

In memoria di Livio, Fausta, Ettore e Arzeglia

I lettori che desiderano
informazioni sui volumi
pubblicati dalla casa editrice
possono rivolgersi direttamente a:

Carocci editore

via Sardegna 50,
00187 Roma,
telefono 06 42 81 84 17,
fax 06 42 74 79 31

Visitateci sul nostro sito Internet:
<http://www.carocci.it>

Emmanuele Pavolini

Regioni e politiche sociali per gli anziani

Le sfide della non autosufficienza



Carocci editore

Il volume raccoglie i risultati della ricerca promossa dallo SPI-CGIL, e realizzata dalla Fondazione Brodolini, sulle politiche sociali attuate dalle Regioni nei confronti degli anziani. Questo libro riprende e sviluppa le attività di ricerca e di studio che lo SPI-CGIL ha voluto fornire quale contributo all'analisi del problema della non autosufficienza e all'individuazione di possibili soluzioni e interventi innovativi da realizzare a livello nazionale e decentrato. Si ringraziano Betty Leone, Giancarlo Erasmo Saccoman e Renato Bacconi dello SPI-CGIL per il prezioso contributo assicurato all'impostazione del lavoro e alla valutazione dei risultati.



**FONDAZIONE
G. BRODOLINI**

**POLITECNICO
DI MILANO**

1ª edizione, novembre 2004

© copyright 2004 by Carocci editore S.p.A., Roma

Realizzazione editoriale: Omnibook, Bari

Finito di stampare nel novembre 2004
dalla Litografia Varo (Pisa)

ISBN 88-430-3224-0

Riproduzione vietata ai sensi di legge
(art. 171 della legge 22 aprile 1941, n. 633)

Senza regolare autorizzazione,
è vietato riprodurre questo volume
anche parzialmente e con qualsiasi mezzo,
compresa la fotocopia, anche per uso interno
o didattico.

Indice

Presentazione di <i>Betty Leone</i>	11
Prefazione di <i>Costanzo Ranci</i>	15
Introduzione	18
1. Il welfare nel passaggio dalla società dei rischi alla società delle vulnerabilità: il caso della non autosufficienza degli anziani	22
1.1. Lo Stato sociale alle prese con le trasformazioni socio-demografiche ed economiche in atto	22
1.2. Le caratteristiche della nuova domanda sociale nelle società postindustriali	24
1.2.1. Dal rischio alla vulnerabilità / 1.2.2. Frammentazione e individualizzazione della domanda sociale	
1.3. Le difficoltà dei modelli di welfare di fronte ai nuovi bisogni	39
1.3.1. La difficoltà del modello assicurativo / 1.3.2. I limiti di una concezione unilineare della defamilizzazione	
1.4. Alcune prime risposte alle criticità	43
1.4.1. Il rafforzarsi delle politiche di attivazione e il mix fra le politiche di attivazione e quelle passive / 1.4.2. I tentativi di ristrutturazione dei sistemi di protezione dai vecchi rischi e di copertura di nuovi rischi e vulnerabilità / 1.4.3. Una maggiore integrazione fra politiche differenti / 1.4.4. La territorializzazione crescente delle politiche e degli interventi	
1.5. Quali sviluppi futuri?	51

2.	Un ventennio di politiche per gli anziani non autosufficienti in Italia fra universalismo debole nei trasferimenti e scarsa diffusione dei servizi	55
2.1.	Introduzione	55
2.2.	Politiche di protezione per le persone non autosufficienti in Italia e nei principali paesi europei	57
	2.2.1. L'assicurazione di cura tedesca / 2.2.2. L' <i>Allocation personnalisée à l'autonomie</i> (APA) francese	
2.3.	Il modello d'intervento pubblico in Italia	63
2.4.	L'universalismo all'italiana nel campo dei bisogni sociali derivanti dalla non autosufficienza: l'indennità di accompagnamento	66
	2.4.1. Lo strumento dell'indennità di accompagnamento a confronto con le riforme operate in Germania e Francia	
2.5.	Politiche in materia di non autosufficienza e riforme nel campo del welfare negli anni Novanta	72
2.6.	Il II governo Berlusconi: un'occasione mancata di riforma?	79
2.7.	Conclusioni: quali possibili sentieri di sviluppo?	88
3.	Le politiche regionali sulla non autosufficienza: il percorso normativo dagli anni Settanta a oggi	93
3.1.	Introduzione	93
3.2.	Anni Settanta: deistituzionalizzazione e prima definizione degli assetti di assistenza regionale	94
3.3.	Anni Ottanta: strutturazione delle politiche di deistituzionalizzazione, qualità degli interventi e diffusione del welfare mix	97
3.4.	Anni Novanta: nuovo sistema d'interventi e creazione di forme di mercato sociale	100
	3.4.1. La regolazione delle strutture residenziali sociosanitarie / 3.4.2. La regolazione del sistema dei servizi e degli interventi domiciliari e territoriali / 3.4.3. L'introduzione di strumenti di mercato sociale / 3.4.4. L'impostazione del sistema d'interventi futuri fra reperimento fondi, personalizzazione delle prestazioni e integrazione fra politiche differenti	
3.5.	Conclusioni	127
	Appendice legislativa	131

4.	Le Regioni italiane fra domanda sociale, frammentazione geosituzionale e offerta di servizi	137
4.1.	Introduzione	137
4.2.	Le forme della domanda sociale e le problematiche geosituzionali	138
	4.2.1. L'intensità della domanda sociale / 4.2.2. Il livello di frammentazione geosituzionale / 4.2.3. Le Regioni italiane fra domanda sociale e frammentazione geosituzionale: una comparazione	
4.3.	L'offerta d'interventi e la copertura pubblica dei bisogni	145
	4.3.1. Le Regioni di fronte alla frammentazione geosituzionale / 4.3.2. Gli interventi sociosanitari domiciliari / 4.3.3. Gli interventi residenziali sociosanitari	
4.4.	Regioni e copertura dei bisogni degli anziani non autosufficienti	158
4.5.	Osservazioni conclusive	161
5.	Il rendimento istituzionale delle Regioni nel campo della non autosufficienza	164
5.1.	Introduzione	164
5.2.	Una classificazione del rendimento istituzionale	166
5.3.	Possibili interpretazioni del rendimento istituzionale	169
	5.3.1. Caratteristiche del sistema politico regionale: <i>politics matters?</i> / 5.3.2. La comunità civica: <i>culture matters?</i> / 5.3.3. <i>Policy legacy: institutions matter?</i> / 5.3.4. Contano la domanda sociale e l'assetto geosituzionale? / 5.3.5. Quale ruolo per il contesto socioeconomico? / 5.3.6. Il rendimento istituzionale: un tentativo di spiegazione multicausale	
5.4.	Le Regioni a maggior rendimento istituzionale: un confronto fra modelli di regolazione	185
	5.4.1. Il modello generale e la filosofia d'intervento / 5.4.2. Il ruolo della Regione e il modello di regolazione dei rapporti con gli ambiti subregionali / 5.4.3. La regolazione degli interventi e il ruolo degli attori	
5.5.	Conclusioni	202
	Conclusioni	205
	Bibliografia	215

Presentazione

La copertura realizzata dalle politiche sociali regionali nei confronti delle persone non autosufficienti non è adeguata alla gravità del problema. È questo, tra gli altri, uno degli elementi fondamentali che il libro di Pavolini consegna al dibattito politico. Per il sindacato in generale, per lo SPI in particolare, si tratta, purtroppo, della conferma – qui supportata dal crisma di un'approfondita analisi scientifica – di un dato che emerge evidente nel rapporto continuo con gli iscritti e con i cittadini del nostro paese.

Ma è un'altra la cosa, per alcuni versi davvero sorprendente, che salta agli occhi di un lettore attento. Ragionare attorno alla non autosufficienza, in particolare delle persone anziane, e delle politiche ad essa connesse, significa toccare trasversalmente tutte le questioni che interessano l'Italia all'alba del nuovo secolo: l'invecchiamento della popolazione e l'allungamento della vita media, le differenze tra Nord e Sud, un federalismo monco e foriero di nuove disparità, la nuova struttura della famiglia, l'immigrazione, la transizione produttiva verso il postfordismo con le sue implicazioni anche sugli assetti sociali tra aree in crescita, aree in declino, aree di mancato sviluppo.

A tutti sono note le tendenze demografiche che vedono un progressivo invecchiamento della popolazione e, contestualmente, un allungamento della vita media degli italiani. Se il primo dato mostra un preoccupante calo delle nascite con conseguenti problemi relativi alla tenuta del nostro sistema produttivo e dello stesso Stato sociale – fenomeno che difficilmente potrà essere arrestato o integralmente compensato con consistenti afflussi di immigrati nel prossimo futuro –, il secondo è il risultato straordinario ottenuto in particolare nel Novecento grazie ai prodigiosi progressi della medicina e delle politiche sociali. Si tratta di evitare che la conquista di un'esistenza più lunga si trasformi in un problema sociale di vaste proporzioni e di assicurare, per quanto possibile, che all'accresciuta aspettativa di vita corrisponda una pari aspettativa di vita attiva, cioè senza disabilità. Questo è, ovviamente, un obiettivo ambi-

zioso che va perseguito tenendo conto della crescente e contraria tendenza alla presenza, soprattutto oltre il settantacinquesimo anno di età, di casi di comorbilità e cronicità.

L'altro elemento che emerge, ancora una volta, e che la ricerca mette bene in luce, è quello delle disparità tra Nord e Sud del paese. Il Mezzogiorno risulta in ritardo non solo nella programmazione e nell'attuazione degli interventi, ma anche nella stessa realizzazione di strutture pubbliche e di privato sociale adeguate alle esigenze. Un quadro questo che il disegno di legge costituzionale voluto dalla Lega rischia di aggravare. Allo stesso tempo, laddove invece le strutture ci sono e funzionano, sono messe continuamente sotto minaccia da un federalismo monco che delega competenze ma non risorse e da un governo che, rispettoso a parole delle rispettive aree di autorità, taglia fondi, tentando di recuperare credibilità verso i cittadini agendo e scaricando l'onere delle restrizioni di bilancio sulle spalle delle autonomie locali e delle loro politiche sociali.

Parlare di non autosufficienza significa parlare anche della nuova struttura della famiglia italiana. È in buona parte alle nostre spalle il modello familiare che ha contraddistinto i primi cinquant'anni di storia repubblicana, costituito da nuclei allargati dove le donne avevano una funzione fondamentale di cura della casa e delle persone più indifese. Vediamo sempre più, al contrario, una destrutturazione di quel modello mentre le statistiche evidenziano la crescita delle famiglie mono e bi-componenti. Ed è proprio tra le persone con problemi di autosufficienza che questo fenomeno è particolarmente rilevante. Che senso ha, allora, prevedere – come fa il Libro Bianco sul welfare del governo Berlusconi – di affidare alla famiglia (e quindi implicitamente alla donna), magari sostenuta da buoni servizio o erogazioni monetarie, la titolarità degli interventi a sostegno delle persone con problemi di disabilità funzionale o di senescenza psicologica? Quello di cui abbiamo bisogno, l'Unione Europea non smette di raccomandarcelo, è esattamente il contrario: una maggiore presenza, più qualificata e di tutte le classi d'età, della componente femminile nel mercato del lavoro. L'altra possibile implicazione di una politica orientata in questa maniera è quella di sostenere la costituzione di rapporti di lavoro con donne immigrate non specializzate, con il rischio evidente di creare ulteriori aree di lavoro sommerso o semisommerso e non professionale.

Ragionare attorno alla non autosufficienza significa, inoltre, interrogarsi rispetto alla modificazione della struttura produttiva del nostro paese all'interno di un assetto postfordista. È questo un serio argomento di riflessione che va articolato in una duplice direzione. Da una parte, questa transizione, nel momento in cui interrompe la con-

tinuità tra lavoro e diritti sociali, agendo in termini di flessibilità sulla componente lavorativa e creando nuove sacche di esclusione, contribuisce a mettere in crisi il modello assicurativo – caratteristico del nostro sistema di welfare –, basato sulla imposizione di contributi al lavoro per il finanziamento di politiche di protezione sociale. Dall'altra, rischia di essere coinvolto nelle difficoltà anche il sistema produttivo della cosiddetta “Terza Italia” (Centro Italia escluso il Lazio, Emilia-Romagna e Nord-Est) che in questi anni ha risposto in maniera più adeguata – per tutta una serie di ragioni che attengono all'assetto istituzionale e alla cultura di governo di quei territori – alle esigenze di contrasto alla non autosufficienza. In quelle Regioni si è evidenziato, negli ultimi quindici anni, uno stretto legame tra migliori performance economiche – dovute alla capacità di adeguarsi con la flessibilità caratteristica del sistema dei distretti e della piccola impresa alle sfide del postfordismo e alle conseguenti modificazioni del mercato internazionale – e migliori performance sociali. Questo modello socioeconomico rischia di entrare anch'esso in crisi, come già avvenuto per la grande impresa del Nord-Ovest, sotto la pressione della concorrenza internazionale, caratterizzata da prezzi bassi e discreta qualità del prodotto, e a causa di una possibile caduta della domanda interna e mondiale sui prodotti tipici del *made in Italy*. Tutto ciò potrebbe determinare conseguenze negative, pur se non auspicabili, sul sistema di protezione sociale assicurato ai cittadini di quelle Regioni.

Il quadro che emerge, allora, è piuttosto complicato. Che fare? Quali sono le strade da percorrere per alleggerire le pesanti condizioni delle persone non autosufficienti?

Prima di tutto, occorre continuare a porre all'attenzione il problema cogliendo il suggerimento, implicitamente contenuto nella ricerca, di allargare l'orizzonte all'universo più esteso dei bisogni di cura socio-sanitari delle cronicità, di cui la non autosufficienza è parte. Inoltre, è necessario continuare con la mobilitazione, che pure in questi anni ha ottenuto il buon risultato di posizionare questo tema al centro del dibattito sulle politiche sociali in Italia, per chiedere alla politica nazionale di dotarsi di uno strumento legislativo che aggredisca, anche se in maniera non risolutiva, il problema. Per questo, i sindacati dei pensionati hanno chiesto la creazione di un Fondo nazionale per la non autosufficienza, alimentato attraverso la fiscalità generale o con un'imposta *ad hoc*, che vada a finanziare le strutture nazionali di programmazione e di coordinamento degli interventi da affidare alle Regioni e ai Comuni, e che ne assicuri universalità e omogeneità. La proposta di legge giace in Parlamento da molto ormai senza che la maggioranza abbia trovato la necessaria copertura finanziaria. Nessun intervento in questa di-

reazione sarà attivato, per quello che è possibile prevedere nel momento in cui va in stampa questo libro, per l'anno 2005. Mentre un quinto degli anziani vive la difficoltà giornaliera della disabilità e della inattività, il governo sceglie di ridurre le tasse ai più ricchi. Questione di scelte, appunto.

BETTY LEONE
Segretaria generale dello SPI-CGIL

Prefazione

di *Costanzo Ranci*

Sono passati ormai tre anni da quando il Politecnico di Milano, in collaborazione con la Fondazione Brodolini, diede avvio, per conto dello SPI-CGIL nazionale, a un ciclo di ricerche e di riflessioni sulle politiche sociali che il nostro paese realizza per rispondere ai bisogni assistenziali della popolazione anziana.

Il primo studio, pubblicato nel 2001, documentava la forte carica innovativa che aveva caratterizzato le politiche assistenziali sviluppate nei principali paesi europei a favore della popolazione anziana¹. Sembrava possibile scorgere allora i segni di una riforma strisciante del modello assistenziale precedente, che si spingeva verso la costruzione di quello che, con una fortunata formula, venne definito un «mercato sociale dei servizi alla persona». Riforme importanti come quelle realizzate in Germania, in Francia e in Gran Bretagna indicavano, infatti, l'abbandono di un'impostazione eccessivamente burocratizzata e fondata sull'intervento diretto dello Stato, a favore di nuovi modelli che cercavano di migliorare ed espandere la capacità di risposta dei sistemi pubblici attraverso una maggiore integrazione dell'assistenza privata e dell'assistenza informale nel sistema pubblico, una maggiore contrattualizzazione delle relazioni tra finanziatori pubblici e fornitori privati e il tentativo, assai controverso, di attribuire maggiore potere di scelta ai cittadini.

A fronte di questi sforzi, la situazione del nostro paese sembrava caratterizzata da un'intensa sperimentazione regionale e locale, controblanciata tuttavia dall'immobilismo e dall'inerzia del governo nazionale. Una situazione dunque irrisolta, nonostante che la pressione sociale aumentasse in conseguenza dei cambiamenti demografici e familiari in misura anche superiore a quanto accadesse nel resto d'Europa.

Si comprese, in quello studio, l'importanza cruciale che nel nostro paese mantengono le reti familiari e il mercato sommerso dei servizi di cura, alimentato negli ultimi anni dall'offerta di lavoro proveniente dai paesi extracomunitari. Si colse l'importanza che le politiche sociali regolassero e integrassero la capacità di cura delle famiglie e le risorse disponibili sul mercato entro sistemi locali davvero «integrati», superando

la diffusa propensione dei governi (sia nazionali che locali) a monetizzare l'assistenza attraverso la concessione di indennità e di assegni scarsamente finalizzati e controllati.

A distanza di tre anni, presentiamo uno studio che si colloca nella medesima prospettiva aperta allora. La ricerca realizzata da Emmanuele Pavolini nasce da una constatazione: nonostante le buone intenzioni e le lodevoli iniziative legislative, la politica nazionale verso gli anziani resta immobile, soffocata da altre emergenze, oltre che dal cattivo andamento del nostro bilancio pubblico.

All'inerzia nazionale ha tuttavia fatto riscontro un certo attivismo regionale. L'inattività del governo non ha fortunatamente congelato del tutto l'iniziativa delle Regioni, le quali, in misura naturalmente variabile, hanno avviato dei processi di riforma del sistema. Se una novità è emersa negli ultimi anni nelle politiche per gli anziani, questa consiste proprio nello sviluppo di una rinnovata governance regionale; che si esplica non solo nella creazione di nuove linee di finanziamento, ma anche nell'implementazione di nuovi programmi, finalizzati a rendere più flessibile e più ampio il repertorio delle risposte disponibili ai problemi di cura della popolazione anziana.

Se osserviamo il quadro nel suo insieme, potremmo concludere che, in questo campo di politiche, si stia assistendo a una sorta di *devolution* strisciante: un esito che non dipende tanto dalle modifiche al Titolo V della Costituzione, quanto dall'assenza di una politica nazionale e dall'emergere di una domanda sociale crescente che esercita una notevole pressione sui sistemi locali d'intervento.

Come interpretare questa tendenza? Se da un lato la regionalizzazione strisciante costituisce un segno positivo di capacità d'iniziativa e di adattamento alle mutevoli realtà territoriali, dall'altro lato essa segnala la crescita di una sempre più forte disuguaglianza territoriale – fenomeno preoccupante in un paese, come noto, che già soffre di eccessivi squilibri regionali nella dotazione di servizi e nella capacità di governo.

La ricerca di Pavolini è preziosa perché tenta, per la prima volta nel nostro paese, di ricondurre il puzzle regionale a un quadro sistematico. Attraverso la raccolta e l'analisi di un'ampia mole di dati (non sempre di facile reperibilità e interpretazione), lo studio mostra quali siano le differenze regionali esistenti, per poi cercare di offrire un'interpretazione che spieghi non solo perché tale differenziazione esiste, ma anche perché essa sembra aumentare e radicalizzarsi sempre più – fino all'emergere, forse, di veri e propri modelli regionali distintivi.

Gli insegnamenti che la ricerca offre sono principalmente due. In primo luogo essa offre una conferma importante all'idea che l'innovazione nelle politiche sociali avvenga (e possa avvenire) in sostanziale continuità

con gli assetti organizzativi e le culture dei servizi già esistenti. Le Regioni italiane seguono ciascuna un proprio “sentiero istituzionale” – che è composto di specifici linguaggi, assetti organizzativi e istituzionali, pratiche e abitudini, dispositivi regolativi – entro cui l’innovazione va collocata per essere assimilata e accettata. Il «mercato sociale» conosce così diverse declinazioni regionali, che dipendono, in ultima istanza, dal modo in cui l’innovazione viene assimilata dentro il sistema esistente. In assenza di un indirizzo centrale, pertanto, le differenziazioni regionali non solo permangono, ma per diversi versi si approfondiscono e si radicalizzano.

In secondo luogo, la «geografia della cittadinanza sociale» degli anziani ricostruita da Pavolini segnala i limiti entro cui si muove la governance regionale. Essa è costretta, dati i limiti di autonomia impositiva e di controllo diretto sulla spesa sociale e sanitaria delle Regioni, ad affidarsi costantemente ad aggiustamenti parziali, a modeste correzioni di rotta che risultano sempre inadeguate rispetto alla portata dei bisogni sociali emergenti. La fedeltà delle Regioni al loro modello di partenza costituisce, da questo punto di vista, un segnale della strettezza dei vincoli finanziari e organizzativi entro cui esse si muovono, poiché la *devolution* di cui stiamo parlando è appunto strisciante, non essendo sostenuta da un’adeguata autonomia di governo.

Aprimo nel 2001 questo ciclo di ricerche affermando l’urgenza che il nostro paese si allineasse alla tendenza in atto nei grandi paesi europei, tutti orientati verso la costruzione di un programma nazionale d’intervento a favore della non autosufficienza degli anziani (prevedendo, in modo diverso, forme di responsabilizzazione dei governi regionali). Chiudiamo ora, con questo studio sulla governance regionale, questo ciclo di ricerche, non potendo che reiterare la stessa raccomandazione di allora: l’emergere di modelli regionali di welfare sempre più differenziati richiede, in uno Stato sociale che ancora vuole ispirarsi ai principi della cittadinanza sociale, l’affermazione pratica di una responsabilità finanziaria e regolativa a livello nazionale. Non per cancellare o limitare la governance delle Regioni, ma per renderla possibile. I limiti e i problemi di politica regionale segnalati in questa ricerca, dunque, non interpellano soltanto l’amministrazione e il governo delle Regioni italiane, ma richiamano anche le responsabilità del governo nazionale.

Milano, 8 agosto 2004

Note

1. C. Ranci (a cura di), *L’assistenza agli anziani in Italia e in Europa. Verso la costruzione di un mercato sociale dei servizi*, Angeli, Milano 2001.

Introduzione

Gli ultimi quindici anni hanno rappresentato per l'Italia e per altri paesi occidentali un passaggio cruciale nei propri assetti di welfare. Pensati per una società fordista e, potremmo aggiungere, "giovane", in cui vi era un peso preponderante delle coorti demografiche adulte e dei minori, essi si devono confrontare con strutture socioeconomiche in profondo mutamento in cui da un lato è avvenuto o sta avvenendo il passaggio verso il postfordismo, dall'altro si notano sempre più i segni dell'invecchiamento relativo e assoluto della popolazione. Tale doppio ordine di trasformazioni ha sottoposto e sta continuando a sottoporre i sistemi di protezione sociale a notevoli pressioni.

