'Italia, che presenta uno dei più elevati tassi di invecchiamento in ambito europeo e internazionale. Nel 2013 (Regione Piemonte e Istat 2013), circa una persona su due (46,9%) ha dichiarato di soffrire di almeno una patologia cronica (figura 6), cioè di malattie generalmente non suscettibili di guarigione, con condizionamento sulla qualità della vita, compromissione nel tempo del livello di autonomia, e conseguente necessità di assistenza e cura. Le patologie più frequenti risultano essere: l'ipertensione arteriosa (17,1%), l'artrosi/artrite (16,2%), le malattie allergiche (13,7%), cefalea/emicrania ricorrente (10,8%). La maggior parte delle patologie, soprattutto quelle molto severe, presentano prevalenze che aumentano con l'età. Nella popolazione anziana (65 anni e più), circa una persona su due soffre di artrosi/artrite o ipertensione (rispettivamente 49,4% e 48,4%), il 24,2% di osteoporosi e il 17,6% di diabete; il 13% delle persone anziane dichiara di soffrire di depressione o ansietà cronica. La graduatoria delle prevalenze delle varie patologie croniche si differenzia per genere.

POPOLAZIONE E PERSONE DI 65 ANNI E + PER TIPO DI MALATTIA CRONICA DICHIARATA E SESSO ANNI 2005 E 2013, TASSI STANDARDIZZATI PER 100 PERSONE								
TIPO DI MALATTIA CRONICA	Popolazione		Persone di 65 anni e +					
	2005	2013	2005			2013		
	Totale	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Iperensione arteriosa	14,5	17,1	36,4	44	40,3	45,8	50,9	48,4
Artrosi, artrite	19,8	16,2	52,8	61,1	57,1	38,9	59,4	49,4
Malattie allergiche	10,6	13,7	6,5	9,4	8	8,9	11,8	10,4
Cefalea o emicrania ricorrente	7,8	10,8	4,9	11,5	8,3	7,1	14,6	11
Osteoporosi	5,4	6,8	5	29,4	17,5	8,1	39,5	24,2
Diabete	4,9	5,6	14,7	14,9	14,8	18,3	16,8	17,6
Ansia o Depressione	5,5	5,5	7,8	16,5	12,2	9	16,7	13
Ansietà cronica	0	3	0	0	0	4,5	9	7,3
Depressione	0	4,3	0	0	0	7	13	10,1
Asma bronchiale	3,7	4,3	7,9	6	6,9	6,9	6,2	6,5
Bronchite cronica, enfisema	5,1	3,9	19,1	12,2	15,5	14,3	9,7	11,9
Celiachia	0	0,5	0	0	0	0,1	0,3	0,2
Infarto del miocardio	2	2	9,8	4,1	6,9	10	3,9	6,9
Angina pectoris	0,8	0,7	2,8	2,5	2,6	2,9	1,9	2,4
Altre malattie del cuore	3,5	4	11,9	11,9	11,9	13,6	12,6	13,1
Ictus, emorragia cerebrale	1,3	1,4	5,8	4,2	5	5,8	4,9	5,3
Insufficienza renale cronica	0	1,3	0	0	0	5,2	4	4,6
Malattie della tiroide	3,3	5	1,7	7,3	4,6	2,8	13	8,1
Disturbi comporamento alimentare	0	0,5	0	0	0	0,5	0,7	0,6
Cirrosi epatica	0,3	0,3	0,6	0,7	0,6	0,9	0,6	0,8
Tumore maligno	1	1,6	3,1	2,3	2,7	5,3	4	4,6
Parkinsonismo	0,4	0,4	1,9	1,5	1,7	1,6	1,8	1,7
Alzheimer, demenze senili	0,6	0,9	2,1	2,9	2,5	3,1	5,1	4,1
Altra malattia cronica	3,7	2,9	6,1	5,3	5,7	4,6	3,6	4,1

Figura 6

Fonte: Regione Piemonte e Istat 2013

Le donne anziane soffrono di artrosi/artrite (59,4%), ipertensione (50,9%), osteoporosi (39,5%), diabete (16,8%) e ansia/depressione (16,7%). Gli uomini over 65 anni soffrono di ipertensione (45,8%), artrosi/artrite (38,9%); diabete (18,3%), bronchite cronica/enfisema (14,3%), infarto (10%) e altre malattie del cuore (13,6%). A confronto con i dati raccolti nel 2005⁵, a parità di età, risulta un incremento dei tumori maligni (+60%), delle malattie della tiroide (+52%), dell'Alzheimer e le demenze senili (+50%), dell'emicrania ricorrente (+39%), dell'allergia (+29%) e dell'osteoporosi (+26%). Diminuiscono bronchite cronica/enfisema (-24%) e dell'artrosi/artrite (-18%).

Con riferimento alla presenza di patologie croniche gravi, nel 2013 il 14,7% della popolazione ha dichiarato di essere affetto da almeno una malattia cronica grave (diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno, inclusi linfoma/leucemia; insufficienza renale, parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili). Tale quota è in aumento solo per effetto dell'invecchiamento della

⁵ Le variazioni nel tempo riflettono l'impatto di molti fattori, tra cui i progressi della medicina e il miglioramento delle capacità diagnostiche, la migliore consapevolezza e informazione dell'intervistato sulle principali patologie rispetto al passato, i cambiamenti epidemiologici in atto in una popolazione che invecchia e progredisce in termini di istruzione.

popolazione, come emerge anche dalla figura 7.

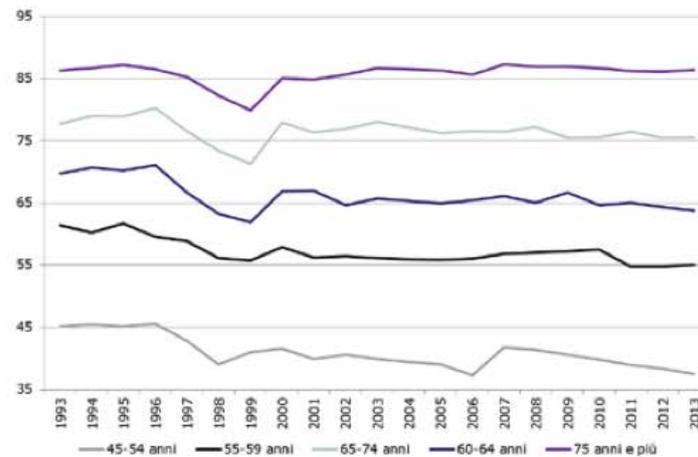


Figura 7 - Quota di persone con almeno una malattia cronica in Italia, per classi di età. Anni 1993-2013
Fonte: Crea Sanità 2014

Aumenta inoltre, sempre rispetto al 2005, di quasi un punto la percentuale di quanti riferiscono di avere almeno tre patologie croniche indipendentemente dalla gravità (13,6%). L'invalidità per malattie mentali colpisce circa 700 mila individui (2,8% tra gli anziani) e le persone con Alzheimer o demenze senili sono circa 600 mila (4,3% tra gli anziani di 65 anni e più). Le sindromi depressive si stima che colpiscano circa 2,6 milioni le persone (4,4%), con prevalenze doppie tra le donne rispetto agli uomini in tutte le fasce di età. Tra gli anziani ne soffre almeno una persona su 10 e tra le donne ultraottantenni la quota supera il 15%. Insieme a quanti sono potenzialmente a rischio perché dichiarano di aver avuto episodi depressivi in passato si arriva al 7,8%. Gli eventi dolorosi hanno un impatto importante sulla salute mentale. Nel confronto con il 2005, tenuto conto del periodo di congiuntura economica sfavorevole, quasi raddoppia la percentuale di chi riporta problemi dolorosi; tra chi ha risorse scarse o insufficienti la percentuale è dell'11,7%.

Limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi. Negli ultimi dati Istat relativi al 2013 (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Istat 2015) gli italiani over 15 anni che presentano limitazioni funzionali gravi o lievi, patologie croniche gravi o invalidità permanenti (vedi sopra) sono più di 13 milioni (13,177), pari a circa il 21-22% della popolazione totale. Nel corso degli anni Duemila, sebbene in Italia sia aumentato l'invecchiamento della popolazione, il tasso standardizzato per età passa da 6,1% nel 2000 a 5,5% nel 2013. Un analogo andamento si osserva per la popolazione anziana, dal 22% del 2000 al 19,8% (Regione Piemonte e Istat 2013). Come emerge dalla figura 8, quelli con limitazioni funzionali gravi sono circa 3,1 milioni (il 6,0% della popolazione), di cui oltre 2 milioni e 500mila anziani (il 20,0% del totale degli over 65 che vivono in Italia). La popolazione che presenta invece limitazioni lievi, patologie croniche gravi o invalidità permanenti, è di circa 10 milioni, ovvero il 19,5% della popolazione totale residente nel nostro paese. Sempre rispetto a questa ultima condizione, gli anziani arrivano ad essere circa 5 milioni e 500mila, pari al 43,4% totale degli over 65 che vivono in Italia.

Tra la popolazione con limitazioni complessivamente considerate:

- le donne (54,7%) e gli anziani (61,1%) sono maggioritari; da evidenziare che il netto svantaggio tra le donne non è ascrivibile solo alla loro maggiore longevità e che tra le persone di 70-74 anni la perdita di autonomia funzionale è pari al 9,3% mentre raggiunge il 43,2% tra le persone di 80 anni e più (32,5% per gli uomini e 49,1% per le donne) (Regione Piemonte e Istat 2013);
- quasi la metà non ha alcun titolo di studio o ha conseguito solo la licenza elementare (48,1%); questo risultato, come è facile intuire, deriva dal maggior peso della popolazione anziana la cui carriera scolastica è più limitata; da evidenziare comunque che rispetto al 42,5% della popolazione residente in Italia con livello di scolarizzazione medio alto (diploma di scuola superiore, laurea o dottorato di ricerca) nell'universo considerato tale percentuale praticamente si dimezza (22,3%), confermando una forte correlazione tra bassa scolarizzazione e peggiori condizioni di salute;
- infine, se il 39,3% della popolazione residente in Italia riferisce di vivere una condizione economica svantaggiata, tra chi ha limitazioni lievi o gravi (l'universo dei 13 milioni) si arriva al 45,2%, mentre tra chi presenta solo limitazioni funzionali gravi arriva al 50,1% la percentuale di chi dichiara che le risorse economiche di cui dispone sono scarse o insufficienti.

PERSONE DI 15 ANNI E + CON LIMITAZIONI FUNZIONALI, INVALIDITÀ O CRONICITÀ GRAVI SECONDO IL LIVELLO DI GRAVITÀ DELLE LIMITAZIONI FUNZIONALI PER SESSO, ETÀ, TITOLO DI STUDIO, RIPARTIZIONE TERRITORIALE E RISORSE ECONOMICHE. Anno 2013, valori assoluti in migliaia e per 100 persone con le stesse caratteristiche.						
	Persone con limitazioni funzionali gravi		Persone con limitazioni funzionali lievi, invalidità o patologie croniche gravi		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
SESSO						
Maschi	1.019	33	4.944	49	5.963	45,3
Femmine	2.066	67	5.147	51	7.213	54,7
CLASSI D'ETÀ						
15-34	90	2,9	594	5,9	684	5,2
35-54	244	7,9	1.950	19,3	2.194	16,6
55-64	215	7	2.033	20,1	2.247	17,1
65-74	458	14,8	2.680	26,6	3.137	23,8
75-84	1.117	36,2	2.256	22,4	3.373	25,6
85 e più	963	31,2	578	5,7	1.541	11,7
ISTRUZIONE						
Laurea, diploma di scuola media s.	355	11,5	2.579	25,6	2.934	22,3
Licenza di scuola media inferiore	591	19,1	3.310	32,8	3.900	29,6
Licenza elementare e nessun titolo	2.140	69,3	4.203	41,6	6.342	48,1
RIPARTIZIONE TERRITORIALE						
Nord-ovest	682	22,1	2.697	26,7	3.379	25,6
Nord-est	546	17,7	1.932	19,1	2.478	18,8
Centro	610	19,8	1.942	19,2	2.552	19,4
Sud	828	26,8	2.352	23,3	3.180	24,1
Isole	419	13,6	1.168	11,6	1.588	12
RISORSE ECONOMICHE						
Buone condizioni	1.539	49,9	5.683	56,3	7.223	54,8
Cattive condizioni	1.546	50,1	4.408	43,7	5.954	45,2
TOTALE	3.086	100	10.091	100	13.177	100

Figura 8

Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Istat (2015)

Dal punto di vista dell'autonomia nello svolgimento delle attività essenziali di vita quotidiana (sdraiarsi e alzarsi dal letto, sedersi e alzarsi da una sedia, vestirsi e spogliarsi, fare il bagno o la doccia, lavare le mani e il viso, mangiare tagliando il cibo - figura 9), poco più di un terzo (34%, pari a circa 4,5 milioni di persone) riferisce di non essere completamente autonomo; il 33,7% dichiara di avere difficoltà a muoversi; tra chi si trova ad avere limitazioni funzionali gravi, sono circa 2 milioni 600 mila le persone con il massimo grado di riduzione dell'autonomia nelle attività essenziali della vita quotidiana; tra questi il 67,3% (percentualmente il doppio) ha difficoltà a muoversi; se consideriamo solo gli over 65 con limitazioni funzionali gravi, risultano esservene quasi 1,3 milioni confinati, 1,8 milioni con difficoltà di movimento, poco più di 2,2 milioni con difficoltà nelle attività della vita quotidiana, 1,5 milioni con difficoltà di vista, parola e udito.

PERSONE DI 15 ANNI E + CON LIMITAZIONI FUNZIONALI, INVALIDITÀ O CRONICITÀ GRAVI SECONDO IL LIVELLO DI GRAVITÀ DELLE LIMITAZIONI FUNZIONALI PER SESSO, ETÀ, TITOLO DI STUDIO, RIPARTIZIONE TERRITORIALE E RISORSE ECONOMICHE. Anno 2013, valori assoluti in migliaia e per 100 persone con le stesse caratteristiche.										
LIVELLO GRAVITÀ LIMITAZIONI FUNZIONALI	Confinamento		Difficoltà nel movimento		Difficoltà nelle attività della vita quotidiana		Difficoltà vista, udito, parola		TOTALE	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
PERSONE DI 15-44 ANNI										
Persone con limitazioni funzionali gravi	65	32,6	79	39,6	111	56	109	55,1	199	100
Persone con limitazioni funzionali lievi, invalidità o patologie croniche gravi	-	-	150	11,6	84	6,6	212	16,5	1.286	100
TOTALE	65	4,4	228	15,4	196	13,2	321	21,6	1.485	100
PERSONE DI 45-64 ANNI										
15-34	136	38,9	200	57,1	224	64	162	46,4	350	100
75-84	-	-	459	13,9	268	8,1	487	14,8	3.291	100
TOTALE	136	3,7	658	18,1	492	13,5	649	17,8	3.640	100
PERSONE DI 65-74 ANNI										
Laurea, diploma di scuola media superiore	177	38,7	309	67,4	325	71	223	48,8	458	100
Licenza di scuola media inferiore	-	-	614	22,9	465	17,3	523	19,5	2.680	100
TOTALE	177	5,6	922	29,4	790	25,2	747	23,8	3.137	100
PERSONE DI 75 ANNI E +										
Nord-ovest	1.049	50,4	1.491	71,7	1.914	92	1.287	61,9	2.080	100
Sud	-	-	1.140	40,2	1.086	38,3	855	30,2	2.834	100
TOTALE	1.049	21,3	2.631	53,5	3.001	61,1	2.143	43,6	4.914	100
TOTALE										
Buone condizioni	1.427	46,2	2.078	67,3	2.574	83,4	1.782	57,8	3.086	100
	-	-	2.362	23,4	1.903	18,9	2.078	20,6	10.091	100
TOTALE	1.427	10,8	4.439	33,7	4.478	34	3.860	29,3	13.177	100

Figura 9
Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Istat (2015)

I beneficiari di prestazioni di invalidità erogate dall'Inps. Secondo i dati Inps aggiornati al 31/12/2014 (Inps 2015) sono 2.885.802 le prestazioni di invalidità civile erogate. Esse rappresentano il 77,3% del totale delle prestazioni assistenziali (il rimanente 22,7% riguarda pensioni/assegni sociali, ovvero di carattere assistenziale in quanto prive di base contributiva). Nell'insieme, le prestazioni assistenziali rappresentano il 17,8% del totale delle prestazioni erogate dall'ente.

I percettori di indennità di accompagnamento – dati 31/12/12 – sono poco meno di 2 milioni di persone (figura 10), 2/3 dei quali sono donne, mentre quelli delle

pensioni di invalidità civile sono circa 900 mila, con un rapporto più equilibrato tra maschi (46%) e femmine (54%).

Numero delle prestazioni assistenziali in essere al 31 dicembre 2012 per tipologia di pensione e sesso (importi in euro)						
	Maschi		Femmine		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Totale prestazioni assistenziali	1.373.341	100	2.256.996	100	3.630.337	100
Pensioni / Assegni sociali	290.059	21,1	558.657	24,8	848.716	100
Pensione sociale	17.303	6	100.070	17,9	117.373	100
Assegno sociale	272.756	94	458.587	82,1	731.343	100
Prestazioni agli invalidi civili	1.083.282	78,9	1.698.339	75,2	2.781.621	100
Pensione	391.649	36,2	466.076	27,4	857.725	100
Indennità	691.633	63,8	1.232.263	72,6	1.923.896	100

Figura 10

Fonte: Dati da Osservatorio Statistico Inps sulle pensioni vigenti; rilevazione allo 01/01/2013 all'atto del rinnovo degli ordinativi di pagamento, Open data, www.inps.it

5.3 ACCESSO AI SERVIZI SANITARI E IMPOVERIMENTO

Le misure adottate per fronteggiare il rischio di default del bilancio pubblico a seguito della crisi economica iniziata nel 2007/8, con l'accentuarsi dei – e in parte disvelarsi di più profondi – problemi in cui fin dalla sua definizione costituzionale versa il sistema di welfare italiano postbellico, hanno avuto e continuano ad avere impatti rilevanti sul tenore di vita delle famiglie, sui processi di impoverimento, sulla riduzione della copertura delle prestazioni pubbliche, sull'accesso ai servizi basilari, quali quelli sanitari.

Diamo per conosciuto l'articolato e di fatto permanente dibattito di merito. Di seguito inquadriamo le evidenze sull'accesso ai servizi sanitari⁶ (in particolare del SSN) e sui processi di impoverimento correlati alla perdita di salute (in particolare determinati da spesa privata diretta – *out of pocket*). Due campi tematici significativi e rappresentativi della condizione della popolazione target della proposta.

Accesso ai servizi sanitari pubblici. Le evidenze disponibili, nel quadro di recessione, evasione, cronico non equilibrio della finanza pubblica e impatto della spending review, ci dicono che la sanità pubblica italiana (Cergas Bocconi 2014), dal punto di vista economico finanziario, si può considerare temporaneamente stabilizzata. Le prospettive nel medio lungo periodo sono invece tutt'altro che rassicuranti. Nella sanità pubblica (e indirettamente anche convenzionata) gli interventi attuati, qualora fossero ulteriormente perseguiti senza cambiamenti strutturali di modello, rischiano la messa in discussione della natura e delle finalità del SSN (Fondazione Farmafactoring 2014).

A conferma di ciò Istat (2015, cap. 5) sostiene che gli ultimi quindici anni di riforme a cui è stato ed è tuttora sottoposto il SSN⁷ hanno co-determinato – o accentuato – una riduzione dell'equità nell'accesso alle cure, in particolare a partire dal 2006 per le regioni sottoposte ai piani di rientro.

Ciò comporta che attualmente non si riescano ad assicurare uniformemente i livelli essenziali di assistenza, che si stiano erogando volumi di prestazioni al di sotto di standard ritenuti adeguati e che gli interventi di riorganizzazione/efficientamento fino ad ora attuati non siano sufficienti a garantire coperture omogeneamente appropriate ai bisogni di salute. Per Istat il confronto tra il netto gradiente territoriale nord-sud nella distribuzione del finanziamento tra le regioni e la molto più variegata geografia della salute mette in luce uno squilibrio significativo tra i bisogni potenziali di assistenza sanitaria e i criteri allocativi delle risorse adottati. Significativo il fenomeno della rinuncia a prestazioni sanitarie sia pubbliche che pagate privatamente. Si tratta di un indicatore di domanda di assistenza inevasa ovvero di qualità dell'offerta. Visite e trattamenti odontoiatrici (Istat 2013, su dati 2012) sono le prestazioni a cui si rinuncia più frequentemente (14,3% over 14 anni) e principalmente per motivi economici (85,3%). Se si escludono quelle odontoiatriche, si arriva al 7,7% della popolazione over 14. Il 4,1% ha rinunciato

⁶ Insieme alla scuola obbligatoria e ad alcune delle provvidenze economiche sopra richiamate, il Servizio sanitario nazionale è l'unica area di welfare di impianto universalistico presente nel nostro sistema di protezione sociale.

⁷ Con il triplice obiettivo: di attuare il principio di sussidiarietà nel settore sanitario, attraverso la devoluzione alle Regioni della gestione e organizzazione dei servizi di assistenza e l'introduzione del federalismo fiscale; avviare il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie; migliorare l'efficienza del settore, attraverso il controllo della spesa e l'obbligo del pareggio di bilancio da parte delle regioni.

all'acquisto di farmaci pur avendone bisogno, il 70% perché non prescrivibili (*out of pocket*), il 25% per il ticket troppo costoso. Chi ha ricevuto altre prestazioni sanitarie durante l'anno tende a rinunciare di più.

Il 9% della popolazione italiana ha rinunciato ad almeno una prestazione del SSN⁸ pur ritenendo di averne bisogno. Se a questi si aggiungono coloro che hanno dichiarato di aver rinunciato ad acquistare farmaci, la quota raggiunge l'11,1%: il 6,2% per motivi economici, il 4,0% per problemi di offerta di tali servizi⁹ e l'1,1% per altri motivi, quali impegni di lavoro o familiari o altro. Le donne che rinunciano sono il 13,2% contro il 9,0% degli uomini.

Incrociando motivazioni e territorio di residenza, la quota di chi rinuncia per motivi economici nel Sud arriva al 9,2% e nelle Isole al 9,5%, contro una media del 6,2% della popolazione italiana. Al Centro invece è più elevata della media nazionale la rinuncia per problemi legati all'offerta (liste di attesa e scomodità degli orari o a raggiungere la struttura) (5,3% contro 4,0%). In crescita i comportamenti di rinuncia tra chi dichiara di star male o molto male (26,3% di questo gruppo), fra chi ha una malattia cronica grave (18,4%), fra i multicronici (23,3%). Significativa anche la variabilità per classi di età.

Le figure 11, 12 e 13, riprese dal X Rapporto Crea Sanità (2014) con dati 2011 e da Istat (2013) con dati 2012, rappresentano graficamente le tendenze riportate.

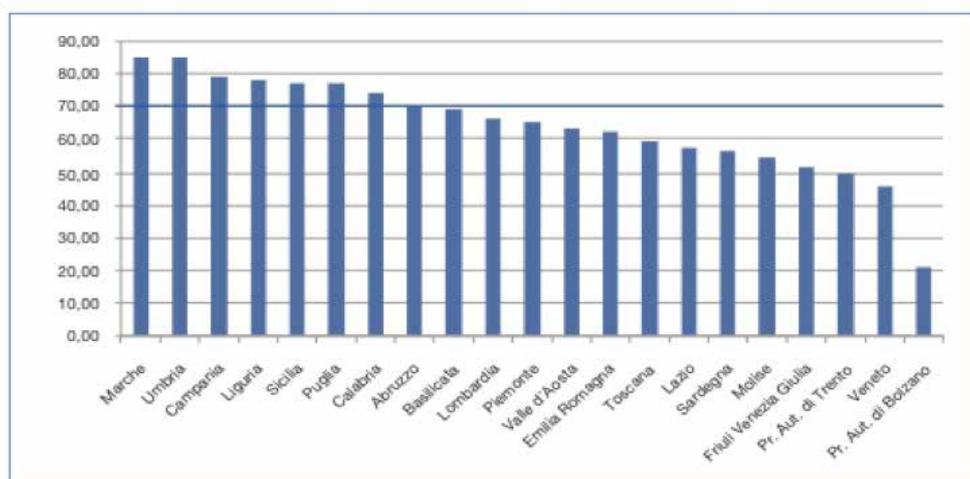


Figura 11 - Popolazione che rinuncia alle cure per motivi economici. Valori in %, anno 2011

8 Accertamenti specialistici, visite mediche specialistiche (escluse odontoiatriche) o interventi chirurgici.

9 Liste di attesa troppo lunghe o orari scomodi per l'appuntamento o difficoltà a raggiungere la struttura.

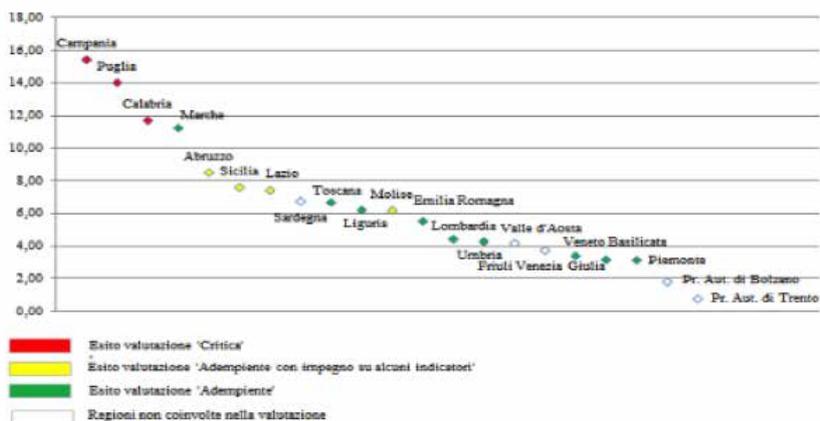


Figura 12 - Quota di popolazione che rinuncia alle cure per motivi economici vs. esito valutazione ministeriale adempimento "mantenimento erogazione LEA", 2011
Fonte: Crea Sanità 2014

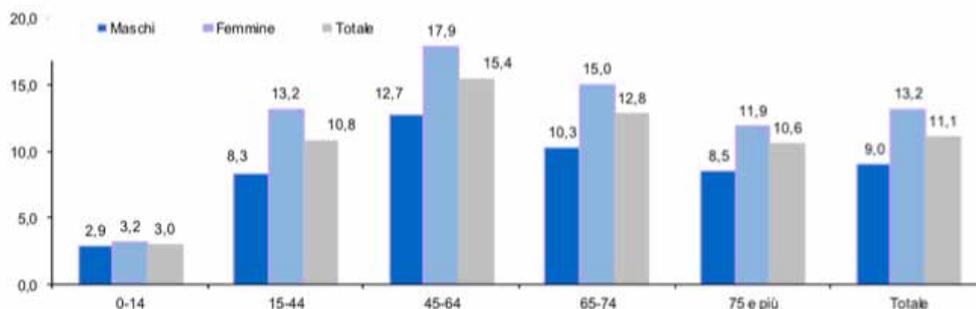


Figura 13 - Popolazione che ha rinunciato a prestazioni sanitarie o all'acquisto di farmaci pur avendone bisogno negli ultimi 12 mesi, per sesso e classe di età. Media settembre-dicembre 2012, tassi per 100 persone
Fonte: Istat 2013

Impoverimento e spese catastrofiche. Impoverimento e catastoficità sono indicatori privilegiati della fragilità economica delle famiglie e permettono di valutare il grado di risposta di un sistema sanitario (pubblico e privato) nella tutela dei rischi economici derivanti da malattia, ovvero di fronte alla necessità di utilizzare risorse proprie (*out of pocket*) per ottenere prestazioni integrative, complementari o sostitutive dell'offerta pubblica.