Una delle tematiche che più oggi si pongono al centro dell'intreccio fra società, economia, famiglia e welfare è relativa alle forme di protezione riservate alle persone anziane non autosufficienti. È importante sottolineare come tale tematica si sia progressivamente spostata al centro dell'agenda di policy. Se negli anni Settanta e Ottanta i servizi sociali tematizzavano principalmente i bisogni delle famiglie con minori (gli asili nido e i consultori) e quelli d'inserimento e integrazione sociale per fasce svantaggiate (disabili giovani e adulti, persone senza fissa dimora ecc.), in una società che invecchia, quale quella dell'ultimo quindicennio un'altra tematica assume un peso crescente, se non forse il più rilevante in termini relativi, ed è appunto quella della protezione e della cura dei bisogni sociosanitari legati all'età anziana.

Le politiche verso la non autosufficienza adottate in Italia in questi ultimi anni presentano, rispetto ad altri paesi, alcune specificità più o meno forti.

L'Italia è fra le nazioni con la più alta percentuale di anziani all'interno della propria popolazione e i trend demografici, se saranno rispettati, indicano che tale collocazione a livello internazionale potrebbe continuare, se non rafforzarsi.

In secondo luogo in Italia le risposte che i sistemi di welfare nazionale, regionali e locali hanno offerto in questi ultimi quindici anni sono

scaturite in contesti di profondo mutamento istituzionale e politico. Non si trovano altri paesi occidentali in cui in anni recenti una buona parte della classe politica, ai vari livelli di governo, sia stata rimossa o comunque abbia perso fortemente legittimità, a seguito di scandali e d'inchieste giudiziarie, com'è avvenuto con Tangentopoli. Inoltre, in parte a seguito di tali eventi drammatici, le politiche di welfare si sono andate ristrutturando o formando entro un quadro normativo che, all'insegna del federalismo e della sussidiarietà, ha trasferito crescenti poteri dal centro nazionale alle Regioni e ai Comuni.

All'interno quindi di questa fase segnata da riforme che tendono a promuovere sempre più in Italia un sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari a livello regionale, lasciando una forte autonomia decisionale ai soggetti pubblici presenti e attivi a questo livello (si pensi alla legge 8 novembre 2000, n. 328, così come più in generale alla riforma del Titolo V della Costituzione), diventa importante comprendere, in particolare se si analizzano le politiche per persone non autosufficienti che sono al centro spesso dei modelli locali di welfare, da un lato come gli attori pubblici regionali si stiano attivando per favorire la costruzione effettiva di un sistema integrato di servizi rivolto alla non autosufficienza, dall'altro quali siano gli interventi effettivamente promossi da tali attori a livello locale. In quest'ottica la presente analisi si propone di ricostruire quali siano i modelli emergenti di intervento e di regolazione a livello regionale.

Focalizzare innanzitutto l'attenzione su tale ultimo livello è centrale, vista la crescente tendenza verso un federalismo che nel campo del welfare, della sanità e dei servizi sociali in particolare, sta attribuendo poteri e autonomie sempre maggiori alle istituzioni regionali. La spinta verso un modello federale-regionalista porta con sé numerose conseguenze che chiaramente il presente studio può solo iniziare a prendere in considerazione. Innanzitutto *una dimensione problematica e dilemmatica alla base di tale processo nel campo dei servizi agli anziani non autosufficienti è relativa a quale sia l'effettiva capacità dei governi regionali di regolare in maniera efficace ed efficiente tali nuove responsabilità*. La presente ricerca si è posta quindi come obiettivo di fondo non solo una ricostruzione complessiva del panorama italiano nel campo delle politiche per gli anziani non autosufficienti, bensì anche un'analisi di quale sia, di come sia differenziata e di che forme assuma la capacità di governance regionale nel campo di studio in oggetto.

La struttura del volume è quindi la seguente.

Innanzitutto si cerca di collocare la tematica dei bisogni generati dalla non autosufficienza all'interno di un quadro più generale di trasformazione della domanda sociale e dei sistemi di protezione occidentali,

mettendo in risalto la presenza di un cambiamento non solo quantitativo nel livello delle richieste che provengono dalla popolazione, bensì anche di tipo qualitativo (CAP. 1).

L'analisi si sposta poi verso una ricostruzione della collocazione dei modelli di regolazione regionale all'interno del più generale quadro normativo nazionale ed europeo di protezione della non autosufficienza, mettendo in evidenza i limiti dei modelli d'intervento proposti nei vari contesti, così come gli stimoli derivanti da questi ultimi (CAP. 2).

Il CAP. 3, così come i due seguenti, è dedicato specificamente ai contesti locali e in particolare all'analisi della normativa regionale prodotta nel campo della non autosufficienza a partire dagli anni Settanta, dando particolare risalto e approfondendo quella emersa dagli anni Novanta.

La ricostruzione dei modelli d'intervento regionali è poi associata, nel CAP. 4, all'analisi sia delle caratteristiche locali della domanda sociale sia dei sistemi di offerta d'interventi, con l'obiettivo di mappare il grado e le forme di copertura assicurate nei vari territori.

Nel CAP. 5, più di taglio interpretativo, si tenta infine di offrire una classificazione del rendimento istituzionale delle singole Regioni nel campo della non autosufficienza, valutando la loro capacità sia di copertura del bisogno sia di produzione normativa. La classificazione è poi servita per cercare di comprendere quali variabili e fattori, di tipo culturale, politico e sociale, risultino più in grado di spiegare le differenze. In quest'ottica si è deciso di analizzare quattro regioni che appaiono fra le più rilevanti sotto il profilo tanto del peso politico nelle discussioni nazionali sui sistemi di welfare quanto della rilevanza demografica (Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana), onde poter studiare più in profondità le loro scelte di regolazione e i relativi modelli d'intervento.

Le *Conclusioni* sono dedicate a una sintesi critica di quanto emerso nel corso del lavoro e alla proposizione di alcune problematiche che per ora i sistemi di welfare regionali non sembrano in grado di affrontare.

Questo volume è il frutto di una ricerca durata più di un anno e mezzo, ma si situa all'interno di un mio studio più generale sulle trasformazioni del welfare. In particolare il CAP. 1, di carattere generale, riprende e sviluppa temi da me trattati in un articolo per la "Rivista italiana di Sociologia" nel 2002 e il CAP. 2 ha potuto beneficiare anche dei risultati di un percorso di ricerca sulle trasformazioni del welfare italiano durante la "Seconda Repubblica", edito da Giovanna Vicarelli (in corso di pubblicazione).

Il presente studio, nonché la sua pubblicazione in questo volume, sono stati supportati, non solo finanziariamente ma anche in termini di stimoli e suggerimenti, dallo SPI-CGIL nazionale e dalla Fondazione Brodo-

lini a cui va il mio sentito ringraziamento. Alla stessa maniera sono grato a Costanzo Ranci con cui ho condiviso una buona parte del percorso che ha portato a questo libro all'interno del laboratorio di Politica sociale del Politecnico di Milano. Altre persone sono state preziose per i suggerimenti e anche per le critiche espresse, sia sui contenuti sia sulle scelte metodologiche, a quanto andavo scrivendo. Fra queste vorrei ricordare Ugo Ascoli, Renzo Scortegagna, Carlo Carboni, Massimo Paci, Maurizio Pisati, Giuliana Costa e Giovanna Vicarelli. Inoltre ringrazio Mauro Migliavacca e Cristina Rocchetti per il prezioso aiuto fornitomi nella faticosa raccolta della documentazione normativa relativa alla copertura dei servizi nelle singole regioni.

Naturalmente il testo è frutto delle mie riflessioni che non sempre hanno coinciso con quelle espresse dai miei attenti lettori e pertanto mi assumo personalmente le responsabilità di quanto scritto.

Il welfare nel passaggio dalla società dei rischi alla società delle vulnerabilità: il caso della non autosufficienza degli anziani

I.1

Lo Stato sociale alle prese con le trasformazioni sociodemografiche ed economiche in atto

Una serie di mutamenti sia sul versante sociodemografico sia su quello economico sta interessando in maniera rilevante le società occidentali e quelle europee in particolare.

Sotto il profilo sociodemografico si stanno realizzando ormai da alcuni anni tre trend di ampia portata:

- la trasformazione dei nuclei familiari, caratterizzata da una loro crescente instabilità e da una diminuzione nelle dimensioni medie;
- l'invecchiamento della popolazione, dovuto all'allungamento della vita media e spesso alla contemporanea riduzione relativa delle nascite;
- la crescente rilevanza di processi migratori, soprattutto da paesi al di fuori dell'Unione Europea a 15 Stati¹, sia di prima generazione, in particolare nei paesi dell'Europa mediterranea, sia di seconda generazione (Pugliese, 2002).

La famiglia, istituzione centrale per il funzionamento del tradizionale modello di società e di welfare fordista (Mingione, 1997; Esping-Andersen, 2000), mostra segni crescenti di instabilità e di difficoltà di funzionamento. Se nel 1981-82 il numero medio dei membri in un nucleo familiare era pari nell'Unione Europea a 2,8, vent'anni dopo, nel 2001, tale valore si abbassava a 2,4 (EUROSTAT, 2004b). Divorzi e separazioni, pur tendendo a incidere in misura diversificata nei vari contesti europei, con una maggiore capacità di tenuta dei matrimoni nel Sud Europa e in Italia (Maggioni, 1997; Barbagli, Saraceno, 1997), stanno aumentando e interessano un numero crescente di famiglie: il tasso di divorzio, espresso dal rapporto fra numero di divorzi e popolazione media in un dato anno, è passato da 1,4 nel 1980 a 1,8 nel 2000, così come la quota di matrimoni sfociati in divorzio per differenti coorti matrimoniali è passata dal 22 per cento per le famiglie sorte nel 1970 al 29 per quelle sorte nel 1983 (EUROSTAT, 2004b).

Le famiglie tendono a ridursi non solo a seguito di divorzi e separazioni ma anche per via dei fenomeni di invecchiamento della popolazione. Da un lato negli ultimi 40 anni si è registrato nei paesi dell'Europa occidentale un drastico abbassamento nel tasso di fertilità, passato da 2,59 figli in media per donna nel 1960 a 1,82 nel 1980 e infine a 1,53 nel 2000 (*ibid.*); dall'altro la speranza media di vita si è allungata e così la crescente presenza di una popolazione anziana, spesso composta da coppie o da single. Nel 1991 la speranza media di vita a 60 anni era di 18,3 anni per gli uomini e 22,7 per le donne, mentre nel 2002 tale valore è salito, nel giro di un solo decennio, rispettivamente a 20,1 e 24,2. Nel 1992 le persone di almeno 65 anni rappresentavano il 14,9 per cento della popolazione dell'UE, mentre nel 2003 toccavano la quota del 16,8 per cento, aumentando di oltre un decimo. Tale processo di invecchiamento non sembra destinato a invertirsi nel medio termine: stime EUROSTAT per il periodo 2000-15 indicano che molto probabilmente la coorte di età 0-14 anni si ridurrà dell'8 per cento circa, mentre quella degli over 64 crescerà di un quinto (22 per cento) e addirittura gli ultraottantenni del 48 per cento (*ibid.*)!

L'immigrazione rappresenta infine il terzo grande fenomeno socio-demografico che sta interessando le società europee, in particolare quelle del Sud; nel 2000 il tasso d'incremento della popolazione nell'UE, espresso in millesimi, è stato pari a 2,8: tale valore è il risultato di un aumento più pronunciato nel saldo migratorio netto (1,8) rispetto a quello naturale (1,0)². In alcuni paesi, come l'Italia e la Svezia, addirittura l'incremento della popolazione è il risultato solo di un forte saldo migratorio netto (rispettivamente + 3,1 e + 2,7), a fronte di un saldo naturale negativo (- 0,3 in entrambi i casi). Si tratta di un'immigrazione proveniente in buona parte da paesi al di fuori dell'UE (EUROSTAT, 2004b).

Accanto a tali trasformazioni sociodemografiche si registra sul mercato del lavoro la fine (parziale) del modello di sviluppo economico fondato sulla manodopera salariata (Castel, 1995). L'organizzazione del lavoro cambia e lascia crescente spazio alla flessibilità e all'adattabilità immediata, spesso mettendo a rischio la sicurezza dell'impiego tipica dell'epoca fordista (Reyneri, 2002). Accornero (1997) definisce tale trasformazione in termini di passaggio dalla «società del lavoro» alla «società dei lavori», in cui la quota e il ruolo dei lavoratori atipici diventano sempre più rilevanti rispetto a quelli dei più tradizionali lavoratori dipendenti, così come è presente in molti contesti una forte componente di disoccupati di medio-lungo periodo. Nel 1990 la quota di lavoratori con contratti a termine era nei paesi dell'Unione Europea pari al 10,3 per cento, nel 2000 saliva al 13,6. Sempre nel 2000 i lavoratori part-time rappresentavano oltre un sesto degli occupati (17,7 per cento). Nello stesso an-

no rispettivamente il 3,1 e il 4,5 per cento della forza-lavoro maschile e femminile risultavano disoccupati da almeno 12 mesi (EUROSTAT, 2004b).

Gli intensi mutamenti nel campo dell'economia e delle strutture sociodemografiche coinvolgono e in buona parte influenzano anche il terzo perno su cui si è fondato il patto fordista, e cioè i sistemi nazionali di welfare, nei quali si registrano ormai da alcuni anni segnali di difficoltà se non di crisi. Questi sistemi si reggono grazie a un'intelaiatura istituzionale basata su un modello redistributivo e di copertura pubblica dei rischi sociali, sviluppatosi principalmente nel corso del secolo scorso, che però oggi mostra sempre più segni di difficoltà in buona parte a seguito dei profondi cambiamenti in atto appena illustrati. Il welfare State appare pertanto meno capace di fronteggiare la domanda sociale parzialmente nuova che emerge da tali mutamenti. Le società contemporanee devono affrontare, accanto ad alcune tradizionali, nuove domande sociali (Ranci, 2002b; Ferrera, 1998; Rosanvallon, 1997), limitatamente presenti in passato e pertanto poco coperte, o coperte in maniera non adeguata rispetto all'attuale entità dei problemi (Pavolini, 2002). Una delle principali forme assunte da tale nuova domanda sociale è rappresentata proprio dalla non autosufficienza degli anziani.

A seguito dei mutamenti socioeconomici in corso sta avvenendo quindi un cambiamento nella domanda sociale di tipo non solo quantitativo, con l'aumento di forme tradizionali di bisogno, ma soprattutto qualitativo, tale da mettere seriamente in difficoltà i meccanismi di funzionamento alla base dei modelli assicurativi degli Stati sociali occidentali (Pavolini, 2002). Saremmo in presenza di una "crisi di politica pubblica" nel campo del welfare, in conseguenza di una domanda sociale non più semplicemente inquadrabile e pertanto fronteggiabile all'interno degli schemi tradizionali di risposta dei welfare europei di stampo fordista, incentrati sul concetto di rischio attuariale.

I.2

Le caratteristiche della nuova domanda sociale nelle società postindustriali

Un'analisi sulle cause socioeconomiche della cosiddetta crisi del welfare State va al di là degli obiettivi che si intendono perseguire nel presente volume. In questa sede si focalizzerà l'attenzione sui fattori attinenti alle trasformazioni in atto nella composizione e nelle caratteristiche della domanda sociale proveniente dalle famiglie e dagli individui. A tale riguardo si evidenziano due fenomeni in buona parte fra loro collegati: la presenza di situazioni di difficoltà sempre più definibili in termini di vulnerabilità che di rischio; la frammentazione dei bisogni e l'individualizzazione delle richieste.

1.2.1. Dal rischio alla vulnerabilità

I sistemi di welfare europei sono stati istituiti con l'idea di fronteggiare fenomeni definibili in termini di rischio. Tale concetto, inteso in senso attuariale, fa riferimento al verificarsi di eventi dannosi, che mantengono comunque un carattere aleatorio e circostanziale (Rosanvallon, 1997). Negli ultimi anni si sta invece diffondendo un insieme di fenomeni negativi per l'individuo, che sempre più perdono l'aleatorietà e la circostanzialità (CERC, 1993). *Un numero crescente di situazioni di disagio è quindi sempre meno definibile in termini di rischio (attuariale) e sempre più in termini di vulnerabilità.*

Sono cinque gli elementi che tendono a definire le criticità qui denominate vulnerabilità (Pavolini, 2002):

1. le persone, una volta interessate da tali fenomeni, tendono a subirli per archi temporali relativamente prolungati;
2. si tratta di fenomeni che hanno una consistente probabilità di verificarsi, focalizzandosi spesso su alcune fasce di popolazione;
3. non necessariamente sanciscono l'esclusione sociale o dissesti definitivi per l'individuo o la famiglia, bensì creano spesso situazioni d'instabilità e di incertezza nelle strategie di medio-lungo periodo, così come difficoltà d'integrazione nella società;
4. singolarmente e complessivamente interessano un'ampia area sociale;
5. tendono ad avere una natura differente rispetto ai rischi tradizionalmente coperti dal welfare State di tipo fordista del secondo dopoguerra; in particolare la loro crescita è strettamente collegata all'affermarsi di un mercato del lavoro e di strutture familiari postfordisti, caratterizzati da minore stabilità e da maggiore frammentazione (Bonoli, 2004; Esping-Andersen, 2000; Hemerijck, 2002).

Ranci (2002a, p. 28) definisce la vulnerabilità

una situazione di vita in cui l'autonomia e la capacità di autodeterminazione dei soggetti è permanentemente minacciata da un inserimento instabile dentro i principali sistemi di integrazione sociale e di distribuzione delle risorse.

Quest'accezione sembra adatta a inquadrare eventi negativi in termini sia di temporalità protratta sia d'instabilità nell'accesso alle risorse e ai sistemi d'integrazione.

Il concetto di vulnerabilità, rispetto a quello di rischio, mette in risalto e si focalizza non tanto e non solo sulla polarizzazione inclusione/esclusione sociale, quanto, accanto a tali due dimensioni, sulla zona grigia fra i due poli, definibile di inserimento precario e instabile, che è attualmente in crescita ed è alla base di situazioni di «sofferenza senza disagio» (Olagner, 1998).

Si possono individuare differenti problematiche che rispondono a tale definizione. In questa sede si concentrerà l'attenzione sulle seguenti tre:

- una di tipo socio-occupazionale relativa all'inserimento difficoltoso nel mercato del lavoro;
- una di tipo socioassistenziale concernente la povertà e l'esclusione sociale;
- una di tipo sociosanitario relativa alla non autosufficienza e più in generale ai bisogni di cura in situazioni di cronicità.

Per quanto riguarda il mercato del lavoro, vi sono due fenomeni che sembrano indicare la crescita di un'area di vulnerabilità: la disoccupazione, soprattutto quella di lungo periodo, e la precarietà lavorativa. Da un decennio diventa abbastanza difficile pensare la *disoccupazione* in termini di rischio, visto il numero di soggetti interessati e il suo manifestarsi in maniera prolungata nel corso del tempo in molti paesi occidentali (EUROSTAT, 2004b). Nel periodo 1993-2003 il tasso di disoccupazione non è mai sceso, all'interno dell'Unione Europea, sotto l'8 per cento, dopo aver toccato valori vicini all'11 per cento a metà degli anni Novanta. In alcuni dei principali paesi occidentali, quali per esempio la Francia, la Germania, la Spagna e l'Italia, le percentuali registrate sono state anche più drammatiche. I dati del 2003 mostrano un relativo miglioramento rispetto all'inizio del decennio scorso, principalmente imputabile alla crescita di forme di lavoro atipico: l'incidenza del part-time è complessivamente aumentata di un sesto passando dal 16 al 18,6 per cento ancorché all'interno di tale tipo di contratto rimanga significativa l'area del cosiddetto part-time involontario, cioè quello imposto a lavoratori che avrebbero desiderato altri tipi di contratto (in media il 15,1 per cento); i lavoratori con contratti a termine rappresentano un decimo degli occupati e in tutti i principali paesi UE la loro incidenza è aumentata significativamente nel corso del decennio (in Gran Bretagna di un quarto, in Francia di un quinto, in Spagna e Germania di un sesto, in Italia addirittura del 61,5 per cento a seguito soprattutto delle riforme del mercato del lavoro della seconda parte degli anni Novanta; cfr. TAB. 1.1).

Se forse la disoccupazione di per sé può essere ancora in parte letta in termini di rischio, nonostante tali alte percentuali, le limitate aleatorietà e circostanzialità del fenomeno sono rilevabili in particolare nella forte incidenza della disoccupazione di lungo periodo e nella crescita di forme di occupazione atipica.

Il tasso di disoccupazione di lungo periodo, anche se sta scendendo negli ultimi anni (4,4 per cento nel 1993 e 3,3 nel 2003), rimane ancora particolarmente alto e rappresenta una delle componenti più rilevanti dell'intero fenomeno della mancanza di lavoro: le persone in cerca di occupazione da più di 12 mesi incidono infatti per circa il 41 per cento sul totale dei disoccupati.

TABELLA I.1

Mercato del lavoro e vulnerabilità nell'Unione Europea e in Italia (% , 1993-2003)

	UE	Italia
Tasso disoccupazione		
1993	10,1	10,1
2003	8,1	8,6
2003/1993	- 19,8	- 14,9
Incidenza part-time su totale occupazione		
1993	16,0*	5,4
2003	18,6	8,6
2003/1993	16,3*	59,3
Incidenza part-time involontario su totale occupati part-time		
1993	18,8*	33,2
2003	15,1	30,2
2003/1993	- 19,7*	- 9,0
Incidenza contratti a termine su totale occupazione		
1993	n.d.	3,9
2003	10,3	6,3
2003/1993	n.d.	61,5
Tasso disoccupazione lungo periodo		
1993	4,4	5,8
2003	3,3	4,9
2003/1993	- 25,0	- 15,5
Incidenza disoccupati lungo periodo su totale disoccupati		
1993	43,6	57,4
2003	40,7	57,0
2003/1993	- 6,7	- 0,7

* Dato riferito al 1995.

Fonte: EUROSTAT (2004b).

La caratteristica delle occupazioni atipiche, fra cui un ruolo chiave è giocato da quelle basate su contratti a tempo determinato e di lavoro interinale, consiste nel non assicurare una continuità nel tempo dell'impiego al soggetto coinvolto. In Italia, per esempio, le posizioni lavorative atipiche in senso stretto (i contratti a tempo determinato, il lavoro interinale, i contratti di formazione lavoro e i piani di inserimento professionale) ammontavano nel 2000 a circa 900.000 ed erano pari a quasi il 10 per cento delle posizioni lavorative dipendenti nell'industria e nei servizi privati (ISTAT, 2002)³. Per buona parte di tali profili la possibilità di trovarsi in situazioni di precarietà lavorativa e quindi sociale è forte. Esping-Andersen (2000) sottolinea come molte società occidentali si debbano confrontare con un dilemma o *trade-off* fra alta disoccupazione, accompagnata però da una

consistente tutela degli occupati, e una disoccupazione più contenuta, unita però alla presenza di ampie quote di lavoro limitatamente tutelato e flessibile. Sta quindi crescendo il numero di lavoratori dalle carriere (molto) frammentate e spezzettate, che frequentemente alternano periodi di impiego ad altri di disoccupazione o di lavoro non regolare. Beck (2000, p. 3) a tale proposito afferma come si stia assistendo attualmente all'«irruzione della precarietà all'interno dei bastioni occidentali della società della piena occupazione». I dati attualmente a disposizione non permettono di valutare quale sia il grado di permanenza nella condizione di lavoro atipico e se cioè si tratti di una fase di passaggio verso i lidi del lavoro dipendente tradizionale, verso forme di autorealizzazione professionale nel campo del lavoro autonomo, o invece rappresenti una trappola o una scelta specifica ed esplicita (Fullin, 2004). È però immaginabile che all'interno di tali posizioni lavorative rischino di rimanere intrappolate a lungo fasce della popolazione numericamente non trascurabili.

Nel contesto europeo una seconda problematica di tipo socioassistenziale interessa un ampio numero di soggetti ed è spesso strettamente legata, anche se non necessariamente, alle difficoltà di entrata e di permanenza sul mercato del lavoro: si tratta delle forme di *povertà ed esclusione sociale*. La situazione attuale presenta caratteri in parte nuovi rispetto a quelli tipici del passato (Ranci, 2002b, pp. 12-3):

la questione sociale di oggi non consiste soltanto nell'esclusione di una fetta consistente di soggetti che sono vittime del nuovo ordine economico [...] ma anche nella progressiva erosione dei benefici e delle garanzie di cui sono titolari molte posizioni sociali intermedie [...]. È proprio l'ampliamento dell'area delle "nuove fragilità sociali" che spiega come mai, nelle società avanzate, la povertà sia un fenomeno molto più dinamico che in passato e comprenda popolazioni eterogenee e con tempi di permanenza nella povertà differenti.

La povertà e l'esclusione sociale tendono a interessare fasce relativamente consistenti di popolazione, appartenenti a ceti e classi in passato meno colpite da fenomeni di precarizzazione. Si è in presenza infatti di situazioni di esclusione sociale spesso non solo nei casi di mancata entrata sul mercato del lavoro, ma anche in quelli in cui l'entrata lascia comunque spazio a fenomeni di instabilità e di insicurezza economica (Carboni, 2002)⁴. Alcuni studi recenti sull'argomento (Saraceno, 2002; Layte, Whelan, 2002; Otto, Goebel, 2002) mostrano inoltre come il numero di persone potenzialmente ricadenti all'interno di circoli di povertà e di esclusione sia molto maggiore di quanto indicato dalle stime statistiche tradizionali e come i percorsi nella povertà tendano a differenziarsi. In particolare ci si trova di fronte non solo ad ampie fasce del-

la popolazione interessate da tale fenomeno ma anche a situazioni di cronicità particolari. Analisi comparative sulle dinamiche reddituali e di esclusione sociale stanno diventando più diffuse anche se limitate a una ristretta cerchia di paesi (Germania, Paesi Bassi, Regno Unito e Stati Uniti) dove si conducono da anni ricerche di *panel* (Headey *et al.*, 2000; Goodin *et al.*, 1999; Jenkins, 2000; Layte, Whelan, 2002; Jenkins, Schluter, 2003). Questi studi hanno mostrato come vi siano una forte mobilità e *turn over* nel numero di persone che vive in povertà e che nella maggior parte dei casi le condizioni di povertà sono di durata limitata, anche se molti di coloro che escono dalla povertà tendono in maniera relativamente veloce a ricadervi, mentre un numero più limitato di persone sperimenta situazioni di povertà persistente (Fouarge, Layte, 2003).

La possibilità di avere a disposizione per la prima volta dati longitudinali sulle condizioni delle famiglie europee, riferiti anche alle tematiche in oggetto, sta favorendo l'emergere di un insieme di lavori che illuminano sulle differenti facce di tale povertà. Alcune ricerche mostrano innanzitutto la presenza di una popolazione estremamente ampia, pari a circa il 25 per cento di quella complessiva, che sperimenta durante il corso della propria vita situazioni di povertà (Layte, Whelan, 2002; Otto, Goebel, 2002). Tali stime sono corroborate dai risultati ottenuti da EUROSTAT (2004b):

- circa un decimo dei cittadini dell'Unione è in *consistente* rischio di povertà e cioè ha sperimentato negli ultimi anni in maniera continuativa e considerevole situazioni di precarietà reddituale; tale percentuale si è mantenuta costante dalla seconda metà degli anni Novanta; in Italia tale valore, oltre a essere più alto, è addirittura cresciuto (dall'11 per cento del 1997 al 13 del 2001);
- ben più ampia, pari a circa un quarto del totale dei cittadini, è la fascia di coloro che sono a rischio di povertà e cioè hanno sperimentato precarietà reddituale nell'anno di rilevazione del dato, ma non necessariamente negli anni precedenti; l'Italia sotto questo profilo presenta una situazione leggermente migliore (22 per cento nel 2001 a fronte del 24 per cento europeo).

A partire da questi studi è quindi possibile individuare tre traiettorie differenti di esclusione e di povertà: vi sono coloro che sperimentano solo momentaneamente situazioni di povertà, coloro che vi permangono per periodi molto lunghi e coloro che si trovano in una condizione di prolungata entrata e uscita nel tempo da situazioni di povertà. Fouarge e Layte (2003), utilizzando i dati dell'European Community Household Panel (ECHP), hanno stimato nella seguente maniera l'incidenza dei tre gruppi. A fronte di circa due terzi degli europei che non hanno mai sperimentato situazioni di povertà, vi è un terzo che si è trovato nelle seguenti situazioni:

- un 12 per cento povero solo per un *breve* periodo durante il lasso temporale considerato (5 anni);
- un 10 per cento povero in maniera *ricorrente* e cioè in stato di povertà più di una volta ma mai per più di due anni di seguito;
- un 12 per cento povero in maniera *persistente* e cioè in condizione di povertà per almeno tre anni consecutivi.

Cronicità quindi sembra assumere due significati differenti ma quantitativamente ugualmente importanti rispetto alla tematica dell'esclusione sociale: da un lato una situazione di permanenza prolungata e continuata in una condizione di carenza di risorse, dall'altro una situazione invece di entrata e uscita da tale condizione, anch'essa comunque relativamente permanente nel corso del tempo.

Instabilità familiare e precarizzazione delle condizioni sul mercato del lavoro sembrano poter indicare che le fasce di esclusione sociale o comunque potenzialmente interessate da fenomeni anche temporanei di povertà stiano crescendo rispetto alle società fordiste (Bonoli, 2004).

TABELLA 1.2

Povertà ed esclusione sociale nell'Unione Europea e in Italia (% , 1995-2001)

	UE	Italia
Persone con consistente rischio di povertà*		
1997	9**	11
2001	9**	13
Persone a rischio di povertà***		
1995	26**	23
2001	24**	22

* Individui con reddito a disposizione sotto il livello del rischio di povertà (pari al 60 per cento del reddito medio nazionale) nell'anno della rilevazione del dato e in almeno due dei precedenti tre anni.

** Stima.

*** Individui con reddito a disposizione sotto il livello del rischio di povertà nell'anno della rilevazione del dato.

Fonte: EUROSTAT (2004b).

TABELLA 1.3

Tipi di povertà ed esclusione sociale nell'Unione Europea e in Italia nel periodo 1994-98 (%)

	UE	Italia
Mai poveri	66,2	62,1
Poveri per un solo anno	12,0	12,6
Poveri in maniera ricorrente	10,1	12,3
Poveri in maniera persistente	11,7	13,2

Fonte: Fouarge, Layte (2003).

*Le forme di vulnerabilità in campo sociosanitario:
la non autosufficienza e le malattie croniche*

Accanto alle criticità derivanti dall'inserimento precario sul mercato del lavoro e dall'esclusione sociale, stanno emergendo con forza altri tipi di problematicità relativi ai bisogni di cura sociosanitari.

Un problema rilevante è quello relativo alla *non autosufficienza soprattutto fra gli anziani* (cfr. TABB. I.4a-I.4b). Nel 1993 il 15 per cento della popolazione dell'Unione Europea era ultrasessantacinquenne; dopo dieci anni la quota è salita quasi al 17 per cento e per il 2020 tale valore dovrebbe passare al 21 per cento circa, con un incremento superiore a un decimo (EUROSTAT, 2004): alcune stime indicano che si potrebbe attestare attorno al 40 per cento a partire dal 2050 (Presidenza del Consiglio dei ministri, 2000). L'Italia si distingue dagli altri paesi per un'incidenza relativa degli anziani anche più accentuata, pari al 18,2 per cento, e per un incremento in dieci anni ben superiore a quello medio e pari a quasi un sesto (15,9 per cento): il futuro sembra indicare che saremo il paese, assieme alla Spagna, che per il 2050 supererà la soglia del 40 per cento di anziani sulla popolazione (*ibid.*).

All'interno di questa fascia, ma non solo, vi è una crescente presenza di soggetti con problemi di dipendenza parziale o totale da terzi. Come sottolinea la presidenza del Consiglio dei ministri (2000, p. 23),

la sfida maggiore che si presenta per i prossimi anni alle società civili è essenzialmente la riduzione del divario oggi esistente tra aspettativa di vita totale e aspettativa di vita attiva, priva di disabilità. Gli ultimi 5-7 anni di vita sono, infatti, caratterizzati da un rischio molto elevato di comorbidità e dipendenza.

Seppure sia difficile trovare una definizione condivisa di non autosufficienza o di disabilità, a livello continentale EUROSTAT in varie sue analisi ha proposto due stime (cfr. TAB. I.4a):

- a) quella proveniente dal Panel europeo sulle famiglie (EHP), riferita al 1999, in cui si ipotizza una presenza di anziani disabili pari, a livello di Unione, a un quinto del totale degli over 65 (21 per cento) e a livello italiano a un sesto (16 per cento);
- b) quella proveniente da studi comparativi svolti a livello europeo, a partire da una rivisitazione delle statistiche nazionali, che ipotizzano per l'Italia, sempre nel 1999, una presenza di disabili gravi compresa fra il 9 e 12 per cento (EUROSTAT, 2003).

TABELLA 1.4a

Vulnerabilità, invecchiamento e salute nell'Unione Europea e in Italia (% , 1993-2003)

	UE	Italia
<i>Incidenza over 65 su totale popolazione</i>		
1993	15,0	15,7
2003	16,8	18,2*
2003/1993	12,0	15,9*
<i>Stime incidenza over 65 con disabilità su totale over 65 (1999)</i>		
Stima ECHP**	21	16
Stima EUROSTAT***		
ampia	n.d.	12
ristretta	n.d.	9

* Dato riferito al 2001.

** La definizione di disabilità offerta nell'ECHP fa riferimento a persone con impedimenti rilevanti nello svolgimento delle loro attività giornaliere.

*** Vengono riportate le analisi EUROSTAT più recenti (2003), dove si propongono due definizioni di disabilità: una più ampia, dove nella valutazione della disabilità vengono incluse anche difficoltà nella vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, cucinare ecc.); una più restrittiva che considera solamente le necessità di assistenza personale.

Fonte: EUROSTAT (2003, 2004b).

TABELLA 1.4b

Domanda e offerta di servizi in Italia per anziani non autosufficienti (2000)

	Valore assoluto	Valore %
Stima ISTAT anziani disabili residenti a domicilio	1.967.000	19,3
Anziani non autosufficienti in strutture residenziali	139.279	1,3
Stima ISTAT anziani disabili	2.106.279	20,6
Stima ASSR* anziani disabili	1.234.620	12,2

* Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Fonti: ISTAT (2001a, 2004a); Ministero della Salute (2003).

A queste due stime è possibile aggiungerne una terza riferita alla sola Italia, calcolata specificamente dall'ISTAT e poi rivisitata dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), stima che sarà alla base delle riflessioni nei prossimi capitoli (cfr. TAB. 1.4b). Utilizzando le stime e i dati di due sue indagini precedenti, una sulla presenza di disabili in famiglia e l'altra sulle persone non autosufficienti in strutture residenziali (ISTAT, 2001b, 2004a), l'Istituto di ricerca stima in circa 2 milioni gli anziani con problemi di disabilità⁵, pari a circa un quinto della popolazione con 65 anni o più (20,6 per cento). L'ASSR a partire da tale dato ha tentato di restringere l'area della disabilità alle forme medio-grave e grave, più vicine quindi al concetto di non autosufficienza, pervenendo a una stima del 12 per cento degli anziani.

Il fenomeno della non autosufficienza fra gli anziani presenta una serie di tratti che in prospettiva rende difficoltoso immaginarlo proprio in termini di rischio attuariale. La probabilità di diventare disabili con il procedere dell'età sta diventando sempre meno aleatoria e sempre più concreta, visti l'alta percentuale di anziani con tale tipo di problemi e l'allungarsi della speranza media di vita.

Ci si trova quindi di fronte a una crescita della popolazione interessata dal fenomeno (cfr. TAB. 1.5). La disabilità è infatti concentrata nella fascia anziana (quasi il 20 per cento nella relativa classe d'età): l'incidenza della disabilità nel corso degli anni Novanta non sembra essere mutata se si considerano i tassi standardizzati – cfr. la nota alla TAB. 1.5 – ed è pari al 4,5 per cento della popolazione complessiva. Risulta invece più alta (4,6 nel 1994 e 4,8 nel 1999-2000) se si tiene conto della struttura della popolazione all'inizio dell'attuale decennio, che rispetto alla metà degli anni Novanta presenta una maggiore incidenza delle classi di età più anziane, più soggette a fenomeni di disabilità.

Considerando infine che la durata media della condizione di non autosufficienza tende a essere prolungata, essa interessa per lungo tempo un individuo e, dove presente, incide sulla sua famiglia.

TABELLA 1.5

Persone disabili di 6 anni e più per classe d'età in Italia (1994-2000)

	Classe d'età				Totale		Totale standardizzato*	
	6-64		Over 65					
Anno	1994	1999-2000	1994	1999-2000	1994	1999-2000	1994	1999-2000
%	1,6	1,5	19,5	19,6	4,6	4,8	4,5	4,5

* Tassi standardizzati con classi d'età decennali della popolazione residente italiana al censimento 1991.

Fonte: ISTAT (2003).

Il problema della non autosufficienza può essere inserito all'interno di un fenomeno di più ampia portata, su cui per ora vi è stata una più limitata attenzione, quello dell'aumento dei *bisogni di cura sociosanitari derivanti da situazioni di cronicità*. Nel campo sanitario come in quello assistenziale il sistema degli interventi pubblici è stato realizzato nel corso del tempo ipotizzando in genere situazioni di criticità di varia natura (malattie, bisogni sociali ecc.) in via di risoluzione in tempi medio-brevi o comunque, quando non risolvibili che in tempi più lunghi, numericamente contenuti. Si pensi alle modalità d'azione nel campo sanitario, incentrate ancora in buona parte sulle strutture ospedaliere, in cui

l'obiettivo primario è affrontare le situazioni di crisi acuta. Ugualmente nel campo sociale l'assistenza ai non autosufficienti è stata in passato un problema relativamente più contenuto visto il limitato numero di persone coinvolte.

Negli ultimi decenni e in particolare negli ultimi anni stiamo assistendo invece sempre più all'emergere di tutta una nuova serie di bisogni sociosanitari che si caratterizzano proprio per la loro cronicità, a cui un sistema sanitario basato su strutture ospedaliere, così come un sistema assistenziale basato sulla residenzialità o su trasferimenti alle famiglie, non è spesso in grado di rispondere in maniera soddisfacente. Se in passato l'insorgere di numerose malattie comportava nel breve-medio periodo un loro superamento in positivo, tramite una guarigione, o in negativo, tramite un decesso, attualmente è in forte aumento il numero di persone che superano la fase critica della malattia, ma rimangono comunque legate, più o meno fortemente, per lunghi periodi di tempo a una situazione di dipendenza da interventi di tipo sociosanitario. Si pensi per esempio a coloro che soffrono di malattie cardiovascolari croniche, hanno subito infarti o ictus, così come ai malati di diabete, a coloro che sono stati vittime di tumori e hanno superato parzialmente la fase acuta, o a coloro che hanno contratto l'HIV. In tutti questi casi, a fronte di una probabile diminuzione del bisogno d'intervento sanitario per fronteggiare la fase acuta, aumenta nel tempo la necessità di forme di intervento e di supporto prolungato in cui si vengono a sovrapporre assetti sanitari e assetti assistenziali.

Una serie di dati può essere utile per illustrare questo punto (cfr. TABB. 1.6-1.8). Nell'UE e in Italia circa due terzi delle morti sono attribuibili rispettivamente a malattie cardiocircolatorie (42 per cento) e a tumori (26 per cento: EUROSTAT, 2004a). Solo nell'ultimo decennio i tassi di mortalità dovuti a questi due tipi di malattie si sono ridotti in misura sensibile (cfr. TAB. 1.6). Nel quinquennio 1994-99 l'incidenza delle morti per tumore nell'UE è diminuita del 6,4 per cento fra gli uomini e del 5 fra le donne; l'Italia ha fatto registrare tassi di diminuzione anche più accentuati nel caso degli uomini (11,4 per cento). Sempre nello stesso periodo la mortalità per malattie cardiocircolatorie si è abbassata nell'Unione di quasi il 13 per cento per gli uomini e dell'11 per le donne. In Italia tale trend è stato ugualmente rispettato risultando però più accentuato per le donne (-15,1 per cento) che per gli uomini (-10,6). Se si guarda a lassi di tempo più lunghi in Italia la mortalità da malattie cardiovascolari fra il 1970 e il 1990 è diminuita del 40 per cento (Presidenza del Consiglio dei ministri, 2000).

A tale diminuzione della mortalità standardizzata per principali cause di morte fa però seguito un aumento nel tempo del numero di casi re-

gistrati: Crocetti *et al.* (2004) in uno studio sull'andamento dell'incidenza dei tumori e della mortalità da tumore fra gli anni Ottanta e Novanta mostrano come da un lato il tasso di mortalità standardizzato sia diminuito, dall'altro l'incidenza (il numero di persone colpite dal male) sia fortemente aumentata con un incremento medio annuo pari all'1,1 per cento negli uomini e all'1,5 tra le donne nel periodo 1986-97: se nel 1986 si erano registrati più di 33.000 casi di tumore, nel 1997 tale valore arrivava a circa 54.000.

TABELLA I.6

Tassi di mortalità standardizzati per età per principali cause di morte nell'Unione Europea e in Italia (1994-99; ogni 100.000 persone)

	UE	Italia
Morti per tumore: uomini		
1994	267,6	275,5
1999	250,6	244,1
1999/1994 (%)	- 6,4	- 11,4
Morti per tumore: donne		
1994	147,6	128,9
1999	140,2	126,7
1999/1994 (%)	- 5,0	- 1,7
Morti per malattie cardiovascolari: uomini		
1994	169,4	84,7
1999	148,0	75,7
1999/1994 (%)	- 12,6	- 10,6
Morti per malattie cardiovascolari: donne		
1994	80,9	35,1
1999	72,0	29,8
1999/1994 (%)	- 11,0	- 15,1

Fonte: EUROSTAT (2004b).

La diminuzione della mortalità e l'aumento della morbosità spiegano in buona parte l'incidenza crescente di malati cronici e persone con disabilità. Nella sua analisi riferita al 1999-2000 l'ISTAT (2003) stima che oltre un sesto della popolazione italiana sopra i 6 anni (17,7 per cento) sia affetta da almeno tre malattie croniche e oltre un decimo (12,4) da almeno una malattia cronica grave. Il fatto che solo il 7 per cento degli individui indichi uno stato di salute percepito cattivo può essere interpretato nel senso che non necessariamente tali cronicità, anche le più gravi, comportino un'alterazione profonda della qualità della vita (cfr. TAB. I.7).

TABELLA 1.7

Popolazione italiana per condizioni di salute percepita e numero di malattie croniche nell'anno 1999-2000

	Valutazione del proprio stato di salute			Presenza di malattie croniche		
	Buono	Discreto	Cattivo	Almeno una malattia cronica grave*	Tre o più malattie croniche	Cronici in buona salute
Valori assoluti	35.100	18.092	3.981	7.087	10.139	942
%	61,4	31,6	7,0	12,4	17,7	1,6

* Sono considerate gravi le seguenti malattie croniche: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; trombosi, embolia, emorragia cerebrale; bronchite, enfisema, insufficienza respiratoria; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemie); parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita della memoria.

Fonte: ISTAT (2003).

Seppur diffusa in diversi stadi della vita, la presenza di bisogni di cura da cronicità risulta infine più accentuata nelle fasce di età più adulte e nella terza e quarta età, facendo sì che all'interno della stessa popolazione vengano a sovrapporsi tipi differenti di bisogno.

La disabilità e la non autosufficienza fra gli anziani risultano spesso strettamente legate al più generale fenomeno della diffusione della cronicità (TAB. 1.8): le principali malattie croniche gravi sono molto più comuni fra le persone anziane, e in particolare nella fascia di coloro con almeno 75 anni. Secondo l'ISTAT (2001a) nel caso dei disturbi nervosi, fra cui l'Alzheimer, a fronte di un'incidenza pari all'1,1 per cento nella popolazione totale, si registra un 2,1 per cento per le persone di età compresa fra 65 e 74 anni e soprattutto il 7,6 fra i più anziani. Complessivamente l'incidenza di malattie croniche gravi fra gli anziani tende a essere dalle tre alle quattro volte superiore rispetto alla media della popolazione.

Tale quadro di diffusione della cronicità appare anche più ampio fra gli anziani se si prende in considerazione non l'indagine ISTAT ma quella condotta dall'ILSA Working Group (1998)⁶: da questa seconda indagine per esempio risulterebbero pari a quasi il 10 per cento gli anziani affetti da disturbi nervosi gravi.

Cronicizzazione dello stato di salute e conseguenti forme di disabilità che interessano una parte consistente della popolazione, soprattutto anziana, incidono quindi fortemente sul tipo di bisogno espresso da ampie fasce sociali: attualmente la non autosufficienza si sta trasformando da fenomeno aleatorio e limitato a uno relativamente ampio e diffuso. Anche se probabilmente la ricerca medico-scientifica e l'innalzamento medio della qualità della vita possono in prospettiva spostare in avanti,

TABELLA 1.8

Diffusione di malattie croniche gravi per classe d'età in Italia (1998-2000) (%)

	65-74*	Over 75*	Tot.*	ILSA**
Diabete	11,8	13,4	3,7	13,2
Infarto del miocardio	3,6	4,5	1,1	7,8
Angina pectoris	2,8	4,3	0,9	7,4
Altri disturbi del cuore	9,6	16,5	3,4	n.d.
Trombosi, embolia, emorragia cerebrale	2,6	4,7	0,9	6,8
Cancro (inclusi linfoma, leucemia)	2,6	3,0	0,9	n.d.
Disturbi nervosi (parkinsonismo, Alzheimer, epilessia...)	2,1	7,6	1,1	6,3 + 3,0***

* Dati ISTAT.

** Dati ILSA riferiti a persone over 65.

*** I due dati si riferiscono nell'ordine alla sola diffusione del parkinsonismo e della demenza.

Fonti: ISTAT (2001a); ILSA Working Group (1998).

verso classi di età più anziane (gli ottantenni più che i settantenni), l'insorgere e il verificarsi di forme di disabilità, l'allungamento medio della vita e la crescente incidenza di persone di età avanzata porteranno probabilmente a una presenza rilevante di persone con problemi di salute e di autonomia cronici nelle nostre società (Jacobzone, 1998).

1.2.2. Frammentazione e individualizzazione della domanda sociale

I sistemi di welfare pubblici sono stati pensati e hanno probabilmente avuto maggiori capacità di protezione ed efficacia quanto più hanno saputo creare risposte per intere popolazioni, relativamente omogenee al loro interno: l'identikit di riferimento dei modelli di protezione sociale fordista era appunto un uomo, occupato nell'industria in maniera stabile e principale percettore di reddito (sufficiente) per il proprio nucleo familiare.