Con impoverimento si intende l'ingresso nella condizione di povertà relativa da parte delle famiglie sottoposte a spese sanitarie. Nel 2012 queste erano il 12,7% delle famiglie italiane. Con catastoficità si intende il dover affrontare spese sanitarie per una quota di almeno il 40% del differenziale del reddito disponibile detratto delle spese di sussistenza, convenzionalmente considerate pari al livello di reddito corrispondente alla povertà assoluta.

Nel 2012 (Crea Sanità 2014), le famiglie che hanno fatto ricorso a spese socio sanitarie¹⁰ private sono state 15,5 milioni, il 61,1% del totale delle famiglie italiane.

¹⁰ Per farmaci, specialistica, ricoveri ospedalieri e presso case di cura, cure odontoiatriche, termali, servizi ausiliari quali infermieristica e fisioterapia, protesi e ausili, noleggi attrezzature, assistenza anziani e disabili non autosufficienti.

Queste hanno pagato in media 1.869,60 euro annui.

La spesa per disabili e anziani non autosufficienti delle sole famiglie che hanno dovuto sostenerla, mediamente è stata poco più di 6.000 euro.

Le famiglie colpite da impoverimento per spese socio sanitarie sono state 266mila. Per queste l'incidenza delle spese sociosanitarie è del 14,7% su una media di 14.000 euro di consumi annui. Si tratta di un valore grave, che indica l'incomprimibilità di tali consumi, ovvero la necessità di rinunciarne ad altri per garantirsi tali prestazioni/ servizi. Le più colpite sono le coppie senza figli con persona di riferimento over 65 (27,5%), le persone sole over 65 (16,81%) (figura 14).

Le famiglie sottoposte a spese catastrofiche sono state quasi 900mila. Con una spesa media di poco meno di 20mila euro annui, per i consumi socio sanitari sono stati destinati circa 5.700 euro. Non dissimile è il profilo delle famiglie colpite: persone sole over 65 (6,7%) seguite dalle coppie senza figli con persone di riferimento over 65 (5,94%). In altri termini, la presenza in famiglia di persone anziane aumenta il rischio di spese catastrofiche socio sanitarie di tre volte se ve ne è uno, mentre di 2,2 volte se gli anziani sono due e più.

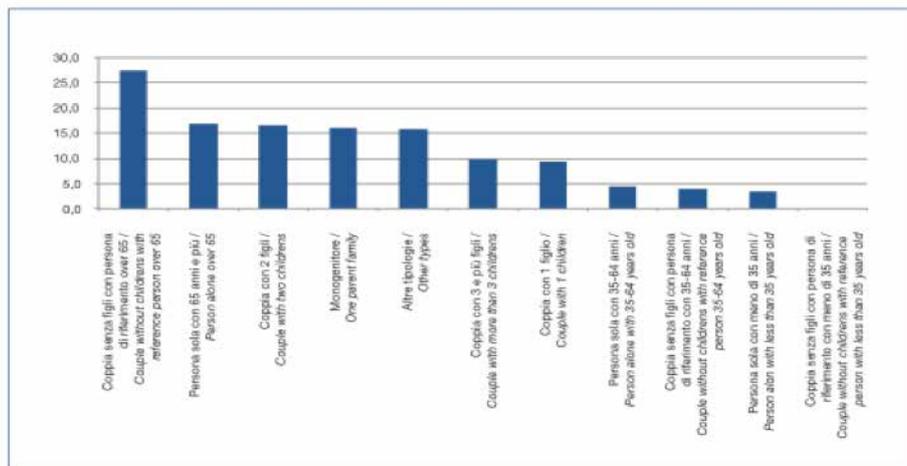


Figura 14 - Quota famiglie impoverite, per tipologia. Valori in %, anno 2012

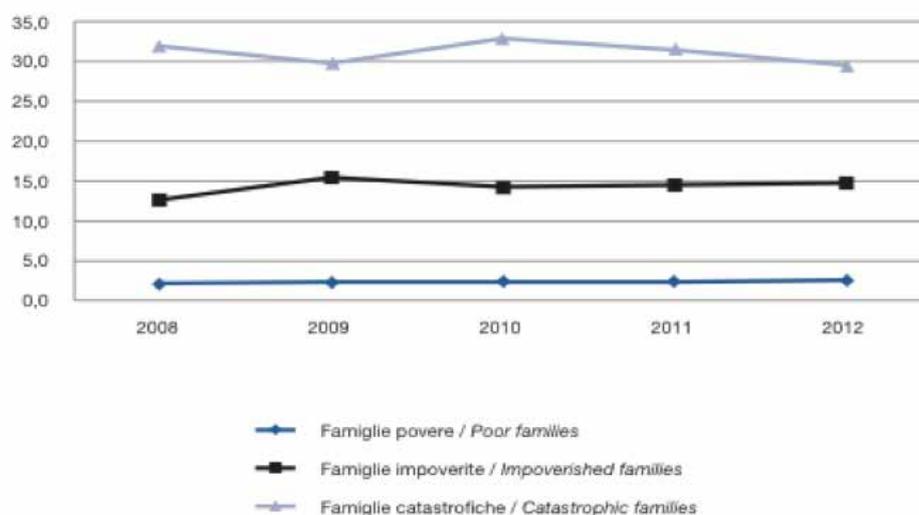


Figura 15 - Quota di spesa destinata al socio sanitario dalle famiglie povere, impoverite e catastrofiche. Valori in %, anni 2008-2012
 Fonte: Crea Sanità 2014

La figura 15 riassume la serie storica dell'incidenza delle spese sociosanitarie delle famiglie povere, impoverite e sottoposte a spese catastrofiche. Come si può vedere nel quinquennio l'andamento non ha subito variazioni – positive o negative – significative, se non per un lieve calo della percentuale di famiglie sottoposte a spese catastrofiche. In altri termini, esso conferma che i poveri hanno limitate capacità di spesa socio sanitaria privata e che la necessità di sostenere spese socio sanitarie rappresenta un rilevante fattore di rischio per le famiglie che dispongono di risorse di poco superiori alla soglia di povertà.

BIBLIOGRAFIA

- CERGAS, Università Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2014*, Milano http://www.cergas.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Cdr/Centro_CERGASit/Home/Area+download+Rapporto+OASI+e+Mecosan
- Chiatti C. e Lamura G. (2010), "I nodi dell'Italia", in Irs (a cura di) (2010), *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi. Progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali*, Roma, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
- Crea Sanità (2014), *10° Rapporto Sanità. Investimenti innovazione e selettività: scelte obbligate per il futuro del Ssn*, Roma, Crea Sanità e Università Tor Vergata
- Eurostat (2015), *Fertility statistic*, <http://ec.europa.eu/eurostat/statistic-explained/>
- Fondazione Farmafactoring (a cura di) (2014), *Il sistema sanitario in controllo. Rapporto 2014. Terza parte*, Milano. www.fondazionefarmafactoring.it
- Istat (2013), *La salute e il ricorso ai servizi sanitari*, Roma, 24 dicembre 2013, www.istat.it
- Istat (2014), *La situazione del Paese. Rapporto Annuale 2014*, www.istat.it
- Istat (2015), *La situazione del Paese. Rapporto Annuale 2015*, www.istat.it
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Istat (2015), *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi. Anno 2013*, Roma, 21 luglio 2015, www.istat.it
- Regione Piemonte e Istat (2014), *Tutela della salute e accesso alle cure. Anno 2013*, Roma, 12 luglio 2014, www.istat.it
- Staiano R. (2004), *La definizione di invalido civile: tra dottrina e giurisprudenza*, in www.diritto.it, gennaio 2004

LA SPESA PER LONG TERM CARE



Massimo Campedelli, SSSUP Sant'Anna, Pisa e Alessia Anzivino, SDA Bocconi, Milano



Tra i diversi capitoli di spesa di welfare, quello della *long term care* (LTC), ovvero della cura della persona accompagnata da assistenza socio sanitaria continuativa e prolungata, è particolarmente problematico.

La sua ricostruzione deve infatti fare i conti con:

- la perimetrazione delle condizioni di bisogno e delle prestazioni che si ritengono debbano rientrare o meno in questa categoria;
- i modelli (regionali) di servizio, le correlate definizioni (tabella 2, pp. 142-143), gli strumenti prestazionali (monetari, erogati da produttori pubblici o privati, autoprodotti) e relativi mix, con un non ancora omogeneo utilizzo dei termini (voucher, buoni, ecc.) con cui vengono definiti;
- le figure riconosciute (da quelle sanitarie, a quelle assistenziali pubbliche o private, a quelle familiari), rispetto alle quali la valorizzazione o meno di alcune attività – come quelle dei *caregiver* familiari (box 4) – incide significativamente sull'aggregato finale che si viene a definire;
- i livelli decisionali titolati ad intervenire (dallo stato centrale e dagli enti previdenziali preposti, alle regioni, enti locali – box 3, enti non profit, famiglie) e dei conseguenti differenziati impianti normativi, nonché dei flussi tra i diversi centri di imputazione, ovvero tra i diversi comparti pubblici (assistenziale, sanitario e previdenziale – box 1, 2).

Servizi e prestazioni previste dal SSN

Nella componente sanitaria sono incluse tutte le prestazioni erogate a persone non autosufficienti che hanno bisogno di cure continuative e durature. Nel SSN sono previsti i seguenti servizi:

- assistenza territoriale per anziani e disabili, suddivisa a sua volta in ambulatoriale e domiciliare¹ semi residenziale e residenziale;
- assistenza psichiatrica;
- assistenza rivolta ad alcolisti e tossicodipendenti;
- assistenza ospedaliera per lungodegenti.

box
1

Assistenza psichiatrica

In riferimento alla sola assistenza psichiatrica, si evidenziano: i numeri in crescita delle strutture che erogano servizi residenziali (1.679 nel 2009, 1.882 nel 2012) e di quelle semiresidenziali (763 nel 2009, 794 nel 2012); il numero di utenti assistiti residenziali e semiresidenziali per 100mila abitanti con età superiore a 18 anni, pari a 141,78, circa 70mila persone su una popolazione italiana residente con più di 18 anni pari quasi a 50 milioni di persone.

Regione	Assistenza residenziale					Assistenza semiresidenziale					Totale assistiti in strutture residenziali e semiresidenziali per 100.000 abitanti (18 anni e più)	Popolazione residente con più di 18 anni in più
	PA autorizzate	Posti	Posti per 100.000 abitanti (18 anni e più)	Utenti	Chiarimenti di stato sanitario per utente	PA autorizzate	Posti	Posti per 100.000 abitanti (18 anni e più)	Utenti	Chiarimenti di stato sanitario per utente		
Piemonte	264	1.863	5,06	1.887	274,75	41	1.021	2,77	3.320	50,51	147,42	3.683.562
Valle d'Aosta	6	77	2,29	80	303,43	2	31	2,94	42	82,55	115,55	105.584
Lombardia	373	3.966	4,52	6.574	220,27	113	2.532	3,14	6.796	80,67	119,68	8.019.881
PA di Bolzano	8	137	3,39	240	184,83	5	35	3,36	343	33,34	543,31	405.109
PA di Trento	14	141	3,29	173	208,77	6	94	2,19	279	54,30	120,85	428.294
Veneto	204	1.888	4,68	2.132	272,58	107	1.519	3,87	3.856	74,89	148,58	4.010.281
PA di Veneto Giulia	53	368	3,36	1.653	60,78	38	468	4,52	2.235	89,75	175,76	1.034.636
Liguria	73	957	3,09	1.025	295,33	15	265	1,96	827	68,73	130,76	1.249.474
Emilia Romagna	234	2.011	5,51	6.766	89,84	91	918	3,57	3.058	94,91	268,91	3.852.558
Toscana	140	1.024	3,29	1.527	252,81	61	1.156	3,72	2.482	85,84	122,52	3.118.987
Umbria	43	455	6,10	642	234,59	19	236	3,16	417	89,67	141,99	743.820
Marche	58	491	3,79	867	197,35	19	256	1,98	469	117,43	98,62	1.293.911
Lazio	75	1.427	3,17	3.014	147,94	36	1.037	3,39	2.501	68,90	120,17	4.589.440
Abruzzo	36	530	4,82	692	263,33	13	242	2,20	372	137,89	91,23	1.180.642
Molise	15	148	5,58	177	283,97	13	50	1,89	83	252,43	90,54	265.063
Campania	83	842	1,81	1.016	234,70	76	965	2,06	3.170	32,11	92,73	4.620.942
Puglia	167	1.855	5,57	1.810	283,57	49	504	2,76	4.289	52,13	183,60	3.331.356
Basilicata	26	268	5,96	352	275,19	5	70	1,43	67	172,13	86,73	483.114
Calabria	18	342	2,11	363	276,40	9	80	6,49	523	19,20	14,68	1.878.621
Sicilia	48	1.287	3,15	1.632	252,83	30	533	1,31	1.885	48,84	81,11	4.089.269
Sardegna	10	252	2,09	330	262,17	13	239	1,71	473	35,03	71,85	1.383.893
Italia	1.882	20.419	4,13	32.202	195,69	794	13.261	3,68	37.834	64,44	141,78	49.294.425

Fonte: Ministero della salute - Sistema Informativo Sanitario Nazionale (modello di rilevazione ISTAT) decreto del Ministro della salute 1 dicembre 2006; Istat - Popolazione residente al 1° gennaio 2012.

Tabella 1 - Assistenza psichiatrica residenziale e semiresidenziale

box
2

1 Nell'assistenza ambulatoriale e domiciliare sono compresi i seguenti servizi: assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale); attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza; attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie; attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool; attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale; attività sanitaria e socio sanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV.

box
3

Le prestazioni erogate dai comuni

I principali servizi per i disabili riguardano:

- il sostegno socio-educativo scolastico;
- i centri diurni;
- le strutture residenziali;
- l'assistenza domiciliare.

Notevole è la varietà di prestazioni per gli anziani non autosufficienti (non solo tra comuni appartenenti a regioni diverse ma anche alla stessa regione), prodotte direttamente o, soprattutto, attraverso *outsourcing*. I principali servizi riguardano:

- i servizi domiciliari, socioassistenziali o integrati con i servizi sanitari;
- le strutture residenziali e semiresidenziali (alloggi condivisi, case per anziani, residenze sanitarie assistenziali, ecc.);
- le forme di sostegno al *caregiving* familiare (voucher, assegno e/o bonus);
- i servizi di *matching* tra domanda e offerta di assistenza familiare/badantato (accreditamento, albi, formazione, supervisione, ecc.).

box
4

Soluzioni familiari di risposta ai bisogni assistenziali legati alla presenza di adulti disabili o di anziani non autosufficienti

Secondo Censis e Unipol (2014) la distribuzione del carico di cura presenta le seguenti proporzioni: 36,9% le famiglie dove madri o mogli casalinghe assistono senza aiuto o quasi; 9,7% le famiglie dove madri o mogli riducono il lavoro esterno per fronteggiare il carico assistenziale; un altro 9,7% dove le stesse smettono di lavorare fuori casa; 6,8 le famiglie dove figlio/a rinvia l'uscita di casa per fornire assistenza; e 30,1% le famiglie in cui il familiare che assiste è affiancato da un aiuto a pagamento.

6.1 SPESA PER INTERVENTI ASSISTENZIALI DEI COMUNI

A livello istituzionale sono i comuni a svolgere un ruolo centrale nella gestione degli interventi e dei servizi sociali sul territorio di riferimento. Secondo l'ISTAT², nel 2011 i comuni italiani hanno destinato alle politiche di welfare territoriale 7 miliardi e 27 milioni di euro, con una diminuzione dell'1% rispetto al 2010. Tale dato va considerato al netto della compartecipazione dei cittadini e dei fondi del SSN. In termini pro capite, sono stati destinati 115,7 euro per abitante, contro i 117,8 euro del 2010, confermando un cambiamento netto rispetto agli anni precedenti - tra il 2003 e il 2009 si era registrato un incremento del 6%.

Insieme alla diminuzione delle risorse stanziare permangono o si acquiscono le differenze geografiche. Le risorse proprie messe a disposizione dai comuni per la spesa sociale sono molto più basse al Sud rispetto al Nord e al Centro. Nelle regioni meridionali, inoltre, si è registrato il calo più consistente, del 5%, tra il 2010 e il 2011, mentre al Nord in media si è registrata una diminuzione del 2% e un aumento dell'1% al Centro e nelle isole. In termini di spesa pro capite la variabilità va da meno di 50 euro mediamente spesi nei comuni della Calabria agli oltre 250 euro in quelli trentini (figura 1 e 2).

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Fondo indistinto per le politiche sociali	Fondi regionali per le politiche sociali dello stato	Fondi vincolati per le politiche sociali dello stato o da UE	Altri trasferimenti da enti pubblici	Trasferimento fondi da privati	Risorse proprie del comune	Risorse proprie degli enti associativi	Totale in %
Nord-ovest	9,5	11,9	2,7	2,9	1,3	70	1,7	100
Nord-est	13,1	18,4	1,6	1,4	1,6	62	1,9	100
Centro	7,5	17,1	3,8	1,6	0,9	67,1	2	100
Sud	20,4	10,1	4,6	6,6	0,5	55,7	2,1	100
Isole	24,5	34,5	3,3	0,8	0,6	36,1	0,2	100
Italia	12,4	17,1	2,9	2,2	1,2	62,5	1,7	100

Figura 1 - Spesa sociale dei comuni singoli per fonti di finanziamento e ripartizione geografica, anno 2011

² ISTAT, 2014 - Rapporto annuale "Tendenze demografiche e trasformazioni sociali: nuove sfide per il sistema di welfare"

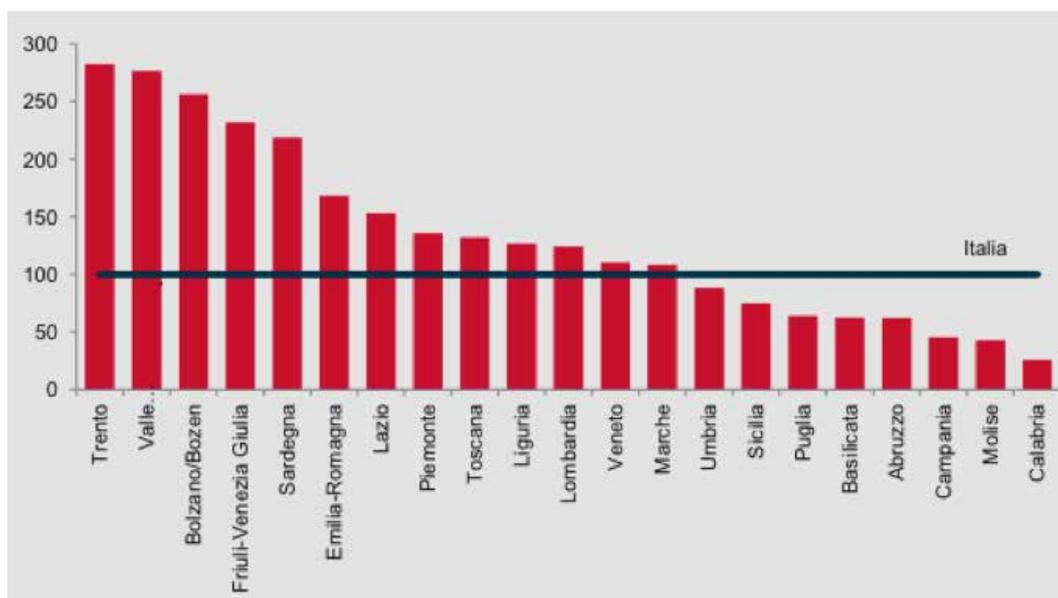


Figura 2 - Spesa sociale dei comuni singoli per regione, pro capite, anno 2011
Fonte: ISTAT 2014

Per le disabilità, la spesa è aumentata di 35 milioni di euro, da 1.594.929.093 euro del 2010 a 1.630.043.404 del 2011, facendo sì che all'interno della spesa sociale complessiva dei comuni sia passata dal 22,4% del 2010 al 23,2% del 2011. Un disabile che vive al Nord beneficia di una spesa annua pari a 5.370 euro, mentre al Sud solo di 777 euro. I principali servizi per i disabili si concretizzano nel sostegno socio educativo scolastico, i centri diurni, le strutture residenziali e l'assistenza domiciliare. Questi ultimi due contano rispettivamente per il 16 e il 14% del totale della spesa complessiva per disabili. Solo 7 disabili su 100 in Italia usufruiscono del servizio di assistenza domiciliare, e le differenze dipendono soprattutto dalle diverse politiche regionali attuate.

La spesa per gli anziani è diminuita passando da 1 miliardo e 492 milioni (2010) a un 1 miliardo e 388 milioni (2011). Quella pro capite per gli anziani è passata da 122 euro a 112 euro, questo anche per il naturale ampliamento della platea dei beneficiari, causato dall'innalzamento dell'età. Anche in questo caso si registrano differenze notevoli tra Nord e Sud (figura 3). La spesa pro capite al Sud è di 51 euro contro un valore massimo di 157 euro al Nord est. Notevole è la varietà di prestazioni (non solo tra comuni appartenenti a regioni diverse ma anche alla stessa regione), prodotte direttamente o, soprattutto, attraverso appalti alla cooperazione sociale: quelle riconducibili ai servizi domiciliari³ (figura 4), al ricovero nelle strutture residenziali e semiresidenziali, alle forme di sostegno al *caregiving* familiare (voucher⁴, assegni di cura e/o buoni sociali⁵), per i servizi di

3 La copertura dei servizi domiciliari integrati (Adi) è nell'ordine di 520mila anziani in carico, con una media di 22 ore di assistenza pc per anno.

4 Sulla scorta di esperienze precedenti i voucher sono stati introdotti dalla legge 328 del 2000, la quale afferma che "i comuni possono prevedere la concessione, su richiesta dell'interessato di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali" (art. 17). Il voucher è visto come uno strumento in grado di ampliare la libertà di scelta dei cittadini che richiedono assistenza e come stimolo alla creazione di una competizione virtuosa tra i diversi fornitori delle prestazioni. Esso presuppone una presa in carico da parte del servizio pubblico con la predisposizione di un piano assistenziale personalizzato. I soggetti erogatori possono essere pubblici e privati, profit e non profit.

5 Il buono è un titolo per mezzo del quale si riconosce e sostiene, prioritariamente, l'impegno diretto dei familiari o appartenenti alle reti di solidarietà nell'accudire in maniera continuativa un proprio congiunto in condizione di

matching tra domanda e offerta di assistenza familiare⁶ (badantato), ecc. (Politiche sanitarie 2015).

Gli anziani che usufruiscono dell'assistenza domiciliare socio assistenziale sono una quota molto ridotta. Meno del 20% delle famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali usufruisce di servizi pubblici a domicilio.⁷ Quelli a pagamento non arrivano al 10% dei potenziali destinatari. Oltre il 70% sono di fatto le famiglie che non usufruiscono di alcun tipo di assistenza domiciliare, né privata né pubblica. D'altro canto le strutture residenziali comunali o finanziate dai comuni arrivano a coprire solo lo 0,8% della popolazione anziana.⁸

Il resto del fabbisogno è garantito dalle famiglie: in particolare dalle donne *caregiver* informali, ovvero dalle stesse persone colpite dalle limitazioni funzionali. Come sopra riportato la quota di famiglie che hanno almeno una persona con limitazioni funzionali è pari all'11,4%. Nella maggioranza dei casi (53,8%) è un componente della famiglia che si fa carico delle persone con difficoltà funzionali. Il rimanente 46,2% di queste famiglie è invece composto esclusivamente da persone con limitazioni funzionali, che vivono sole (40%) o con altre persone nella stessa condizione (6,2%). Il 13,5% delle persone con limitazioni funzionali che sono sole e il 20,2% delle famiglie in cui tutti i componenti hanno difficoltà funzionali dichiarano di aver dovuto rinunciare all'assistenza domiciliare non sanitaria per motivi economici o perché i servizi pubblici non l'hanno ancora concessa. [Istat e Regione Piemonte 2014]

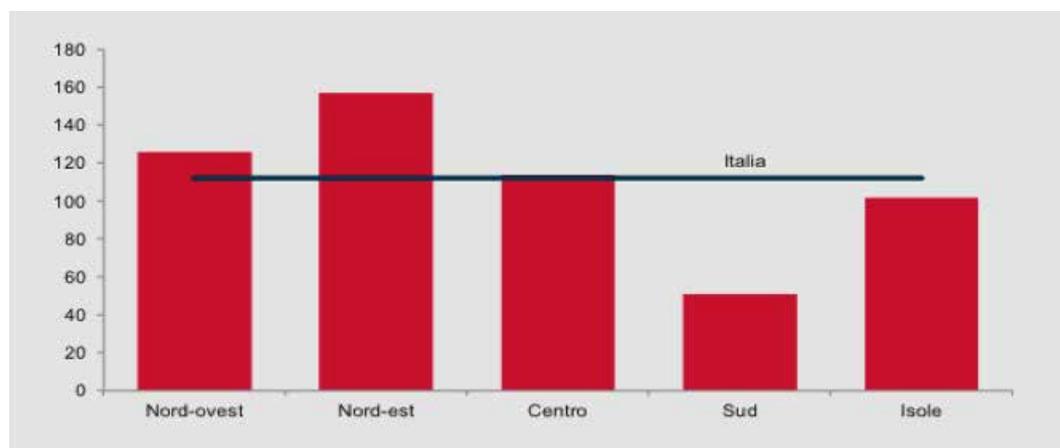


Figura 3 - Spesa pro capite per interventi e servizi sociali dei comuni nell'area anziani per ripartizione geografica, anno 2011

fragilità.

6 Le assistenti familiari, regolari e irregolari – facendo una media tra le stime elaborate da Irs, Censis, Caritas Italiana, ecc. – sono circa 1 milione di persone (pari al 150% dei dipendenti del SSN); la crisi economica sta influenzando in modo significativo sulle caratteristiche del fenomeno (contrazione del rapporto di lavoro regolare e aumento del sommerso; aumento del rapporto a ore rispetto alla co-residenza; aumento delle assistenti italiane rispetto a quelle straniere; ecc.)

7 Nelle realtà dove più consistente e strutturata è l'offerta (es. E. Romagna e Lombardia), su una spesa media complessiva di circa 1.120 euro mensili per assistito, la copertura formale non arriva ad 1/3 del totale.

8 L'offerta residenziale (residenze assistenziali, residenze sociosanitarie, residenze sanitarie assistenziali) si può stimare in circa 300mila posti letto, di cui 225mila per non autosufficienti e 76mila per anziani auto o parzialmente autosufficienti; nella sola offerta sociosanitaria, sia residenziale che semiresidenziale, si stimano 242mila posti.

6.2 POLITICHE REGIONALI PER LE NON AUTOSUFFICIENZE

Poco più della metà delle regioni si è dotata, a partire dai primi anni dello scorso decennio, di uno strumento di programmazione pluriennale dedicato alla non autosufficienza. Quasi sempre, il processo non è stato lineare.⁹ Alcune sono partite dal regolamento del proprio fondo regionale per adottare poi strumenti più complessi. Altre, a seguito di sperimentazione, hanno costruito un programma che ricomponesse il ventaglio di azioni in essere. In metà delle regioni impegnate sono stati individuati anche strumenti di programmazione specifici a livello locale. In altri casi la programmazione regionale ha utilizzato i piani locali della programmazione sociale anche per programmare le risorse dedicate alla non autosufficienza. Questo frastagliato panorama¹⁰ trova nelle *policy* includenti e/o strettamente prossime alle non autosufficienze un caso esemplificativo delle spinte intrinsecamente contraddittorie che, ancor più dopo l'approvazione della riforma del Titolo V della Costituzione, manifestano i modelli regionali di welfare:

- per la differenziazione nei modelli perseguiti e nelle retoriche utilizzate per rappresentarli; come risulta dalle seppur diverse classificazioni dei modelli di welfare socio assistenziale e socio sanitario;
- per la convergenza operativa, resa evidente dall'utilizzo di strumenti appartenenti e caratterizzanti i modelli altri, innestati con adattamenti più o meno efficaci nel proprio (vedi voucher);
- il tutto dentro strategie plurime di resilienza nella risposta alla crisi finanziaria e politico istituzionale – leggi federalismo vs. centralismo – che le colpisce.

9 Tra il 2007 e il 2010 sono stati attivati 13 Fondi regionali per la non autosufficienza di diversa portata. Oltre ai finanziamenti finalizzati che derivati dal Fondo Nazionale, alcuni di essi raggruppano risorse regionali di competenza non sanitaria, altri aggiungono anche finanziamenti del sistema sanitario regionale, in alcuni casi si prevede il coordinamento di risorse di provenienza europea. In due casi vengono anche previsti gettiti aggiuntivi provenienti da quote regionali dell'Irpef o da strumenti di capitalizzazione. Nel caso della ricognizione di risorse che afferiscono al sistema sanitario regionale, particolarmente ardua appare la possibilità di distinguere quelle destinate realmente a prestazioni per persone non autosufficienti cercando, oltretutto, di determinarne le quote effettivamente aggiuntive rispetto a quelle storiche. Tuttavia la presenza di specifici Fondi regionali non genera automaticamente degli strumenti di programmazione pluriennale dedicata alla non autosufficienza. Per contro alcune regioni si sono dotate di strumenti di questo genere anche in assenza di un Fondo regionale, come nel caso dell'Abruzzo, del Molise e della Puglia. (Federsanità Anci, 2013)

10 Rispetto al quale è da tenere presente che si utilizzano pure scale di valutazione della condizione di n.a. differenziate. Gli strumenti di valutazione utilizzati in campo socio sanitario per il riconoscimento della titolarità dell'ottenimento delle prestazioni previste dalle normative nazionali e regionali sono: AdI5, IadI, Spmsq, Dmi, Sosia, Sidi, Vita, Vama, Svama, Bina, Aged Plus, Vaor.

Regione	Normativa di riferimento	Indicazioni sulla persona non autosufficiente (NA)
Abruzzo	L.R. 6/2007	Non esiste definizione specifica, ma si fa riferimento nelle linee guida del PSR 2007/2009, a pazienti con pluripatologie, includendo anziani non autosufficienti, le disabilità psicosensoriali, le disabilità fisiche, eccetera.
Basilicata	L.R. 4/2007	Non autosufficienti sono considerate le persone che, per patologie e disabilità, anche correlate all'età, non possono provvedere alla cura di sé e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri (art. 4, c. 2).
Campania	L.R. 8/2003	Non esiste norma specifica per la NA, ma la stessa viene trattata in relazione all'accesso alle RSA (art. 6). Possono accedere alle RSA gli anziani over 65 portatori di deficit funzionali derivati dalla perdita di capacità fisiche e/o psichiche, a seguito di eventi morbosi che determinano situazioni di instabilità e di dipendenza, correlate anche a problematiche di carattere economico e socio ambientale.
Emilia Romagna	D.G.R. 509/2007	Istituito il fondo regionale per la non autosufficienza. Pur non fornendo definizione esplicita della NA si fa riferimento a condizioni di esigibilità, per accedere al fondo, tramite valutazione della persona da parte dell'UVGT se anziano o dell'équipe multi-professionale se disabile o paziente psichiatrico.
Friuli Venezia Giulia	L.R. 6/2006	È non autosufficiente la persona che non può provvedere alla cura di sé e mantenere una normale vita di relazione, senza l'aiuto determinante di altri (art. 41).
Lazio	L.R. 20/2006	È considerata NA la persona anziana, il disabile o qualsiasi altro soggetto che, anche in maniera temporanea, non può provvedere alla cura della propria persona, né mantenere una normale vita di relazione, senza l'aiuto determinante di altri (art. 2, c. 1).
Liguria	L.R. 12/2006	Si definiscono NA le persone con grave disabilità permanente impossibilitate a svolgere le funzioni della vita quotidiana e quelle dedicate alla cura della persona, con difficoltà nelle relazioni umane e sociali, nelle attività strumentali, nella mobilità e nell'uso dei mezzi di comunicazione (art. 46, c. 1).
Lombardia	Circolare regionale 6/2004 e L.R. 23/1999 art. 4, c. 4	Non esiste definizione di NA; si rilevano i livelli di fragilità delle persone anziane attraverso Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza (S.OS.I.A.); per i disabili si utilizza la scheda individuale della persona disabile. Sul piano assistenziale per le persone fragili affette da patologie cronico-degenerative è prevista, tra le altre prestazioni, un voucher socio sanitario utilizzabile per l'acquisto di presatzioni di assistenza domiciliare socio sanitaria integrata.
P.A. Bolzano	L.P. 10/2007	È definita NA una persona incapace di svolgere, in misura rilevante e permanente, le attività della vita quotidiana, una vita psico-sociale e una conduzione dell'economia domestica, a seguito di patologie o disabilità fisiche, psichiche, mentali, e che necessita dell'aiuto regolare di un'altra persona, mediamente per più di due ore al giorno.
P.A. Trento	L.P. 6/1998	L'art. 2 della legge provinciale considera non autosufficiente la persona che non è in grado di provvedere alla cura di sé e di mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto di altre persone.
Piemonte	L.R. 1/2004	L'art. 22, c. 3 individua come NA le persone con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico o psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro.
Puglia	L.R. 19/2006	Non è definita la NA, ma è istituito l'assegno di cura per le situazioni di fragilità derivanti da non autosufficienza e disabilità.

Sardegna	L.R. 2/2007	La legge regionale individua come NA la persona anziana o disabile che non può provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri (art. 34, c. 3).
Toscana	L.R. 66/2008	Si considera NA la persona che ha subito una perdita permanente, parziale o totale, dell'autonomia, delle abilità fisiche, cognitive e relazionali, da qualsiasi causa determinata, con incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone. La NA può essere caratterizzata da disabilità psicofisica e mentale.
Veneto	D.G.R. 3979/1999	La NA è definita attraverso la dimensione multidimensionale con la scheda S.Va.M.A.

Tabella 2

Ricostruire i flussi di finanziamento regionali per la non autosufficienza risulta piuttosto complesso a causa sia dei provvedimenti normativi regionali che differiscono notevolmente tra loro, sia della variabilità nel corso degli anni del Fondo nazionale per le non autosufficienze, sia per il fatto che la materia è stata oggetto anche di finanziamenti straordinari.¹¹

Nella tabella che segue vengono ricostruite le ripartizioni del Fondo nazionale riferite all'anno 2015 (400 milioni di euro, di cui 390 destinati alle regioni, mentre 10 sono destinati a progetti sperimentali in materia di vita indipendente), nonché un sintetico inquadramento delle principali caratteristiche dei modelli regionali di intervento (Agenas 2014). Da evidenziare che i finanziamenti complessivi dei Fondi regionali possono variare significativamente, a seconda delle integrazioni che le singole regioni stabiliscono per quel determinato tipo di *policy*.

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Utenti	Spesa	Spesa media per utente	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 100 persone di età > 64 anni)
Nord-ovest	47.323	89.767.906	1.897	1,4
Nord-est	44.050	90.412.770	2.053	1,8
Centro	20.238	57.912.551	2.862	0,8
Sud	32.525	49.597.222	1.525	1,3
Isole	25.444	57.787.653	2.271	2
Italia	169.580	345.478.102	2.037	1,4

Figura 4 - Assistenza domiciliare socio assistenziale nell'area anziani, anno 2011

Fonte: ISTAT 2014

¹¹ Nel maggio del 2012, il Governo varò il secondo aggiornamento del Piano di Azione e Coesione relativo i fondi comunitari e nazionali già stanziati nell'ambito di programmi operativi nazionali e interregionali. Nell'ambito di questa revisione è stata definita la sottopriorità 'Servizi di cura degli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti', finanziata con 330 milioni di euro. Essa era finalizzata: all'offerta di servizi di assistenza domiciliare in un'ottica di integrazione socio sanitaria; alla creazione e al funzionamento di strutture residenziali e semiresidenziali leggere (centri diurni, strutture specializzate per particolari patologie), e interventi per migliorare le competenze di operatori professionali e assistenti familiari; alla sperimentazione di forme innovative, per tutto il territorio nazionale, nella presa in carico personalizzata e di integrazione socio sanitaria.

Regione	Ripartizione fondo nazionale, aggiornamento maggio 2015	Note
Emilia Romagna	30.966.000 euro 7,94%	La legge regionale 2 del 2003 prevede assegni di cura, interventi di sostegno economico e interventi per favorire il lavoro delle persone disabili. Nell'articolo 50 viene istituito il Fondo sociale per la non autosufficienza. Il compito di tale fondo è quello di finanziare le prestazioni e i servizi socio assistenziali e socio sanitari non sostitutivi di quelli sanitari, rivolti a persone non autosufficienti e per i quali è prevista compartecipazione alla spesa da parte degli utenti. La regione, inoltre, fornisce assegni di cura per le seguenti tipologie di persone: non autosufficienti che possono procurarsi le prestazioni autonomamente; famiglie che garantiscono le prestazioni socio sanitarie previste dal programma di assistenza individualizzato; famiglie e persone che accolgono minori in affidamento; famiglie nel cui nucleo vive la persona non autosufficiente; <i>caregiver</i> non conviventi o altre persone non legate da vincoli di parentela ma con legami stabili. Sono, inoltre, forniti interventi di carattere residenziale ed erogazioni di un'ulteriore somma oltre l'assegno di cura per le persone con gravissime disabilità. Nel 2007 sono state istituite altre opportunità assistenziali, che consistono in ricoveri temporanei e di sollievo, iniziative di qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari, servizi di telesoccorso e assistenza, iniziative di sostegno delle reti informali di solidarietà sociale che possono essere definiti come servizi di prossimità per le persone non autosufficienti. Nel 2013, con il DGR 284 sono state definite le indicazioni del Piano sociale sanitario del 2013-2014 che prevedono il sostegno ai <i>caregiver</i> , il rafforzamento generico di quanto stabilito nel 2007 e una serie di interventi a sostegno delle qualificazioni degli assistenti familiari.
F. V. Giulia	8.970.000 euro 2,30%	I servizi e le prestazioni offerti sono stati stabiliti dalla L.R. n. 6 del 2006, con riferimento alle politiche per le persone anziane e per i disabili. Gli interventi previsti riguardano il sostegno della domiciliarità, gli interventi economici sotto forma di assegni per l'autonomia, i contributi per gli aiuti familiari, il sostegno ai progetti di vita indipendente e il sostegno ai progetti sperimentali a favore di persone con gravi problemi di salute mentale. Il Piano sanitario e socio sanitario regionale del 2010 e del 2012, inoltre, ha definito la predisposizione di un Fondo socio sanitario regionale in favore delle persone con disabilità, la continuità assistenziale e della presa in carico dei cittadini, il coordinamento territoriale per garantire livelli di governo efficace e l'introduzione di una modalità di valutazione basata sulle effettive capacità della persona.
Liguria	13.338.000 euro 3,42%	Per quanto concerne le prestazioni e i servizi di competenza di questa regione, nel piano di rientro del 2007-2009 sono state inserite misure a favore della non autosufficienza che prevedono il potenziamento del sostegno alla domiciliarità con l'ampliamento della rete e il potenziamento dei servizi domiciliari di assistenza, il potenziamento della residenzialità e della semi residenzialità e la definizione dell'assegno di servizio che è inteso come un intervento economico per favorire le cure e la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti. Il programma per la non autosufficienza del 2007 definisce, invece, le misure a favore della non autosufficienza che inglobano il sostegno alla domiciliarità, il potenziamento della residenzialità e della semiresidenzialità, l'interazione e l'integrazione tra la rete dei servizi e il lavoro di cura svolto a domicilio; l'erogazione del contributo economico. Dal programma per la non autosufficienza sono stati attivati gli sportelli socio sanitari, le unità di valutazione multidisciplinare, l'adozione del Piano individualizzato di assistenza con l'affiancamento e l'individuazione di un <i>care manager</i> e, infine, l'adozione di un Patto assistenziale con le famiglie e i <i>caregiver</i> di riferimento.

Lombardia	60.645.000 euro 15,55%	Il Piano socio sanitario regionale 2002-2004, 2006-2008 e il DGR n.7/12902 del 2003 hanno precisato le differenze tra buono sociale, voucher sociale e voucher socio sanitario. In particolare: il buono sociale è un contributo in denaro destinato a compensare la famiglia che accudisce autonomamente a domicilio una persona non autosufficiente (famiglia è definita caregiver non professionale); il voucher sociale è un titolo destinato all'acquisto di prestazioni di carattere sociale erogate da operatori sociali (<i>caregiver</i> professionali); il voucher socio sanitario, invece, è titolo destinato all'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio sanitaria integrata, erogata da personale qualificato (<i>caregiver</i> professionali). Nel 2011 è stato, inoltre, avviato un nuovo modello di erogazione dell'assistenza domiciliare integrata incentrato sulla valutazione dei bisogni delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie. Nel 2014 si sono resi indispensabili interventi che hanno mirato a spostare l'attenzione sulla famiglia e sulla persona e che hanno portato alla razionalizzazione della spesa complessiva per orientarla sulla singola persona e sulle loro famiglie e all'integrazione di interventi al fine di evitare la duplicazione degli stessi.
Piemonte	31.278.000 euro 8,02%	Per quanto concerne le prestazioni e i servizi offerti, la regione Piemonte offre a sostegno della domiciliarità il buono famiglia che consiste in un intervento economico a favore di un soggetto in condizioni di non autosufficienza nei casi in cui l'assistenza è prestata da un caregiver informale. L'assegno di cura è un intervento economico a favore della persona non autosufficiente nel caso in cui l'assistenza sia fornita da un caregiver professionale. Il buono servizi è un titolo per l'acquisto di prestazioni specifiche erogate dai fornitori accreditati, tra cui le cure domiciliari di assistenza e i letti di sollievo e i servizi di semi residenzialità. L'obiettivo per il 2012-2015 è quello di realizzare un sistema integrato di pianificazione strategica, di realizzare uno scenario di welfare attivo e di istituire la clinica della memoria. Per i disabili l'obiettivo è quello di migliorare la presa in carico da parte dei servizi distrettuali attraverso un'analisi dei singoli casi.
Toscana	27.651.000 euro 7,09%	Nel 2008 è stato istituito il Fondo per la non autosufficienza e con esso si sono stabiliti i principi fondamentali e gli strumenti per la presa in carico degli anziani. Con il nuovo Piano socio sanitario integrato (2014) ci si pone l'obiettivo di perseguire la salute come risorsa e non come problema, mettere al centro la persona nella sua complessità, aumentare l'equità, perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema e, infine, semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi.
V. d'Aosta	975.000 euro 0,25%	I servizi e le prestazioni offerte si dividono in servizi per anziani e per disabili, in particolare: per gli anziani sono previsti i finanziamenti per prestazioni residenziali pubbliche, private convenzionate e private; prestazioni per servizi semi residenziali; servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI); per i disabili, i servizi diurni, servizi integrativi, servizi residenziali di inserimento continuativo. L'ultimo piano regionale, inoltre, quello del 2006/2008 per la salute e il benessere sociale ha potenziato le attività di assistenza domiciliare, semi residenziale e residenziale.

Veneto	30.342.000 euro 7,78%	La Giunta regionale definisce annualmente l'importo massimo mensile a carico del Fondo per la misura delle prestazioni. Per i beneficiari delle prestazioni a carico del Fondo, l'indennità di accompagnamento è considerata ai fini dell'approvazione del progetto individualizzato; non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa per le prestazioni a carattere semiresidenziale erogate presso i centri diurni a favore dei soggetti disabili. Per i beneficiari delle prestazioni a carattere residenziale, l'importo massimo mensile è ridotto in misura pari alle somme percepite a titolo di trattamento pensionistico, ferma restando la conservazione di una quota del medesimo non inferiore alla somma corrispondente al 25% del trattamento minimo di pensione INPS per i lavoratori dipendenti. Per le prestazioni a carattere residenziale e per la parte di spesa non coperta dai LEA la Giunta adotta un atto di indirizzo che stabilisce i criteri per la compartecipazione alla spesa al fine di assicurare uniformità ed omogeneità agli interventi sul territorio regionale. Qualora le prestazioni erogate siano di natura mista, l'importo massimo mensile è erogato in misura proporzionale alla tipologia degli interventi prestatati. Le prestazioni erogate direttamente dalle amministrazioni locali e dalle aziende ULSS fanno parte delle prestazioni a carico del Fondo e il relativo costo è detratto dall'importo massimo erogabile. Le prestazioni a carico del Fondo sono ridotte proporzionalmente alla soddisfazione dei bisogni della persona e al mantenimento dei servizi in essere di cui la stessa usufruisce in caso di ricovero in struttura ospedaliera per un periodo superiore a trenta giorni e con decorrenza dal trentunesimo giorno (art. 6, L.R. n. 30 del 2009).
Lazio	35.217.000 euro 9,03%	I servizi offerti dalla regione Lazio includono: assistenza domiciliare integrata; servizi di sollievo alla famiglia; dimissioni ospedaliere protette; assistenza domiciliare integrata; interventi di sostegno alla persona disabile e alla famiglia. Il Piano operativo 2013-2015 prevede il potenziamento dell'assistenza residenziale e semi-residenziale per le persone non autosufficienti e anziane.
Marche	11.349.000 euro 2,91%	La regione Marche per il triennio 2012-2015 si propone di riordinare il sistema di cure domiciliari con particolare riferimento all'ADI e di contenere il flusso di istituzionalizzazione dell'anziano non autosufficiente all'interno delle strutture residenziali.
Sardegna	10.794.000 euro 2,76%	Il programma di offerta prevede l'assistenza domiciliare, il sostegno delle responsabilità per la cura di persone non autosufficienti, ai caregiver informali e ai soggetti con particolari patologie.
Umbria	6.786.000 euro 1,74%	Le risorse per la non autosufficienza sono destinate al Piano di assistenza personalizzato, che include l'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale, l'accesso ad una vita indipendente per persone non autosufficienti e la frequenza alle attività scolastiche e formative dei disabili in attività scolastiche e formative.
Basilicata	4.368.000 euro 1,12%	Sono previsti interventi che mirano all'assistenza per l'autonomia delle persone non autosufficienti definite dal Piano regionale sociale, ed è prevista l'erogazione di assegni di cura.
Calabria	13.845.000 euro 3,55%	Gli ambiti di intervento per la non autosufficienza includono il potenziamento dell'ADI con lo sviluppo delle cure palliative domiciliari e dell'ospedalizzazione domiciliare e il potenziamento della residenzialità.
Campania	33.111.000 euro 8,49%	I vari piani regionali hanno avuto come focus il potenziamento delle varie attività e soprattutto di quelle di raccordo tra i diversi funzionali.
Molise	2.691.000 euro 0,69%	Il piano sanitario regionale del 2009-2011 ha previsto il miglioramento dei servizi di prevenzione per i disabili e per gli anziani non autosufficienti.

Puglia	25.506.000 euro 6,54%	Gli assegni di cura sono uno dei servizi associati al consolidamento della rete delle prestazioni domiciliari e i criteri di riparto delle risorse tra i diversi ambiti territoriali; grande attenzione è posta alla verifica degli aventi diritto.
Sicilia	27.651.000 euro 8,36%	La Sicilia propone la distinzione del buono socio sanitario in buono sociale e buono di servizio. Il buono sociale per la regione Sicilia è una provvidenza a supporto del reddito familiare per sostenere un caregiver familiare; il buono di servizio o voucher, invece, è un titolo per l'acquisto di prestazioni da <i>caregiver</i> informali.
Totale	390.000.000 euro	

Tabella 3

6.3 LE PRESTAZIONI INPS A FAVORE DEGLI INVALIDI CIVILI (ESCLUSE QUELLE PER CIECHI E SORDOMUTI)

Si considerano mutilati e invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo (compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico o per insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali), che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età (art. 2 L. 118/1971). Ai soli fini dell'assistenza socio sanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati e invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età (art. 6 D.lgs. 509/1988). Non rientrano tra gli invalidi civili: gli invalidi di guerra, gli invalidi del lavoro e gli invalidi per servizio, che vengono riconosciuti tali a seguito di cause specifiche derivanti dalla guerra, dalla prestazione lavorativa (per i lavoratori privati) o di un servizio (per i dipendenti pubblici e le categorie assimilate); i ciechi e i sordomuti, per i quali provvedono altre leggi. I soggetti riconosciuti invalidi per servizio (art. 74 L. 469/1961) possono accedere al beneficio dell'indennità di accompagnamento qualora risultino in possesso dei requisiti sanitari previsti per la relativa concessione e non abbiano beneficiato, per il medesimo evento invalidante, di altri trattamenti pensionistici per invalidità di servizio o di altra indennità di accompagnamento (comma aggiunto con l'art. 52 L. 144/1999). Si veda la tabella 4.

Prestazione	Requisiti per il diritto	Titolari
Assegno ordinario di invalidità	Sono richiesti i seguenti requisiti: riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo a causa di infermità o difetto fisico o mentale; almeno 260 contributi settimanali (cinque anni di contribuzione e assicurazione) di cui 156 (tre anni di contribuzione e assicurazione) nel quinquennio precedente la data di presentazione della domanda. Non è richiesta la cessazione dell'attività lavorativa.	L'assegno ordinario di invalidità è una prestazione economica, erogata a domanda, in favore di coloro la cui capacità lavorativa è ridotta a meno di un terzo a causa di infermità fisica o mentale. Hanno diritto all'assegno di invalidità i lavoratori: dipendenti; autonomi (artigiani, commercianti, coltivatori diretti, coloni e mezzadri); iscritti ad alcuni fondi pensioni sostitutivi ed integrativi dell'assicurazione generale obbligatoria. L'assegno ordinario di invalidità decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda se risultano soddisfatti tutti i requisiti, sia sanitari sia amministrativi, richiesti. È compatibile con l'attività lavorativa ed ha validità triennale. Può essere confermato su domanda presentata dall'interessato entro la data di scadenza. Dopo tre riconoscimenti consecutivi, l'assegno di invalidità è confermato automaticamente, ferme restando le facoltà di revisione. L'assegno ordinario di invalidità, al compimento dell'età pensionabile e in presenza di tutti i requisiti, viene trasformato d'ufficio in pensione di vecchiaia. L'importo viene determinato con il sistema di calcolo: misto (una quota calcolata con il sistema retributivo e una quota con il sistema contributivo); contributivo, se il lavoratore ha iniziato l'attività lavorativa dopo il 31/12/1995.