Questo modello di funzionamento sta incontrando un insieme crescente di difficoltà in quanto diventa sempre più complesso in alcuni casi individuare popolazioni di riferimento sufficientemente ampie su cui indirizzare interventi, così come per queste ultime mobilitarsi per farsi riconoscere diritti (Taylor-Gooby, 2004).

Si stanno infatti verificando una frammentazione dei rischi tradizionali e delle nuove vulnerabilità così come un'individualizzazione dei bisogni e delle aspettative.

Molte delle condizioni di vulnerabilità sopra riportate mostrano come in realtà i profili dei soggetti potenzialmente in difficoltà stiano aumentando e differenziandosi.

Sul mercato del lavoro non si pone più la contrapposizione fra occupati tutelati da un lato e disoccupati più o meno tutelati dall'altro, ma emerge appunto una terza figura, quella del lavoratore atipico, in cui per ora le dimensioni dell'occupazione e della tutela non corrono più necessariamente in maniera parallela. Inoltre all'interno dell'universo di tale nuovo tipo di occupazione si riscontrano identikit molto differenti fra loro e non sempre facilmente omologabili.

Per quanto riguarda le politiche per fronteggiare le necessità di cura, fino a qualche anno fa il focus principale, in termini di risorse e di attenzione, era incentrato da un lato sull'infanzia, dall'altro sulla non autosufficienza degli anziani. Nel corso degli ultimi anni la domanda sociale ha subito un profondo mutamento. Vi è stato innanzitutto un forte aumento sotto il profilo quantitativo: si pensi per esempio all'incremento nel numero degli anziani disabili. Si è inoltre spesso verificato un fenomeno di allungamento nel tempo dei bisogni: accanto alle cronicità di cui si è discusso, si è avuto anche un allungamento della vita media di un'altra categoria di tradizionali beneficiari dei sistemi di assistenza sociale, i disabili, per cui oggi una delle tematiche più rilevanti in questo campo è diventata quella del "dopo di noi", relativa a ciò che accadrà ai disabili nel momento in cui i familiari non saranno più in grado di prendersi cura di loro, data l'età. Vi è stata infine una differenziazione sotto il profilo qualitativo, con un aumento di domanda individualizzata e la richiesta di interventi realizzati su misura per le singole esigenze, non più affrontabili tramite un'offerta standardizzata (Ascoli, Pavolini, 2001). Sono in aumento differenti esigenze, legate a orari di lavoro più flessibili e diversificati, che richiedono una copertura da parte dei servizi più ampia e contemporaneamente parcellizzata di quanto avvenuto in passato.

Più in generale i mutamenti in atto nelle strutture familiari indicano come stia avvenendo un progressivo passaggio dalla famiglia alle famiglie (Zanatta, 1997; Saraceno, 1998), con il diffondersi di nuclei monogenitoriali e unipersonali: ogni tipo di famiglia appare potenzialmente interessato dall'esposizione ai rischi e alle vulnerabilità, declinando però in maniera fortemente differenziata la domanda specifica di protezione e la capacità di fronteggiamento di situazioni di disagio (Ranci, 2002b).

Questo fenomeno di frammentazione della domanda si lega strettamente a una più generale trasformazione che sta investendo le società occidentali anche nel campo del welfare: l'individualizzazione dei percorsi di vita e, conseguente, delle richieste per esercitare concretamente una libertà di scelta (Paci, 2004)⁷.

Nel campo della non autosufficienza degli anziani tali processi di frammentazione e di individualizzazione assumono varie forme innanzitutto a seconda che l'anziano viva da solo, fenomeno peraltro in crescita (Facchini, 2001), sia presente un partner/familiare di pari età, o sia in-

serito in un nucleo con figli e parenti più giovani, così come se possa contare su un aiuto più o meno continuativo da parte di familiari.

Tale processo può essere rilevato anche tenendo presente come possano essere individuate *due grandi tipologie* di soggetti non autosufficienti: quelli affetti da *forme cronico-degenerative* e quelli affetti da *demenza senile*.

Nel primo caso si tratta appunto di persone colpite da sindromi con andamento cronico degenerativo non guaribili (distrofie, vasculopatie, sclerosi, osteoartropatie degeneranti ecc.) o da eventi morbosi (esiti di ictus cerebrale ecc.), per le quali occorre prevedere con frequenza un insieme di attività, oltre che assistenziali, anche terapeutiche e riabilitative.

Accanto a questo tipo di non autosufficienza, per così dire tradizionale, se ne sta affiancando in maniera crescente una seconda che interessa invece individui colpiti da forme di demenza senile grave che non necessariamente si collegano a difficoltà o compromissioni funzionali (nella deambulazione ecc.) e anzi spesso inducono a ipermobilità. Da alcuni anni sta emergendo questo secondo tipo di utenza come problema specifico e particolarmente rilevante. Secondo le stime ISTAT in precedenza riportate (cfr. TAB. I.8), i disturbi nervosi (Alzheimer ecc.) interessano il 2,1 per cento degli anziani di età compresa fra 65 e 74 anni e il 7,6 per cento di quelli con almeno 75 anni. Tali valori risulterebbero anche più elevati dagli studi dell'ILSA Working Group (1998).

Le necessità di tali due tipi di utenza sono profondamente differenti e richiedono spesso modelli d'intervento profondamente diversificati.

Accanto a tali bisogni si registra inoltre la crescente richiesta da parte delle famiglie e degli utenti verso un loro maggiore coinvolgimento nel processo di cura pubblico così come nell'impostazione del programma di assistenza in modo che questo possa essere quanto più possibile ritagliato sulle esigenze individuali della persona. La tematica dell'*empowerment* è rivolta proprio a una concezione dell'intervento pubblico da effettuare non solo quando l'individuo o il suo nucleo debba essere protetto nei momenti di maggiore difficoltà, ma anche in termini di rendere tale soggetto capace di costruirsi una sua robusta modalità di fronteggiamento dei propri problemi (Paci, 2004).

I.3

Le difficoltà dei modelli di welfare di fronte ai nuovi bisogni

Le trasformazioni nella domanda sociale indicano come vi sia un continuo aumento della stessa non solo di tipo quantitativo ma anche qualitativo, sotto il profilo del cambiamento della natura del bisogno, della pluralizzazione e della frammentazione dello stesso.

L'impatto delle nuove caratteristiche della domanda sociale sui sistemi di protezione pubblica è molteplice. In questa sede ci si focalizzerà su ciò che esso comporta per l'impianto complessivo dei sistemi di welfare, prestando attenzione a due elementi: le difficoltà nel funzionamento del sistema assicurativo come cardine del modello di protezione sociale; i limiti di una concezione unilineare della defamilizzazione e di modelli d'intervento basati sulla scissione-contrapposizione fra trasferimenti e servizi (Pavolini, 2002).

1.3.1. La difficoltà del modello assicurativo

I modelli di welfare si sono sviluppati su una struttura, quale l'assicurazione sociale, centrata attorno a schemi di protezione pubblica da un insieme definito di rischi – la disoccupazione, la vecchiaia, l'invalidità, il decesso del coniuge, l'infortunio sul lavoro ecc. Tali modelli si fondano su (Ferrera, 1998):

- diritti soggettivi e automatici di protezione nel caso in cui il rischio si verifichi;
- un sistema di inclusione obbligatoria nei regimi previdenziali e forme di raccolta delle risorse finanziarie spesso su base contributiva.

Nell'Unione Europea circa il 40 per cento della spesa sociale proviene da contributi imposti al lavoro, il 24 da contributi imposti ai lavoratori e circa un terzo da tassazione generale, con un 2 per cento raccolto tramite tasse specifiche (Commissione europea, dati al 1998, cit. in Bertola, Boeri, Nicoletti, 2001, p. 35).

Tale modello assicurativo sembra entrare in crisi negli ultimi decenni a seguito di un triplice ordine di fattori. Vi sono innanzitutto problemi di natura finanziaria e di sostenibilità di sistemi d'intervento che hanno un impatto molto forte sull'economia. Vi è inoltre un ulteriore ordine di difficoltà che Ferrera (1998, pp. 8-9) definisce di tipo istituzionale, e che concernono l'impostazione stessa di tali programmi:

le assicurazioni sociali sono diventate un'istituzione "vecchia" [...] il funzionamento dei tradizionali schemi di protezione sociale è diventato chiaramente incongruo rispetto al funzionamento e alle trasformazioni della famiglia, del mercato del lavoro e più in generale del mondo produttivo.

Accanto a problemi di natura economica e istituzionale di tali assetti si può rilevare la presenza di un terzo elemento di crisi rappresentato dal crescente gap fra domanda sociale e modello di risposta pubblica. Rosanvallon (1997, p. 19), in merito alla crisi del modello assicurativo, afferma:

è proprio [...] il paradigma assicurativo, sostegno teorico e pratico dello Stato assistenziale, che si sta disgregando. La forza dell'idea originaria di sicurezza sociale [...] derivava dal suo carattere sintetico, in quanto consentiva di considerare in modo coerente un ampio ventaglio di problemi sociali riconducendoli a una categoria omogenea: quella del rischio [...]. Oggi questa categoria unificatrice del rischio è divenuta meno cogente [...]. Il principio implicito di giustizia e di solidarietà sotteso allo Stato assistenziale si fondava sull'idea che i rischi fossero al tempo stesso egualmente ripartiti e di natura largamente aleatoria. Ma oggi le cose non stanno più così [...]. Esclusione e disoccupazione di lunga durata sono spesso realtà permanenti.

Riprendendo le riflessioni di Rosanvallon e di Ferrera nell'ottica qui proposta di un mutamento progressivo della domanda sociale, da un lato da forme di rischio a forme di vulnerabilità, dall'altro da ampie popolazioni omogenee sotto il profilo delle necessità a gruppi più frammentati e numericamente limitati, emerge come il modello assicurativo diventi meno efficace rispetto al passato nell'aiutare le famiglie e gli individui a fronteggiare situazioni di difficoltà ed eventi negativi.

1.3.2. I limiti di una concezione unilineare della defamilizzazione

I modelli di protezione sociale sono stati principalmente costruiti attorno a due possibili tipi d'intervento: forme di trasferimento monetario e servizi offerti alla popolazione. Queste due modalità di protezione sono state spesso considerate in contrapposizione fra loro, con una forte preminenza, nella maggioranza dei sistemi di welfare e soprattutto in quelli continentali e mediterranei, dei trasferimenti monetari sui servizi. A lungo il dibattito in tale campo di studi è stato incentrato quindi non solo su *chi* dovesse essere beneficiario di *che cosa*, ma anche su *come* dovessero strutturarsi gli interventi pubblici, se proseguire la via dei trasferimenti monetari o modificare la composizione della spesa pubblica a vantaggio dei servizi.

Il confronto politico, culturale e scientifico su tali tematiche ha assunto spesso anche forti connotati ideologici, e l'alternativa fra servizi e trasferimenti in parte ha finito per sovrapporsi alla questione della "defamilizzazione" dei compiti di cura delle famiglie e in particolare delle donne al loro interno (Esping-Andersen, 2000; Fargion, 1997; Saraceno, 1997). Con tale termine si fa riferimento alla misura in cui i compiti e le responsabilità di cura delle famiglie sono state ridotte grazie all'intervento di altri attori, in particolare lo Stato o il mercato: «i regimi che defamilizzano sono quelli che cercano di alleggerire i pesi che ricadono sulla famiglia e di ridurre la dipendenza del benessere degli individui dai

rapporti di parentela» (Esping-Andersen, 2000, p. 94). In quest'ottica i servizi sono stati considerati veicoli in grado di facilitare processi di defamilizzazione e quindi di alleggerimento dei pesi familiari, nello specifico femminili, primo passo verso maggiori chance d'integrazione sul mercato del lavoro e di emancipazione da stringenti vincoli familiari. All'opposto i trasferimenti monetari sono stati frequentemente considerati una modalità tendente a riprodurre un modello familiare della cura, basato su una divisione dei compiti in cui all'uomo spettano la ricerca e l'acquisizione di un reddito sul mercato del lavoro e alla donna le attività di assistenza all'interno del nucleo, in questo caso (in parte) sovvenzionate dallo Stato.

Buona parte del dibattito e delle conseguenti scelte di politica si è quindi basata sull'alternativa fra tale doppio asse: servizi → defamilizzazione → incentivazione del modello di famiglia bilavoro *vs.* trasferimenti (o scarsa presenza di trasferimenti) → limitata defamilizzazione → incentivazione del modello di famiglia con l'uomo principale percettore di reddito.

Questa impostazione, imperniata su una netta contrapposizione fra trasferimenti e servizi, tende attualmente a scontrarsi con maggiori difficoltà. Da un lato i modelli basati sui trasferimenti riescono sempre meno ad affrontare una situazione di decrescente capacità da parte delle famiglie di svolgere un ruolo di cura per i propri membri: i processi sociodemografici in atto, così come i mutamenti nelle strutture familiari, hanno fatto diminuire o stanno comunque mettendo fortemente sotto stress, più che in passato, le possibilità d'intervento familiari; dall'altro i modelli basati sui servizi tendono a incontrare difficoltà di funzionamento per una serie di limiti organizzativi e finanziari connessa ad essi. Anche nei paesi scandinavi, dove maggiori sono stati gli investimenti in servizi alle famiglie, la capacità di questi ultimi di rimpiazzare il carico di cura familiare, seppur rilevante, è comunque parziale rispetto alle necessità. Un'ulteriore critica al funzionamento tradizionale del sistema dei servizi ha basi più ampie, relative alla filosofia d'intervento degli stessi. Nel corso degli ultimi decenni è stato infatti posto in misura rilevante, sia in una prospettiva liberale sia in una promossa da numerosi movimenti degli utenti, il problema dell'individualizzazione, dell'*empowerment* e della libera scelta per i beneficiari in merito alle forme di assistenza loro destinate: queste ultime richiedono sempre più interventi che siano flessibili ed in grado di adattarsi alle esigenze individuali. Una domanda sociale sempre più frammentata necessita interventi maggiormente flessibili e personalizzati, non standardizzati, come tradizionalmente sono stati. Ne deriva quindi una problematica relativa a quanto teoricamente ed effettivamente la rigidità relativa dei servizi, rispetto ai trasferimenti monetari, possa riuscire da sola a coprire molte forme di domanda sociale.

Infine alcuni studiosi iniziano sempre con più forza a sottolineare come non si debba dare per scontato che l'obiettivo da perseguire tramite le politiche sia la defamilizzazione in sé, quanto invece offrire la possibilità di optare per tale scelta: il prendersi cura di familiari non va considerato quindi in quest'ottica solo un fardello certo per i *carers*, fardello dal quale è opportuno sollevarli, ma anche una possibile scelta di vita, che quindi va supportata da parte pubblica (Nussbaum, 2002).

All'interno di questo quadro le politiche rivolte alla non autosufficienza si pongono al centro della riflessione fra cura, defamilizzazione e ruolo dei soggetti pubblici.

I.4

Alcune prime risposte alle criticità

A fronte dei mutamenti in atto i vari sistemi di protezione cercano di rispondere in una maniera poco armonica: non si sta per ora configurando un nuovo assetto complessivo del welfare pubblico che possieda una sua filosofia e un'ispirazione di fondo di largo respiro. Siamo in presenza di alcune tracce di risposta, che spesso rappresentano tentativi di fronteggiamento di emergenze localizzate rispetto a uno specifico rischio o vulnerabilità, piuttosto che la ricerca di un modello di protezione complessivo in grado di integrare quello sviluppatosi in epoca fordista (Taylor-Gooby, 2004). Iniziano comunque a delinarsi alcuni tratti che accomunano le diverse esperienze di innovazione nelle politiche sociali, pur assumendo le risposte alla crisi attuale del welfare forme parzialmente differenti, influenzate dai sentieri istituzionali dei vari paesi di provenienza (Ferrera, 1998; Reyneri, 2002). In particolare si possono individuare i seguenti tratti comuni:

- a) il passaggio da politiche passive a politiche di attivazione nei vari settori d'intervento o comunque il passaggio verso un crescente mix fra le due;
- b) la ristrutturazione, anche se dolorosa e problematica, dei sistemi di protezione dai vecchi rischi e i tentativi di copertura di nuovi rischi e, soprattutto, nuove vulnerabilità;
- c) una maggiore integrazione fra politiche differenti;
- d) una territorializzazione crescente degli interventi.

I.4.1. Il rafforzarsi delle politiche di attivazione e il mix fra le politiche di attivazione e quelle passive

Un primo filo conduttore di molti degli interventi è relativo all'adozione di politiche di tipo attivo, dove tale termine viene utilizzato in senso ampio, indicando:

1. il passaggio da forme d'intervento passive, basate su una logica d'indennizzo di stampo risarcitorio e incentrate in genere su trasferimenti monetari, a modelli in cui si promuovono forme d'integrazione sociale, in alcuni casi lavorative, tramite l'offerta di servizi e modalità di supporto alla ricerca di forme soddisfacenti di fronteggiamento del disagio;
2. l'opportunità di intendere tale passaggio non tanto in termini di contrapposizione servizi/trasferimenti, bensì sotto forma di mix fra i due strumenti;
3. il tentativo di attivazione delle risorse e delle capacità degli individui e delle famiglie interessati da fenomeni di disagio;
4. un vincolo più stringente fra sistema di risposta pubblico e responsabilità individuali.

Per quanto riguarda le nuove politiche di attivazione nel campo del lavoro e per l'inserimento sociale, le tendenze in atto nei principali paesi occidentali sembrano fondarsi su due pilastri: un aiuto più diretto e integrato nella ricerca di una nuova occupazione e di una migliore inclusione sociale; una più stretta corresponsabilizzazione del beneficiario dell'intervento in termini di rapporto assistenza/ricerca del lavoro. Tradizionalmente la spesa in questo settore era concentrata in misure di tipo passivo (Ambrosini, Beccalli, 2000), soprattutto nei contesti dell'Europa del Sud. Negli ultimi anni, e in particolare alla fine dello scorso decennio, si è avuto un riavvicinamento fra spesa per politiche di attivazione e spesa per politiche passive (Giaccardi, 2002). La filosofia che sembra ispirare gran parte dei tentativi di riforma è quella di trasformare gli attuali assetti di protezione sociale, incentrati appunto su una logica di tutela dalla disoccupazione, in modelli di promozione dell'occupabilità (Ferrera, 1998), basati su una nuova idea di «welfare delle opportunità» (Paci, 1997), in cui l'obiettivo è stimolare la formazione di conoscenze e di capacità in grado di favorire maggiori possibilità di partecipazione al mercato del lavoro. Vi è quindi una concezione di welfare come «diritto all'inserimento», per la quale (Ambrosini, Beccalli, 2000, p. 14):

lo Stato sociale (quando si fa carico della condizione dei disoccupati) non si limita più a distribuire sussidi e ad applicare regole universali, ma si prefigge di offrire servizi, per quanto possibile personalizzati, al fine di fornire a ciascuno i mezzi specifici per dare il corso desiderato alla propria vita, affrontare una disgrazia, prevenire le difficoltà, ritrovare i mezzi per riprendere la propria strada.

Accanto a obiettivi di personalizzazione degli interventi, le politiche sociali mettono in risalto la centralità dei processi di responsabilizzazione dei beneficiari degli stessi: oltre al tentativo quindi di individuare nuovi diritti, o nuove modalità di esercitare diritti tradizionali, si cerca di far le-

va sui doveri per una serie di ragioni. Se vi è innanzitutto la volontà di evitare forme di dipendenza dai programmi di assistenza pubblica, tematica certamente centrale nello spiegare alcuni dei mutamenti in atto, va tenuta presente una seconda motivazione, forse recondita, ma certamente non meno rilevante: la necessità di offrire strumenti che possano essere impiegati anche in maniera flessibile per fronteggiare situazioni di vulnerabilità e di precarietà, che richiedono un ruolo maggiormente attivo e creativo dei beneficiari. Il livello d'incertezza derivante dall'emergere di rischi e vulnerabilità richiede un'attivazione e una responsabilizzazione dell'individuo maggiori che in passato (Ranci, 2002b; Giddens, 1999). Il fronteggiamento necessita sempre più non solo della presenza di differenti tipi di risorse, bensì anche di una capacità di *pooling*, e cioè di combinazione di tali diverse risorse (Ranci, 2002b). In questo senso diventa fondamentale, per il successo stesso delle politiche, che il beneficiario degli interventi venga "attivato" e responsabilizzato, visto che dovrà essere lui, con necessari supporti, a compiere tale operazione di ri-costruzione di una strategia di fronteggiamento, attingendo fra varie risorse disponibili.

Nel campo degli interventi di cura gli anni Novanta hanno rappresentato anch'essi un periodo di riforma, tuttora in atto. Per far fronte all'esplosione del problema della non autosufficienza i modelli d'intervento pubblici sono in corso di ristrutturazione a partire dai seguenti aspetti:

- a) introduzione di nuove modalità di raccolta di fondi;
- b) integrazione e mix fra servizi e trasferimenti monetari;
- c) maggiore potere di scelta – e quindi di responsabilizzazione – concesso al beneficiario in termini di flessibilità nell'impiego delle risorse ricevute;
- d) maggiore apertura a fornitori privati nei sistemi di offerta.

In numerosi paesi si stanno innanzitutto cercando di mobilitare maggiori risorse per fronteggiare la montante domanda di cura da non autosufficienza. A tale riguardo il caso più emblematico di intervento innovatore è quello tedesco: a partire dalla seconda metà degli anni Novanta la Germania ha introdotto una nuova assicurazione obbligatoria per la non autosufficienza, con la quale si sono quasi triplicate le risorse pubbliche per gli interventi in tal senso (Pavolini, 2001a). In questa direzione si stanno muovendo anche altri paesi, fra cui l'Austria, la Francia e la Gran Bretagna. Una seconda importante caratteristica di tali modelli è di pensare il sistema d'interventi pubblici sempre meno come alternativa netta fra una misura passiva come i trasferimenti monetari, da un lato, e servizi dall'altro. L'obiettivo diventa invece integrare *cash* e *care*, adottando strategie differenziate (Ranci, 2001). In numerosi paesi le tradizionali indennità, concesse sulla base del bisogno e non collegate a forme di rendicontazione della spesa, vengono parzialmente sostituite da

trasferimenti vincolati, in cui appunto il beneficiario o il suo nucleo familiare di riferimento deve comprovare l'utilizzo effettivo delle risorse ricevute, tramite sistemi di voucher. Si stanno diffondendo inoltre pacchetti misti di cura, in cui accanto a trasferimenti vengono concessi anche servizi, sia di assistenza diretta all'utente sia di supporto alle sue decisioni e scelte (*care management*). Vengono infine spesso accresciute le possibilità di scelta da parte dei beneficiari degli interventi, i quali possono optare sia fra differenti pacchetti e mix di cura, fra trasferimenti (vincolati) e servizi, sia fra differenti fornitori, pubblici e privati.

Questo insieme di riforme tende quindi a rimettere al centro delle modalità di fronteggiamento della non autosufficienza la capacità d'intervento della persona con necessità di cura e la sua famiglia, cercando però di evitare misure che siano o troppo defamilizzanti o troppo gravanti sui nuclei. Il tentativo è creare politiche per le famiglie in materia di cura che, offrendo un sostegno diretto, abbiano anche come obiettivo quello di riconoscere, tutelare e regolamentare il sistema di cura informale. È per esempio significativo quanto introdotto con la riforma tedesca, dove si prevede il riconoscimento a fini pensionistici delle prestazioni erogate dai *carers*, con contributi versati ai fondi previdenziali dalle casse che gestiscono i fondi destinati alla non autosufficienza. Attualmente oltre 550.000 *carers* familiari possono godere di tale tutela (BMGS, 2003).

Questo connubio fra maggiori responsabilità e scelta dei beneficiari, politiche di attivazione e altre forme di supporto è in via di realizzazione anche nel più generale campo di altri bisogni di cura da cronicità. Anche se per ora non vi sono specifici atti di indirizzo, ugualmente in questo ambito si sta diffondendo un mutamento dei rapporti fra attori pubblici, professioni mediche/sociali e beneficiari. La cronicità, soprattutto quella che necessita di una prolungata serie d'interventi sociosanitari spesso a bassa intensità sanitaria, richiede sempre più che una parte della responsabilità delle modalità di gestione della cura venga condivisa fra professione medica e beneficiari, con questi ultimi che devono quindi essere anche supportati in tale attività: si pensi alla autosomministrazione giornaliera di farmaci, così come ad altre attività di monitoraggio della condizione di salute dei soggetti colpiti da malattie di tipo cronico.

Freidson (2002, p. 91), riprendendo suoi studi precedenti, individua differenti forme di trattamento e intervento terapeutico fra utente e professioni sociosanitarie. Fra queste inserisce il modello «compartecipativo»:

quando si richiede ad un paziente di prendersi cura di se stesso, come avviene nel trattamento di malattie croniche quali il diabete [...] il medico non afferma di sapere esattamente ciò che è meglio per il paziente e la ricerca dell'optimum terapeutico diventa l'essenza dell'interazione.

1.4.2. I tentativi di ristrutturazione dei sistemi di protezione dai vecchi rischi e di copertura di nuovi rischi e vulnerabilità

La ristrutturazione dei sistemi di protezione dai vecchi rischi è passata nell'ultimo decennio e passa fundamentalmente oggi, sia dove si è iniziato a implementarla sia dove invece se ne sta discutendo in sede scientifica e legislativa, attraverso un taglio a livello di protezione e di prestazioni erogate rispetto ad alcuni rischi.

Nella sostanza la strategia che numerosi paesi hanno intrapreso o stanno cercando di intraprendere è quella che Ferrera (1998) definisce di «taglia e cucì»: ridurre il tipo di protezione accordato ad alcuni rischi per poter coprire meglio altri nuovi o nuove vulnerabilità, attraverso innanzitutto una rivisitazione del paniere di fenomeni oggetto di assicurazione. Le riforme di questi anni devono infatti confrontarsi con una composizione di tale paniere, sedimentatasi nel corso dello sviluppo fordista, oggi non più rispondente necessariamente alle esigenze primarie di vasti gruppi sociali. Tale situazione sembra quindi generare l'opportunità di uno sfortimento del paniere stesso. All'interno di una simile operazione occupa un ruolo di primo piano quella che rappresenta la voce principale di spesa dei welfare occidentali, e cioè la copertura dal rischio di vecchiaia tramite pensioni: attualmente diventa sempre meno sostenibile il modello in cui, rispetto a una vita media che si avvicina agli 80 anni, si favorisce la fuoriuscita dal mercato del lavoro a un'età più vicina ai 55-60 anni che ai 65, permettendo quindi un lungo periodo di inattività. I trend demografici mostrano come in 70 anni stia mutando profondamente il peso della popolazione in età anziana: se nei paesi OCSE nel 1960 tale gruppo aveva un peso pari a circa il 15 per cento della popolazione in età lavorativa, le previsioni indicano che nel 2030 questa percentuale crescerà fino al 35. Su tali aspetti si sono concentrati alcuni dei principali interventi del decennio passato in numerosi paesi occidentali fra cui l'Italia, con la riforma Dini del 1995, la Francia e la Svezia. In genere le strategie di riforma hanno avuto come obiettivo primario quello di contenere la spesa tramite una serie di meccanismi: l'innalzamento dell'età pensionabile, l'estensione del periodo di riferimento per il calcolo della retribuzione pensionabile, la riduzione dei coefficienti di rendimento e l'eliminazione dell'indicazione dei salari (Amato, Marè, 2001). Nel caso italiano si è intervenuti anche con il superamento, non drastico ma graduale, delle pensioni di anzianità, considerate una delle anomalie più vistose del nostro sistema di welfare (Ascoli, 2002). Un'ulteriore linea di riforma in questo campo è stata rappresentata dal tentativo di favorire la creazione di un secondo pilastro di previdenza com-

plementare privata, andando quindi a promuovere l'istituzione di un modello misto di copertura pensionistica (AA.VV., 2000).

Accanto ai tentativi di ristrutturazione dei modelli di copertura da rischi tradizionali emergono anche primi tentativi di affrontare alcune nuove problematiche. Tale operazione non appare però semplice per due ordini di motivi: uno di tipo finanziario, in quanto ciò comporta o una redistribuzione fra differenti tipi d'intervento o un aumento del livello di prelievo fiscale-contributivo; l'altro, più profondo, è legato alla modalità stessa di concepire gli eventi negativi su cui si vuole intervenire con nuove forme di protezione. Sotto questo secondo profilo si pone infatti il problema di quali debbano essere gli assetti organizzativi e istituzionali più adatti per affrontare tali nuovi eventi. Gli assetti principali su cui si sono basate le politiche sociali del dopoguerra si sono fondati su un modello di tipo assicurativo in un contesto economico di tipo fordista.

La difficoltà di inquadrare e di regolare le nuove vulnerabilità in termini assicurativi riguarda anche la tematica della copertura dei bisogni da non autosufficienza. In questo senso un buon esempio è rappresentato dal caso tedesco dell'assicurazione di cura. Tale modello ha un impianto fondamentalmente assicurativo con però alcune importanti innovazioni. Il sistema si basa su un meccanismo di contribuzione, che vede partecipare al finanziamento in egual misura i lavoratori e le imprese di appartenenza. Accanto a questo impianto di stampo abbastanza tradizionale, la più importante innovazione che il legislatore tedesco abbia posto è il «Budget Prinzip» (Rothgang, 2000): nella legge è infatti previsto che vi sia uno stretto legame fra quanto entra nel sistema tramite i contributi e quanto esce in termini di prestazioni erogate. Non viene contemplata la possibilità che il modello possa andare in deficit, neanche parzialmente. In prospettiva quindi il sistema non assicurerà dall'eventualità di necessità di cura da non autosufficienza in quanto tale, bensì si limiterà a contribuire parzialmente al fronteggiamento familiare di questo problema. Tale mediazione fra differenti priorità (copertura del bisogno e spesa pubblica sostenibile) ha favorito la creazione di un modello innovativo rispetto a quello assicurativo classico, ma che in un certo senso presenta caratteristiche che rischiano di minarne il funzionamento, l'efficienza e l'efficacia. Tale nuovo impianto si basa infatti nella sostanza su entrambi i presupposti, prima rilevati, che stanno invece venendo progressivamente meno: una concezione della non autosufficienza come rischio, piuttosto che come vulnerabilità; un modello di sviluppo economico di stampo fordista, piuttosto che postfordista. Da un lato la domanda sociale è in sostanziale crescita, mentre decresce sensibilmente la capacità di prendersi cura da parte delle reti informali. Dall'altro il principio contributivo rischia di entrare in crisi quanto più il mo-

dello di sviluppo da fordista diventa postfordista: la base contributiva risulta infatti indebolita con il passaggio verso modelli di capitalismo in cui la disoccupazione, la frammentazione e la flessibilità del lavoro impediscono una continuità nella contribuzione e probabilmente favoriscono indirettamente l'aumento di forme di economia sommersa che sfuggono a criteri di contribuzione.

La conseguenza in prospettiva è quindi quella di un indebolimento dell'efficienza e dell'efficacia del sistema dal punto di vista sia della raccolta delle risorse sia della capacità delle prestazioni d'incidere sulle strategie di fronteggiamento dei bisogni di cura nel corso dei decenni: alcune stime indicano che fra circa 40 anni il modello entrerà progressivamente in crisi.

1.4.3. Una maggiore integrazione fra politiche differenti

L'attuale domanda sociale si caratterizza spesso per la sua multidimensionalità e cioè per il fatto che all'interno di uno stesso nucleo familiare si pongano criticità sotto differenti aspetti, dal lavoro alla cura appunto.

Questo tipo di situazione, in crescita negli ultimi anni, ha creato le condizioni e la necessità di prevedere politiche che da un lato affrontino in maniera integrata differenti tipi di criticità e vulnerabilità (Kazepov, 2002), dall'altro offrano risposte composite alle esigenze familiari.

Da tale situazione sembrerebbero emergere linee di politica sociale che cercano di coniugare fra loro differenti tipi di problematiche.

In questo senso possiamo di nuovo prendere in considerazione il concetto di mercato sociale della cura. A partire dalla metà degli anni Novanta si delinea il proposito esposto da più attori istituzionali, fra cui quello comunitario – si pensi a quanto elaborato in questa sede a partire dalle riflessioni sull'occupazione di Delors (De Vincenti, Montebugnoli, 1997) –, di coniugare politiche per l'assistenza con politiche per l'occupazione. Questo tentativo di mix caratterizza nella sostanza tutti i principali paesi dell'Europa occidentale, assumendo però forme differenti, sulla base delle priorità accordate alla dimensione della cura rispetto a quella del lavoro (Pavolini, 2002).

L'obiettivo di fondo rimane rispondere alle crescenti necessità di cura, in particolare quelle riguardanti i bisogni da non autosufficienza e da cronicità, attraverso politiche incentivanti nuova occupazione nel campo dei servizi alla persona o la regolarizzazione dei rapporti di lavoro irregolari in questo settore, dove il ricorso al mercato sommerso rappresenta più la norma che l'eccezione. Si cerca di coniugare quindi una crescente domanda sociale con una potenziale offerta, che non trova altri

sbocchi professionali regolari, tramite meccanismi di incentivazione da parte degli enti pubblici sia diretti che indiretti: da un lato vengono concessi trasferimenti monetari più o meno vincolati (voucher, assegni di cura) ai beneficiari, che possono impiegare tali risorse in un mercato di servizi di cura in via di costituzione, dall'altro si cercano di creare altri incentivi indiretti, fondati su forme di detassazione o su crediti alle famiglie, che sono disposte a spendere proprie risorse per l'acquisizione di interventi di cura tramite il mercato regolare e non quello sommerso.

In quest'ottica di crescente integrazione si possono leggere anche i crescenti sforzi di conciliare politiche attive del lavoro e politiche dell'assistenza, in questo caso intesa non tanto come cura ma come supporto a soggetti in stato di possibile emarginazione e disagio da mancanza di occupazione.

Un'altra area in cui si registra il tentativo di collegare fra loro differenti politiche è infine quella a cavallo fra servizi sociali e sanità, che di nuovo concerne da vicino le tematiche della non autosufficienza, in cui il bisogno ha spesso un carattere sociosanitario, e pertanto si pone pressantemente la necessità di individuare assetti d'intervento integrati.

1.4.4. La territorializzazione crescente delle politiche e degli interventi

Le politiche di attivazione, così come quelle di integrazione fra settori differenti, in un contesto di frammentazione e individualizzazione della domanda sociale, richiedono sempre più di essere realizzate a livello locale, sul territorio. L'idea è che non si tratti semplicemente di passare dal modello basato sui trasferimenti monetari a uno più improntato ai servizi, quanto di offrire maggiore capacità di azione e di responsabilità ai soggetti pubblici che si trovano più vicini ai cittadini. Gli enti locali possono infatti rappresentare fra gli attori istituzionali quelli che meglio sanno leggere i bisogni locali e costruire di conseguenza una rete d'interventi. A livello italiano la filosofia della legge 8 novembre 2000, n. 328, sul sistema integrato dei servizi sociali, al pari della riforma del Titolo V della Costituzione⁸, va proprio in questa direzione indicando l'ambito regionale e locale quale fonte primaria d'intervento in base a una logica di sussidiarietà verticale e orizzontale. Più in generale l'ultimo ventennio su scala europea ha fatto registrare una crescente delega di poteri e responsabilità dagli Stati centrali verso i governi regionali e locali in tema di politiche di welfare fra cui quelle sociosanitarie (Norton, 1994; Ferrera, 2003). Le ragioni sono state appunto molteplici: la necessità di offrire un sistema più flessibile e adatto alle singole esigenze territoriali; la pressione da parte dei livelli subnazionali per una maggiore autonomia

istituzionale nelle scelte di policy; processi di cambiamento a livello di Unione Europea incentivanti il ruolo delle regioni e delle macroregioni.

Per quello che concerne la non autosufficienza in particolare e i relativi bisogni di cura a cavallo fra assistenza e sanità gli ultimi decenni hanno visto rafforzato nei vari contesti europei il ruolo delle forme di governo intermedio fra il nazionale e il locale (Regioni, Contee, Dipartimenti ecc.). È proprio questo il livello in genere più rilevante, in quanto occorre coniugare capacità programmatiche e finanziarie sufficientemente ampie con la lettura dei bisogni e un radicamento forte nei territori.

1.5 Quali sviluppi futuri?

A fronte dei mutamenti descritti i vari paesi occidentali hanno tentato di fornire una serie di risposte, che per ora con difficoltà presenta un profilo complessivo unitario.

Fondamentalmente nel corso dell'ultimo quindicennio le strategie d'intervento sono state ispirate innanzitutto alla filosofia del «taglia e cuci», basata sulla riduzione della protezione verso alcuni rischi di tipo più tradizionale e un investimento, non sempre però realizzato con la stessa intensità, per la copertura di nuove situazioni problematiche.

Per quello che riguarda gli interventi per ora effettuati le pensioni, ma non solo, sono state e sono frequentemente al centro delle politiche di taglio. In Europa il sostegno all'occupazione, alla disoccupazione e la lotta all'esclusione sociale, così come la promozione delle attività di cura, rappresentano invece alcune delle aree in cui vi è l'espansione di nuovi tipi d'intervento.

Elementi che sembrano caratterizzare in maniera trasversale queste nuove modalità d'intervento sono in sintesi la crescente presenza di politiche di attivazione, il tentativo di coprire nuovi rischi o vulnerabilità e una maggiore integrazione fra politiche differenti, legate al ruolo sempre più considerevole giocato dalle istituzioni subnazionali.

Queste esperienze mostrano come gli anni Novanta siano stati un periodo di forte vivacità nell'azione pubblica, ma lasciano aperte alcune questioni estremamente rilevanti.

Le politiche di attivazione innanzitutto rappresentano teoricamente una buona modalità per coniugare diritti e doveri, autonomia e responsabilità, forme differenti di supporto. Esse però, a seconda di come vengono realizzate, possono dar luogo anche a fenomeni ben differenti. Per quello che riguarda le politiche di attivazione in riferimento alla non autosufficienza le perplessità in merito alle innovazioni recenti non sono mancate. Molti si chiedono quale possa essere il livello effettivo di re-

sponsabilità esercitato da soggetti e famiglie che stanno già vivendo in situazioni di difficoltà e di disagio e se dietro l'idea dell'*empowerment* e della libertà di scelta non si nasconde in realtà un modello di sostanziale delega e scarico delle responsabilità da parte degli enti pubblici (Ranci, 2001).

Il problema non sembra comunque consistere tanto nella bontà o meno di tali programmi, quanto nel ruolo effettivo di supporto giocato dagli enti pubblici. Se certamente le caratteristiche e le motivazioni dei beneficiari incidono sul livello di efficacia di tali interventi (Saraceno, 2002; Pavolini, 2001b), un elemento centrale è rappresentato da quanto efficacemente l'attore pubblico riesca a offrire un aiuto alle decisioni e ai tentativi operati da tali utenti. Di nuovo in quest'ottica diventa importante lo sforzo da parte delle politiche pubbliche di incrementare la capacità di *pooling* da parte dei beneficiari e delle loro famiglie: il problema attualmente consiste sempre più non solo nell'offrire risorse o nel facilitare fenomeni di reintegrazione sociale, ma anche nel favorire le abilità per leggere le situazioni di criticità e per impiegare nella maniera più efficace possibile tale insieme di risorse.

Una seconda questione è rappresentata dalla delega di poteri dal livello nazionale a quelli subnazionali. In questo caso diventa rilevante comprendere quanto differenziata sia la capacità di azione dei singoli contesti. Il rischio di una frammentazione dei diritti di cittadinanza nel campo del welfare e di una loro ineguale distribuzione lungo linee regionali è stato per esempio già messo in luce nel caso italiano ben prima delle ultime riforme costituzionali (Fargion, 1997). Il processo di globalizzazione in atto sembra portare con sé forme crescenti di competizione per attirare capitali e risorse umane non solo fra Stati nazionali ma anche fra regioni e fra aree territoriali più circoscritte (Boddy, Parkinson, 2004). I sistemi locali di welfare sono uno dei meccanismi in base ai quali istituzioni, imprese e cittadini possono confrontare i singoli territori da un lato in termini di spesa (carico fiscale locale ecc.) e di efficienza, dall'altro in termini di efficacia (copertura dei bisogni, sostegno nelle attività di *coping* ecc.) e di qualità della vita assicurata ai residenti. È quindi probabile che tali sistemi subnazionali stiano cercando assetti in grado di offrire forme di copertura adeguate e orientate a sostenere l'attività del mercato (per esempio in termini di servizi per le famiglie con problemi di cura – anziani, malati, minori ecc. –, supporto all'inserimento nel mercato del lavoro ecc.). Occorre chiedersi se in tale contesto economico di tipo competitivo si verificherà, o si stia già verificando, un processo di convergenza fra territori tradizionalmente caratterizzati da differenti gradi di rendimento istituzionale o all'opposto la delega di poteri a Regioni ed enti locali porterà con sé crescenti fenomeni di polarizzazione.

Accanto a queste difficoltà ne va messa in luce infine una terza. Buona parte delle risposte dei nuovi sistemi di welfare è orientata a una logica di copertura di eventi classificabili come rischi, mentre invece sempre più essi sono definibili in termini di vulnerabilità. Ciò può dar vita a soluzioni che nel breve tempo arginano il problema, ma che lo ripropongono nel medio periodo. La lettura che si è data in questo capitolo dell'esperienza tedesca sull'assicurazione della non autosufficienza è esemplificativa del gap, spesso riscontrabile nelle riforme, fra innovazioni ispirate a un sentiero istituzionale costituitosi in epoca fordista e una realtà sociolavorativa postfordista. Se non si può certamente parlare di crisi complessiva del modello assicurativo, nell'ottica qui presentata va sviluppata maggiormente una riflessione in merito a forme di copertura differenti. Se gli eventi negativi diventano infatti fenomeni meno puntuali e aleatori e più frequenti e di lunga durata, assumendo inoltre specifiche forme a seconda delle caratteristiche individuali e familiari, occorre riflettere, anche con maggior forza che in passato, di modelli di copertura più "globali". Se certamente pertanto una strada da tentare è quella di innalzare il livello di protezione da certi eventi, anche tramite forme assicurative, dall'altro va presa seriamente in considerazione la possibilità di rafforzare meccanismi di prelievo e di copertura basati sull'intera cittadinanza più che sui lavoratori.

In questa prospettiva un assetto di welfare in grado di affrontare, o tentare di affrontare, le sfide poste da vecchi rischi e nuove vulnerabilità dovrebbe anche fondarsi su politiche pubbliche che investano in servizi di supporto ai singoli e alle famiglie. Innanzitutto devono essere interventi volti a facilitare il *pooling*. In questo senso si dovrebbe trattare di politiche che, oltre a dare risorse economiche, siano in grado di sostenere e incrementare le capacità degli individui e delle famiglie di leggere i contesti e le problematiche in cui si possono trovare e di individuare modalità più efficaci di combinazione delle risorse a disposizione. Più in generale, vista la centralità della famiglia nel mediare rischi e vulnerabilità, occorrono politiche familiari sempre più mirate in grado di sostenere due funzioni fondamentali svolte da tale istituzione: combinare differenti redditi, tramite il sostegno alla capacità delle famiglie di percepire due redditi da lavoro, e offrire cura ai propri membri bisognosi di assistenza, tramite una crescita nel supporto al *care* (Saraceno, 1998; Ranci, 2002b).

Se si accetta l'ipotesi che nelle società contemporanee si sia in presenza di una domanda sociale maggiormente frammentata e sottoposta a eventi negativi definibili in termini di vulnerabilità piuttosto che di rischio, i tentativi di risposta alle nuove problematiche e disagi dovranno passare attraverso una serie di innovazioni, alcune delle quali già in via di introduzione e altre auspicabili: politiche di attivazione, da affiancare al-

le tradizionali politiche passive; modelli di copertura basati maggiormente sul principio di solidarietà piuttosto che di assicurazione; integrazione fra tipi e ambiti d'intervento differenti (salute, cura, occupazione ecc.); diffusione modulata nei territori di politiche per le famiglie in grado di facilitare il fronteggiamento delle vulnerabilità sotto varie dimensioni.

Note

1. La dizione “Unione Europea a 15 Stati” fa riferimento alla situazione precedente la primavera 2004, visto che a partire da tale periodo si è verificato un allargamento nel numero dei paesi membri dell'Unione. Nel prosieguo del volume, salvo una specificazione differente, quando si riportano dati relativi all'Unione Europea (UE) si fa riferimento a quella a 15 Stati membri.

2. Il saldo naturale è pari alla differenza fra nascite e morti; il saldo migratorio netto è ottenuto dalla differenza fra saldo totale e saldo naturale.

3. Il dato ISTAT è più elevato di quello ricavabile dalle statistiche EUROSTAT in quanto vengono prese in considerazione ulteriori figure contrattuali quali ad esempio le collaborazioni coordinate e continuative (co.co.co.).

4. Riguardo ad alcune di queste situazioni Carboni (2002) parla di «acrobati di fine mese», riferendosi a quelle famiglie e individui che, pur avendo un lavoro dipendente, devono fare acrobazie per “arrivare a fine mese” e quindi risultano più esposti alle circostanze inattese della vita (separazioni, malattie ecc.).

5. Per l'ISTAT è disabile chi ha difficoltà gravi nell'espletare almeno una delle quattro attività della vita quotidiana (*activities of daily living* – ADL): confinamento individuale; difficoltà nel movimento; difficoltà nelle funzioni; difficoltà vista, udito e parola.

6. Le due indagini differiscono fra loro in termini di metodologia di rilevazione dei dati. L'ISTAT si è limitata a intervistare un campione di individui chiedendo loro informazioni sullo stato di salute, l'ILSA Working Group ha invece proceduto direttamente con analisi mediche sul campione prescelto, onde verificare la presenza o meno dei sintomi legati alle singole malattie.

7. Il concetto di libertà di scelta impiegato da Paci è ripreso da Sen (1994, p. 64), intendendo con tale nozione la «capacità concreta di fare o di essere dell'individuo nel corso della propria vita [...] libertà dell'individuo di condurre un certo tipo di vita piuttosto che un altro [...] di scegliere tra vite possibili».

8. Il nuovo art. 117 indica infatti come la materia della spesa socioassistenziale sia oggetto di potere legislativo esclusivo da parte delle Regioni.

Un ventennio di politiche per gli anziani non autosufficienti in Italia fra universalismo debole nei trasferimenti e scarsa diffusione dei servizi

2.1

Introduzione

Una forte attenzione verso la problematica della cura delle persone non autosufficienti anziane è cresciuta in Italia solo negli ultimi anni.