<p>Pensione di inabilità</p>	<p>Riconoscimento di una invalidità totale e permanente del 100%; dal 18° al 65° anno di età, 65 anni e tre mesi a decorrere dal 1° gennaio 2013, come stabilito dall'art. 18 comma 4, L. n. 111 del 15 luglio 2011 (adeguamento alla speranza di vita, ex art. 12 del D.L. 78/2010 convertito in L. n. 122 del 30 luglio 2010); spetta in misura intera se l'invalido non supera determinati limiti di reddito personali (per l'anno 2013: limite di reddito euro 16.127,30); spetta in misura intera anche se l'invalido è ricoverato in istituto pubblico che provvede al suo sostentamento (L. 33/1980, art. 14 septies); cittadinanza italiana e residenza sul territorio nazionale; cittadini stranieri comunitari iscritti all'anagrafe del comune di residenza (D.lgs n. 30/2007); cittadini stranieri extracomunitari legalmente soggiornanti nel territorio dello stato.</p>	<p>La pensione di inabilità è concessa ai mutilati e invalidi civili di età compresa tra i diciotto e i sessantacinque anni, a cui l'apposita Commissione sanitaria abbia riconosciuto una inabilità lavorativa totale (100%) e permanente (invalidi totali) e si trovino, inoltre, in stato di bisogno economico, siano cittadini italiani e abbiano la residenza in Italia. La pensione viene corrisposta in 13 mensilità e per l'anno 2013 l'importo è pari a 275,87 euro mensili. Dal 01/01/2002 i soggetti di età pari o superiore a 60 anni, in condizioni particolari di reddito, possono avere l'integrazione dell'importo mensile fino a 631,87 euro. La pensione è compatibile con le prestazioni dirette concesse a titolo di invalidità contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio, nonché con gli altri trattamenti pensionistici diretti concessi per invalidità ed è compatibile anche con l'eventuale attività lavorativa. Al compimento del sessantacinquesimo anno di età, l'importo della pensione di inabilità viene adeguato a quello dell'assegno sociale. A decorrere dal 2013 il requisito anagrafico è adeguato agli incrementi di speranza di vita. La pensione di inabilità è compatibile con l'indennità di accompagnamento e con tutte le pensioni percepite a titolo di invalidità.</p>
------------------------------	--	---

<p>Assegno mensile</p>	<p>Riconoscimento di una percentuale di invalidità compresa tra il 74% ed il 99% (fino al 11/03/1992 la percentuale di riconoscimento era compresa tra il 67% ed il 99%); dal 18° al 65° anno di età, 65 anni e tre mesi a decorrere dal 1° gennaio 2013, come stabilito dall'art. 18 comma 4 L. n. 111 del 15 luglio 2011, (adeguamento alla speranza di vita, ex art. 12 del D.L. 78/2010 convertito in L. n. 122 del 30 luglio 2010); spetta in misura intera se l'invalido non supera determinati limiti di reddito personali (per l'anno 2013: limite di reddito 4.738,63 euro); spetta se l'invalido non svolge attività lavorativa (salvo casi particolari); cittadinanza italiana e residenza sul territorio nazionale: cittadini stranieri comunitari iscritti all'anagrafe del Comune di residenza (D.lgs n. 30/2007); cittadini stranieri extracomunitari legalmente soggiornanti nel territorio dello stato.</p>	<p>L'assegno mensile spetta ai mutilati e invalidi civili di età compresa tra i diciotto e i sessantacinque anni, nei cui confronti, in sede di visita medica presso la competente commissione sanitaria, sia stata riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa in misura non inferiore al 74% (invalidi parziali), che siano incollocati al lavoro, si trovino in stato di bisogno economico, siano cittadini italiani e abbiano la residenza in Italia. L'invalido parziale per poter conseguire l'assegno mensile non deve svolgere attività lavorativa. Tale assegno non è più subordinato all'obbligo dell'iscrizione nelle liste di collocamento speciali, ma l'interessato deve produrre all'Inps, annualmente, una dichiarazione sostitutiva che attesti di prestare o non prestare attività lavorativa. Il requisito del mancato svolgimento di attività lavorativa sussiste anche nel caso di impiego presso cooperative sociali o mediante convenzioni quadro, ovvero quando è verificato lo stato di disoccupazione in quanto lo svolgimento di attività lavorativa assicura un reddito annuale non superiore al reddito minimo personale escluso da imposizione che per l'anno 2008 è di euro 8.000,00 per lavoro dipendente e di euro 4.800,00 per lavoro autonomo. L'assegno mensile viene corrisposto per 13 mensilità. La misura dell'assegno mensile è stata uniformata a quella delle pensioni di inabilità degli invalidi totali e, per l'anno 2013, è pari ad euro 275,87 mensili. Dal 01/01/2002 i soggetti di età pari o superiore a 60 anni, in condizioni particolari di reddito, possono avere l'integrazione dell'importo mensile fino a 631,87 euro. Al compimento del sessantacinquesimo anno di età l'assegno mensile viene adeguato all'importo dell'assegno sociale. A decorrere dal 2013 il requisito anagrafico è adeguato agli incrementi di speranza di vita. A decorrere dal 1° gennaio 1982, l'assegno mensile è incompatibile con qualsiasi pensione diretta di invalidità a carico dell'assicurazione generale obbligatoria, delle gestioni sostitutive, esonerative ed esclusive, nonché delle gestioni dei lavoratori autonomi, della gestione speciale minatori e delle altre casse e fondi di previdenza, compresi quelli dei liberi professionisti. È data facoltà all'interessato di optare per il trattamento economico più favorevole. Inoltre, dal 1° gennaio 1991 l'assegno mensile è incompatibile con tutte le prestazioni pensionistiche ottenute a seguito di invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro o di servizio (quindi anche con le pensioni dirette di guerra e con le rendite INAIL). Detta incompatibilità non si applica alle pensioni già in essere, sono così fatti salvi i diritti acquisiti dai minorati civili, titolari di entrambi le prestazioni pensionistiche.</p>
------------------------	--	--

<p>Indennità di accompagnamento</p>	<p>Riconoscimento di una invalidità totale e permanente del 100% accompagnata dalla impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, ovvero impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita e conseguente necessità di un'assistenza continua; spetta al solo titolo della minorazione indipendentemente dall'età e dalle condizioni reddituali; cittadinanza italiana e residenza sul territorio nazionale; cittadini stranieri comunitari iscritti all'anagrafe del Comune di residenza (D.lgs n. 30/2007); cittadini stranieri extracomunitari legalmente soggiornanti nel territorio dello stato.</p>	<p>L'indennità di accompagnamento è stata istituita con la L. 18/1980 e modificata dall'art. 1 della L. 508/1988. Infatti, la prima formulazione aveva dato luogo a difficoltà applicative in quanto, prevedendo la totale perdita della capacità lavorativa, escludeva dal diritto gli invalidi che pur essendo impossibilitati a compiere gli atti quotidiani della vita avessero conservato una residua capacità lavorativa confacente alla loro minorazione. L'indennità di accompagnamento spetta agli invalidi civili totali che per affezioni fisiche o psichiche si trovino anche nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognino di una assistenza continua. L'indennità non è incompatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa ed è concessa anche ai minorati nei cui confronti l'accertamento delle prescritte condizioni sia intervenuto a seguito di istanza presentata dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età. Relativamente ai soggetti ultrasessantacinquenni, non più valutabili sul piano dell'attività lavorativa, il diritto all'indennità è subordinato alla condizione che essi abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni dell'età: impossibilità alla deambulazione autonoma e mancanza assoluta di autosufficienza. L'indennità di accompagnamento spetta agli invalidi che, oltre ai requisiti sanitari predetti, siano cittadini italiani e siano residenti in Italia. Sono esclusi dal diritto all'indennità di accompagnamento gli invalidi che: siano ricoverati gratuitamente in istituto; percepiscano un'analoga indennità per invalidità contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio, salvo il diritto di opzione per il trattamento più favorevole.</p> <p>Analoga all'indennità di accompagnamento è l'indennità di assistenza e di accompagnamento, che è concessa ai titolari di pensione di guerra di prima categoria. Quest'ultima indennità non è compatibile con l'indennità di accompagnamento prevista per gli invalidi civili e per i ciechi civili. L'indennità di accompagnamento concessa agli invalidi civili è compatibile e cumulabile con le pensioni e le indennità di accompagnamento per i ciechi totali e con le pensioni e le indennità speciali per i ciechi parziali (soggetti pluriminorati). Per ricovero gratuito deve intendersi quello con retta o mantenimento a totale carico di un ente pubblico, anche se a tale retta si aggiunga una contribuzione da parte di privati per ottenere un migliore trattamento. Di conseguenza l'indennità compete anche quando il contributo della PA copra soltanto una parte della retta di ricovero. L'indennità di accompagnamento non è corrisposta in caso di ricovero in reparti di lungodegenza o riabilitativi. Continua invece ad essere corrisposta durante i periodi di ricovero per terapie contingenti di durata connessa al decorso della malattia. L'indennità di accompagnamento può essere concessa, a domanda, per i periodi di documentata interruzione del ricovero, purché di durata non inferiore a 1 mese, o durante i periodi di allontanamento dalla struttura di ricovero di durata non superiore al mese. L'indennità è dovuta durante il periodo di detenzione, nella considerazione che in tale periodo non viene meno l'esigenza di assistenza, cui il diritto all'indennità è finalizzato. La misura dell'indennità di accompagnamento per l'anno 2014 è di 505,80 euro ed è corrisposta per 12 mensilità.</p>
-------------------------------------	--	--

Per i minori invalidi sono riconosciute le indennità di accompagnamento minori e le Indennità mensili di frequenza.

Tabella 4 - Le prestazioni Inps per gli invalidi civili
Fonte: www.inps.it

Mensilmente, nel 2014, i percettori delle prestazioni assistenziali sono stati circa 3,7 milioni di persone, di cui 845mila per pensioni/assegni sociali e quasi 2,9 milioni per prestazioni per invalidi civili. Nell'insieme, si tratta del 17,8% dei percettori di

prestazioni Inps. Il 61,4% sono donne. L'importo medio mensile è di 418 euro. Il numero di nuovi percettori di provvidenze per invalidità civile nel 2013 è stato di 487mila persone.

La spesa sostenuta per questo tipo di prestazioni rappresenta il 9,7% della spesa pensionistica lorda, ed è pari a 26,2 miliardi di euro, con un incremento del 4% rispetto al 2013 (+ 1 miliardo di euro). Il 66,8% della spesa assistenziale riguarda i trasferimenti agli invalidi civili (pensioni, assegni, indennità) con 17,5 miliardi di euro (+ 2,6% rispetto all'anno precedente). Di questi, 3,8 sono per pensioni e assegni e 13,6 per indennità di accompagnamento (figura 5).

SPESA PENSIONISTICA ASSISTENZIALE, anni 2013/2014 (milioni di euro)						
		VALORI ASSOLUTI		VARIAZIONI 2014/2013		PESO SUL TOTALE IN %
		2013	2014	Absolute	%	
PRESTAZIONI DI INVALIDITÀ CIVILE	Pensioni	3.657	3.787	130	4	14
	Maggiorazioni sociale su pensioni (1)	17	70	53	312	0
	Indennità di accompagnamento	13.372	13.640	268	2	52
	TOTALE INVALIDITÀ CIVILE	17.046	17.497	451	3	67
ALTRE PRESTAZIONI	Pensioni / Assegni sociali, vitalizi	4.627	4.673	46	1	18
	Pensioni CDCM ante 1989 e relative pensioni di reversibilità	2.367	2.202	-165	-7	8
	Pensionamenti anticipati	1.079	1.769	690	64	7
	Prestazioni varie (2)	46	34	-12	-26	0
	TOTALE ALTRE PRESTAZIONI	8.119	8.678	559	7	33
TOTALE SPESA ASSISTENZIALE		25.165	26.175	1.010	4	100

(1) Maggiorazione sociale in favore dei soggetti disagiati, art. 38 L. 448/2001 (Legge finanziaria 2002)

(2) Inclusa la spesa per pensioni alle ostetriche ex Enpao (3 mln di euro nel 2014) e prestazioni diverse a carico di fondi o gestioni pensionistiche.

Figura 5 - Spesa pensionistica assistenziale (2013-2014)

6.4 TRE STIME DI SPESA COMPLESSIVA PER LTC

L'Italia ha un PIL annuo di circa 1.600 miliardi di euro. Secondo il Rapporto Giarda (2012), poco più della metà (50,6%) serve a coprire la spesa pubblica, ovvero 13.154 euro pro capite (Fosti e Notarnicola 2014). Poco più di un quarto – 7.055 euro, pari a 428 miliardi di euro, ovvero il 27% del PIL –, è destinato al welfare. Altri 1.254 euro (4,8% del PIL) sono invece destinati al pagamento degli interessi sul debito pubblico.

Due terzi della spesa pubblica sono in capo alle amministrazioni centrali, mentre il rimanente terzo a quelle locali. Del 66% del PIL gestito centralmente, il 25% è propriamente in capo alle amministrazioni mentre il resto (41%) dipende dagli enti previdenziali.

Sul lato delle entrate, la tendenza centralistica è ancora più accentuata: il 56% viene raccolto dalle amministrazioni centrali e il 30% dagli enti previdenziali. Le risorse raccolte dagli enti decentrati sono dell'ordine del 13%.

Il profilo brevemente riportato può essere considerato la matrice su cui, sostanzialmente, si riproduce la spesa di LTC. La sua ricostruzione dettagliata, come già anticipato e in parte sviluppato in precedenza, dipende dalle metodologie adottate nell'identificazione e aggregazione dei singoli capitoli, o addirittura parti di essi, di spesa pubblica e delle stime della spesa privata.

Non esistendo nel nostro paese rilevazioni formali di spesa per LTC; quelle elaborate in questi anni da diversi centri di ricerca presentano, come è *naturale aspettarsi, una variabilità significativa, con un intervallo che va dai 48-49 ai 28 miliardi di euro (Politiche Sanitarie 2015).*

Tre, relativamente recenti, costruite con metodologie diverse, portano a risultati non troppo divergenti (28-36 miliardi di euro).

Una analisi *bottom-up* del Cergas Bocconi. Le analisi comparative riguardanti i sistemi di welfare basati su elaborazioni della spesa sociale presentano limiti sia rispetto alla loro significatività, *per la comprensione delle dinamiche dei sistemi di welfare, che alla validità e comparabilità dei dati disponibili. Diversamente, il Cergas Bocconi (Fosti e Notarnicola 2014) ha sviluppato un approccio *bottom-up* centrato sull'analisi della spesa per ambiti di *policy* simili o rivolta agli stessi target sociali. Il metodo implementato si basa su una riclassificazione dei singoli interventi e politiche. In questo modo, sono state identificate sette aree di *policy*, ovvero:*

- pensioni;
- spesa sanitaria;
- lavoro, disoccupazione e incidenti sul lavoro;
- politiche abitative;
- interventi per minori e famiglia;
- interventi per esclusione sociale e povertà ;
- non autosufficienza e invalidità.

Per Francia, Germania, Italia e Regno Unito si sono poi individuati gli interventi destinati a ognuna di queste aree, ricostruendo la spesa aggregata attraverso la somma della spesa per singoli interventi ritenuti afferenti a una determinata area. Ad esempio, per l'Italia il metodo seguito per le persone non autosufficienti ha considerato l'indennità di accompagnamento erogata dall'INPS (non imputandola quindi all'area delle pensioni), così come gli interventi sociosanitari destinati ad anziani e disabili (per esempio, per l'assistenza domiciliare integrata, Adi, o per le residenze sanitarie assistenziali, Rsa), non imputandoli all'area spesa sanitaria, ma a quella non autosufficienza e invalidità. La figura 6 riassume i risultati di questa ricomposizione.

AREE DI INTERVENTO	SPESA DI WELFARE COMPLESSIVA PER AREE DI INTERVENTO (milioni di euro)	SPESA DI WELFARE PRO CAPITE PER AREE DI INTERVENTO (euro)	DISTRIBUZIONE DELLA SPESA PER AREE DI INTERVENTO (%)
Pensioni di anzianità e vecchiaia	228.290	3.755	53,22
Sanità	93.268	1.534	21,74
Interventi per la famiglia e l'infanzia	13.300	219	3,1
Interventi per la NA	33.941	558	7,9
Politiche per il lavoro	37.251	613	8,69
Politiche per l'abitare	394.000	6	0,09
Politiche per la povertà e l'esclusione sociale	22.527	371	5,26
TOTALE	428.971	7.055	100

Figura 6 - Spesa pubblica complessiva per il welfare
Fonte: Fosti e Notarnicola 2014

Ai 34 miliardi di euro di spesa pubblica per non autosufficienze, ne vanno aggiunti altri 2,5 (40 euro pro capite su dati 2005) di spesa *out of pocket*, spesa privata in capo alle famiglie, depurata dai trasferimenti pubblici, come emerge dalla figura 7.

SPESA PER LTC	TOTALE milioni di euro	EURO PRO CAPITE sulla popolazione totale
Spesa delle autorità locali	3.388	56
Spesa sanitaria	11.624	191
Spesa per sicurezza sociale (benefici per invalidità, programmi di assicurazione per LTC, assegni per disabilità e invalidità)	18.928	311
Spesa pubblica complessiva	33.940	558
di cui a livello centrale	30.522	502
di cui a livello locale	3.388	56
Spesa <i>out of pocket</i> stimata	2.432	40
Spesa pubblica totale + <i>out of pocket</i>	36.358	598

Figura 7 - Articolazione della spesa totale per la non autosufficienza
Fonte: Fosti e Notarnicola 2014

L'aggregato di 36,5 miliardi di euro è composto da quasi 19 miliardi di trasferimenti monetari erogati dall'Inps o dallo stato, 11,6 miliardi per servizi socio sanitari in capo al SSN, 3,4 miliardi di spesa comunale per gli interventi a carattere sociale, nonché i 2,5 miliardi appena indicati di spesa *out of pocket*. Da evidenziare che 30,5 miliardi sono determinati centralmente (o, nel caso della spesa SSN, vista la materia concorrente, insieme alle regioni) mentre solo un decimo di questi (3,5 miliardi) sono attribuibili agli enti locali. Rispetto alla popolazione over 65 stimata non autosufficiente (2,3 milioni di persone), sulla base di questa ricostruzione il 97,57% è incluso in almeno un programma di sostegno.

La spesa per non autosufficienza secondo Crea Sanità-Tor Vergata. Il paniere di prestazioni erogate dai diversi comparti e attori coinvolti contempla tre aggregati: le spese pubbliche monetarie, quelle pubbliche con prestazioni in natura, quelle private per servizi di assistenza ad anziani e disabili. La somma porta ad un totale, per il 2012, di quasi 28 miliardi di euro (figure 8 e 9), pari all'1,77% del PIL.

Funzione di spesa/ <i>Spending function</i>	€ mln./ € million	Composizione (%)/ <i>Composition (%)</i>
Spesa totale/Total expenditure	27.742,53	100,00
di cui pubblica per prestazioni in natura/ <i>Public in-kind benefits</i>	8.559,01	30,85
di cui pubblica per prestazioni in denaro/ <i>Public cash benefits</i>	17.054,63	61,47
di cui privata per servizi di assistenza a anziani e disabili/ <i>Private care services to elderly and disabled</i>	2.128,89	7,67

Figura 8

Funzione di spesa/ <i>Spending function</i>	2012
Spesa totale/Total expenditure	1,77
di cui pubblica per prestazioni in natura/ <i>Public in-kind benefits</i>	0,55
di cui pubblica per prestazioni in denaro/ <i>Public cash benefits</i>	1,09
di cui privata per servizi di assistenza a anziani e disabili/ <i>Private care services to elderly and disabled</i>	0,14

Figura 9

Fonte: Crea Sanità Tor Vergata 2014

Nel dettaglio, riguardano:

- a) per i 17 miliardi di prestazioni pubbliche in denaro – *public cash benefit*:
 - per un ammontare di 15,5 miliardi di euro le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti, le erogazioni dei comuni in forma di voucher, assegni di cura e buoni socio sanitari a favore di soggetti non autosufficienti (ossia disabili e anziani); di questi, il 78,55% è rappresentato dalle indennità di accompagnamento, il 20,48% dalle pensioni di invalidità civile ed il residuo 0,97% dai benefici

- economici offerti dai comuni;
- la stima della spesa Inps per i permessi retribuiti previsti dalla L. 104/1992, sia per i dipendenti del settore pubblico che per quelli del settore privato, pari a circa 1,5 miliardi di euro;
- b) per gli 8,5 miliardi di euro di prestazioni pubbliche in natura – *public in kind benefit*:
- il 50,00% l'assistenza residenziale, pari a 4,5 miliardi;
 - il 15,41% l'assistenza domiciliare di tipo sanitario (ADI), pari a 1,3 miliardi;
 - il 12,85% l'assistenza semi-residenziale, pari a 1,1 miliardi;
 - il 10,98% la lungodegenza ospedaliera, pari a 0,94 miliardi;
 - il 7,66% l'assistenza domiciliare di tipo sociale, pari a 0,65 miliardi, di cui 0,48 per assistenza domiciliare socio assistenziale e 0,09 per assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari.

È da evidenziare che il 61,47% è rappresentato dai benefici economici pubblici, a cui segue il 30,85% per le prestazioni in natura pubbliche, e il 7,67% della spesa privata per servizi di assistenza ad anziani e disabili.

Le previsioni secondo il MEF-Ragioneria Generale dello Stato. Secondo il MEF-RGS, in riferimento ai dati pubblicati nel 2015, nel 2014 la spesa totale per LTC (sanitaria, per le indennità di accompagnamento e per altre prestazioni - assistenza in qualsiasi forma rivolta ai tossicodipendenti, agli alcolisti e a coloro che sono affetti da patologie psichiatriche) ha toccato l'1,9% del PIL (1.600 miliardi di euro) circa 30 miliardi. La sola spesa sanitaria per LTC ha rappresentato lo 0,9% del PIL, (il 12,5% della sola spesa sanitaria complessiva), altrettanto è stato consumato per le Indennità di accompagnamento. Due terzi (l'1,32%) della spesa complessiva è stata consumata dagli over 65 (figura 10).

	Totale in %	65 + in %
Componente sanitaria per LTC	0,87	0,52
Indennità di accompagnamento	0,84	0,65
Altre prestazioni LTC	0,19	0,15
Totale	1,9	1,32

Figura 10 - Dati componenti LTC, aggiornamento dati 2014 su dati 2013
Fonte: MEF-Ragioneria Generale dello Stato, 2015

Suddivisa per macro funzioni, la distribuzione (figura 11) conferma la predominanza delle prestazioni monetarie o *cash benefits*, mentre l'altra metà dei consumi è praticamente divisa egualmente tra prestazioni domiciliari e semi residenziali o *at home* e servizi forniti in forma residenziale o *in institution*.

	Totale in %	65 + in %
LTC - A casa	0,5	0,3
LTC - In istituto	0,54	0,36
LTC - Benefit cash	0,86	0,66
Totale	1,9	1,32

Figura 11 - Dati componenti LTC per macro funzioni, aggiornamento dati 2014 su dati 2013
Fonte: MEF-Ragioneria Generale dello Stato, 2015

La spesa pro capite aumenta notevolmente dopo l'80esimo anno di età (figura 12), in particolare per *in institution*. Questo dato conferma la concentrazione della spesa pubblica nell'ultimo periodo di vita, principalmente caratterizzato da polipatologie croniche e perdita di autonomia. Al contempo, esso rinvia anche a scelte personali e familiari di permanenza al proprio domicilio fino a che questo sia possibile, nonché di maggiore propensione dei sistemi pubblici verso modelli di offerta territoriale. Più in generale, con riferimento alla componente sanitaria, il divario di età incide notevolmente a favore delle classi anziane sia sui consumi *residenziali* che non. La componente *altro*, relativa all'assistenza in qualsiasi forma rivolta ai tossicodipendenti, agli alcolisti e a coloro che sono affetti da patologie psichiatriche, è più elevata tra i giovani. Nella divisione tra sessi, la spesa pro capite delle donne risulta più elevata per la componente *residenziale* e quella non, mentre è minore rispetto agli uomini per la componente *altro*. In riferimento all'indennità di accompagnamento la percentuale ultra sessantacinquenne è di gran lunga superiore rispetto alla popolazione più giovane e molto più elevata per le donne. Anche per quanto riguarda le *altre prestazioni LTC*, le erogazioni in denaro risultano superiori rispetto ai servizi offerti e questo vale sia per gli uomini che per le donne.

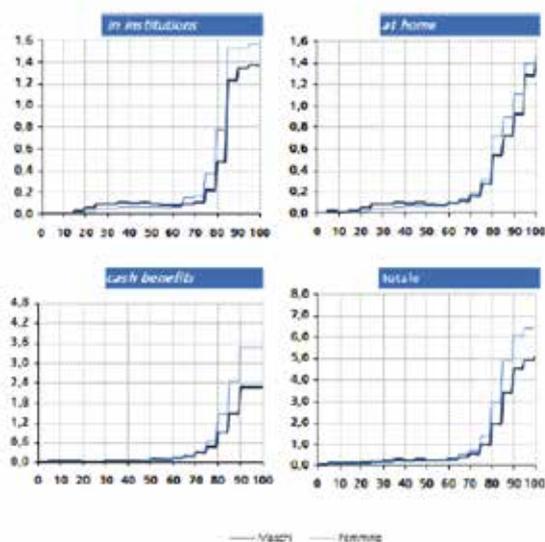


Figura 12 - Dati componenti LTC per macro funzione, aggiornamento dati 2014 su dati 2013 – Divisione per sesso e per età: Valori di spesa pro capite in migliaia di euro.
Fonte: MEF-Ragioneria Generale dello Stato, 2015

Assumendo l'ipotesi, puramente teorica, del *pure aging scenario*, sulla base della

quale si assume l'invarianza nel tempo del profilo dei consumi specifici per età, sesso e tipologia di prestazione e l'adeguamento del costo unitario delle prestazioni al PIL pro capite, ovvero si possono costruire previsioni del rapporto spesa LTC/ PIL in dipendenza delle sole dinamiche demografiche.

Per quanto riguarda la componente sanitaria, questa passerebbe dallo 0,87% del 2013 all'1,38% del 2060, con un aumento di mezzo punto percentuale di PIL. In definitiva, anche se si prevedesse un aumento dei tassi di occupazione, questi non riuscirebbero a contrastare l'effetto di invecchiamento della popolazione. Lo stesso ragionamento prospettico può essere svolto per le indennità di accompagnamento come mostrano le figure 13 e 14.