Tale situazione risulta un'anomalia rispetto a quanto avvenuto in molti altri Stati dell'Europa occidentale. L'anomalia non consiste tanto nell'assenza di un qualche tipo di programma verso la non autosufficienza, quanto da un lato nel ritardo temporale, rispetto ad altri paesi europei, nella discussione su una riforma degli schemi attuali, dall'altro nella limitata copertura assicurata dagli stessi (Ranci, 2001).

Stati quali Gran Bretagna, Francia, Germania, Paesi Bassi e Austria hanno invece seguito una tempistica in parte simile fra di loro:

- gli anni Ottanta hanno rappresentato un periodo di introduzione nel dibattito e di conseguente discussione culturale su come riformare i sistemi di protezione e di cura della non autosufficienza;
- nella prima parte degli anni Novanta si sono maggiormente focalizzate e puntualizzate le opzioni e le scelte alternative di copertura e d'intervento;
- dalla metà degli anni Novanta sono partiti i nuovi programmi o comunque sperimentazioni consistenti, che hanno favorito, in alcuni casi dopo assestamenti, la costruzione di un sistema di protezione dai bisogni di non autosufficienza più ampio.

Rispetto a questa tempistica l'Italia si caratterizza per un forte ritardo e forse per un compattamento temporale delle tre fasi:

- il tema della non autosufficienza non entra a livello di discussione culturale nel panorama nazionale fino alla seconda parte degli anni Novanta;
- alcuni dei provvedimenti principali relativi al welfare prodotti dal governo dell'Ulivo durante la legislatura 1996-2001 contengono riferimenti alla tematica della protezione nei casi di non autosufficienza, ma tale criticità non riesce certo ad assumere un ruolo di primo piano all'interno degli atti e delle normative di quel periodo;

- è solo a partire dagli ultimi 3-4 anni che la comunità politica e sociale prende coscienza in misura crescente del fenomeno, seguendo per certi versi una curva quasi esponenziale di interesse pubblico e di focalizzazione;
- attualmente sono sul piatto della bilancia alcune opzioni differenti (modelli di copertura volontaristici o obbligatori; selettivi, di tipo universalistico selettivo o universalistico puro ecc.) su cui la discussione si sta animando;
- in assenza di un quadro legislativo forte nazionale alcune Regioni italiane hanno intrapreso una propria via alla creazione di meccanismi di protezione della non autosufficienza, tenendo presenti i propri limiti di risorse.

Confrontando quindi lo sviluppo temporale per fasi in Italia con quello degli altri Stati sopra nominati, si nota come il nostro paese sia entrato ormai da alcuni anni nella seconda fase e sembri caratterizzarsi per un ritardo di circa un decennio rispetto a quanto avvenuto altrove. Nella sostanza quanto si andava elaborando nell'arena di discussione per esempio in Germania e in Francia, nei primi anni Novanta, ritrova una sua corrispondenza a circa dieci anni di distanza in Italia.

All'interno di questo quadro diventa quindi rilevante tenere presenti due elementi e coglierne la portata per gli attuali tentativi di riforma:

1. i motivi del decennale ritardo italiano rispetto all'Europa centro-settentrionale e l'impatto che ciò ha avuto in termini di capacità di copertura;
2. le conseguenze di possibili tentativi di riforma in un contesto socioeconomico e culturale quale quello della metà degli anni Novanta, rispetto all'attuale.

Complessivamente le politiche in materia di non autosufficienza in Italia si sono fino a oggi caratterizzate per una regolazione pubblica nazionale definibile leggera, se non, forse in maniera più appropriata, debole (Pavolini, *in stampa*).

Se appunto si confronta la legislazione nazionale di riferimento in questo campo con quella attinente alle altre principali aree d'intervento – la sanità e i servizi sociali in generale, le tematiche legate ai minori e all'infanzia, quelle relative alla disabilità e all'handicap di giovani e adulti, alle tossicodipendenze ecc. –, si nota che sia il tipo di normazione (leggi, decreti ecc.) sia il livello di strutturazione della stessa sono in genere nettamente maggiori o comunque più articolati negli altri settori rispetto a quello della non autosufficienza.

Attualmente quindi le scelte di policy effettuabili vengono a collocarsi in un contesto istituzionale caratterizzato da vincoli e opportunità. Le opportunità sono date dal fatto che, pur non trovandosi assolutamente in presenza di una *tabula rasa*, le possibili scelte non si devono eccessivamente confrontare con una tradizione, più o meno decennale, di policy

*forte*¹ (si pensi alle scelte fino a oggi compiute, o comunque intraprese nel corso degli anni Novanta, nei campi della salute mentale, delle tossicodipendenze, dei minori e dell'infanzia, della sanità): ciò significa che per il tema qui trattato si sono definiti e sono emersi con più difficoltà da un lato *constituencies* portatrici di interessi consolidati e miranti al mantenimento di specifici programmi d'intervento, dall'altro un *corpus* culturale/ideologico in grado di promuovere una specifica e strutturata "visione" del sistema degli interventi in materia di non autosufficienza.

Se quindi vi sono alcune opportunità di riforma vanno anche sottolineati due tipi di vincoli molto rilevanti su cui si tornerà nel corso di questo capitolo: l'attuale fase congiunturale economico-finanziaria in cui l'introduzione di un possibile programma rivolto alla non autosufficienza verrebbe a collocarsi; l'impostazione culturale che in parte pervade l'attuale maggioranza parlamentare e di governo e informa (o sembra informare) il suo *modus operandi* nel più generale campo del welfare.

Il caso italiano va quindi innanzitutto collocato all'interno di un alveo più ampio di esperienze internazionali che permette di meglio valutare quale tipo di risposta sia stata data ai problemi della non autosufficienza.

2.2

Politiche di protezione per le persone non autosufficienti in Italia e nei principali paesi europei

Una vasta letteratura (Ascoli, 1996; Ferrera, 1998; Anttonen, Sipilä, 1996) indica come si sia in presenza, anche nel campo dei servizi sociali e socio-sanitari, di quattro o addirittura cinque "famiglie" di paesi europei caratterizzati da modelli d'intervento e copertura differenti². Nella TAB. 2.1 si riportano i dati prodotti in due differenti analisi, l'una riferita all'inizio degli anni Novanta, l'altra alla fine di quel decennio e all'inizio dell'attuale, in modo che si possa sviluppare una comparazione fra paesi e "famiglie" di welfare anche in termini diacronici.

Il quadro complessivo che emerge è il seguente:

– durante gli anni Novanta vi è stata una spinta a rafforzare innanzitutto i servizi di cura domiciliare (il livello medio di copertura in Europa occidentale è passato dal 7 all'8 per cento); la Gran Bretagna e la Svezia, fra i paesi considerati, sono gli unici ad aver ridotto la numerosità relativa dei beneficiari, a cui però ha corrisposto in entrambi i contesti un aumento sensibile nel numero medio di ore di assistenza erogate per singolo caso (Pesaresi, Gori, 2003; Pavolini, 2001a); in molti degli altri paesi la crescita è stata forte (la Germania è passata dal 3 al 10 per cento, la Francia ha consolidato i propri interventi portandoli all'8 per cento, la Danimarca ha raggiunto i livelli più alti in Europa con un 25 per cento di anziani assistiti);

TABELLA 2.1

Il livello di copertura pubblica nei principali gruppi di paesi dell'Unione Europea (%)

	Servizi residenziali		Servizi domiciliari	
	Inizio anni Novanta	Inizio anni Duemila	Inizio anni Novanta	Inizio anni Duemila
Paesi scandinavi	7	6	14	15
Svezia	4	8	12	8
Danimarca	6	4	20	25
Gran Bretagna	5	5	9	7
Paesi continentali	6	7	6	8
Germania	6	7	3	10
Francia	3	6	7	8
Paesi mediterranei	2	3	1	2
Italia	2	2	1	3
Spagna	2	3	1	2
Valore medio	5	5	7	8

Fonti: Anttonen, Sipilä (1996) per inizio anni Novanta; per inizio anni Duemila elaborate da Pesaresi, Gori (2003), ISTAT (2004a), BMGS (2003).

- in questo quadro la crescita italiana (dall'1 al 3 per cento), anche se si è verificata, ha mantenuto però tratti di profonda limitatezza in termini di grado di copertura;
- la situazione sotto il profilo dell'assistenza residenziale è invece di maggiore staticità a livello medio con un valore che si è mantenuto attorno al 5 per cento durante l'intero decennio passato; in questo caso i livelli di copertura si sono innalzati nei contesti dell'Europa mediterranea (dal 2 al 3 per cento) e continentale (dal 6 al 7), mentre nel resto dell'UE sono in genere rimasti stabili o diminuiti, mantenendo però una capacità di copertura spesso pari o superiore al 5 per cento degli anziani;
- se la Scandinavia rimane l'area europea dove complessivamente è maggiore il livello d'intervento verso la non autosufficienza degli anziani, in particolare per le cure domiciliari, l'Europa continentale e la Gran Bretagna hanno cominciato a sviluppare nel corso dell'ultimo quindicennio un livello medio d'intervento che copre il 5-7 per cento degli anziani con strutture residenziali e il 7-8 per cento con interventi domiciliari;
- la collocazione dell'Europa mediterranea, di cui l'Italia fa parte, in termini di modello d'intervento nei confronti della non autosufficienza degli anziani, appare quanto mai chiara: questo gruppo di paesi presenta i minori tassi di sviluppo e di copertura nel panorama dell'Europa occidentale sia nei servizi residenziali (3 per cento degli anziani interessati da tali interventi a fronte di una media europea del 5) sia soprattutto in

quelli domiciliari (2 per cento a fronte di una media dell'8 per cento); la situazione italiana non si discosta significativamente da quella dei restanti paesi dell'area mediterranea se non per una leggermente maggiore diffusione dell'assistenza domiciliare, e la capacità di crescita nel livello di copertura registrata durante l'ultimo quindicennio appare nettamente più limitata che altrove.

I cambiamenti in termini di copertura durante gli anni Novanta sono il risultato di una nuova domanda sociale di cura da parte della popolazione anziana, legata ai trend sociodemografici in atto – descritti nel capitolo precedente –, con cui i paesi occidentali hanno dovuto confrontarsi. Il problema cruciale che le politiche dedicate alla non autosufficienza hanno cercato di affrontare durante l'ultimo quindicennio è stato quello di espandere l'offerta di servizi e migliorarne l'efficienza e la qualità senza determinare una pressione eccessiva sulla spesa pubblica.

In quest'ottica se passiamo dall'analisi sui livelli di copertura, quale quella appena illustrata, a una sui meccanismi di funzionamento dei sistemi di protezione dalla non autosufficienza, le innovazioni più profonde negli anni Novanta hanno riguardato i paesi dell'Europa continentale. Da un lato Germania, Austria e Lussemburgo hanno introdotto programmi pubblici di tipo assicurativo volti a garantire su base universalistica l'assistenza ai soggetti non autosufficienti. Dall'altro la Francia ha promosso un nuovo programma di assistenza ai soggetti non autosufficienti finanziato attraverso una serie di fonti diversificate in parte provenienti dal sistema assicurativo e in parte dalla fiscalità generale.

I rimanenti paesi del Sud e del Nord Europa hanno mantenuto invece a livello nazionale un approccio più statico e incrementale, non proponendo rilevanti innovazioni ma cercando di rafforzare il modello creato a partire dagli anni Settanta, con l'eccezione della Gran Bretagna in cui sono state realizzate riforme radicali del sistema di erogazione dell'assistenza, con il fine di garantire maggiore efficacia ai servizi offerti e di mantenere sotto controllo la dinamica della spesa assistenziale.

Le innovazioni formulate nell'Europa continentale e in Gran Bretagna, pur con alcune rilevanti diversità, condividono i seguenti aspetti (Ranci, 2001):

- l'ampliamento del grado di copertura degli interventi pubblici, garantendo un sensibile innalzamento nel numero dei beneficiari (Europa continentale) o favorendo un incremento nell'ammontare complessivo di risorse dedicate alle persone con maggiori difficoltà (Gran Bretagna);
- l'introduzione di meccanismi competitivi e di forme di regolazione contrattuale nei rapporti tra finanziatori, acquirenti e fornitori dei servizi di *care*;
- il conferimento di una maggiore capacità di scelta ai cittadini;

- l'introduzione di misure di sostegno economico finalizzate a favorire da un lato l'allargamento e la pluralizzazione dell'offerta di servizi disponibile, dall'altro la regolarizzazione dei prestatori d'opera individuali;
- il tentativo di combinare interventi di trasferimento monetario alle famiglie con servizi erogati agli utenti allo scopo di supportare il lavoro familiare e informale di cura.

In questo capitolo concentreremo brevemente l'attenzione sui due principali nuovi modelli di copertura continentali, quello francese e quello tedesco, visto che questi due paesi sono sicuramente quelli che, durante gli ultimi dieci anni, più hanno innovato il sistema d'intervento nel campo della non autosufficienza e inoltre si presentano come realtà nazionali dotate di una serie di caratteristiche socioeconomiche (ampiezza demografica, struttura familiare ecc.) che le rende per molti versi simili all'Italia.

2.2.1. L'assicurazione di cura tedesca

A partire da un atto legislativo del maggio 1994 la Germania ha cercato di affrontare in maniera innovativa il problema dell'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti introducendo un nuovo schema assicurativo (*Pflegeversicherung*) che è entrato gradualmente a regime nel periodo compreso fra il gennaio 1995 e il luglio 1996.

Con la riforma della metà degli anni Novanta l'assistenza continuativa ai non autosufficienti assume alcune delle principali caratteristiche del più generale modello di welfare tedesco (pensioni, sanità ecc.): si è infatti passati da un sistema, ancora presente nella maggior parte degli altri paesi occidentali, in cui le spese per tale tipo d'intervento ricadono direttamente sulla famiglia dell'utente o, nel caso vi sia incapacità di sostenere tali costi, possono venire finanziate dallo Stato sulla base della prova dei mezzi, a uno in cui viene invece riconosciuto un *diritto sociale* all'assistenza, basato su contribuzioni assicurative obbligatorie per i potenziali utenti.

La *Pflegeversicherung* è un'assicurazione obbligatoria pubblica, finanziata tramite contributi e funzionante sulla base di un sistema a ripartizione³. Viene comunque prevista l'opportunità per le fasce di reddito medio-alte di optare per un'assicurazione privata, in sostituzione di quella pubblica, anch'essa comunque obbligatoria.

Il modello emerso dalle riforme del 1994-95 è il risultato di un dibattito sull'assistenza sviluppatosi già dagli anni Settanta. All'interno di questo dibattito ebbe particolare rilevanza la tematica delle forme di assistenza a domicilio e dell'insufficienza della rete dei servizi territoriali, prevalentemente nonprofit, presenti in Germania (Evers, 1998).

L'impianto complessivo dell'assicurazione di cura è caratterizzato dai seguenti elementi (Beltrametti, 1998; Vollmer, 2000):

- ogni persona detentrica di un reddito deve essere assicurata;
- il sistema viene finanziato in egual misura sia dai lavoratori⁴ sia dai datori di lavoro;
- i contributi versati sono correlati al reddito; viene comunque fissato un tetto reddituale, attualmente pari a circa 18.000 Euro annui, sul quale i singoli devono pagare i contributi; la quota di reddito superiore a tale cifra non è invece soggetta a prelievo;
- oltre ai lavoratori, anche i pensionati devono contribuire al finanziamento del sistema; metà dei contributi per questi ultimi viene versata dai fondi previdenziali;
- la copertura assicurativa riguarda anche i componenti del nucleo familiare dell'assicurato, non in possesso di significative entrate economiche.

Un soggetto, per poter beneficiare dello schema assicurativo, deve essere non autosufficiente nello svolgimento di tutt'e quattro i tipi di funzioni base (alimentazione, mobilità, svolgimento delle faccende domestiche e igiene personale).

I beneficiari vengono raggruppati all'interno di tre categorie:

- la prima categoria (livello I) è composta da utenti che richiedono un livello considerevole di assistenza – in media un'ora e mezza di aiuto al giorno;
- la seconda categoria (livello II) è rappresentata da utenti con ulteriori bisogni e che necessitano di un'assistenza di base estensiva, per almeno tre ore giornaliere;
- la terza categoria (livello III) è infine composta da coloro che hanno bisogno di assistenza giornaliera continuativa di almeno cinque ore nelle varie attività sopra indicate.

All'utente viene lasciata una doppia possibilità di scelta in merito al tipo di cura:

- a) può optare per forme di assistenza presso il proprio *domicilio* o in alternativa presso *strutture residenziali*;
- b) nel caso venga preferita la permanenza presso il proprio domicilio, il beneficiario può decidere se ricevere direttamente un *contributo in denaro*, per organizzare in maniera autonoma le modalità del sostegno, oppure lasciare che *servizi professionali* si occupino della sua assistenza; il beneficiario può comunque anche optare per un tipo di rimborso misto che preveda una quota in denaro e una in servizi.

Sulla base del livello di gravità, della possibilità di optare fra servizi domiciliari o residenziali e fra contributi in denaro o servizi professionali, varia l'ammontare complessivo di risorse erogate a ogni singolo beneficiario: la cifra minima mensile è pari a circa 200 Euro per chi sceglie

un contributo in denaro per la domiciliarità ed è collocato nel I livello, mentre essa può arrivare fino a 1.450 Euro per persone istituzionalizzate con III livello di disabilità.

In termini di capacità di copertura alla fine del 2003 (BMGS, 2003) risultavano assicurati oltre 79 milioni di persone; circa 2 milioni erano i beneficiari del programma di assicurazione, di cui 1.360.000 avevano optato per forme di assistenza domiciliare e 650.000 per il ricovero in presidi residenziali.

Il numero di beneficiari è fortemente aumentato nel corso del tempo, passando dai circa 1.660.000 del 1997 agli appunto 2.010.000 del 2003.

Il programma tedesco ha indubbiamente permesso di innalzare fortemente la capacità d'intervento istituzionale nel campo della non autosufficienza: alcune stime indicano che grazie all'introduzione dell'assicurazione di cura la capacità di spesa e di copertura pubblica è aumentata del 150 per cento rispetto alla situazione registrata nei primi anni Novanta (Rothgang, 2000).

2.2.2. *L'Allocation personnalisée à l'autonomie* (APA) francese

L'APA è un programma d'intervento nel campo della non autosufficienza degli anziani introdotto all'inizio del 2000 in sostituzione del precedente schema di copertura (la PSD – *Prestation spécifique dépendance*) promosso nel 1997. Obiettivo dell'APA è superare alcuni dei problemi che la PSD aveva posto nell'affrontare in maniera efficace il tema della disabilità degli anziani, in particolare il basso livello di copertura assicurato da quest'ultima: a fronte di una stima di circa 800.000 anziani con forti problemi di autonomia, di cui 560.000 gravemente non autosufficienti (DREES, 2004), la PSD garantiva interventi solo a circa 135.000. La bassa incidenza del sistema rispetto alla popolazione anziana era determinata dagli stringenti criteri di accesso.

In tale situazione è stata introdotta l'APA con la quale il governo francese si è posto due obiettivi: ampliare il numero dei beneficiari, tentando allo stesso tempo di rispettare alcuni vincoli finanziari sulla spesa.

Le principali caratteristiche dell'APA sono:

- i beneficiari devono avere almeno 60 anni;
- tutti i potenziali utenti sono classificati secondo un grado di disabilità basato su una scala che va da 1 (situazioni più gravi) a 6 (situazioni meno gravi); hanno accesso al programma coloro che vengono classificati nei primi quattro livelli;
- per costoro viene stabilito un “piano d'aiuto” all'interno del quale è fissata una somma di risorse finanziarie appropriata;

- per ogni livello di non autosufficienza viene fissato in sede nazionale un tetto massimo mensile per la somma che il beneficiario può ottenere (1.106,77 Euro per il I livello; 948,66 Euro per il II; 711,50 Euro per il III; 474,33 Euro per il IV);
- sono previste forme di compartecipazione da parte del beneficiario, che possono raggiungere fino all'85 per cento della somma complessiva fissata, sulla base delle risorse economiche di quest'ultimo⁵;
- l'APA viene amministrata dai Dipartimenti ed équipes miste sociosanitarie svolgono una funzione di *case management*, indicando al singolo beneficiario quali forme d'intervento risultino più appropriate;
- rispetto al sistema tedesco l'APA prevede un maggior controllo su come vengono utilizzate le risorse finanziarie da parte dei beneficiari; questi ultimi devono infatti essere in grado di giustificare, su richiesta dei Dipartimenti, tutte le spese sostenute con i fondi ottenuti;
- anche il meccanismo di finanziamento è differente se confrontato con il caso tedesco, visto che esso si basa su un mix di cofinanziamento da parte degli utenti, fondi dei Dipartimenti di provenienza fiscale e risorse prelevate dal sistema assicurativo nazionale.

L'introduzione dell'*Allocation personnalisée à l'autonomie* ha permesso di aumentare fortemente la capacità d'intervento pubblica nel campo della non autosufficienza: si è passati dai 135.000 beneficiari della PSD del 2000 ai 605.000 dell'APA di fine 2002 (DREES, 2004). Circa la metà degli utenti riceve servizi a domicilio per un importo medio pari a circa 516 Euro. Un ulteriore obiettivo che il programma ha raggiunto è quello di indirizzare servizi, volti a facilitare la permanenza a domicilio e rallentare il deterioramento delle condizioni psicofisiche, agli utenti con gradi di disabilità medi e non gravi (il IV livello della scala di valutazione francese): sono circa il 41 per cento (248.000) i beneficiari dell'APA che rientrano in quest'ultimo livello.

2.3

Il modello d'intervento pubblico in Italia

Illustrata la situazione europea nelle sue linee generali e in alcuni dei suoi più importanti paesi, possiamo analizzare il sistema di protezione italiano della non autosufficienza che si è retto fino a oggi su tre tipi d'intervento:

- forme di assistenza domiciliare o residenziale di tipo sociale;
- forme di assistenza domiciliare o residenziale di tipo sociosanitario;
- trasferimenti monetari.

Tale modello d'intervento rimane fortemente incentrato sull'indennità di accompagnamento, principale modalità di trasferimento monetario nell'area della non autosufficienza (cfr. TAB. 2.2).

TABELLA 2.2

Domanda e offerta d'interventi pubblici nel campo della non autosufficienza degli anziani in Italia (inizi anni Duemila)

	Utenti over 65	% anziani utenti su totale over 65
Indennità di accompagnamento (2001)	666.810	6,3
Assistenza domiciliare integrata (2002)	262.992	2,5
Strutture residenziali (2000)	216.126	2,0
Stima ISTAT anziani disabili* (2000)	2.106.279	20,6
Stima ASSR anziani disabili* (2000)	1.234.620	12,2
Gap fra utenti con indennità e utenti con servizi	187.692	1,8
Gap fra disabili (ISTAT) e beneficiari servizi	1.487.882	16,1
Gap fra disabili (ASSR) e beneficiari servizi	616.223	7,7

* Dato derivante dalla somma delle stime ottenute per i disabili presso il domicilio e per quelli in strutture residenziali.

Fonti: elaborate da INPS (2002); Ministero della Salute (2003); ISTAT (2001a, 2004a).

Per quel che riguarda i servizi prendiamo in considerazione in questa sede i principali tipi d'intervento sociosanitario, poiché il profilo di utenza di cui qui si discute è improntato a una forte doppia necessità di sostegno, assistenziale e sanitario. Questi tipi d'intervento si caratterizzano per l'essere percorsi integrati, che prevedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, volte anche nel lungo periodo ad assicurare la continuità fra azioni di cura e di riabilitazione (D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche).