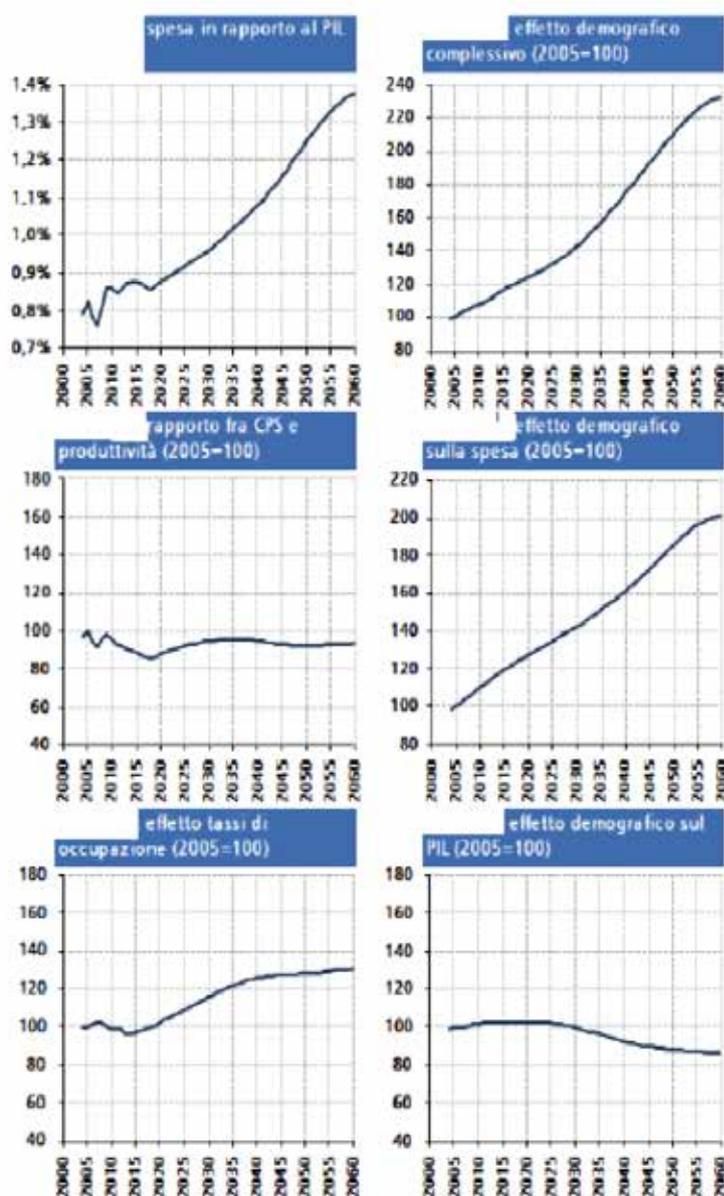


Figura 13 - Previsioni per componente sanitaria spesa pubblica per LTC – Pure aging scenario.

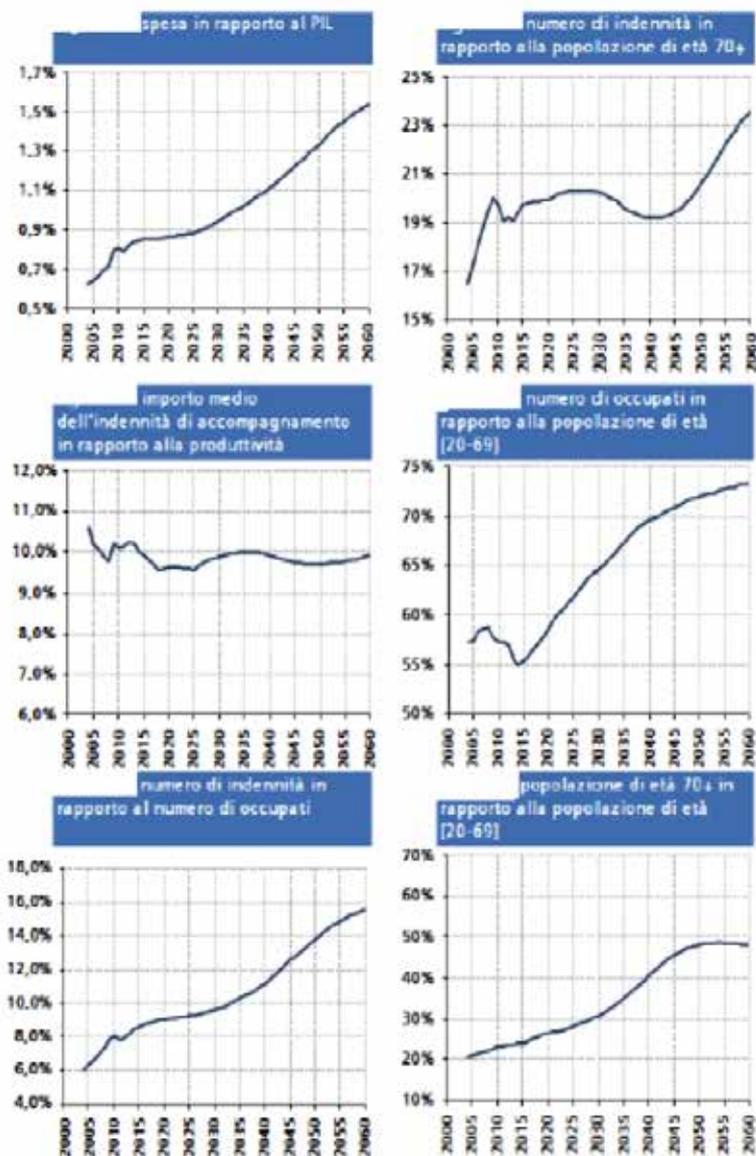


Figura 14 - Previsioni per indennità di accompagnamento spesa pubblica per LTC – *Pure aging scenario*.
 Fonte: MEF-Ragioneria Generale dello Stato, 2015

La curva della spesa per l'indennità di accompagnamento rispetto al PIL risulta piuttosto contenuta fino al 2025. Da quell'anno, inizia significativamente ad aumentare raggiungendo un rapporto pari a 1,5% circa del PIL nel 2060. Significativo che il rapporto tra numero di indennità e occupato passi da 9,3% a 15,5% tra il 2026 e il 2060. Per le *altre prestazioni LTC*, l'incidenza della spesa sul PIL duplica nel 2060 attestandosi ad un valore pari a 0,35%.

In termini complessivi, il PIL destinato alla spesa per LTC aumenterà raggiungendo il 3,3% nel 2060, quindi quasi raddoppiando quello attuale. Considerando la dinamica della distribuzione per componente questa subirà in termini comparati cambiamenti relativi: il comparto sanitario nel 2060 si attesterà attorno al 42%, le *altre prestazioni* attorno all'11%, mentre le indennità di accompagnamento arriveranno al 47%.

BIBLIOGRAFIA

- Agenas (2014), Monitor n.38
- Campedelli M. (2015), *Sanità integrativa e previdenza complementare. Parole chiave*, Care, n.4, 2015
- Censis e Unipol (2014), *Integrare il welfare, sviluppare la white economy 2014*, Roma, 9 luglio
- Crea Sanità (2014), *10° Rapporto Sanità. Investimenti innovazione e selettività: scelte obbligate per il futuro de*, Roma, Crea Sanità e Università Tor Vergata
- Federsanità Anci (2013), *Ricognizione delle azioni programmate per la non autosufficienza. 2007-2010 Rapporto Finale*, Roma, marzo 2013
- Fosti G. e Notarnicola E. (2014), a cura di, *Il welfare e la Long Term Care in Europa. Modelli istituzionali e percorsi degli utenti*, Milano, Egea
- Giarda P. (2012) *Elementi per una revisione della spesa pubblica - versione del 8 maggio 2012*, www.publicpolicy.it/rapporto-giarda-sulla-revisione-della-spesa-pubblica-21839.html
- Istat (2014), *Tendenze demografiche e trasformazioni sociali*, Rapporto annuale 2014
- MEF-Ragioneria Generale dello Stato (2015), *Le tendenze di medio lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario*
- Naa – Network non autosufficienza (2009), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia Rapporto 2009 - Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento*, Rimini, Maggioli
- Politiche sanitarie (2015), *Riconfigurare l'universalismo in sanità? Sanità integrativa e Servizio sanitario nazionale per nuove tutele del diritto alla salute*, numero monografico, 16,1, gennaio-marzo 2015, Roma, Il pensiero scientifico editore
- Regione Piemonte e Istat (2014), *Tutela della salute e accesso alle cure. Anno 2013*, Roma, 12 luglio 2014, www.istat.it



COMMENTI E CONSIDERAZIONI

LA PRODUZIONE DI WELFARE DELLA "AZIENDA FAMIGLIA" E LE SUE PROSPETTIVE

7

Massimo Campedelli, SSSUP Sant'Anna, Pisa



Attraverso l'utilizzo dei trasferimenti monetari, ovvero di risorse proprie, per l'acquisto più o meno legale di servizi, nonché con una considerevole attività di autoproduzione, soprattutto grazie al lavoro femminile non riconosciuto come tale, le famiglie italiane hanno garantito e continuano a garantire una capacità di approvvigionamento di prestazioni/servizi di welfare notevole.

Nella discussione¹ e nelle azioni pubbliche², nel corso degli ultimi quaranta anni (dalla metà anni '70), in tema di crisi del *welfare state* e delle sue possibili/necessarie riforme, l'eventualità che le famiglie possano progressivamente non essere più in grado di svolgere questa funzione è stata però raramente tematizzata.

Si è spesso, e anche giustamente, posta l'attenzione sul fatto che le riforme del welfare pubblico impattassero pesantemente sulla loro capacità di *care* e di contenimento dell'esclusione sociale, ma, nella stragrande maggioranza dei casi, si è implicitamente o esplicitamente assunto il presupposto che comunque

1 Basti ricordare che il volume di A. Ardigò, *Crisi di governabilità e mondi vitali*, pubblicato da Cappelli di Bologna, e nel quale si affrontano le ragioni della crisi dei sistemi di welfare degli anni immediatamente precedenti è del 1980. Per quanto riguarda poi il dibattito successivo, solo a titolo di esempio, e consapevoli della notevole eterogeneità (epistemologica) delle prospettive di lettura e dei concetti utilizzati, elenchiamo alcune definizioni che hanno per così dire segnato questo dibattito a partire dagli anni '90: welfare *municipale* [Campedelli 1996, 1997; Ferioli 2003]; welfare *mix* [Fazzi 1998] e *nuovo welfare mix* [Esping Andersen 2011]; welfare *post-fordista* [Crouch 2007]; welfare *delle opportunità e delle responsabilità* [Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 2009]; welfare *mutualistico e cooperativo* [Alberani e Marangoni 2009]; stato sociale *protettore* [Castel 2010]; welfare delle *capacità* [Paci e Pugliese 2011]; *secondo welfare* [Ferrera e Maino 2011; Bianchi 2011; Maino 2012]; welfare *sussidiario* [Fiorentini 2006; Zamagni 2011]; *nuovo welfare* [Zamagni 2010; De Vincenti 2011; U. Ascoli e Aii 2011], ; welfare *community* [Folgheraiter e Donati 1991; Giunta 2011]; welfare *generativo* [Zancan 2012]; welfare *contrattuale e aziendale* [Gori 2012; AaVv 2012]; welfare dei *funzionamenti* [Montebugnoli 2013]; welfare *invisibile* [Ambrosini 2013]; innovazione sociale [Abburà et al. 2011; Legacoopsociali 2013].

2 Ovviamente, alla base di tali tentativi di riforma vi sono stati cambiamenti strutturali rilevanti. A fondamento del progetto di welfare nazionale post bellico vi erano alcuni presupposti/obiettivi societari, quali: il lavoro maschile a tempo indeterminato, salariato, per tutta la vita, principio ordinatore della società e delle antropologie che la compongono; il lavoro femminile di cura/riproduttivo, come *accessorio* complementare del primo, incardinato negli stessi principi; la famiglia come istituzione portante, in termini di stabilità relazionale e di sostenibilità nella risposta ai bisogni primari; la visione della crescita economica più o meno costante, governata dagli stati, senza problemi di sostenibilità ambientale; l'allargamento e consolidamento del ceto medio in quanto condizione per l'aumento dei consumi e fonte di legittimazione della democrazia. Questi presupposti, si sa, oggi non sono più dati, anzi: il lavoro è sempre più risorsa scarsa e *volatile*; tra lavoro produttivo maschile e femminile è in atto un'inversione dei relativi trend; l'economia nazionale ed europea è, seppur con alcune differenze, in stagnazione-recessione ed è difficile intravedere un ritorno ai livelli pre-crisi; la globalizzazione economica e finanziaria si è imposta sulle (capacità di governo) politiche nazionali; l'assottigliamento dei ceti medi si accompagna alla emersione di vecchie e nuove forme di populismo; tutto questo dentro un contesto in cui i legami societari (relazioni, produzioni, consumi, apprendimenti, forme di partecipazione politica, ecc.) sono sempre più virtualizzati o comunque mediati tecnologicamente.

sarebbero state in grado, seppur con grandi sacrifici non equamente distribuiti al proprio interno o con forti rischi di impoverimento o di peggioramento del proprio tenore di vita, di garantire quella funzione.

Opportunismi politici o contrapposizioni ideologiche hanno fatto sì che il dibattito si polarizzasse sul pro o contro la famiglia, meno o per nulla sul se e per quanto le famiglie italiane potessero e possano garantire quanto riescono a fornire ai propri congiunti. Per usare un termine oculistico, si potrebbe dire che la discussione e l'azione pubblica hanno sofferto di emianopsia, ovvero di visione ristretta, parziale, limitata, delle condizioni di tenuta complessiva di tutto il sistema di welfare. Si è voluto vedere solo una parte della realtà?

L'impegno quotidiano degli operatori sociali e sanitari è invece ricco di evidenze e di consapevolezze della indispensabile complementarità tra i *due welfare*, cioè del fatto che senza il primo – quello familiare/informale – non risulterebbe sostenibile l'altro, così come viceversa. In altri termini, l'impatto di una crescita, come ipotizzabile sulla base dei dati sociodemografici ed epidemiologici riportati in questo volume (capp. 5 e 6), potenzialmente esponenziale di domanda di prestazioni pubbliche a causa della riduzione della copertura familiare, avrebbe come conseguenza, peraltro con rilevanti rischi di inappropriata vista la minore flessibilità/adattabilità, o l'ulteriore riduzione della platea di fruitori (selettività/residualità), oppure la riduzione del paniere dei servizi/prestazioni (razionamento esplicito o implicito).

La proposta *La dote e la rete* (parte Prima), da questo punto di vista, può essere considerata una soluzione, non alternativa, bensì complementare e integrativa con l'esistente, attraverso la quale meglio gestire la mancanza, prima ancora che di risorse, di capacità di utilizzo e gestione di tali risorse da parte delle famiglie sempre più mono personali, invecchiate, con reti primarie molto dilatate e distanziate o altrettanto invecchiate.

Essa, al contempo, risulta innovativa anche dal punto di vista dell'approccio teorico a cui può essere ricondotta, in quanto dispositivo che rinvia ad una vera e propria riconfigurazione del modello (o della frammentazione regionale dei modelli) di risposta oggi praticato. Giorgio Fiorentini (cap. 3), nel suo contributo presentato in questo documento, ne dà una stimolante interpretazione a partire da un approccio economico aziendale. Ugo Ascoli (cap. 8) ne sottolinea gli aspetti legati al rapporto tra fruitore ed erogatore.

Un'ulteriore chiave interpretativa a cui può essere associata questa proposta, vista anche l'attenzione crescente che riscuote, è quella del c.d. *secondo welfare*, rispetto alla quale essa però problematizza i presupposti, evidenziandone le criticità a cui il secondo welfare non riesce ancora a trovare una soluzione efficace.

Afferma Maurizio Ferrera nell'introduzione al *Secondo rapporto sul secondo welfare*, pubblicato nel 2015:

“Rispetto ad altre categorie (per esempio welfare di comunità, *welfare mix*, welfare civile), quella di secondo welfare ha due vantaggi. Ha una connotazione più generale, priva di delimitazioni territoriali o organizzative. Ed è un concetto relazionale, che getta un ponte immediato con la sfera del primo welfare. Il

secondo welfare non si sostituisce al *welfare state* nella sua accezione classica, ma ne è un complemento, un'aggiunta. Interviene laddove il primo è lacunoso o addirittura assente; soprattutto, integra gli schemi e i programmi pubblici già esistenti, accrescendo così la capacità di risposta a rischi e bisogni sociali. Nel secondo welfare sono certo ricomprese le molte iniziative legate ai territori e alle comunità locali; le azioni che emergono dal basso, dalla società civile e dalle varie associazioni intermedie; quelle che poggiano su nuove combinazioni fra soggetti pubblici, privati e non profit. Ma al suo interno si collocano anche il welfare privato *tout court* (per esempio quello assicurativo) nonché quello aziendale e contrattuale. Si ritrovano le prime, innovative esperienze di collaborazione transfrontaliera o transnazionale (per esempio fondi pensione *cross-border*). Ci sono i social impact bonds e le tante iniziative attraverso cui soggetti tradizionali del primo welfare s'ingegnano per trovare risorse e coinvolgere attori non pubblici nello svolgimento delle proprie funzioni. Il concetto di secondo welfare resta aperto dal punto di vista descrittivo e neutro dal punto di vista valutativo. Non ha preclusioni ideologiche. Poggia su assunti insieme pluralisti e critici. L'obiettivo del welfare è quello di rispondere ai bisogni delle persone, accrescere le loro chance di vita. Per svolgere adeguatamente queste funzioni, l'intervento dello Stato è imprescindibile. Ma non può essere esaustivo.”

Al contempo, però, sempre Ferrera riconosce che:

“Nei paesi continentali e sudeuropei, il “diamante” del welfare (stato, mercato, famiglia, associazioni intermedie) si è storicamente configurato in maniera più complessa e meno ordinata, peraltro scaricando sulla famiglia un eccesso di responsabilità di cura. Anche in questi paesi l'espansione del secondo welfare è stata impetuosa nell'ultimo quindicennio. Le tante sfaccettature del diamante hanno moltiplicato i punti di accesso, le opportunità di incastro fra primo e secondo welfare. Nei sistemi pubblici del sud Europa, poi, le tante lacune di copertura (sia rispetto a tipologie di bisogni, sia rispetto a categorie di beneficiari), combinandosi con la crisi economica, hanno stimolato l'attivismo di moltissimi attori. Non sempre però gli incastri hanno dato luogo a esiti virtuosi. E il sovraccarico delle famiglie è stato appena scalfito. Di qui la necessità di non smarrire, nei nostri paesi, la prospettiva critica.”

Le note che seguono vogliono offrire elementi per sostenere tali giudizi in funzione di una successiva e più sistematica riflessione in merito. Nel farlo utilizzeremo, quando necessario, dati e informazioni già riportati in altri capitoli di questo volume, in particolare il 5° e il 6°.

7.1 NEL PROSSIMO FUTURO, LE FAMIGLIE?

Le evidenze disponibili ci mettono di fronte a tre dinamiche concentriche (o vere e proprie sindromi) che, in tema di non autosufficienza e di domanda sociosanitaria gravosa, stanno via via mettendo in crisi la capacità di risposta delle famiglie italiane:

- quelle di semplificazione, assottigliamento, invecchiamento delle strutture familiari (sindrome da indebolimento strutturale); basti qui ricordare che : nel 2013 i bambini iscritti all'anagrafe sono stati meno di 515mila, questo dato differisce di 12 mila unità rispetto al minimo storico delle nascite del 1995; le coppie con figli stanno diminuendo: circa 320mila in meno rispetto al 2006-2007, cfr. 2012-2013, il 34,6% del totale cioè poco più di un terzo; aumento delle famiglie senza figli; attualmente 4 milioni e 852mila, con un incremento che va dal 28,7 al 29,3%, che in termini assoluti è pari ad un aumento di 165mila unità; tra il 2006-2007 e il 2012-2013, sono inoltre aumentate del 23,1% le famiglie unipersonali, pari a 7,5 milioni ovvero al 30,2% delle totale delle famiglie italiane; quasi la metà di queste famiglie, il 48,7%, è formato da persone anziane di oltre 65 anni, per la maggior parte donne; nel 2012-2013 sono aumentate anche le famiglie unipersonali composte da single non vedovi, che oggi sono pari a 4,4 milioni, esattamente 1 milione in più rispetto al periodo 2006-2007; a ciò si accompagna un aumento delle famiglie composte da un unico genitore non vedovo³;
- quelle di sovraccarico del *caregiving* familiare (sindrome da lavoro di cura e impoverimento); secondo i dati raccolti, la quota di famiglie che hanno almeno una persona con limitazioni funzionali è pari all'11,4%; nella maggioranza dei casi (53,8%) è un componente della famiglia che si fa carico delle persone con difficoltà funzionali; il rimanente 46,2% di queste famiglie è invece composto esclusivamente da persone con limitazioni funzionali, che vivono sole (40%) o con altre persone nella stessa condizione (6,2%); il 13,5% delle persone con limitazioni funzionali che sono sole e il 20,2% delle famiglie in cui tutti i componenti hanno difficoltà funzionali dichiarano di aver dovuto rinunciare all'assistenza domiciliare non sanitaria per motivi economici o perché i servizi pubblici non l'hanno ancora concessa;
- quelle della copertura socio assistenziale comunale (risicata, diseguale e in riduzione); in una specie di combinato disposto con le tendenze appena riportate, i dati sulla spesa comunale sono alquanto problematici:
- quella dei comuni nel 2011 è stata di 7 miliardi e 27 milioni di euro, con un calo dell'1% rispetto al 2010 (da 117,8 a 115,7 euro pro capite); al Sud il calo è stato del 5%;
- la variabilità regionale/territoriale quindi non solo non è stata compensata ma si è cronicizzata/acutizzata: in termini di spesa pro capite si va dai 50 euro della Calabria ad oltre 250 in provincia di Trento; altrettanto rilevante

³ A livello comunitario, uno studio finanziato dalla Commissione europea nel 2008 (<http://www.felicie.org/>) esaminò in nove paesi europei - Germania, Belgio, Finlandia, Francia, Italia, Paesi Bassi, Portogallo, Repubblica Ceca e Regno Unito - la probabile evoluzione delle strutture familiari degli anziani fino al 2030. Tra i risultati più significativi il cambiamento della rete familiare a causa di sotto la spinta di due tendenze, in parte contrastanti: il declino della vedovanza e la crescita dei divorzi. Per gli anziani, ma soprattutto per i grandi anziani, seppur con una presenza di figli *baby boomer* a cui far riferimento, la loro lontananza, il loro invecchiamento medio e il peggioramento delle condizioni del coniuge, porranno comunque seri problemi di domanda di assistenza.

la variabilità nella spesa pubblica pro capite per disabilità con un range di quasi 8 volte tra il nord, con 5.370 euro, e il sud con 777 euro; così come la spesa per gli anziani che in generale è diminuita (da 1 miliardo e 492 milioni a 1 miliardo e 388 milioni, cioè da 122 a 112 euro pro capite) con un differenziale tra sud e nord est di 51 vs. 157 euro;

- sul piano della copertura di prestazioni (considerando come ovvio anche in questo caso una notevole variabilità non solo tra comuni appartenenti a regioni diverse, ma anche alla stessa regione) abbiamo che: solo 7 disabili su 100 in Italia usufruiscono del servizio di assistenza domiciliare; meno del 20% delle famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali usufruisce di servizi pubblici a domicilio, mentre quelli a pagamento non arrivano al 10% dei potenziali destinatari;
- oltre il 70% sono di fatto le famiglie che non usufruiscono di alcun tipo di assistenza domiciliare, né privata né pubblica; d'altro canto, le strutture residenziali comunali o finanziate dai comuni arrivano a coprire solo lo 0,8% della popolazione anziana.

7.2 L'INCONTENIBILE CRESCITA DELLA SPESA ASSISTENZIALE INPS

Parallelamente, nonostante le misure messe in atto per verificare l'effettiva titolarità dei richiedenti diritto e contenere l'elargizione delle prestazioni assistenziali monetarie in capo all'Inps, la spesa e il numero di soggetti coperti da tali prestazioni è ovviamente in crescita.

Nel 2014, i percettori delle prestazioni assistenziali (assegno ordinario di invalidità; pensione di inabilità; assegno mensile; indennità di accompagnamento) sono stati circa 3,7 milioni: 845mila i percettori di pensioni/assegni sociali e quasi 2,9 milioni quelli di prestazioni per invalidi civili. Il 61,4% del totale sono donne e l'importo medio mensile è stato di 418 euro. Da evidenziare che, nonostante l'azione di contenimento/razionamento, il numero di nuovi percettori di provvidenze per invalidità civile nel 2013 è stato di 487mila persone.

La spesa sostenuta per questo tipo di prestazioni è stata pari a 26,2 miliardi di euro, (+ 4% rispetto al 2013, circa 1 miliardo di euro in più). Il 66,8% riguarda i trasferimenti agli invalidi civili (pensioni, assegni, indennità), con 17,5 miliardi di euro complessivamente spesi (+ 2,6% rispetto all'anno precedente), di cui 13,6 miliardi per indennità di accompagnamento (tabella 1).

	Numero prestazioni	Importo medio mensile (euro)	Numero pensioni - variazioni 2014/2013 in %	% prestaz. / tot. prestaz.
Pensioni / Assegni sociali	845.824	419,2	1,2	22,7
Prestazioni invalidi civili	2.885.802	418,2	1,7	77,3
Prestazioni assistenziali	3.731.626	418,4	1,6	100

Tabella 1
Fonte: Inps 2015

7.3 UNA SOTTOLINEATURA: L'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO COME SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE?

Questi 13,6 miliardi di euro spesi per l'indennità di accompagnamento, a ben notare, sono quasi il doppio di tutta la spesa sociale complessiva stanziata dai comuni italiani e ben 10 volte quella stanziata dagli stessi per l'insieme dei servizi per anziani. Questo a sostegno della tesi, vera ma ancora una volta parziale, del forte sbilanciamento monetario della nostra politica sociale e della relativa marginalità della spesa sociale *in kind* dei comuni. Come poi vedremo, infatti, se a queste voci si aggiungono quelle imputabili ai bilanci della sanità e quelle a carico direttamente alle famiglie (*out of pocket* o intermedie da fondi, mutue e assicurazioni), l'aggregato complessivamente considerato manifesta una minore rilevanza della prima valutazione mentre rafforza notevolmente la seconda.

Prima però di proseguire in tale disanima, è doveroso evidenziare un tratto significativo della indennità di accompagnamento⁴, ovvero la sua fungibilità/adattabilità nel corso del tempo.

Misura nata nel 1980, nella fase conclusiva della cosiddetta stagione delle riforme, era stata concepita come compensativa e integrativa di quanto complessivamente si era arrivati a garantire (in termini di norme) alle persone disabili (in quegli anni la non autosufficienza degli anziani era praticamente assente dal dibattito pubblico). Da qui, cioè a solo titolo della minorazione, essa viene ancora oggi erogata indipendentemente dall'età e dalle condizioni reddituali. Essa è altresì considerata l'unica misura assistenziale propriamente universalistica presente nel nostro ordinamento.

In termini più precisi, l'indennità di accompagnamento:

- è stata istituita con la L. 18/1980 e modificata dall'art. 1 della L. 508/1988. La prima formulazione aveva dato luogo a difficoltà applicative in quanto, prevedendo la totale perdita della capacità lavorativa, escludeva dal diritto gli invalidi che pur essendo impossibilitati a compiere gli atti quotidiani della vita avessero conservato una residua capacità lavorativa confacente alla loro minorazione;
- spetta agli invalidi civili totali che per affezioni fisiche o psichiche si trovino anche nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognino di una assistenza continua;
- non è incompatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa ed è concessa anche ai minorati nei cui confronti l'accertamento delle prescritte condizioni sia intervenuto a seguito di istanza presentata dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età; relativamente ai soggetti ultrasessantacinquenni, non più valutabili sul piano dell'attività lavorativa, il diritto all'indennità è subordinato alla condizione che essi

⁴ I requisiti attualmente previsti per il suo ottenimento sono: riconoscimento di una invalidità *totale e permanente del 100% accompagnata dalla impossibilità* di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, ovvero impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita e conseguente necessità di un'assistenza continua; cittadinanza italiana e residenza sul territorio nazionale; cittadini stranieri comunitari iscritti all'anagrafe del comune di residenza (D.lgs n. 30/2007); cittadini stranieri extracomunitari legalmente soggiornanti nel territorio dello stato.

abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni riconducibili all'età: impossibilità alla deambulazione autonoma e mancanza assoluta di autosufficienza;

- esclusi dal diritto sono gli invalidi che: siano ricoverati gratuitamente in istituto; percepiscano un'analogo indennità per invalidità contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio, salvo il diritto di opzione per il trattamento più favorevole; per ricovero gratuito deve intendersi quello con retta o mantenimento a totale carico di un ente pubblico, anche se a tale retta si aggiunga una contribuzione da parte di privati per ottenere un migliore trattamento; di conseguenza, l'i.d.a. compete anche quando il contributo della PA copra soltanto una parte della retta di ricovero;
- non è corrisposta in caso di ricovero in reparti di lungodegenza o riabilitativi; continua invece ad essere corrisposta durante i periodi di ricovero per terapie contingenti di durata connessa al decorso della malattia; può essere concessa, a domanda, per i periodi di documentata interruzione del ricovero, purché di durata non inferiore a 1 mese, o durante i periodi di allontanamento dalla struttura di ricovero di durata non superiore al mese.
- analoga all'indennità di accompagnamento è l'indennità di assistenza e di accompagnamento, che è concessa ai titolari di pensione di guerra di prima categoria; quest'ultima non è compatibile con l'indennità di accompagnamento prevista per gli invalidi civili e per i ciechi civili; mentre, se concessa agli invalidi civili, è compatibile e cumulabile con le pensioni e le indennità di accompagnamento per i ciechi totali e con le pensioni e le indennità speciali per i ciechi parziali (soggetti pluriminorati);
- durante il periodo di detenzione è dovuta, nella considerazione che in tale periodo non venga meno l'esigenza di assistenza, cui il diritto all'indennità è finalizzato.

Senza la pretesa di esaurire il ricco e non semplice dibattito sulla corretta interpretazione della norma, ci sembra sia possibile sostenere che sotto la pressione di una transizione demografica ed epidemiologica rispetto alla quale il nostro paese risulta fortemente inadeguato⁵, da misura per disabili che potevano *anche* lavorare è divenuta – soprattutto – una misura per pensionati grandi anziani non più in grado di essere autonomi nella propria vita quotidiana. Come dire: da un finalismo orientato a supportare l'autonomia del soggetto, ad un altro orientato a supportare l'assistenza – familiare – dello stesso.

Tale giudizio ci pare trovi conferma nella sentenza della Corte di Cassazione n. 1268 del 21 gennaio 2005, nella quale si ribadisce che “[...] la situazione di non autosufficienza, che è alla base del riconoscimento del diritto in esame, è caratterizzata, pertanto, dalla permanenza dell'aiuto fornito dall'accompagnatore per la deambulazione, o dalla quotidianità degli atti che il soggetto non è in

⁵ “Nonostante la buona qualità dell'assistenza sanitaria, alcuni indicatori sono negativi per bambini e anziani. Gli indicatori di qualità dell'assistenza primaria e ospedaliera in Italia rimangono al di sopra della media OCSE in molte aree nonostante i livelli di spesa sanitaria inferiori ad altri paesi OCSE ad alto reddito. Tuttavia, l'Italia rimane arretrata rispetto ad altri paesi sull'assistenza agli anziani e la prevenzione delle malattie non trasmissibili. L'aspettativa di vita in Italia, 82,8 anni nel 2013, è la quarta più alta nell'area OCSE. L'aspettativa di vita a 65 anni è anch'essa tra le più alte ed è aumentata nel corso del tempo. Tuttavia gli indicatori di salute all'età di 65 anni sono peggiori di quelli in altri paesi OCSE e l'aspettativa di vita in buona salute all'età di 65 anni in Italia è tra le più basse nei paesi OCSE, con 7 anni senza disabilità per le donne e circa 8 anni per gli uomini. Al contempo, l'offerta di assistenza di lungo termine agli anziani è inferiore rispetto alla maggior parte dei paesi OCSE.” (Ocse 2015)

grado di svolgere autonomamente” e che “la concessione dell’indennità di accompagnamento si configura come una prestazione del tutto peculiare in cui l’intervento non è indirizzato – come avviene per la pensione di inabilità – al sostentamento del soggetto minorato nelle sue capacità di lavoro (tanto vero che l’indennità può essere concessa anche ai minori di anni 18 ed a soggetti che, pur non essendo in grado di deambulare senza l’aiuto di un terzo, svolgano tuttavia un’attività lavorativa al di fuori del proprio domicilio), ma è rivolto principalmente a sostenere il nucleo familiare onde incoraggiarlo a farsi carico dei suddetti soggetti, evitando così il ricovero in istituti ed assistenza, con conseguente diminuzione della relativa spesa sociale”.

7.4 QUANT'È, COMPLESSIVAMENTE, LA SPESA PER LE NON AUTOSUFFICIENZE?

Avere un quadro completo della spesa, ovvero degli attori coinvolti e delle *policy* da queste attivate, in tema di non autosufficienza non è cosa facile. Quando lo si affronta ci si scontra, come emerge in altri contributi di questo documento, con problemi di definizione, di titolarità, di imputazione, di debolezza/non chiarezza delle *policy*. Basti dire che negli ultimi 10 anni circa, le stime prodotte da diverse istituzioni pubbliche variano dai 47 miliardi di euro del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali nel 2009, ai 13,4 miliardi della Ragioneria generale dello stato del 2012. Gli ultimi rapporti, pubblicati da centri di ricerca indipendenti, tendono a ridurre questo *range* e ad individuare una spesa complessiva, considerando anche le disabilità, che varia dai 27 miliardi secondo Crea Tor Vergata (Spandonaro 2015) ai 36,3 secondo il Cergas Bocconi (Fosti e Notarnicola 2014).

Dentro questi aggregati ci sono, ovviamente, sia i dati della spesa comunale che quelli dei trasferimenti Inps già visti. Ad essi si assommano quelli sanitari: per Crea Tor Vergata circa 8,7 miliardi (considerando ADI e SAD comunale insieme, residenziale, semiresidenziale e lungodegenza ospedaliera), mentre per Cergas Bocconi 11,6 (considerando tutte le voci imputabili al bilancio del SSN); nonché la stima della spesa *out of pocket*, quindi al netto dei trasferimenti Inps o comunali e regionali, delle famiglie, per entrambe tra i 2,2 e i 2,4 miliardi di euro.

Quest'ultimo dato, a nostro parere, sembra però sottostimato. Posto che, vista la varietà di condizioni di non autosufficienza, sarebbe metodologicamente più efficace stabilire alcune tipologie su cui costruire una stima della spesa *oop* per ogni singola tipologia⁶ e da qui riaggregare i dati sulla base dell'incidenza della stessa, rispetto all'universo complessivamente considerato; sono l'esperienza diretta e qualche semplice calcolo che portano a tale giudizio.

Con il Laboratorio di epidemiologia di cittadinanza del Consorzio Mario Negri Sud (ora non più operativo) si propose 5 anni fa ad un gruppo di famiglie pugliesi con un congiunto non autosufficiente (Sla e altre forme di sclerosi grave, morbo di Alzheimer e altre forme di demenza, ecc.) di ricostruire alcune settimane di spese sostenute direttamente – quindi extra servizi sociali e sanitari, ma comprendendo le indennità di accompagnamento quando riconosciute – per l'assistenza allo stesso. Il risultato fu di circa 50 euro al giorno, per una media quindi di 1.500 euro al mese.

La stessa cifra la si spende per un contratto regolare di assistenza familiare, senza considerare gli altri consumi legati a tale assistenza (vitto, utenze, eventuali sostituzioni, ecc.). L'Irpet della regione Toscana (2015) ha stimato che la spesa annua *oop* per assistito n.a. è di almeno 13.500 euro, quando questi è ricoverato in una struttura residenziale, poco meno, 13.000 euro, quando viene assistito a livello domiciliare, ma ancora di 7.500 euro quando l'assistenza domiciliare è garantita da un *caregiver* familiare (costo/opportunità).

In ogni caso, con tutte le approssimazioni inevitabili in questa sede, se si utilizza

⁶ Mallarini, Rappini e Vercellino (2015, 177) in una indagine esplorativa qualitativa pubblicata nel Rapporto OCPS 2015 – Osservatorio sui consumi privati in Sanità del Cergas Bocconi di Milano, propongono una interessante suddivisione in cinque cluster della popolazione anziana necessitante di servizi sociali e/o sanitari.

il tetto di 1.500 euro mensili di spesa complessiva integrativa della offerta pubblica *in kind*, e togliendo da questa 500 euro di trasferimenti (indennità di accompagnamento o pensioni di invalidità), *rimarrebbero* comunque 1.000 euro, ovvero 12mila annui. Dividendo la stima di 2,3 miliardi per tale somma, risulterebbe che la popolazione coinvolta non supera le 191mila unità. Un dato, questo, che risulta significativamente molto basso rispetto al milione e 226mila over 65 con gravi limitazioni funzionali stimato dall'Istat.

7.5 IL SIGNIFICATIVO BUDGET SANITARIO, SOCIO SANITARIO E ASSISTENZIALE DELLA "AZIENDA FAMIGLIA"

Le considerazioni e le informazioni/dati presentati nei precedenti paragrafi ci confermano quanto da tempo si sa, ovvero che, nonostante una non irrilevante quota di spesa pubblica – a cavallo dei 30 miliardi di euro – impegnata per le non autosufficienze nel nostro paese, questa risulta:

- fortemente sbilanciata sul versante sanitario e su quello dei trasferimenti monetari;
- frammentata in modelli di *policy* regionali e comunali di non facile composizione, ma soprattutto con notevoli disuguaglianze nei criteri di accesso e quanto a generosità e caratteristiche delle risposte date;
- polverizzata, al contempo, in soluzioni sostanzialmente fai-da-te determinate dalle molteplici variabili che caratterizzano le tante condizioni familiari;
- debolissima dal punto di vista della copertura assistenziale garantita dai comuni;
- gravemente insufficiente, complessivamente considerata, rispetto al crescente fabbisogno di servizi/supporti da parte delle famiglie, un dato, questo, che sembra peraltro aggravarsi in questi ultimi anni di crisi economica (NNA 2015).

Questi dati ci dicono anche che i trasferimenti monetari (pari a circa il 50-60% dell'ammontare complessivo) debbono essere integrati con risorse *oop*, in alcuni casi e per specifiche condizioni di bisogno, in modo rilevante.

È assolutamente condivisibile ragionare sull'aumento della copertura pubblica (i sostenitori sono molteplici ed è difficile citarli tutti) e su una diversa gestione della spesa privata in una prospettiva di maggiore mutualizzazione della stessa (Campedelli 2015). Ovviamente, posto che nel primo caso si trovino le risorse e nel secondo i soggetti siano disponibili ad aderire e che gli enti di intermediazione siano capaci di candidarsi ad essere effettivamente il *secondo pilastro* del welfare italiano.

A ciò però si deve aggiungere la questione posta all'inizio di queste note: fino a quando e per cosa il gestore finale, ovvero ad oggi le famiglie, sarà in grado di gestire quello che sta gestendo?

Per meglio far comprendere la portata di tale interrogativo, oltre a richiamare i trend demografici e di comportamento familiare riportati nei capp. 5 e 6 e sintetizzati sopra, facciamo un esercizio di stima molto approssimativa di quanto possa essere il budget gestito, con risorse proprie o con trasferimenti o con autoproduzione diretta, da parte dell'azienda famiglia italiana. Si tratta di una stima che riguarda la risposta alla domanda sanitaria e socio sanitaria, di cui una parte significativa ma difficilmente perimetrabile, è riconducibile alle NA.

Tipologia di spesa/costo	Importo in miliardi di euro	Fonte
Spesa sanitaria non intermediata ovvero oop, al netto di quella intermediata da fondi, mutue e assicurazioni	27	Del Vecchio, Mallarini e Rappini (2015); il dato è determinato dalla differenza tra la maggiore stima di spesa sanitaria privata complessiva (31,5 mld euro) e la maggiore stima di spesa privata intermediata (4,4 mld euro)
Spesa per ass. familiare/badanti	9	Documento economia e finanza – Def 2014 – riferimenti in Campedelli (2015)
Spesa compartecipazione servizi sociali	4,2	Campedelli (2015)
Mancato reddito caregiver (autoproduzione)	4,1	Campedelli (2015)
Agevolazioni fiscali	Dato non disponibile	
Trasferimenti assistenziali informali da famiglia a famiglia	9,1	Censis – Ania Consumatori 2015
Totale	53,3	

Tabella 2

In altri termini, nella prospettiva della progressiva riduzione della capacità delle famiglie a gestire – ripeto, non solo o non tanto a finanziare una parte più o meno consistente – questi 50-55 miliardi di euro di prestazioni, beni e servizi molto flessibili e personalizzati, anche se spesso inappropriati e di non particolare qualità, chi potrà sostituirli?

Rispondere a questa domanda ci pare una bella sfida, che è stata in qualche modo raccolta dalla proposta qui discussa.

BIBLIOGRAFIA

- Abburà L., Borrione P., Cogno R., G. Marocchi, a cura di, *L'innovazione sociale in provincia di Cuneo*, Quaderno 12, Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo, luglio 2011
- Aid Delivery Methods Helpdesk, *Project cycle management guidelines*, Brussels, European Commission, EuropAid Cooperation Office, 2004
<http://europa.eu.int/comm/europaid>
- A. Alberani e L. Marangoni, a cura di, *Cooperazione sociale. Legacoop in Emilia Romagna. Il posizionamento attuale e le prospettive future*, Rimini, Maggioli, 2009
- A. Alesina e A. Ichino, *L'Italia fatta in casa. Indagine sulla vera ricchezza degli italiani*, Milano, Mondadori, 2009
- A. Ardigo (1980), *Crisi di governabilità e mondi vitali*, Bologna, Cappelli
- M. Campedelli, a cura di, *Riconfigurare l'universalismo? Sanità integrativa e SSN per nuove tutele del diritto alla salute*, Politiche Sanitarie, 1/2015, numero monografico
- M. Campedelli, V. Lepore, G. Tognoni, a cura di, *Epidemiologia di cittadinanza*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 2010
- R. Castel, *Nella "società degli individui". Note sulla dimensione socio-antropologica della protezione sociale*, La Rivista delle Politiche Sociali 4/2010
- Censis e Ania Consumatori, *Primo rapporto del welfare sostenibile*, 2015
www.censis.it
- C. Crouch, "La governance in un mercato del lavoro incerto: verso una nuova agenda di ricerca", La Rivista delle Politiche Sociali 4/2007; in M. Del Vecchio, E. Mallarini, V. Rappini, a cura di, *Rapporto OCPS 2015. Osservatorio sui consumi privati in sanità*, Milano, Egea
- C. De Vincenti, a cura di, *Manifesto per un nuovo welfare*, Roma, Associazione Nuova economia nuova società, 2011
www.nens.it
- G. Esping-Andersen, *La rivoluzione incompiuta. Donne, famiglie, welfare.*, Bologna, Il Mulino, 2011
- L. Fazzi, *Il welfare mix in Italia: primi passi*, Milano, Franco Angeli, 1998
- E. Ferioli, *Diritti e servizi sociali nel passaggio dal welfare statale al welfare municipale*, Torino, Giappichelli, 2003
- M. Ferrera, *Le politiche sociali*, Bologna, Il Mulino, 2006
- M. Ferrera, *Il fattore D. Perché il lavoro delle donne farà crescere l'Italia*, Milano, Mondadori, 2008
- M. Ferrera, *From the welfare state for the social investment state*, Lfp, Working papers n. 1, Torino, Fondazione Einaudi, 2010
- M. Ferrera, "Introduzione", in F. Maino, M. Ferrera, a cura di, *Secondo rapporto sul secondo welfare in Italia*, 2015
www.secondowelfare.it
- M. Ferrera, F. Maino, "Il secondo welfare in Italia: sfide e prospettive", in Italianieuropei, *L'economia sociale ci salverà*, estratto n. 3, 2011
www.italianieuropei.it
- M. Ferrera, V. Fargion, M. Jeossoula, *Alle radici del welfare all'italiana. Origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, Venezia, Marsilio, 2012
- G. Fiorentini, *Impresa sociale e sussidiarietà*, Milano, F. Angeli, 2006
- Fisascat Cisl nazionale, a cura di, *L'assistenza sanitaria integrativa in Italia nell'ambito del welfare contrattuale*, Laboratorio Terziario, III, 1/2009, supplemento n. 2, 2009
- F. Folgheraiter, P. Donati, a cura di, *Community care. Teoria e pratica del lavoro sociale di rete*, Trento, Erikson, 1991
- G. Fosti, E. Notarnicola, a cura di, *Il welfare e la long term care in Europa. Modelli istituzionali e percorsi degli utenti*, Milano, Egea, 2014
- G. Giunta, "Nuovi paradigmi interpretativi e policy per lo sviluppo umano", in Delegazione regionale delle Caritas della Sicilia e EcoSmed, *Le conseguenze della crisi viste da sud*, Torino, Edizioni Gruppo Abele, 2011
- C. Gori, a cura di, *L'alternativa al pubblico? Le forme organizzate di finanziamento privato nel welfare sociale*, Milano, Franco Angeli, 2012
- Irpel, *La sostenibilità di un modello universale di copertura contro il rischio di non autosufficienza*, Firenze, in proprio, 2014
- Legacoopsociali Toscana, a cura di, *Cooperare per l'innovazione sociale. Percorsi di integrazione in Toscana*, Sovieria Mannelli, Rubettino, 2013
- I. Madama, *Le politiche di assistenza sociale*, Bologna, Il Mulino, 2010
- E. Mallarini, V. Rappini, L. Vercellino, *Over 65 non autosufficienti: la domanda*, 2015
- F. Maino, *Un secondo welfare per i nuovi bisogni*, Il Mulino n. 5, 2012
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *Libro bianco sul futuro del modello sociale. La vita buona nella società attiva*, Roma, 2009
www.welfare.it
- A. Montebugnoli, *Il welfare deve cambiare registro*, Animazione Sociale, 271, marzo 2013
- Network Non Autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° rapporto. Un futuro da ricostruire*, Rimini, Maggioli, 2015
- Ocse, *Health at a glance: Italy*
<http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm>
- M. Paci, *Nuovi lavori, nuovi welfare. Sicurezza e libertà nella società attiva*, Bologna, Il Mulino, 2005
- M. Paci, E. Pugliese, a cura di, *Welfare e promozione delle capacità*, Bologna, Il Mulino, 2011
- F. Spandonaro, a cura di, *11° Rapporto Sanità. L'universalismo diseguale*, Roma, Crea Sanità, 2015
- S. Zamagni, a cura di, *Il terzo settore nel nuovo welfare. Dieci anni delle Giornate di Bertinoro per l'economia civile*, Reggio Emilia, Diabasis, 2010
- S. Zamagni, *Dal liberalismo welfarista al welfare sussidiario: la sfida dell'economia civile*, Forlì, Aicoon, 2011
- Fondazione E. Zancan, *Vincere la povertà con un welfare generativo*, Il Mulino, Bologna, 2012

IL WELFARE ITALIANO E LA NON AUTOSUFFICIENZA



Ugo Ascoli, Università Politecnica delle Marche, Ancona



Il processo di invecchiamento che caratterizza la società italiana avrebbe dovuto richiamare da tempo l'attenzione dei *policy maker*, ma così non è stato: il tasso di natalità continua a declinare ed il tema della non autosufficienza, che, come è noto, riguarda soprattutto la popolazione anziana, viene affrontato con misure assolutamente non adeguate. Il principale (sostanzialmente l'unico) intervento pubblico per sostenere le famiglie caratterizzate dalla presenza di una persona non autosufficiente si basa su un provvedimento nato nel 1980 con altri obiettivi: l'indennità di accompagnamento (i.d.a.), un trasferimento monetario (pari oggi a 508 euro) erogato "senza prova dei mezzi", quindi con una logica universalistica pura, sulla base di una certificazione medica. Di fronte al nuovo rischio sociale, costituito dal processo di invecchiamento e dalla non autosufficienza, il welfare italiano non ha messo in moto alcun processo di ricalibratura, quindi di riorganizzazione: si continua con l'architettura welfarista ereditata dal c.d. trentennio glorioso, quando altri erano i principali rischi sociali da affrontare. A livello locale, assai poco possono fare comuni e ASL, caratterizzati, per altro, i primi da tagli ai trasferimenti dallo stato e le seconde da una riduzione complessiva delle risorse a disposizione, oltretutto da un ingente sperpero di denaro pubblico per corruzione, sprechi e inefficienze. Le ricerche dimostrano come proprio la sanità sia diventata uno dei luoghi privilegiati per l'infiltrazione di organizzazioni malavitose di stampo mafioso, per l'affarismo illecito, per la corruzione politica e per le malversazioni quotidiane a danno dei singoli cittadini-utenti.

Non mancano nel paese idee per una riforma che metta al centro la sfida costituita dalla NA; ciò implicherebbe la necessità di scelte coraggiose e di riallocazione di poste importanti della spesa pubblica, quindi di nuove leggi e normative. Il dibattito nel paese non è stato in grado fino ad oggi di influenzare significativamente l'agenda politica. Si è preferito facilitare l'ingresso da altri paesi e la regolarizzazione di persone che potessero fungere da *caregiver* all'interno delle famiglie italiane: le assistenti famigliari o, nel linguaggio comune, le cosiddette badanti. Si è così scaricata sulle famiglie la responsabilità del lavoro di cura e la necessità di trovare una soluzione al problema dell'assistenza: ciò, peraltro, comporta un ulteriore processo di differenziazione fra chi può e chi non può permettersi l'assunzione di una badante. Alcune stime parlano di 700/800mila badanti (prevalentemente donne) attualmente in servizio nel nostro paese, con un primato europeo: il più alto rapporto rispetto alla popolazione.

Di fronte all'immobilismo del legislatore alcuni soggetti privati, profit e non profit stanno sperimentando sistemi di servizi in grado di offrire alle famiglie risposte adeguate ed efficaci. Alcuni provano anche a lanciare proposte di cambiamento

che, a legislazione invariata, facciano fare un passo avanti al nostro sistema di welfare, rendendolo più efficiente e, allo stesso tempo, più efficace: la proposta messa a punto dalla Fondazione Easy Care va appunto in questa direzione.

Viene delineato un percorso non facile da perseguire, irto di trappole, ma coraggioso, basato sull'esperienza di chi già opera con successo da tempo in quel contesto del welfare. Le cosiddette trappole possono scattare nel momento in cui si richiedono cambi di passo, sia alle famiglie che ai governi locali ed agli operatori sociali e sanitari: i salti culturali sono infatti difficili da portare a compimento, richiedono tempo ed una grande capacità di resistere a contraccolpi, così come di mantenere efficacemente i nuovi sistemi.

Due mi sembrano i vantaggi più significativi della proposta messa a punto da Easycare e delle innovazioni in essa contenute, allorché si parla di dote e di rete: innanzitutto la previsione di un ammontare di risorse dedicate che possa incrementare sensibilmente quanto messo a disposizione dall'i.d.a. e, secondariamente, la riorganizzazione delle prestazioni di cura, obbligando le famiglie a superare asimmetrie informative e scelte improvvisate a favore dell'adesione consapevole ad un sistema di *care management* volto a garantire un pacchetto di servizi anche in chiave preventiva, in grado di migliorare sensibilmente l'efficacia del *welfare mix* a disposizione.

A fronte di tali vantaggi, esistono altrettanti rischi: innanzitutto c'è la possibilità che il sistema di *welfare mix* tratteggiato nella proposta finisca per essere accessibile solo a nuclei familiari di ceto medio, in cui cioè si dia la concreta possibilità di disporre di altre fonti di reddito da cumulare con l'i.d.a.. Ciò finirebbe per allargare ulteriormente la forbice delle disuguaglianze sociali. Inoltre c'è la concreta possibilità che il nuovo sistema abbia maggiori difficoltà a vedere la luce in quei contesti territoriali dove il SSN ed il c.d. terzo settore, da un lato, così come le burocrazie pubbliche locali, dall'altro, risultino più deboli e non in grado di presidiare con efficacia il territorio. Ciò finirebbe con allargare ulteriormente la forbice delle disuguaglianze territoriali. In ogni caso, in attesa di cambiamenti normativi, vale senz'altro la pena di provare.

PREVIDENZA COMPLEMENTARE E SANITÀ INTEGRATIVA PER LE NON AUTOSUFFICIENZE

Massimo Compedelli, SSSUP Sant'Anna, Pisa



La previdenza complementare. Ha accompagnato e caratterizzato il processo riformatore del sistema pensionistico italiano degli ultimi vent'anni. A fianco del sistema pubblico obbligatorio (primo pilastro), abbiamo quello categoriale-mutualistico (secondo) e quello individuale privatistico (terzo). La previdenza pubblica, compresa quella assistenziale e indennitaria, garantisce prestazioni per circa 270 miliardi di euro ad oltre 17 milioni di aventi diritto. La stragrande maggioranza dei beneficiari riceve prestazioni sotto i mille euro mensili.