Assistenza domiciliare integrata (ADI) L'assistenza domiciliare integrata è un servizio volto a favorire la permanenza a domicilio degli anziani non autosufficienti, offrendo prestazioni di tipo sia sanitario, in buona parte medico-infermieristico, sia socioassistenziale, legate alla cura della persona (aiuto nella deambulazione, nella cura personale, nelle funzioni di acquisto e di produzione di pasti ecc.).

In questi ultimi anni solo un 2,5 per cento circa degli anziani ha avuto accesso all'ADI. Se si confronta tale percentuale con le stime ISTAT e ASSR relative al numero di persone ultrasessantacinquenni con necessità di assistenza, comprese indicativamente fra l'11 e il 20 per cento (cfr. i dati contenuti nei CAPP. 1, 3), risulta che il servizio in oggetto copre solo i casi molto gravi e interessa in termini relativi un ridotto numero di persone.

Strutture residenziali sociosanitarie Fra le strutture residenziali socio-sanitarie meritano uno spazio specifico le Residenze sanitarie assistenziali (RSA), introdotte nella legislazione alla fine degli anni Ottanta⁶, poi-

ché rappresentano la principale modalità d'intervento su cui le politiche nazionali hanno investito nell'ultimo quindicennio. In particolare, così come sono state definite nel D.P.R. 14 gennaio 1997, si tratta di presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnato da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera. In queste strutture sono previste quindi équipe miste con professionalità sanitarie e sociali.

Attualmente sono poco più di 100.000 gli utenti anziani beneficiari di tali servizi e rappresentano quindi circa l'1 per cento degli ultrasessantacinquenni. Nella legge finanziaria del 1988 (cfr. nota 6) e nel seguente progetto-obiettivo *Tutela della salute degli anziani* del 1992 si programmava di realizzare entro il 1995 strutture residenziali con un numero di posti letto in grado di coprire la domanda del 6 per cento degli ultrasessantacinquenni (420.000), di cui un terzo (140.000) offerto tramite RSA. Visto che il progetto ragionava in termini di percentuali (2-6 per cento), il numero assoluto dei posti risulterebbe oggi ben superiore e al 2 per cento corrisponderebbe una cifra ben oltre le 200.000 unità (Pesaresi, 2002). La situazione attuale è ben lontana dal 2 per cento previsto all'inizio degli anni Novanta, visto che gli utenti nei primi anni Duemila sono la metà di quelli ipotizzati (cfr. TAB. 2.1). Nonostante quindi sia passato più di un decennio dall'introduzione di tale tipo d'intervento, il suo impiego rimane largamente al di sotto delle aspettative.

Strutture residenziali assistenziali Accanto agli interventi sociosanitari, ve ne sono altri di tipo socioassistenziale, in cui la componente medicoriabilitativo-infermieristica dovrebbe essere quasi o del tutto assente. In realtà in Italia si registra in molti contesti regionali un utilizzo non corretto di tali strutture, pensate per anziani autosufficienti, ma nei fatti ospitanti spesso persone con disabilità medio-grave. Inoltre, come le riflessioni riportate in precedenza relative al progetto-obiettivo *Tutela della salute degli anziani* mostrano, un pilastro molto importante del modello d'intervento verso i non autosufficienti doveva essere incentrato sui presidi residenziali socioassistenziali. I dati della TAB. 2.1 confermano invece come fino a tempi recenti la capacità di copertura di tali strutture fosse limitata e raggiungesse quasi l'1 per cento della popolazione anziana, contro il 4 per cento previsto dal suddetto progetto-obiettivo.

Accanto a questi interventi organizzati attorno all'erogazione di un servizio che presenta una forte selettività all'accesso, ve ne è uno ulteriore che possiede caratteri di tipo universalistico ed è basato su trasferimenti monetari: l'*indennità di accompagnamento*.

2.4

L'universalismo all'italiana nel campo dei bisogni sociali derivanti dalla non autosufficienza: l'indennità di accompagnamento

È singolare riscontrare la scarsa attenzione della comunità scientifica e sociopolitica al programma dell'indennità di accompagnamento, che è stato molto limitatamente considerato negli studi e nelle analisi sulle politiche sociali (Gori, 2001).

Esso si presenta a tutt'oggi come uno dei principali pilastri su cui si reggono gli interventi in materia di non autosufficienza. In questa sede è interessante cercare da un lato di ricostruirne la storia, per capirne i meccanismi generativi, dall'altro valutarne l'impatto rispetto ai bisogni attuali.

Come provvedimento istitutivo dell'indennità di accompagnamento viene in genere indicata la legge 11 febbraio 1980, n. 18. In realtà tale strumento e la sua definizione risalgono al periodo a cavallo tra la fine degli anni Sessanta e i primi anni Settanta. La legge 28 marzo 1968, n. 406, intitolata *Norme per la concessione di una indennità di accompagnamento ai ciechi assoluti assistiti dall'Opera nazionale ciechi civili*, introduce appunto per questa categoria specifica di invalidi una integrazione mensile della pensione stessa, definita indennità di accompagnamento.

Alla legge 406/1968 fa seguito all'inizio degli anni Settanta la normativa (legge 30 marzo 1971, n. 118) che definisce il concetto di invalidità civile⁷. Come sottolinea Selleri commentando tale legge (cit. in Ferrario, 2001, p. 106),

non si è trattato tuttavia di una estensione di diritti che abbia ricompreso precedenti categorizzazioni come sarebbe stato logico e ragionevole, bensì della creazione di una nuova e più vasta categoria nell'ambito della quale sono stati riuniti tutti gli invalidi "residui" e, per distinguerli dagli altri, sono stati definiti "civili".

Difatti non rientrano in tale definizione di invalidità civile «gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, nonché i ciechi e i sordomuti per i quali provvedono altre leggi» (art. 2 legge 118/1971).

La legge 18/1980 riprende alcuni cardini delle leggi 406/1968 e 118/1971, prevedendo una *Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili*. In particolare tale normativa stabilisce:

- una provvidenza economica mensile (definita appunto indennità di accompagnamento) riconosciuta dallo Stato;
- riservata ai mutilati e invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche sulla base delle definizioni della legge 118/1971;

- in particolare riservata agli invalidi civili che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua;
- tale indennità è a totale carico dello Stato ed è dovuta per il solo titolo della minorazione, indipendentemente dal reddito del beneficiario o del suo nucleo familiare.

Tale provvidenza è stata quindi pensata come un contributo forfetario per il rimborso delle spese conseguenti alla situazione di invalidità ed è assicurata sulla sola base del bisogno a prescindere da altre condizioni socioeconomiche del beneficiario.

Una chiarificazione del programma è importante nell'economia delle argomentazioni di questo paragrafo proprio perché si può ipotizzare che *l'indennità di accompagnamento, nel momento in cui è stata introdotta, sia stata fundamentalmente pensata e promossa all'interno di un dibattito concernente la disabilità e l'handicap dei minori e degli adulti, più che degli anziani*. La legge 18/1980 è in un certo senso il risultato di una stagione in cui i gruppi e le organizzazioni legati all'handicap promuovono normative ancora con una logica *ad hoc*, relativa a determinati problemi (si noti appunto che nel testo del 1980 l'indennità è riservata agli invalidi civili totalmente inabili, dove a sua volta la figura di invalido civile è stata individuata in maniera residuale rispetto ad altre quali i ciechi, gli invalidi per cause di guerra, di lavoro ecc.). Tale normativa quindi si viene a collocare all'interno della legislazione sull'handicap elaborata nei decenni precedenti la legge quadro 5 febbraio 1992, n. 104, caratterizzata da frammentarietà e approccio settoriale, vista la presenza di leggi eterogenee (Ferrario, 2001). La legge 118/1971 sull'invalidità civile e la legge 18/1980, specifica sull'indennità, cercano, con molti limiti, di porre un correttivo a una vasta platea di normative precedenti basate sul principio, da un lato, di elargizioni di particolari benefici a specifici portatori di bisogni, dall'altro dell'istituzione di specifici enti nazionali per la tutela categoriale degli associati (sordomuti, invalidi di guerra o del lavoro ecc.), tentando di offrire un approccio più generale. In realtà tale tentativo è limitato, viste proprio le riflessioni di Selleri sopra riportate in merito alla figura dell'invalido civile e di conseguenza sul programma dell'indennità.

L'analisi degli Atti parlamentari relativi alla discussione e all'adozione della legge 18/1980 conferma in buona parte tale ipotesi: lo strumento dell'indennità è stato pensato, chiaramente non solo, ma innanzitutto, per disabili minori, giovani e adulti⁸. Le persone anziane non autosufficienti rientrano solo parzialmente nell'impostazione, anche perché l'atmosfera socioculturale in cui matura questa legge è caratterizzata da:

- a) una forte pressione da parte dell'associazionismo nell'handicap, che svolge un ruolo di *advocacy* e di lobby rilevante e ben organizzato, anche se spesso ancora di natura settoriale;
- b) una limitata centralità della questione dell'invecchiamento e della non autosufficienza fra gli anziani, visti sia i caratteri demografici della società italiana di allora sia la focalizzazione/associazione nel campo del welfare della tematica anziani con quella dei regimi pensionistici;
- c) una limitata presenza di organizzazioni dedicate a rivendicare non tanto i bisogni generali degli anziani quanto specificamente quelli di tipo socioassistenziale e sociosanitario.

Se questa era la situazione ai primi anni Ottanta, con un programma pensato per i disabili giovani e adulti, più che anziani, nel corso del tempo, in maniera in parte non avvertita chiaramente dai *policy-makers* e nell'arena di discussione più generale nel campo del welfare, tale programma inizia a indirizzarsi prevalentemente verso gli anziani non autosufficienti, più che verso i disabili sotto i 65 anni. Alcuni dati finanziari possono dare anche l'idea di come nel tempo tale programma abbia assunto un peso crescente negli schemi di welfare: la legge istitutiva del 1980 prevedeva una copertura e una spesa per l'indennità allora pari a 15 miliardi di lire. Già nel 1991 tale cifra era salita a 400 miliardi di lire. Nei primi anni Duemila si è attestata a 780 miliardi di lire⁹. Se si utilizza come criterio di comparazione fra queste tre cifre l'indice dei prezzi al consumo ISTAT per la rivalutazione monetaria e si esprime tutto in termini di Euro, i 15 miliardi di lire del 1980 corrisponderebbero oggi a circa 30 milioni di Euro, i 400 miliardi del 1991 a 340 milioni di Euro e i 780 miliardi del 2001 a circa 400 milioni di Euro. In termini reali quindi l'impegno finanziario del 1980 è aumentato di oltre 13 volte nell'arco di vent'anni con un balzo significativo realizzatosi durante gli anni Ottanta. Ugualmente è aumentato nel corso del tempo l'importo medio mensile dell'indennità, passando dai circa 320 Euro dei primi anni Ottanta (valore espresso con riferimento al 2004) ai 430 Euro attuali.

Se quindi la legge istitutiva è stata innanzitutto pensata per i disabili, un suo effetto non previsto è stato il trasformare questo intervento in uno strumento di policy che essenzialmente ha come target un numero crescente, in termini assoluti e relativi, di anziani non autosufficienti:

- nel 1996 i beneficiari di tale programma erano 869.541, di cui il 70 per cento ultrasessantenne (609.541 persone: Ferrario, 2001);
- nel 2001 i beneficiari dell'indennità di accompagnamento erano invece relativamente vicini al milione (978.988) e per oltre due terzi (68 per cento) si trattava di ultrasessantacinquenni (666.810 persone); la concentrazione relativa maggiore era fra i "grandi anziani", visto che il 43 per cento dei beneficiari aveva almeno 80 anni.

Nel corso di un ventennio quindi l'indennità di accompagnamento ha progressivamente mutato il proprio target, sia in termini qualitativi (da strumento destinato alla disabilità e all'handicap dei giovani e degli adulti a strumento rivolto alla non autosufficienza degli anziani) che quantitativi (da strumento ipotizzato in buona parte per un numero relativamente contenuto di potenziali beneficiari, i disabili in genere non anziani, a strumento universalistico per un'utenza in crescita, gli anziani non autosufficienti).

Questo "cambio di rotta" ha comunque comportato alcune conseguenze sotto il profilo istituzionale nel funzionamento del programma che si pongono come possibili elementi di frizione per un suo ripensamento o superamento per il futuro su cui vale la pena di soffermarsi:

a) *libertà di utilizzo dello strumento*: si tratta di un trasferimento monetario senza vincolo di rendicontazione in merito all'uso, che era fondamentalmente il risultato di una doppia serie di considerazioni da parte dei *policy-makers* – la generale predisposizione del welfare italiano verso forme di assistenza economica piuttosto che di servizi e soprattutto la concezione stessa dell'indennità quale strumento di "accompagnamento" rispetto ad altre forme d'intervento¹⁰ (così come si può evincere dal testo delle leggi 118/1971, 18/1980 e delle successive normative);

b) tale libertà di utilizzo era anche più accettabile in quanto, promossa dall'associazionismo concernente la disabilità e pensata per disabili giovani o adulti *con famiglie*, la correttezza dell'utilizzo era assicurata dalla *presenza* di queste ultime;

c) consolidamento di un gruppo relativamente numeroso di beneficiari (quasi 1 milione di persone) abituati a ricevere un trasferimento monetario di tipo universalistico e in nessun modo selettivo;

d) il fatto che si tratti di una *indennità* per l'accompagnamento, e cioè solo di un supporto, spiega anche la scelta di non aver introdotto una scala di differenziazione in merito alle necessità e allo stato di bisogno individuale per cui il trasferimento monetario ha un importo praticamente unitario (pari come ricordato nel 2004 a circa 430 Euro).

Queste caratteristiche dell'indennità, che la rendono lo strumento più diffuso e il principale oggi nell'area degli anziani – gli interventi sociali e sociosanitari domiciliari, semiresidenziali e residenziali di Comuni e ASL non raggiungono certo le 670.000 persone del programma qui discusso nel 2001 –, rappresentano però anche alcuni potenziali ostacoli per lo sviluppo di politiche alternative nel campo della non autosufficienza proprio per la presenza di un ampio insieme di utenti attenti a non perdere i benefici fino a oggi raggiunti:

1. modelli di erogazione di interventi alternativi ai trasferimenti (voucher o servizi) potrebbero scontrarsi con l'abitudine e la preferenza de-

gli attuali beneficiari verso forme di provvidenze economiche senza vincoli di destinazione della spesa;

2. ciò in un contesto in cui però le reti familiari sono sempre meno in grado di integrare internamente le risorse economiche pubbliche con altri tipi d'intervento, visto l'abbassamento del livello di intervento erogabile informalmente da tali reti;

3. seppur minoritario il numero di beneficiari non anziani è relativamente ampio (quasi 270.000 nel 2001) e pertanto una qualsiasi forma di ristrutturazione del programma dell'indennità dovrebbe tener conto della loro forte presenza;

4. la presenza di un solo livello relativamente uguale per tutti di erogazione rende complesso un eventuale modello più scaglionato in quanto, a meno che si ipotizzi che l'attuale importo dell'indennità mensile rappresenterà la base minima (430 Euro) o che tutti coloro che sono attualmente nel programma riceveranno almeno tale cifra, vi saranno alcuni attuali beneficiari che potrebbero ricevere di meno e altri di più, con tutte le conseguenze che ciò comporterebbe; attualmente infatti, a differenza di quanto accade nei paesi europei analizzati in precedenza, non sono previste prestazioni differenziate a seconda del livello di bisogno.

Il principale strumento d'intervento in campo socioassistenziale per gli anziani non autosufficienti presenta quindi una serie di vantaggi (universalismo, ampio numero di beneficiari) ma, per la sua stessa genesi e sviluppo, mostra anche alcuni vincoli di tipo istituzionale e in parte di *constituency* per un suo impiego in futuro all'interno di un quadro più ampio di ristrutturazione delle politiche del settore.

2.4.1. Lo strumento dell'indennità di accompagnamento a confronto con le riforme operate in Germania e Francia

Se quindi l'indennità di accompagnamento rimane in Italia il principale programma d'intervento e copertura nel campo della non autosufficienza, possiamo brevemente compararne le caratteristiche con altri due schemi, recentemente introdotti e di cui si sono illustrati alcuni tratti nel PAR. 2.2: l'assicurazione di cura tedesca e l'APA francese (cfr. TAB. 2.3).

L'immagine complessiva che si ricava da tale confronto è la debolezza relativa del programma italiano dell'indennità rispetto a quelli tedesco e francese. In particolare i punti di debolezza sono:

- livello di copertura molto più contenuto di quello tedesco e simile a quello francese, ma comunque distinguendosi da quest'ultimo per l'entità delle risorse mensilmente concesse: in Italia infatti si tratta di una somma pari a circa 430 Euro mentre negli altri due paesi essa varia a seconda della gravità del caso e può raggiungere cifre superiori ai 1.000 Eu-

TABELLA 2.3

Schemi di copertura nel campo della non autosufficienza in tre paesi europei: Italia, Germania e Francia

	Indennità di accompagnamento	Assicurazione di cura	APA
Livello di copertura (% pop. anziana) (2001)	6,3	12,0	6,5
Classificazione dei beneficiari per classi di disabilità	No Livello unico	Sì 3 livelli	Sì 4 livelli
Fonti di finanziamento	Fiscalità generale	Assicurazione obbligatoria	Mix (cofinanziamento, assicurazioni, fisco)
Cofinanziamento da parte dei beneficiari	No	No	Sì (max 85%)
Entità media dell'importo mensile	Fissa (430 Euro)	Variante (200-1.450 Euro)	Variante (474-1.106 Euro)
Controlli pubblici circa l'utilizzo delle risorse ricevute	No	No	Sì ("piano d'aiuto")

ro (in Germania nei casi più gravi di non autosufficienza i beneficiari istituzionalizzati arrivano a ottenere fino a 1.450 Euro);

– inesistente gradazione dell'intervento sulla base del livello di gravità: l'indennità prevede infatti una cifra standard e non funziona come l'assicurazione di cura tedesca o l'APA francese centrate su una gradazione dell'intervento e dei benefici concessi sulla base del grado di disabilità del richiedente;

– l'indennità di accompagnamento, in questo in maniera in parte simile all'APA, trae le proprie risorse dalla fiscalità generale senza che sia stato previsto un meccanismo specifico e autonomo dal resto della finanza pubblica per il reperimento dei fondi, come invece accade con il modello assicurativo tedesco;

– il programma italiano infine assomiglia a quello tedesco per quanto riguarda l'assenza sia di forme di cofinanziamento da parte dei beneficiari, presenti invece nell'APA francese, sia di forme di controlli pubblici circa l'utilizzo delle risorse ricevute.

Gli schemi attuali devono quindi confrontarsi con una serie di questioni e dilemmi: occorre puntare su una copertura intesa come maggior numero possibile di utenti, anche a rischio di non offrire molte risorse a ciascuno, oppure su interventi più consistenti a un gruppo di utenti più contenuto? Vanno favorite forme di *means-testing* per selezionare gli

utenti non solo sulla base del bisogno ma anche tenendo presenti le risorse personali e familiari a disposizione? Quanto diffusi e presenti devono essere il controllo e l'indirizzo pubblico circa l'effettivo impiego di tali risorse? Quanto strutturato deve essere il meccanismo di finanziamento alla base del programma per gli anziani non autosufficienti (in termini di criteri e forme del prelievo delle risorse e loro destinazione)?

A tutte queste domande i modelli tedesco e francese hanno dato alcune risposte relativamente coerenti anche se diversificate. L'assicurazione di cura sembra sposare un sistema fondato su un meccanismo forte ed esplicito di raccolta delle risorse (prelievo sui salari e sui redditi da lavoro), abbinato a un'ampia copertura numerica e a un rilevante trasferimento assicurato, senza alcuna forma di cofinanziamento aggiuntivo né di controllo pubblico sull'impiego delle risorse concesse. L'APA all'opposto mostra una minore innovatività sotto il profilo del meccanismo di reperimento dei fondi, pur essendo stata in grado di favorire una discreta copertura e una forte intensità in termini di ammontare di risorse concesse per singolo intervento, e mantiene un principio di controllo e supervisione pubblici sul funzionamento del sistema.

L'indennità di accompagnamento sembra mostrare i punti deboli di entrambi i modelli: ha un livello di copertura limitato, senza che questo venga bilanciato da una maggiore intensità dell'aiuto; non si basa su meccanismi forti di finanziamento e non prevede alcuna particolare supervisione del beneficiario.

2.5

Politiche in materia di non autosufficienza e riforme nel campo del welfare negli anni Novanta

In apertura del presente capitolo ho sottolineato lo scarto temporale fra la discussione in Italia sulle forme di copertura per gli anziani non autosufficienti e quanto avvenuto all'estero, nonché i relativi ritardi di introduzione di meccanismi d'intervento più ampi. Il paragrafo precedente è servito per un più puntuale confronto fra modelli italiano ed europei proprio in questo senso. I motivi che sembrano poter concorrere a spiegare tale ritardo italiano e il relativo modello di limitata copertura sono tre:

- a) la presenza di un sistema di protezione sociale non necessariamente universalistico o comunque dai caratteri *deboli e asimmetrici*;
- b) la debolezza per lungo tempo di attori in grado o comunque con l'obiettivo primario di lobby e di pressione per ottenere un migliore sistema d'interventi per gli anziani non autosufficienti;
- c) il ruolo, durante gli anni Novanta, di eventi e altri fenomeni socialmente e culturalmente rilevanti, per le policy e più in generale per la po-

litica, che ha fatto mettere in secondo piano il tema della non autosufficienza.

In merito al punto *a*) non vi è particolare bisogno di soffermarsi sulle caratteristiche del welfare italiano su cui si è scritto molto a partire dagli anni Ottanta (Ascoli, 1984; Paci, 1989; Ferrera, 1994; Mingione, 1997). Il nostro sistema di protezione mostra caratteri fortemente familistici e dualistici. Il limitato sviluppo dei servizi territoriali e residenziali per gli anziani, sia socioassistenziali che sociosanitari, non desta quindi particolare sorpresa, visto che si innesta su un'impostazione più ampia che ha premiato i trasferimenti (l'indennità) rispetto agli interventi diretti. Lo stesso meccanismo dell'indennità presenta però caratteri di residualità non riscontrabili in molti altri programmi simili europei: la genesi dello strumento, il suo importo medio non differenziato per gravità della non autosufficienza, il grado di copertura assicurato¹¹ sono tutti indicatori di tale situazione.

I punti *b*) e *c*), in buona parte intrecciati fra loro, meritano invece un maggiore approfondimento.

Si può ipotizzare che sia mancata dalla fine degli anni Ottanta e per tutti gli anni Novanta in tema di protezione degli anziani non autosufficienti una pressione sufficientemente forte da parte di attori politici e sociali, mobilitatisi specificamente a tal fine (punto *b*).

Tale mancata mobilitazione è stata in buona parte il risultato di altre priorità e spesso urgenze/emergenze che hanno dominato il dibattito nello scorso decennio (punto *c*).

Per quanto riguarda le caratteristiche degli attori e le loro modalità di intervenire nel dibattito sulla non autosufficienza possiamo focalizzare l'attenzione su tre tipi di soggetti: le istituzioni subnazionali (Regioni e Comuni), i partiti e il sistema politico, i movimenti degli utenti.