La previdenza complementare è basata su quattro grandi strumenti:

- i fondi di categoria o territoriali, c.d. chiusi in quanto disponibili solo per i lavoratori (ed eventualmente i familiari) inquadrati secondo determinati contratti/accordi tra le parti sociali (nazionali, di settore o aziendali, ovvero gli accordi tra datori di lavoro e lavoratori appartenenti a un determinato territorio o area geografica);
- i piani pensionistici individuali (Pip), polizze assicurative sottoscritte privatamente;
- i fondi pensionistici c.d. aperti, mix dei precedenti, istituiti da banche, imprese di assicurazione, società di gestione del risparmio (Sgr) e società di intermediazione mobiliare (Sim);
- i fondi pensione preesistenti, così chiamati perché già istituiti prima del D.lgs. 124 del 1993, con cui per la prima volta è stata disciplinata la previdenza complementare.

Le risorse accumulate nel 2014 hanno raggiunto i 131 miliardi di euro, pari al 8,1% del PIL e al 3,3% delle attività finanziarie delle famiglie. Ad esse sono da aggiungere quelle gestite dalle casse previdenziali professionali di natura obbligatoria. Il totale complessivo dei patrimoni considerati arriva a quasi 200 miliardi di euro.

Il tasso di partecipazione raggiunge il 29,4% del totale degli occupati, ma se si considerano solamente i versanti si cala al 22,3%, meno di un quinto del totale delle forze lavoro (19,5%). Nel 2014 sono stati 6,5 milioni gli iscritti alle varie forme. Di questi 1,575 milioni non ha alimentato la propria posizione contributiva. I percettori di rendite pensionistiche a fine 2014 erano 133mila.

I fondi negoziali e le casse professionali obbligatorie sono enti non profit. Negli investimenti e nei costi gestionali ciò determina comportamenti diversificati, anche se non totalmente contrapposti. I non profit tendono ad operare secondo logiche più

prudenziali e/o nei mercati finanziari etici. I profit si comportano come un normale operatore finanziario che tende a massimizzare il risultato accettandone i rischi.

La sanità integrativa. A fianco del SSN (primo pilastro), ritroviamo la sanità categoriale (fondi chiusi) e le mutue sanitarie (fondi aperti), sopravvissute-riformate dopo la nascita del SSN, nell'insieme compongono il secondo pilastro. Il terzo pilastro sanitario è invece composto dalle forme sanitarie assicurative individuali o collettive (polizze offerte dalle aziende ai propri dipendenti come benefit di welfare aziendale).

Le fonti istitutive dei fondi sanitari sono molteplici: contratti e accordi collettivi tra le parti sociali, atti regionali e di enti territoriali, evoluzioni di enti non profit, in particolare società di mutuo soccorso, eccetera.

Sul lato della domanda, il sistema sanitario italiano è composto dalla generalità dei cittadini, con obblighi o meno di *copayment*; dai cittadini associati a forme di intermediazione (fondi bilaterali, fondi territoriali, società di mutuo soccorso); da quelli clienti di assicurazioni (con rapporto diretto o i cui premi sono pagati da altri, come i benefit garantiti dal datore di lavoro); e infine da quelli paganti direttamente (*out of pocket*) il prezzo della prestazione.

In termini economici, si tratta di 110 miliardi di spesa pubblica destinata al SSN e di 27 miliardi di spesa privata (dati 2013), fortemente differenziata a livello regionale (*range* 740 – 240 euro). Di questi ultimi circa 3 miliardi sono destinati al *copayment*. Sul totale della spesa privata, si stima che solo 4-4,5 miliardi vengano intermediati (di cui solo 1 attraverso strumenti assicurativi), per cui 22-23 miliardi sono propriamente *oop*. Se si considera anche la spesa privata socio sanitaria l'*oop* arriva a circa 45 miliardi di euro. A tutt'oggi, quindi, rispetto alla spesa privata complessiva, la copertura della sanità intermediata è piuttosto contenuta.

L'Italia risulta avere una incidenza della spesa sanitaria privata non molto dissimile da quella di Germania e Francia, mentre è inferiore rispetto a quella di Spagna e soprattutto del Regno Unito. Ciò che la caratterizza nel quadro europeo è la maggiore incidenza della spesa *oop* sul totale della spesa privata.

All'anagrafe del ministero della salute risulterebbero registrati 337 fondi sanitari riconosciuti secondo le caratteristiche dei decreti (Turco e Sacconi, con i quali si stabiliscono le agevolazioni fiscali), riguardanti una platea di circa 6 milioni di iscritti, a cui sono da aggiungersene altri 5, in quanto familiari aventi diritto.

Il settore è in crescita sul lato dei fondi categoriali e dei c.d. fondi di fondi. Meno lineare è la situazione dei fondi aziendali. In crescita risultano, inoltre, le società di mutuo soccorso gemmate dalle banche di credito cooperativo.

Con le risorse gestite i fondi sanitari integrativi offrono prestazioni di tipo: *complementare*, già garantite dal SSN, con forme di *copayment* (ticket e franchigie), o di rimborso diarie per ospedalizzazione o malattia; *supplementare*, non garantite dal SSN, quali le spese odontoiatriche, oculistiche, ecc.; *sostitutive*, erogate dal fondo attraverso convenzioni con produttori, già garantite dal Ssn ma rese così più facilmente fruibili ai propri soci (leggi: liste di attesa, scelta del professionista o delle strutture, orari di accesso, ecc.).

Le forme giuridiche assunte sono non profit (casce sanitarie aziendali, fondi sanitari negoziali, nonché società di mutuo soccorso), ovvero società di capitali privati (nel caso dei fondi dei fondi, *third party administrator* e società assicurative) o a totale controllo pubblico (come Pensplan in Trentino Alto Adige).

A seconda del tipo di ente, cambiano ovviamente le forme di governance e gli attori deputati alla funzione di indirizzo e controllo. I modelli gestionali, inoltre, dipendono molto dalle dimensioni, dalla storia e dal tipo di attività che vengono svolte, con una dinamicità interna ai singoli attori che mette in luce strategie di impresa alquanto diversificate: processi associativi tra mutue; spin off che permettono di superare l'alternativa fondo chiuso e fondo aperto (es. Fasi e Fasi open); diversificazioni di prodotto compatibili con regimi fiscali diversi a seconda che i target siano singoli associati o aziende; affidamento a *third party administrator* della gestione amministrativa insieme o meno all'individuazione di broker, per la copertura parziale o totale di una parte o di tutti i rischi garantiti.

L'incidenza delle non autosufficienze. Si è in presenza di un aggregato di operatori in crescita, se paragonato ai rispettivi universi di riferimento, ma ancora numericamente circoscritto:

- nel campo della previdenza complementare, come garanzia accessoria, nel 2011 erano impegnati 9 fondi aperti (Fpa), 4 piani individuali (Pip) e 4 fondi pensione contrattuali (Fpc);
- per quanto riguarda le Casse previdenziali private aderenti all'Adepp (una ventina), nel 2011, su circa 340 milioni di euro erogati in prestazioni assistenziali, il 6,09% riguardava sussidi per disabili e non autosufficienti (20,7 milioni), con un incremento rispetto all'anno precedente del 41,4%;
- nella sanità integrativa dati recenti indicano iscritti all'anagrafe del ministero della salute tre fondi specificatamente destinati alla LTC, a cui si può aggiungere, come società di mutuo soccorso regionale, Mutua Figure.

Per quanto riguarda le polizze volontarie private, se considerate in via esclusiva, esse presentano rilevanti problemi di equità e di efficienza allocativa:

- i non autosufficienti, gli anziani, in particolare le donne (per la maggiore speranza di vita), sulla base dei principi assicurativi in essere sono di fatto discriminati;
- risulta esserlo anche chi si trova con redditi bassi o medio bassi in quanto gli sgravi fiscali non risultano incentivanti;
- si è in presenza di fenomeni quali la selezione avversa, l'azzardo morale e l'incompletezza contrattuale;
- inoltre la miopia del consumatore, influenzata da una sostanziale scarsa o imprecisa conoscenza, determina che chi sarebbe favorito nell'attivare una copertura assicurativa (i giovani) non percepisca per sé rilevante un rischio considerato lontano nel tempo.

Le coperture collettive, siano queste polizze, fondi o mutue, ampliando la platea degli iscritti, presentano problemi meno accentuati di quelle individuali, perché:

- socializzano il rischio;
- risentono meno dei problemi di selezione avversa;

- riducono i costi amministrativi e di gestione;
- giustificano maggiormente i benefici fiscali.

Riassumendo:

- per le coperture individuali private, a causa dei fallimenti del mercato, scarsa è sia l'offerta che la domanda solvibile; al contempo, esse presentano notevoli problemi di equità; difficile è immaginare soluzioni efficaci che risolvano entrambe le questioni;
- le coperture collettive, in particolare quelle gestite da fondi contrattuali e da mutue, sono potenzialmente meglio in grado di contenere tali criticità, ma seppur in crescita, nello specifico della LTC, il loro impegno è ancora marginale; politiche finalizzate ad un loro potenziamento sono possibili e utili.

Se invece che un profilo esclusivo queste misure vengono finalizzate, come peraltro è stato confermato dalla decretazione relativa (decreti Turco e Sacconi), ad una funzione integrativa dell'offerta pubblica, sia nel primo caso che nel secondo i problemi evidenziati possono assumere una diversa veste. La questione è che la copertura pubblica di base nel campo delle non autosufficienze, per usare un eufemismo, lascia piuttosto a desiderare.

BIBLIOGRAFIA

Campedelli M., a cura di, *Riconfigurare l'universalismo? Sanità integrativa e Servizio sanitario nazionale per nuove tutele del diritto alla salute*, Politiche Sanitarie, 16,1, gennaio-marzo 2015

Campedelli M., *Sanità integrativa e previdenza complementare*, Parole Chiave, Care, n. 4/2015

ICT E LTC NELLE NON AUTOSUFFICIENZE

LE CONSEGUENZE PER I PRODUTTORI

10

Massimo Campedelli, SSSUP Sant'Anna, Pisa



Le problematiche connesse alle non autosufficienze e, conseguentemente, alla attuazione di efficaci programmi di LTC, sono state ampiamente introdotte nei capitoli precedenti. Le note che seguono vogliono porre all'attenzione una variabile sempre più presente nella ordinarietà degli interventi di LTC ma al contempo non ancora criticamente assunta come potenziale chiave per delineare/anticipare il futuro degli stessi, sia dal punto di vista dei cambiamenti prestazionali che da quello dei modelli gestionali.

Ci si riferisce alla presenza delle nuove tecnologie, e in particolare dell'ICT, della robotica e dell'elettronica di consumo, nella progettazione, realizzazione, gestione, di servizi e prestazioni per persone non autosufficienti, a domicilio come in struttura residenziale, ovvero nelle diverse dimensioni della vita quotidiana.

È esperienza comune, o quantomeno ampiamente diffusa, l'utilizzo di tali tecnologie nella vita lavorativa e personale. Così come è altrettanto condivisa la percezione della velocità e della intensità con cui esse modificano i nostri comportamenti, le nostre competenze o abilità, le nostre relazioni.

Il sempre più indeterminato confine tra virtuale e reale trasforma non solo la nostra rappresentazione della realtà ma altresì le nostre strutture psicologiche e cognitive più profonde.

Un po' come per le migrazioni, la digitalizzazione della vita quotidiana sta differenziando le popolazioni che convivono nei nostri territori tra quelle che si debbono acculturare alle nuove tecnologie e quelle invece che sono *native* (i nativi digitali, per l'appunto). Senonché, nel nostro caso, non sono le persone che si spostano ma le tecnologie che si installano, affermandosi e imponendosi, consenzienti (e in non pochi casi, anche desiderosi) o meno, i destinatari.

Tutto ciò rappresenta inoltre una nuova sfida per l'uguaglianza. Quello che fino a qualche tempo fa era indicatore di differenze tra territori e sistemi socio economici – il *digital divide* – oggi può essere assunto come chiave per immaginare l'evoluzione della disuguaglianza nei nostri contesti di vita, ovvero, riprendendo Amartya Sen e Martha Nussbaum, della diversa distribuzione e utilizzo dei funzionamenti (*functioning*) effettivamente disponibili – quelli garantiti dalle tecnologie – e quindi delle capacità-abilità (*capability*) delle persone – utilizzandoli o meno e in modo più o meno attivo – di scegliere ciò che ha valore per sé e ciò con cui si stabilisce tale valore, in altre parole le dimensioni della propria libertà.

Sanità (dalla robotica alla telemedicina, comprese diagnostica e monitoraggio a distanza) ed educazione (tablet che sostituiscono libri e quaderni; wikipedia che subentra alle biblioteche; motori di ricerca che rendono obsoleta la memorizzazione; formazione a distanza per esigenze tra le più diverse), sono solo alcune delle aree di welfare oramai profondamente ridefinibili nelle loro logiche di funzionamento, nelle skill necessarie all'operatività delle figure che vi lavorano, nei modelli gestionali necessari, nei loro sistemi di valutazione, eccetera.

Significativo che il Patto per la Salute, approvato nell'estate scorsa, all'art. 15 stabilisca la sottoscrizione di un Patto per la Sanità Digitale, ovvero di "un piano strategico teso a rimuovere gli ostacoli che ne rallentano la diffusione ed evitare realizzazioni parziali o non conformi alle esigenze di sanità pubblica. Tale Patto individua, in raccordo con le realizzazioni previste nell'ambito dell'Agenda Digitale nonché delle vigenti disposizioni in materia di sanità digitale, specifiche priorità, analizza e propone modelli realizzativi di riferimento e strumenti di finanziamento, anche con l'attivazione di iniziative di partenariato pubblico-privato capaci di innervare un circuito virtuoso destinato a finanziare gli investimenti necessari."

È e sarà così anche per le NA, con una LTC sempre più digitalizzata e robotizzata o, a differenza di sanità ed educazione, questa area di welfare sarà solo frequentata da tali tecnologie?

In altri termini, esse sono un fattore di discontinuità – "la possibilità di futuro radicalmente diverso dal passato che si realizza nel presente" (Dal Vecchio 2010, 2) – nel modo di realizzare la LTC o rimangono ad un livello di integrazione/adattamento che determina una evoluzione nella continuità con quanto oggi si sta facendo?

La risposta, come si può immaginare, ha conseguenze rilevanti nella riprogettazione dell'utilizzo delle risorse oggi impegnate nel settore, ovvero nel passaggio parziale e funzionale dal *cash* all'*in kind* e in una più efficace integrazione delle varie espressioni dell'*in kind*.

Questo perché le tecnologie possono subentrare alle prestazioni erogate dagli operatori; quindi assorbire una parte consistente di trasferimenti monetari che si vogliono riconvertire, determinando una vera e propria area di mercato sociale, oggi ancora in fieri e arrivando a riconfigurare il sistema della LTC. Anche in quanto componente sempre più strutturale nella composizione dei costi delle prestazioni erogate dagli operatori, con una maggiore complessità di quanto non sia oggi della gestione economico finanziaria di un servizio, oltre che ovviamente operativa.

10.1 NA AL PLURALE, TRA INNOVAZIONE, CRITICITÀ E DIFFICILE PERIMETRABILITÀ.

Un secondo ordine di considerazioni è necessario. Le non autosufficienze (al plurale) sono, come emerge nelle pagine di questo rapporto, uno dei maggiori fattori di cambiamento strutturale. Rilevanti innovazioni di medio-lungo periodo si mescolano ad un presente caratterizzato da forti problematicità (economiche ed organizzative), contraddizioni (tra retoriche e prassi), confusioni tra i diversi livelli decisionali e tra gli approcci regionali.

Tutto ciò impatta e impatterà, direttamente o indirettamente, sul ruolo che le tecnologie hanno/avranno sui sistemi di LTC. Detto per inciso, se la *discontinuità* è l'esito di un insieme di fattori di cui certamente la capacità di governo/governance è tra i principali, la relativa debolezza di questa spinge verso dinamiche di *adattamento*.

Innovazioni e problematicità, a volte con correlazioni forti e causali, riguardano cambiamenti profondi di medio-lungo periodo, tra i quali:

- *lavoro di cura*, con il ripensamento morale delle disuguaglianze di genere che lo caratterizzano e la ancora parziale e contraddittoria ridefinizione delle relazioni, funzioni e lavori familiari; qui le tecnologie vengono ad assumere una *funzione performativa* delle mutazioni nelle relazioni di *caregiving* intrafamiliare;
- *assistenza familiare*, con le interconnessioni paradossali e fluide della globalizzazione del *mercato del lavoro di cura*, nelle quali il costo relativo delle economie povere, applicato nelle economie ricche per contenere i costi crescenti del welfare, si troverà sempre più a confrontarsi con i costi – materiali e immateriali - delle tecnologie sostitutive della presenza fisica dell'assistente familiare;
- *risposte residenziali*, pure esse destinate a confrontarsi sempre più con i costi – materiali e immateriali - delle tecnologie sostitutive applicabili in campo domiciliare, oltre che alla propria organizzazione dell'assistenza;
- *salute sui posti di lavoro*, con le tecnologie che, sostituendo/attenuando il carico di lavoro per assistenza diretta di personale impegnato per molti anni della propria via in mansioni gravose – anche alla luce della riforma previdenziale –, riducono il rischio ai lavoratori/trici di essere colpiti da malattie professionali direttamente collegate a ciò;
- *forme di tutela degli assistiti*, con l'evoluzione dei profili di tutela giuridica (pensiamo all'amministratore di sostegno) rispetto ai quali si inseriscono e interagiscono le questioni delle forme di controllo a distanza, e quindi della *privacy*, conseguenti all'applicazione delle tecnologie .

Davanti a queste dinamiche lunghe, tra le crescenti criticità che caratterizzano il presente possiamo evidenziare: la compresenza di malattie croniche e di condizioni di non autosufficienza; le debolezze del sistema di risposta; un regionalismo contraddittorio; la tutt'altro che definita perimetrazione del fenomeno.

Un breve commento.

Cronicità e non autosufficienza. Il profilo epidemiologico delle persone in condizioni di non autosufficienza si incrocia fortemente con la crescente incidenza delle malattie croniche (cardiopatie, ictus, bronchite cronica, enfisema, cirrosi epatica, tumore maligno, Parkinson, Alzheimer e demenze senili). Conseguentemente, l'alta incidenza delle polipatologie/terapie plurime comporta pesanti rischi per la qualità delle cure a domicilio, farmacologiche e non solo, così come di *riversamenti* dal domiciliare all'ospedaliero e viceversa, determinando elevati pericoli di inappropriately nella gestione dei casi. È dimostrata una forte correlazione tra grave disabilità, non autosufficienza, strategia di cura adottata e deprivazione/ impoverimento delle famiglie. D'altra parte, nelle realtà dove più consistente e strutturata è l'offerta (es. E. Romagna e Lombardia), su una spesa media complessiva di circa 1.120 euro mensili per assistito, la copertura formale non arriva ad 1/3 del totale. L'introduzione di tecnologie per l'assistenza diretta o indiretta potrebbe, di conseguenza ridurre i rischi di inappropriately, e probabilmente rendere più efficiente/efficace la spesa pubblica sanitaria e sociosanitaria. Se così fosse si pone la questione della copertura degli investimenti, visto che i risparmi che si conseguirebbero dalla loro applicazione di certo non sono in grado di ripagarli in tempi brevi.

Le debolezze del sistema di risposta. A completamento di quanto appena detto, considerevoli sono le ipoteche di iniquità, inefficienza, debolezze strutturali, del sistema nel suo insieme. Ne citiamo alcune: alta frammentazione del finanziamento, della programmazione e della regolazione dell'accesso; grandi difficoltà a fornire una filiera completa di servizi da parte dei produttori finali per conto di ASL e comuni, in quanto in genere attori piccoli, non aggregati, operanti a livello locale, ancora assenti nel mercato delle cure pagate direttamente dalle famiglie; alta incidenza della offerta informale, con i 2/3 della produzione coperti da *caregiver* informali, scarsamente preparati, non in rete, con scarse o nulle forme organizzate di supporto formali/legali; alto onere a carico delle famiglie della ricomposizione/gestione della assistenza; progressivo assottigliamento del rapporto tra la popolazione 50-74 anni (*caregiver* informali, soprattutto donne) e popolazione potenzialmente necessitante di assistenza (over 85); ulteriore iniquità nella qualità della assistenza per le diverse competenze presenti tra le famiglie nei processi di gestione della cura. Immaginare che siano le famiglie ad accollarsi i costi di tali investimenti comporterebbe, se questo scenario permance, un'accentuazione di tali ipoteche.

Un regionalismo contraddittorio. Se guardiamo alle strategie pubbliche *in kind*, poco più della metà delle regioni si è dotata, a partire dai primi anni dello scorso decennio, di uno strumento di programmazione pluriennale dedicato alla non autosufficienza. Quasi sempre il processo non è stato lineare – chi è partito dal regolamento del proprio fondo regionale per adottare poi strumenti più complessi; chi, a seguito di sperimentazioni, ha costruito un programma che ricomponesse il ventaglio di azioni in essere; chi è arrivato a stabilire anche strumenti di programmazione specifici a livello locale. L'ultimo monitoraggio svolto dal Network Non Autosufficienza sulle tendenze di questa area di *policy* indica: un ulteriore rallentamento dello sviluppo del settore; una crescente riduzione della copertura della domanda (mantenimento o diminuzione del tasso di utenti sulla popolazione anziana); una percentuale di PIL destinata alla spesa per anziani non autosufficienti cresciuta rispetto al 2005 ma immutata tra il 2010 e il 2011; una ridefinizione dei confini dell'intervento pubblico, a seguito della riduzione dei contenuti degli

interventi, della modifica dei criteri di accesso e di compartecipazione, dell'indebolimento del governo della rete, della riduzione della spinta integrazionista, in particolare sociosanitaria. Seppur auspicabile, non è facile immaginare alla luce di tutto ciò che le regioni possano diventare – salvo ovviamente le eccezioni, ovvero rimanendo a livello di sperimentazioni – le fautrici, parafrasando il Patto per la Salute, di un Patto per la LTC digitale.

La (non) perimetrazione del fenomeno. A livello scientifico come a quello operativo-istituzionale, non abbiamo a tutt'oggi una chiara soluzione di continuità tra disabilità, invalidità, fragilità, cronicità e non autosufficienza. L'esigenza di governo del mare magnum degli interventi che vengono attuati si scontra con il problema della condivisione dei perimetri, ovvero dei criteri di selezione/accesso dei destinatari, delle prestazioni di cui sono titolari e delle condizioni di fruizione. Il fatto che le stime della spesa imputabile alle non autosufficienze – di cui il Fondo nazionale ha un'incidenza assolutamente marginale – abbiano oscillazioni molto marcate ne è un indicatore significativo. Solo per fare qualche esempio: si va dai 49 miliardi secondo il Cergas Bocconi (stime 2012), ai 47 miliardi secondo il ministero del lavoro e delle politiche sociali (stime 2009), ai 29 miliardi e 450 milioni di euro per disabili e non autosufficienti secondo il Censis (stime 2011), ai 13 miliardi e 400 milioni secondo il Rapporto della Ragioneria generale dello stato (stime 2012), ai 27 miliardi (stime 2013) del Ceis-Crea di Tor Vergata. Al contempo, a livello micro, la ricostruzione delle scale di valutazione utilizzate in campo socio sanitario per il riconoscimento della titolarità dell'ottenimento delle prestazioni previste dalle normative nazionali e regionali presenta una certa variabilità, quantomeno nominalistica. A solo titolo esemplificativo, l'elenco delle tipologie utilizzate dalle diverse regioni vede presenti: AdI5, IadI, Spmsq, Dmi, Sosia, Sidi, Vita, Vama, Svama, Bina, Aged Plus, Vaor. Da qui due ulteriori considerazioni: la prima, rispetto ai dati macro di spesa per le NA, è evidente che ragionare su un comparto di 27 miliardi è un conto e su uno di quasi 50 è un altro; la seconda, relativa alle scale di valutazione le cui metriche interessano funzioni vitali (parzialmente) differenziate, a seconda delle funzioni che si prendono in considerazione cambiano le tecnologie utilizzabili e soprattutto il rapporto che esse hanno con le persone interessate, ovvero a gradiente di autonomia residua differenziato, corrisponde una differente compensabilità/utilizzabilità delle tecnologie disponibili.

10.2 LA RICERCA TECNOLOGICA E LE PROSPETTIVE PER I SERVIZI¹

La revisione e ristrutturazione dei sistemi socio-sanitari e la promozione della vita attiva delle persone anziane e non autosufficienti è tema di programmi di ricerca e *policy* comunitarie. I programmi *e-inclusion* e *Ambient Assisted Living (AAL)* sono al contempo esempio e fonte informativa sul rapporto tra tecnologie, servizi e autonomia nella vita quotidiana.

Il primo ha come finalità quella di studiare e diffondere strumenti e politiche che favoriscano l'*empowerment*, l'inclusione sociale e la partecipazione alla vita e alle scelte delle comunità. Esso si fonda sull'idea che le tecnologie ICT possano ridurre l'esclusione sociale, favorire il miglioramento della qualità di vita, della partecipazione sociale e della coesione tra tutti i cittadini, migliorare la qualità del lavoro e aumentare le opportunità lavorative.

Il secondo promuove la ricerca scientifica e tecnologica di soluzioni ICT che consentano di migliorare la qualità di vita e l'indipendenza di una persona, nonché la qualità dei servizi socio-sanitari forniti dagli enti pubblici e privati. Esso si occupa dello studio e dello sviluppo di ambienti intelligenti che assistono le persone durante le normali attività della vita quotidiana. Le tecnologie ICT diventano consapevoli degli utenti residenti, delle loro caratteristiche e di quelle ambientali, degli eventi che accadono e, combinando le informazioni acquisite dagli utenti e dall'ambiente circostante, riconoscono eventi e attività e agiscono, a seconda delle necessità e in risposta al contesto ambientale in corso.

Le soluzioni tecnologiche ispirate all'Aal sono funzionali a:

- favorire la permanenza a domicilio aiutando le persone nella quotidianità, aumentando la loro autonomia, la fiducia in sé e la capacità di muoversi;
- supportare la cura della salute e delle capacità funzionali;
- promuovere stili di vita sani riducendo i rischi nella vita quotidiana;
- aumentare la sicurezza, prevenire l'isolamento sociale, mantenere una rete multifunzionale di servizi attorno all'individuo;
- aiutare nel loro compito i *caregiver* e gli operatori che supportano le persone anziane nella loro quotidianità; incrementare l'efficienza e la produttività delle risorse, dei servizi e degli operatori che operano sulla popolazione anziana.

Nella cassetta degli attrezzi ritroviamo:

- sensori che misurano e acquisiscono tutti i parametri relativi all'ambiente stesso e agli utenti;
- sistemi avanzati *Ambient Intelligence (Aml)* che elaborano le informazioni provenienti dai sensori al fine di identificare e controllare gli eventi in corso;
- sistemi di attuazione e automazione, in risposta agli eventi in corso, che attivano servizi di aiuto alla persona o allertano familiari e operatori che possono aiutare la persona in difficoltà;
- il tutto sulla base di interfacce per la gestione e l'interazione dei dispositivi.

¹ Questo paragrafo riprende, con aggiornamenti e adattamenti, Cavallo et al. 2011

Le tecnologie *Aa/* vanno oltre il concetto classico della domotica e dell'automazione domestica.² Esse si rivolgono a target mirati e pertanto, già in fase di progettazione e sviluppo, tengono in considerazione questioni fondamentali legate all'accettabilità, all'usabilità e ai costi dei dispositivi, coinvolgendo ingegneri ed esperti di tecnologia, operatori socio-sanitari e clinici e, non da ultimo, gli utenti stessi. Inoltre sono concepite come dispositivi che si integrano alla rete di servizi che viene progettata intorno alla persona anziana e non autosufficiente. Utilizzatori di tali tecnologie, infatti, sono anziani e persone disabili o non autosufficienti, ma anche *caregiver*, operatori e gestori dei servizi socio-sanitari che operano sul territorio.

Loro caratteristica è la facile adattabilità a diversi contesti applicativi, determinati dall'ambiente di utilizzo e dalle esigenze e bisogni dell'utente. Una visione olistica di un sistema tecnologico di assistenza parte dalla definizione dei principali bisogni degli utenti e successivamente predispone quelle che sono le tecnologie da utilizzare.

La tabella 1 mette in evidenza alcuni dei possibili bisogni per l'indipendenza di una persona anziana, disabile o non autosufficiente e le possibili soluzioni:

Per vivere indipendentemente ho bisogno di:	Possibili soluzioni tecnologie:
Ambiente sicuro e confortevole.	Sistemi domotici.
Cibo e bevande che desidero.	Sistemi di monitoraggio cibi, supporto alla dieta, acquisti online.
Contatto con familiari e amici.	Sistemi di comunicazione facilitati.
Essere attivo dal punto di vista fisico, mentale e sociale.	Sistemi per il facile accesso ai media, alle attività locali, al lavoro, al volontariato, ecc.
Assistenza sanitaria, terapeutica e riabilitativa in casa.	Sistemi di telemedicina, con sensori e attuatori per il supporto alle terapie, alle cure e alle fasi di riabilitazione.
Risposte appropriate in caso di eventi critici.	Sistemi pro-attivi dotati di sensori ambientali e indossabili con alte capacità computazionali.

Tabella 1

Le tecnologie sono poi chiamate ad accompagnare i cambiamenti dei bisogni nel tempo (normale processo d'invecchiamento con riduzione di capacità motorie e cognitive; effetti della riabilitazione; degenerazione di alcune patologie o disabilità).

Il target a cui si rivolgono – utilizzatori – è suddivisibile in due grandi sottogruppi, ovviamente tra loro interconnessi:

- persone anziane, disabili o non autosufficienti e persone che si occupano della loro assistenza e cura (ad esempio familiari, vicini, assistenti domiciliari, assistenti sociali, ecc.);
- enti, pubblici e privati che gestiscono le attività di assistenza sanitaria e sociale sul territorio.

I contesti di assistenza possono variare in base a dove l'utente si trova – casa,

² La domotica nasce con lo scopo di automatizzare e semplificare la gestione degli ambienti domestici (le luci, le finestre, le porte e i cancelli, l'impianto di condizionamento, ecc.) attraverso l'utilizzo di sensori e attuatori integrati in unico sistema di controllo. A causa dei costi elevati e della iniziale mancanza di un preciso target di utenti, esse hanno trovato un mercato più orientato alle abitazioni di pregio e alle imbarcazioni di lusso, che è sempre stato poco accessibile da gran parte della popolazione.

lavoro, luoghi pubblici, supermercato, musei –, o ai mezzi di trasporto che usa – bicicletta, automobile (guidatore o passeggero), mezzi pubblici, ecc. –.

Le tecnologie ed i relativi scenari applicativi vengono classificati in tre distinti domini:

- ambienti assistiti per la persona (*Ambient Assisted Living for Persons – AAL4Persons*);
- ambienti assistiti nella comunità (*Ambient Assisted Living in the Community – AAL@Community*);
- ambienti assistiti al lavoro (*Ambient Assisted Living at Work – AAL@Work*).

La tabella 2 ne riassume le principali caratteristiche.

Domini	Scopi	Contesti di utilizzo	Obiettivi
Ambienti assistiti per la persona	Permettere una vita tranquilla e di qualità, mantenendo un alto livello d'indipendenza, autonomia e dignità	Ambienti reali vari, (casa, automobile, luoghi di lavoro, negozi, luoghi pubblici), ambienti virtuali (acquisti online, pianificazione di attività, ecc.)	Comfort e sicurezza, supporto nelle attività quotidiane, supporto sanitario e assistenziale, supporto per <i>caregiver</i>
Ambienti assistiti nella comunità	Mantenersi socialmente attivi e creativi nella comunità in cui si vive	Condizioni di salute e ridotta mobilità, ambienti rurali, presenza di barriere architettoniche	Mobilità, comunicazione, accessibilità nella società, supporto alla comunicazione, supporto multimediale, supporto per l'accesso ai servizi, supporto per la mobilità
Ambienti assistiti di lavoro	Garantire la possibilità di agire/lavorare grazie all'utilizzo di tecnologie innovative	Barriere che ostacolano le persone anziane o non autosufficienti nel potersi impegnare in attività lavorative	Supporto per sicurezza e prevenzione, supporto al lavoro

Tabella 2

10.3 TENDENZE E CAMBIAMENTI, TRA EVOLUZIONE E CONTINUITÀ

Alla luce di quanto riportato nel paragrafo precedente, proviamo ora a schematizzare, per aree di cambiamento, una prima sintesi a partire dalla chiave di lettura indicata nella introduzione, discontinuità/adattamento. Le aree riguardano il processo di produzione, la logistica assistenziale, la struttura dei costi, gli assetti proprietari, il rapporto con il sanitario ospedaliero e territoriale.

Si tratta di ipotesi basate su evidenze empiriche, ovvero sulla conoscenza diretta dei fenomeni presi in considerazione. Per una validazione scientifica risulterebbe necessaria una review della letteratura specialistica, oltre che indagini mirate e comparative dei diversi contesti territoriali di assistenza, non possibili in questa sede.

Come risulta dalle tabelle 3a/e sotto riportate, emerge un quadro articolato, in cui a seconda dell'area di cambiamento considerata cambia la valutazione di discontinuità/adattamento, e pertanto si pone la necessità di ulteriori sintesi, per così dire di secondo livello, possibili solo sulla base della validazione scientifica appena accennata.

Aree di cambiamento	Processo di produzione
Elementi di cambiamento	a) skill delle professionalità coinvolte; b) <i>organizzazione</i> nella erogazione delle prestazioni; c) <i>ruoli</i> dell'assistito e dei suoi familiari
Tendenze	a) meno care vs. più know-how tecnologico; b) meno assistenza diretta vs. più assistenza a distanza; c) informale vs. co-produzione evoluta con crescente mix care/virtuale
Evoluzione/continuità?	<p>La variabilità delle condizioni di disabilità, invalidità, fragilità, cronicità e non autosufficienza, non permette di poter fare valutazioni univoche. Figure di pazienti/assistiti, <i>idealtipiche</i> di alcune condizioni, permettono di ricostruire con una certa approssimazione l'impatto delle tecnologie e quindi di non perdersi in tale variabilità.</p> <p>Una di queste è quella del/la malato/a di Sla. In genere, nell'arco di pochi anni, quest/a passa da una situazione di piena autonomia ad una di totale dipendenza dai <i>caregiver</i>. La fase terminale è caratterizzata da lucidità mentale e unica possibilità di movimento degli occhi. Il paziente Sla vive quindi un quadro terapeutico assistenziale importante e impegnativo. Nella transizione della malattia le tecnologie via via diventano una componente indispensabile per la sua sopravvivenza: carrozzelle elettroniche, computer per comunicare, monitor per controllare i parametri vitali, ecc. compongono l'habitat della sua quotidianità e di chi lo assiste.</p> <p>I <i>professional</i> che intervengono, anche se non necessariamente utilizzatori di tali dispositivi (per esempio i fisioterapisti) non possono non tenerne conto.</p> <p>I <i>caregiver</i> formali/informali condividono con il paziente la socializzazione con le "macchine" attivandole o disinserendole, controllandone il funzionamento, leggendo e trasmettendo (ai <i>professional</i>) i dati monitorati, ecc.</p> <p>Una seconda è quella del malato/a di Alzheimer. Rispetto al caso precedente, il decorso, in genere, è più lungo e si manifesta con esiti fino ad un certa fase opposti: le capacità mentali vengono progressivamente meno mentre quelle fisiche permangono più a lungo. La fase terminale è caratterizzata da allettamento più o meno sedato. Qui le tecnologie non intervengono in modo invasivo sul paziente bensì a sostegno del <i>caregiving</i> formale e informale, garantendo al primo possibilità di permanenza a domicilio (ovviamente, alcune delle stesse tecnologie possono essere utilizzate anche nella residenzialità) e per periodi più o meno lunghi della giornata senza la presenza fisica di chi assiste. Le tecnologie Aal, attraverso le quali, per l'appunto un paziente può vivere al proprio domicilio attraverso un controllo a distanza garantito dall'ICT, sono oramai in fase di applicazione semi-industriale. Con poche decine di migliaia di euro si può installare una centralina capace di ricevere informazioni costanti fino a 5000 terminali (abitazioni) i cui costi dei device non superano i 10-15mila euro.</p> <p>Dal punto di vista delle skill, nell'equipe assistenziale e tra i <i>caregiver</i> formali e informali risulta necessario apprendere a leggere i messaggi che il sistema trasmette dalla abitazione alla centralina, ovvero allo smartphone dell'operatore o del familiare; così come a controllare che i dispositivi siano perfettamente funzionanti, ecc.</p> <p>Una terza riguarda le persone che hanno subito traumi gravi e che, grazie alla medicina, cosa che non accadeva un tempo, riescono a sopravvivere agli stessi seppur in condizioni di limitata autonomia (paraplegici, tetraplegici, ecc.). Oltre a quanto già indicato, in questo caso si possono aggiungere dispositivi domotici e robotici che permettono al paziente di vivere in autonomia per molte esigenze della vita quotidiana (alzarsi e coricarsi a letto, fare la spesa, cucinare, muoversi con auto attrezzate con o senza bisogno di un autista, interagire con il network relazionale con computer predisposto ai comandi vocali, ecc.).</p> <p>Estremizzando, un traumatizzato grave potrebbe arrivare a recuperare dimensioni di autonomia quasi totali e limitarsi ad avere bisogno di <i>caregiver</i> formali o informali che neppure necessitano di competenze particolari in merito all'ICT.</p> <p>In tutti e tre i casi, relativamente nuove figure professionali intervengono nel sistema di offerta/cura/assistenza. Si tratta di ingegneri e informatici, in primo luogo, così come di tecnici installatori ovvero di tecnici sanitari (esempio ortopedici) chiamati ad integrare le proprie competenze con questi tipi di esigenze e strumenti. Al contempo, le tradizionali figure assistenziali, <i>professional</i> o <i>caregiver</i>, vengono progressivamente socializzate all'utilizzo delle tecnologie e integrano le proprie competenze professionali con tali utilizzi. Il confine tra discontinuità e adattamento, al momento, risulta quindi molto labile.</p>

Tabella 3a

Aree di cambiamento	Logistica dell'assistenza
Elementi di cambiamento	a) superamento dell'alternativa residenziale vs. domiciliare b) indispensabilità vs. sostituzione/integrazione del <i>caregiving full time</i>
Tendenze	a-b) residenziale più diffuso e domiciliare a più alta intensità di cura, ma non necessariamente di <i>caring</i>
Evoluzione/continuità?	<p>Alcune componenti fondamentali della LTC, come le residenze assistite, per la transizione epidemiologica e per la riorganizzazione della sanità ospedaliera, stanno modificando profondamente le loro performance assistenziali e i profili degli ospiti accolti. La prospettiva che vengono ad assumere sembra quella di hub di complessi percorsi assistenziali sempre più interconnessi sia con ospedali e strutture intermedie che con i domicili degli accolti. La durata media di permanenza si sta riducendo, seppur con significative differenze a seconda del quadro patologico predominante. Al contempo nei domicili si traslocano le pratiche assistenziali tipiche della residenzialità (oltre che dell'ospedaliero). In entrambe i casi anche grazie alle nuove tecnologie.</p> <p>Le tendenze, tra loro interdipendenti, sembrano due: lo spostamento di baricentro della risposta assistenziale dal residenziale al domiciliare; lo spostamento dalla assistenza diretta a quella a distanza e virtuale. Entrambe rappresentano significativi elementi di discontinuità nel panorama del sistema di offerta.</p>

Tabella 3b

Aree di cambiamento	Struttura dei costi di produzione
Elementi di cambiamento	a) personale vs. hardware e software b) personale assistenziale vs. personale progettista e tecnico c) investimenti in immobili vs. investimenti in tecnologie
Tendenze	a-b-c) meno personale e immobili, più beni e servizi legati alle tecnologie e alla gestione della assistenza nel territorio (mezzi, smartphone, ripetitori, ecc.)
Evoluzione/continuità?	<p>Ogni generalizzazione rispetto alle maggiori o minori convenienze tra domiciliarità e residenzialità, come fanno gli enti gestori, è fuorviante. Una seria analisi dei costi deve essere fatta per percorsi terapeutici assistenziali definiti, dentro i quali può cambiare il peso specifico delle diverse componenti su cui si sviluppa il piano assistenziale di un paziente/utente, modificando di conseguenza i costi relativi. Fatta questa premessa, a commento delle tendenze a-b-c) può essere utile tratteggiare una breve ricostruzione, per alcuni versi arbitraria.</p> <p>Prendiamo in considerazione un paziente di Alzheimer.³ Rispetto alle fasi di maggiore aggravamento – media-alta gravità – da necessitare il ricovero in Rsa, abbiamo ipotizzato che ci possano essere almeno 3 anni sostituibili dai sistemi Aal presso il domicilio.</p> <p>L'alternativa al ricovero, secondo la stima che riportiamo, comporta un risparmio di poco meno di 30mila euro a paziente per il triennio considerato (10mila euro annui).</p> <p>La stima si basa sui seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100-120mila euro costo della centralina capace di ricevere informazioni costanti da 5.000 terminali (abitazioni); ipotizzando, per realismo e semplicità, che i terminali siano 120 (invece di 5.000), il costo della centralina per terminale è di 1.000 euro per abitazione; - a questi sono da aggiungere 10-15mila euro di costo dei device da installare nella abitazione; anche in questo caso, per semplicità, ipotizziamo un costo di 14mila euro, che porta ad un totale di costi per installazioni tecnologiche di 15mila euro, ovvero di 5.000 euro per anno; - il costo annuale della permanenza in Rsa lo stimiamo in 35mila euro; con una prima rimanenza di 30mila euro; a questi sono da togliere le spese rientranti nel costo della Rsa se il nostro paziente fosse ospitato in servizi residenziali: <ul style="list-style-type: none"> - le spese per vitto e alloggio (utenze), stimabili in 5.000 euro annui; - le spese per visite sanitarie, farmaci e presidi forniti dal SSR, stimabili in 15mila euro annui; - le spese per visite sanitarie, farmaci e presidi non forniti dal SSR, stimabili in 3.000 euro annui; - le spese per assistenza familiare part time (attraverso badante o Sad) per 7.000 euro annui. <p>Riteniamo che ciò comporti uno scenario di discontinuità, quantomeno per quanto riguarda l'impostazione dell'offerta domiciliare.⁴</p>

Tabella 3c

³ Si fa qui riferimento ai dati desumibili da un progetto sperimentale in corso di realizzazione da parte dell'Azienda per i servizi alla persona – Aspef – del Comune di Mantova; sperimentazioni simili, rivolte anche ad altre condizioni patologiche sono in corso in diverse realtà del centro nord Italia (Bologna, Pisa, Bergamo, Trento, Lecco, Parma) per le quali rinviamo alla bibliografia allegata.

⁴ Secondo altre ricostruzioni basate sui costi sociali (somma dei costi sostenuti da tutti gli attori della situazione, ottenibile dalla somma delle spese monetarie e dalla valorizzazione economica di risorse non monetarie impiegate), riguardante campioni ristretti di situazione molto eterogenee – dalle mielolesioni, alla sclerosi multipla, alla amiotrofia spinale, alla tetraparesi distonico-atetoidi, ecc.) risulta “notevole il risparmio economico, valutato in rapporto ai costi sociali complessivi, già sul medio periodo. Dal punto di vista delle risorse economiche, a fronte di interventi la cui entità varia da 4.000 euro (sostituzione vasca da bagno con piatto doccia filo pavimento) fino a quasi 200mila euro (intervento strutturale e di domotizzazione), il risparmio di costi sociali da va un minimo di 9.000 ad un massimo di 290.368 euro in 5 anni” (Bitelli e Bensi 2010).

Aree di cambiamento	Assetti proprietari e strategie finanziarie dei produttori
Elementi di cambiamento	a) investimenti immobiliari (per strutture residenziali) di lungo periodo vs. investimenti tecnologici di breve medio periodo
Tendenze	a) meno proprietà diretta (committente o produttore) vs. più forme di noleggio/affitto i cui costi sono caricati sul produttore finale
Evoluzione/continuità?	Come per la sanità, è possibile prevedere che crescano provider che forniscono tecnologia e assistenza tecnica ai produttori di prestazioni e, vista la celerità con cui si innovano /sostituiscono sia l'hardware che il software, come già accade oggi per ICT applicata alle attività amministrative ovvero a quelle comunicative, si imponga la modalità del noleggio o similari. Di fatto, tutto ciò rappresenta un elemento di forte discontinuità.

Tabella 3d

Aree di cambiamento	Rapporto con il sanitario sia ospedaliero che territoriale
Elementi di cambiamento	a) socio sanitario <i>labour intensive</i> /sanitario <i>high tech</i> vs. convergenza nelle skill tra sanitario e socio sanitario
Tendenze	a) maggiore riconoscimento dei profili <i>professional</i> del socio sanitario b) riduzione della funzione ancillare del socio sanitario nei confronti del sanitario c) progressiva autonomia del socio sanitario dal sanitario
Evoluzione/continuità?	Nonostante il peso crescente la LTC, e più in generale il socio sanitario, rappresenta un settore assistenziale a cui, per peso economico, prospettive di carriera professionale e investimento scientifico, ad oggi non si riconosce la stessa rilevanza attribuita alla sanità, in particolare ospedaliera. I motivi sono molteplici e complessi. Basti qui considerare una figura come quella dell'infermiere. A parità di profilo professionale, chi opera in un reparto di rianimazione svolge mansioni ben diverse di chi opera in una Rsa; ha a che fare con sofisticate strumentazioni <i>high tech</i> ; è coinvolto in percorsi formativi particolarmente professionalizzanti; gli sono attribuite responsabilità assistenziali in cui solo o con gli altri <i>professional</i> interviene su eventi gravi e/o improvvisi; è chiamato a gestire dimensioni relazionali più intense con professionalità altamente qualificate mentre quantitativamente molto meno con pazienti e parenti (ovviamente l'intensità e profondità non sono in discussione); la rappresentazione del proprio ruolo e quindi di sé è conseguente, ecc. All'opposto, in una Rsa, un infermiere segue pazienti cronici gravi per lunghi periodi; è responsabile della somministrazione di terapie farmacologiche routinarie e dell'assistenza dell'ospite attraverso la supervisione di altre figure professionali quali gli Oss; è molto coinvolto nella relazione con gli ospiti e con i loro familiari di cui, insieme al geriatra, diviene una figura di riferimento; le tecnologie che è chiamato ad usare sono quelle basilari, spesso utilizzabili anche da non <i>professional</i> (defibrillatore, ecc.). Per rimanere nell'esempio, quando anche l'infermiere di LTC assumesse competenze che lo avvicinano al collega della rianimazione è presumibile che le distanze che attualmente li separano vengano attenuate. Generalizzando, si può ritenere che sia il settore LTC nel suo insieme a ridurre i <i>gaps</i> che lo differenziano da quello sanitario. Questo però, visto che pure il sanitario nel frattempo continua ad accrescere i caratteri distintivi che lo separano da quello LTC, non dovrebbe comportare significative discontinuità bensì significativi adattamenti.

Tabella 3e

10.4 ICT E DOMANDA DI INFORMAZIONE SULLA LTC

La comunicazione via internet è un punto chiave rispetto alla riflessione che stiamo facendo. Da una parte l'ICT favorisce le risposte alla domanda di informazione legata alla LTC, quindi ne diventa un mezzo attraverso cui si trasmettono messaggi e quindi si orientano le scelte delle soluzioni operative di cui si è alla ricerca. Dall'altra, l'impossibilità di controllare quello che viene messo in rete pone non pochi problemi di tutela all'internauta meno provveduto.

È un dato che la ricerca di informazioni online sulla salute stia diffondendosi in modo quasi invasivo. La consultazione della rete prima di intraprendere una terapia, di scegliere lo specialista migliore, o di adottare un particolare dispositivo, come per altre branche del consumo, è sempre più praticata. Età o competenza informatica non rappresentano ostacoli. Altri, familiari o prossimi, possono farlo.

Il web rappresenta un'occasione di partecipazione e ampliamento delle soluzioni appropriate ai bisogni, così come uno spazio virtuale in cui tranelli, notizie veicolate da chi ha interessi in gioco, e pubblicità/promozioni mascherate da informazioni serie, documentate e oggettive, determinano l'opposto.

Significativo che il ministero della salute, già nel dicembre 2010, avesse elaborato le "Linee guida per la comunicazione on line in tema di tutela e promozione della salute". La comunicazione in ambito sanitario, è scritto nella premessa, fa parte di quelle aree trasversali della comunicazione pubblica destinata ad assumere un ruolo centrale e strategico nelle relazioni tra stato e cittadino. Centralità nata non solo grazie all'obbligo delle amministrazioni sanitarie di rispondere al diritto del cittadino di essere informato ma, soprattutto, per la dimensione più articolata e complessa che termini come salute e cura hanno assunto nella società contemporanea.

Traslando il ragionamento dal sanitario puro alla LTC, meno sottoposta alle metodologie *evidence based*, così come ad oggi più intrisa di *care* che di cure, rimane il fatto che anche per questa area di informazioni Internet sta assumendo un ruolo crescente, con potenzialità e rischi tendenzialmente simili a quelli sopra indicati.

Da qui la possibilità che si sviluppi, promossa dai produttori di prestazioni anche in collaborazioni con altri attori – i patronati dei lavoratori, i produttori di tecnologie, le associazioni di patologie o di consumatori, le oo.ss. dei pensionati, ecc. – una nuova linea di attività finalizzata a fornire informazioni corrette e quindi proposte di intervento appropriate.

Per i produttori di prestazioni significherebbe valorizzare il know-how di cui dispongono, così come il capitale sociale che sono riusciti a maturare in anni di esperienza, la fiducia che li lega con utenti e familiari, e la capacità di partnership possibile con altri attori direttamente o indirettamente coinvolti nel processo di cura/assistenza. Una attività di informazione come parte integrante dell'offerta complessiva di cui si è capaci, autorevole e accreditante i produttori stessi, validata da una pluralità di interessi (utilizzatori, agenzie di tutela, ecc.), rivolta alla popolazione tutta.

Una forma di responsabilità sociale d'impresa giocata sul virtuale, in cui l'ICT viene ad imporre adattamenti organizzativi ed integrazioni prestazionali in continuità con quanto si sta già facendo.

10.5 RIASSUMENDO, DAL PUNTO DI VISTA DEI PRODUTTORI

Come abbiamo visto, le osservazioni e valutazioni che emergono da questa prima breve nota sull'impatto delle tecnologie nella LTC, se da una parte confermano la loro crescente rilevanza, dall'altra non permettono di rispondere in modo univoco sull'alternativa adattamento o discontinuità.

Detto ciò, e rinviando a un necessario progetto di ricerca finalizzato, è comunque presumibile che i produttori vengano spinti verso nuovi modelli di business, in cui:

- proprio grazie alle tecnologie la componente di servizio – data dalla immaterialità e non immagazinabilità determinati dal processo di interazione con il fruitore – viene ad avere una maggiore importanza rispetto alla erogazione della prestazione diretta, con un valore aggiunto economico per i produttori, ma anche un valore aggiunto dato dalla qualità percepita da parte dei clienti/utenti, siano questi i pazienti o i *caregiver* informali;
- viene a ridursi l'intensità della componente lavorativa (il comparto sarà meno *labour intensive*) a favore della componente tecnologica, con tutto ciò che ne consegue (skill, nuove figure tecniche che intervengono nel piano di assistenza, ruolo in evoluzione dei fornitori delle tecnologie stesse, ecc.);
- si renderà più flessibile e personalizzabile la risposta assistenziale (vs. standardizzazione e rigidità).

BIBLIOGRAFIA

- Aspef Mantova et al., *Sperimentazione di interventi in rete dedicati alla gestione a domicilio dei soggetti affetti dal morbo di Alzheimer nella città di Mantova*, in proprio, 2011
- Bitelli C., Bensi N., *Gli ausili sono un costo o un investimento? (Buone notizie dall'esperienza della ausilioteca di Bologna)*, relazione al convegno "Ausili e soluzioni per la qualità della vita in una società che cambia: sfide ed opportunità", Bologna 16/12/2010
- Cavallo F., Aquilano M., Dario P., Carrozza M.C., *Domotica e autonomia, le nuove frontiere della domiciliarità*, Oggi Domani Anziani, n. 3/2011
- Consorzio Consolida et al., *Living land*, Lecco, in proprio, 2014
- F. Longo, M. Del Vecchio, F. Lega, *La sanità futura*, Milano, Università Bocconi Editore, 2010
- M. Del Vecchio, *Perché pensare al futuro delle aziende pubbliche?* in F. Longo, M. Del Vecchio e F. Lega, cit., 2010