Le *istituzioni subnazionali* sono quelle che, già a partire dagli anni Settanta, in linea con quanto andavano realizzando in altri settori d'intervento socioassistenziale e sociosanitario (Fargion, 1997), hanno maggiormente innovato nel campo dei servizi, in genere indipendentemente da quanto realizzato o proposto dal livello nazionale. In particolare le Regioni (cfr. *infra*, CAPP. 3-5), soprattutto quelle del Centro-Nord, hanno svolto un ruolo di primo piano nel proporre assetti territoriali d'intervento, spesso molto avanzati. Tale attivismo a livello subnazionale non ha però comportato eguali richieste di intervento e una dinamica di pressione dal basso verso l'alto per un maggiore impegno del livello nazionale nel campo della non autosufficienza: i Comuni e soprattutto le Regioni si sono in un certo senso limitati, su base quasi volontaristica, a incrementare il proprio modello d'intervento, senza però esercitare forti pressioni per una trasformazione più generale dell'assetto di protezione. Tale man-

cata mobilitazione è in parte da ricollegare alla differente velocità con cui i vari contesti subnazionali si sono mossi nel campo delle politiche sociali: a partire dagli anni Ottanta il territorio italiano, salvo alcune eccezioni, sembra segmentarsi lungo una linea di divisione Centro-Nord da un lato, Sud dall'altro, con le Regioni appartenenti al primo ambito molto più propense a investire e innovare nel sociale (Fargion, 1997). È quindi ipotizzabile che la capacità di sviluppare forme di pressione verso il centro sia stata indebolita da questo differente grado di attenzione.

I *partiti* e il *sistema politico* hanno attraversato nel corso degli anni Novanta profondi cambiamenti: la crisi di legittimità che li ha in buona parte colpiti nella prima metà del decennio passato, a seguito del fenomeno Tangentopoli, così come le trasformazioni interne riguardanti alcune rilevanti forze politiche (si pensi al PCI e all'MSI), fa sì che lo scenario italiano risulti radicalmente trasformato nell'arco di un breve numero di anni. Nella prima parte degli anni Novanta i partiti politici sono quindi impegnati nel costituirsi e nel ristrutturarsi. Accanto a tale azione essi devono inoltre confrontarsi con la crisi economica e fiscale dello Stato in una fase delicata di rincorsa all'Unione monetaria europea. In questo lasso di tempo quindi i partiti si confrontano con un doppio ordine di problematicità, della legittimazione interna e dell'accesso alle forme di maggiore integrazione politico-economica a livello europeo. Nella parte centrale e nella seconda parte degli anni Novanta la situazione mostra cambiamenti anche se i partiti in misura crescente devono fronteggiare altre emergenze in campo economico e di politica sociale, rispetto a quelle della non autosufficienza.

Dalla fine degli anni Ottanta fino all'insediamento del II governo Berlusconi la normativa in tema di welfare interessa sei grandi aree (cfr. TAB. 2.4): le riforme del sistema previdenziale (1992, 1994 – tentativo –, 1995), di quello sanitario (1992, 1993, 1999), di quello del mercato del lavoro (1997), di quello dell'istruzione (2000), del sistema socioassistenziale e sociosanitario nel suo complesso (2000) e di alcuni suoi specifici settori (immigrazione, tossicodipendenze, salute mentale, handicap, infanzia e minori ecc.).

Le tre prime grandi aree, con l'aggiunta dell'istruzione alla fine degli anni Novanta, sono quelle che assorbono per lungo tempo durante l'intero decennio l'attenzione dei partiti politici e del dibattito all'interno del sistema.

Per quello che riguarda i settori dell'assistenza e sociosanitario l'elaborazione normativa raggiunge il suo livello più alto nel 2000 con l'emanazione della legge 8 novembre 2000, n. 328, sul sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, che rappresenta il primo vero tentativo nella storia italiana di dotare questo comparto del welfare di un as-

setto complessivo, con una sua filosofia. Sono la predisposizione e l'approvazione di tale testo quindi uno degli obiettivi più qualificanti che il governo dell'Ulivo si pone nella seconda parte degli anni Novanta e su cui si registra una parziale convergenza anche delle forze di centro-destra, con l'eccezione della Lega, sottolineata dall'astensione di tali forze al momento del voto della legge in aula.

Buona parte della restante legislazione in campo sociosanitario e socioassistenziale durante il decennio sembra rispondere quasi a (presunte) emergenze: si pensi alle norme sull'immigrazione, a quelle su tossicodipendenze e HIV. Solo buona parte, però, visto che vi sono provvedimenti per specifici tipi di utenza, necessari ma la cui urgenza è in un certo senso di lunga data: si pensi alla legge 28 agosto 1997, n. 285, sull'infanzia e sui minori o alla legge 104/1992 sull'handicap.

Più in generale il governo dell'Ulivo sembra porsi l'obiettivo di realizzare, con uno sforzo notevole, rilevanti riforme "di sistema" in tutti i principali settori del welfare.

In questo panorama ciò che appare sorprendente è la ridotta attenzione legislativa dedicata al tema della non autosufficienza degli anziani. Dopo la legislazione sulle RSA di fine anni Ottanta, gli interventi in questo campo appaiono limitati e spesso timidi. Il progetto-obiettivo *Tutela della salute degli anziani* (1992), recepito nel Piano sanitario nazionale del 1994, oltre a essere di per sé uno strumento leggero rispetto ad altri tipi di normativa, indica una serie di finalità rilevanti da perseguire nella domiciliarità e nella residenzialità (ADI, Unità valutative geriatriche – UVG ecc.), non prevedendo però particolari meccanismi di finanziamento. La "commissione Onofri", istituita dal governo Prodi per proporre riforme nel campo del welfare, ipotizza per la prima volta in Italia la possibilità di introdurre un «Fondo per prestazioni di assistenza a [anziani] non autosufficienti», con un modello di gestione in parte simile a quello tedesco e, stante la natura universalistica del sistema sanitario italiano, un finanziamento tramite imposta di scopo applicabile a tutti i redditi piuttosto che un contributo sociale sui soli redditi da lavoro. Nell'ipotesi della "commissione Onofri" si prevedeva inoltre un superamento dello strumento dell'indennità di accompagnamento almeno per gli anziani. A tale progetto non ha però fatto seguito nulla di concreto se non le indicazioni rilevanti, ma di carattere generale, contenute nel secondo Piano sanitario nazionale 1998-2000 e alcune previsioni contenute nella legge 328/2000: l'art. 15 (*Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti*) sui servizi domiciliari agli anziani cerca di dare impulso e privilegia l'integrazione sociosanitaria (ADI); l'art. 16 (*Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari*) fa riferimento al possibile impiego di assegni di cura anche per sostenere le famiglie con anziani non auto-

sufficienti; l'art. 24 (*Delega al Governo per il riordino degli emolumenti derivanti da invalidità civile, cecità e sordomutismo*) è relativo appunto alla riclassificazione, alla riorganizzazione e alla riformulazione dei trasferimenti monetari previsti per l'invalidità e quindi concernenti anche il funzionamento dell'indennità di accompagnamento¹².

Complessivamente non è stata quindi formulata nel corso di due decenni una normativa unitaria e generale riguardante il sistema d'interventi per gli anziani non autosufficienti. Le indicazioni sugli interventi sono desumibili da singoli testi normativi e scelte che in misura incrementale e talvolta frammentata si sono andati sommando nel corso del tempo.

Inoltre è mancata, e tale dato è anche più rilevante, una normativa robusta in termini di meccanismi di finanziamento della spesa per la non autosufficienza: la stessa "commissione Onofri", nel proporre un'imposta di scopo per il «Fondo per prestazioni di assistenza a [anziani] non autosufficienti», in realtà non propone un aumento della pressione fiscale, bensì persegue l'obiettivo di «rendere esplicita la volontà politica di "prenotare" una frazione della pressione tributaria, attribuendo priorità al soddisfacimento di questo bisogno sociale» (Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, 1997, p. 105).

Se quindi il sistema politico sembra assegnare alcune priorità di tipo economico e di legittimazione ad alcune tematiche, restano sostanzialmente esclusi il ruolo delle politiche per gli anziani e il loro finanziamento.

L'ultimo attore qui considerato è rappresentato dai *movimenti sociali*. La nostra ipotesi è che fino ad anni recenti nel campo della non autosufficienza degli anziani non vi siano stati gruppi di pressione e di mobilitazione con lo stesso grado di organizzazione di quelli per esempio presenti nel campo delle tossicodipendenze o, soprattutto, della disabilità dei giovani e degli adulti. In realtà soggetti forti con l'obiettivo di tutelare gli anziani ve ne sono stati durante gli ultimi 15 anni, ma la loro capacità di azione si è in parte dovuta rivolgere ad altri versanti di tutela. Ci si riferisce in particolare ai sindacati dei pensionati che sicuramente e in misura crescente nel corso degli anni Novanta hanno aumentato il loro intervento non solo sul territorio, ma anche a livello di promozione di politiche per le persone non autosufficienti. Nonostante ciò durante l'ultimo decennio la tematica degli anziani è stata innanzitutto legata alla tutela delle pensioni e alla discussione in merito alla riforma dell'attuale sistema previdenziale. La previdenza e la tutela degli anziani in quanto pensionati sono quindi state probabilmente temi che hanno attirato fortemente e in misura preponderante un dibattito non solo interno al sistema politico e ai partiti, ma che ha visto coinvolti i sindacati, e fra questi in prima fila quelli dei pensionati.

In base a questa ricostruzione ecco quindi indicate alcune ragioni per spiegare perché in Italia non si sia arrivati a una discussione e una formulazione di ampio respiro e portata in termini di meccanismi di organizzazione e di finanziamento dell'assistenza in caso di non autosufficienza fino alle soglie del 2000: assetti di protezione sociale, crisi di legittimità del sistema politico e partitico, emergenze nel campo sociale di varia natura (l'esplosione dell'HIV, la presenza a tassi di crescita rilevanti di immigrati stranieri ecc.), dibattiti sulla riforma del più generale sistema di welfare italiano (sanità, previdenza, assistenza e mercato del lavoro), a loro volta collegati ai vincoli crescenti imposti all'Italia dall'integrazione europea, sembrano contribuire, probabilmente in maniera non esaustiva ma molto rilevante, a spiegare il "ritardo" italiano.

TABELLA 2.4

Quindici anni di discussione e di riforme nel campo del welfare in Italia (1989-2004)

	Azioni di politica sociale	Interventi in materia di non autosufficienza
VI governo Andreotti (1989-91)	Testo unico tossicodipendenze (1990) Interventi sull'AIDS (1990)	Normativa sulle RSA (D.P.C.M. 22 dicembre 1989 e decreto del ministero della Sanità 29 agosto 1989, n. 321)
VII governo Andreotti (1991-92)	Promozione volontariato (1991) Sviluppo delle cooperative sociali (1991) Interventi a favore di minori coinvolti in attività criminose (1991) Diritti dei portatori di handicap (1992)	
I governo Amato (1992-93)	Accordo governo-sindacati-imprenditori su costo lavoro (1992) Primo riordino del Servizio sanitario nazionale (1992) Primo riordino delle pensioni (1992) Riforma della pubblica amministrazione (1993)	Progetto-obiettivo <i>Tutela della salute degli anziani</i> (1992)
Governo Ciampi (1993-94)	Accordo governo-sindacati-imprenditori sul costo del lavoro (1993) Secondo riordino del Servizio sanitario nazionale (1993) Piano sanitario nazionale 1994-96 (1994) Progetto-obiettivo sull'AIDS (1994) Progetto-obiettivo sulla salute mentale (1994)	Recepimento indicazioni del progetto-obiettivo del 1992 nel Piano sanitario nazionale 1994-96
I governo Berlusconi (1994)	Tariffe per le prestazioni ospedaliere (DRG, Diagnosis Related Groups) Tentativo di riforma previdenziale	

TABELLA 2.4 (*segue*)

	Azioni di politica sociale	Interventi in materia di non autosufficienza
Governo Dini (1995-96)	Secondo riordino delle pensioni (1995) Norme contro la violenza sessuale (1996) Carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale (1995) Linee guida chiusura ospedali psichiatrici (1995)	
Governo Prodi (1996-98)	Disciplina tributaria per le ONLUS (1997) Promozione di diritti per l'infanzia e le famiglie (1997) Riforma del mercato del lavoro (1997) Politiche per l'immigrazione (1998) Povertà: reddito minimo di inserimento (1998) Piano sanitario nazionale 1998-2000 (1998) Norme contro lo sfruttamento della prostituzione (1998)	Proposta "commissione Onofri" sulla non autosufficienza Indicazioni nel Piano sanitario nazionale 1998-2000
I governo D'Alema (1998-99)	Assegni nuclei familiari numerosi e assegno maternità (1998-99) Riforma diritto al lavoro dei disabili (1999) Progetto-obiettivo sulla salute mentale (1999) Progetto-obiettivo sulla salute mentale in età evolutiva (1999) Riorganizzazione sistema tossicodipendenze (1999)	
II governo D'Alema (1999-2000)	Riordino dei cicli d'istruzione (2000) Congedi parentali per le famiglie (2000) Progetto materno infantile (2000) Potenziamento integrazione scolastica alunni con handicap (2000) Progetto-obiettivo sull'AIDS (2000)	
II governo Amato (2000-2001)	Riforma adozioni e affidamenti di minori (2000) Regolamento diritto al lavoro dei disabili (2000) Riforma dei servizi sociali (2000) Atto d'indirizzo integrazione sociosanitaria (2000)	Indicazioni nell'atto d'indirizzo integrazione sociosanitaria Indicazioni nella legge di riforma dei servizi sociali
II governo Berlusconi (2001-2004)	Atto d'indirizzo integrazione sociosanitaria (2001) Legge sull'immigrazione (2002) Riordino dei cicli d'istruzione (2003) Libro Bianco sul welfare (2003) Riforma mercato del lavoro (2003) Finanziamenti a scuole private (2003) Terzo riordino delle pensioni (2004)	Indicazioni nell'atto d'indirizzo integrazione sociosanitaria Indicazioni nel Libro Bianco sul welfare Indicazioni nel Piano sanitario nazionale 2002-2004

2.6

Il II governo Berlusconi: un'occasione mancata di riforma?

L'ultima parte della TAB. 2.4 illustra i principali tipi d'intervento nel campo del welfare e in particolare della non autosufficienza ad opera del II governo Berlusconi. Le due dimensioni più rilevanti di tale governo in merito alle tematiche qui trattate sono:

- l'aver sollevato il tema delle forme di protezione e di copertura della non autosufficienza degli anziani in maniera per certi versi più rilevante di quanto avvenuto in passato;
- l'aver intrapreso una politica di forte rivisitazione di quasi tutti i principali campi d'intervento del welfare.

Tali due dimensioni si intrecciano fra loro in quanto la tematica della non autosufficienza appare di nuovo risentire fortemente delle più generali scelte di policy. Il II governo Berlusconi si caratterizza infatti per iniziative rilevanti in quasi tutte le principali aree del welfare: mercato del lavoro, previdenza, istruzione, a cui si aggiungono altri importanti atti relativi a specifici aspetti (immigrazione e integrazione sociosanitaria).

Sotto questo profilo quindi le proposte e le discussioni promosse in particolare dal ministro Sirchia sul tema della non autosufficienza tendono a trovare uno spazio di manovra limitato, visto che le priorità nel campo del welfare da parte di tale governo sono state altre. Tranne che negli ambiti dell'integrazione sociosanitaria e dell'immigrazione, la maggioranza di centro-destra si è concentrata per due terzi del proprio mandato su un'opera di revisione dei principali pilastri del sistema di protezione sociale, lasciando in secondo piano la sanità e l'assistenza.

Per ora quindi l'attenzione a livello programmatico da parte del ministero della Salute verso il tema della non autosufficienza ha comportato solo dichiarazioni di principio ed elaborazioni provenienti da vari gruppi di lavoro.

La TAB. 2.5 cerca di ricostruire brevemente i principali momenti in cui il governo Berlusconi, e in particolare il ministro della Salute Sirchia, è intervenuto annunciando o presentando progetti sul tema delle iniziative a favore delle persone non autosufficienti.

In tema di politiche rivolte alla non autosufficienza il governo sta procedendo apparentemente tramite un meccanismo di proposizione di policy innovativa di tipo incrementale, se non per prova ed errore, in quanto si sta forse affinando un modello di riferimento per quanto concerne il modello di finanziamento, dopo un periodo in cui le dichiarazioni del ministro hanno lasciato presupporre l'adozione di schemi anche abbastanza differenti fra di loro.

Occorre pertanto operare una sorta di cronologia dei cambiamenti d'impostazione del ministero della Salute, in particolare del ministro Sirchia.

TABELLA 2.5

La copertura del rischio di non autosufficienza in Italia: il percorso tuttora in elaborazione nel governo di centro-destra (2001-2004)

Primavera 2001	Vittoria elettorale della Casa delle libertà e formazione del governo
Primavera 2002	Ipotesi di creazione di un sistema mutualistico <i>facoltativo</i> per la cura dei soggetti non autosufficienti da parte del ministro Sirchia
Primavera 2002	Piano sanitario 2002-2004 con riferimenti significativi alla rete di servizi per anziani non autosufficienti
Estate 2002	Ipotesi di creazione di un sistema <i>obbligatorio</i> per la cura dei soggetti non autosufficienti da parte del ministro Sirchia
Autunno 2002	Prime stime del ministro Sirchia su entità fondo per la non autosufficienza
Inverno 2002-2003 (dicembre)	Rapporto commissione di studio interministeriale sulla non autosufficienza
Inverno 2002-2003 (gennaio)	Abbinamento d'ufficio delle proposte di legge sulla non autosufficienza alla Camera dei deputati Libro Bianco sul welfare con riferimenti agli interventi in materia di non autosufficienza
Inverno 2002-2003 (febbraio)	Considerazioni più specifiche e stime più consistenti del ministro Sirchia su funzionamento ed entità del fondo per la non autosufficienza
Primavera 2003 (aprile)	Piano sanitario 2003-2005 con riferimenti significativi alla rete di servizi per anziani non autosufficienti
Estate 2003 (luglio)	Relazione sullo stato sanitario del paese 2001-2002 e obiettivi sociosanitari
Autunno 2003 (ottobre)	La Camera decide il rinvio in commissione del disegno di legge sulla non autosufficienza, elaborato e approvato in commissione Affari sociali ma bocciato in commissione Finanze per problemi di copertura finanziaria
Inverno 2003-2004 (febbraio)	Nuovo rinvio in commissione Affari sociali del disegno di legge sulla non autosufficienza per problemi di copertura finanziaria
Primavera 2004 (maggio)	Nuove proposte in commissione Affari sociali in tema di copertura finanziaria del disegno di legge sulla non autosufficienza

In sintesi ripercorriamo i momenti principali lungo cui si è articolato l'intervento governativo del centro-destra e del ministro Sirchia.

Primavera 2002 Viene "lanciata" l'idea di creare un sistema mutualistico *facoltativo* per la cura dei soggetti non autosufficienti. Il ministero ipotizza un modello che, tramite forme di defiscalizzazione delle spese o altre forme di detassazione, incentiva il singolo cittadino a crearsi una propria assicurazione, da reperire sul mercato privato, per la copertura da rischi di non autosufficienza.

All'interno del Piano sanitario nazionale 2002-2004 vengono previsti 11 progetti-obiettivo, finanziati con apposita quota del Fondo sanitario nazionale, fra cui ve ne è uno dedicato a «promuovere la rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza a malati cronici, anziani e disabili»; il testo in questo senso, oltre a perseguire tre ordini di obiettivi specifici (realizzare reti di servizi di assistenza integrata, dimensionare la rete di servizi garantendo continuità di assistenza, ridurre ricoveri impropri in ospedale per acuti e durata delle degenze dei ricoveri inappropriati), indica come «i finanziamenti [...] saranno assicurati da una "sorgente di finanziamento adeguata al rischio di non autosufficienza della popolazione" per potenziare l'assistenza territoriale e riorganizzare i servizi in rete». Il testo introduce l'ipotesi che venga prevista una delega da parte delle ASL e dei Comuni, soprattutto nei centri di maggiori dimensioni, a favore di un soggetto terzo gestore «possibilmente del privato sociale», in grado di gestire uno «sportello» per la presa in carico globale. Esso inoltre prevede eventualmente l'utilizzo di voucher e l'introduzione di un «custode sociale» («figura specializzata che funga da punto di riferimento per gli anziani soli e si preoccupi di valutare e soddisfare i loro bisogni, ricorrendo alle reti di servizi»), anch'egli possibilmente preparato, selezionato e gestito dal privato sociale.

Estate 2002 A Ferragosto il ministro Sirchia annuncia un cambio d'impostazione: la mutua da facoltativa diventa *obbligatoria*. La scelta dell'obbligatorietà appare ispirata a ragioni di sostenibilità attuariale (si evitano i rischi di selezione avversa) e di equità (si evita che la mutua riguardi solo i ceti più ricchi). L'implicazione di tale proposta è che verrebbe attuato uno schema universalistico, finalizzato a coprire i costi del *long term care* di tutti i cittadini, indipendentemente dal reddito. Si tratterebbe quindi di una scelta *forte*, che accosterebbe l'Italia alla Germania. I problemi di tale modello sono numerosi sotto i profili economico e politico: uno schema obbligatorio e universalistico implica infatti una notevole copertura finanziaria. In assenza di calcoli precisi, le stime del 2002 indicavano che un fondo nazionale per la non autosufficienza

avrebbe richiesto almeno 10 miliardi di Euro, per coprire non più di 1.200.000 soggetti non autosufficienti. L'attenzione del ministero si focalizza quindi sulle modalità di reperimento dei finanziamenti necessari. Il ministro Sirchia annuncia due principi generali per il reperimento di tali risorse:

- a) la mutua non deve avere oneri aggiuntivi per lo Stato, ma ricomprenderà le spese già sostenute a livello regionale e locale;
- b) viene previsto un contributo a carico solo dei lavoratori – e non delle imprese come stabilito nel modello tedesco – con esenzione per redditi fino a 35.000 Euro.

Tenendo presente che nei mesi successivi il dibattito e l'impostazione del ministero sembrano sempre più orientarsi in tale direzione, occorre riflettere sul significato e sull'impatto di una scelta di fondo obbligatorio.

Come sottolineato da Ranci (2002a), la sostenibilità finanziaria di tale proposta è alquanto difficoltosa. Il primo canale di reperimento di risorse è di consistenza assai dubbia. Innanzitutto lo Stato italiano finanzia annualmente, con più di 8 miliardi di Euro, un programma nazionale di sostegno rivolto proprio ai non autosufficienti senza limiti di età e cioè l'indennità di accompagnamento. Si pone il problema della collocazione di tale intervento all'interno della nuova mutua. Altre misure sono nel tempo attivate dai Comuni per finanziare i ricoveri in istituto e l'assistenza domiciliare dei cittadini meno abbienti: è facile pensare che buona parte di questi oneri continui a sussistere anche dopo l'introduzione di una nuova assicurazione (che non potrà che offrire una copertura parziale dei costi, soprattutto per i soggetti completamente non autosufficienti).

Inoltre il contributo a carico solo dei lavoratori viene motivato con il fatto che non si vuole aggravare con nuove tasse il cittadino italiano e non si vuole contemporaneamente gravare sul costo del lavoro. In realtà se il nuovo contributo diventa un onere aggiuntivo per il lavoratore, ne deriverà quindi, indirettamente, un costo in più associato alle posizioni lavorative, mentre invece se esso si trasforma in una nuova tassazione mascherata da contributo, non è chiaro perché debba essere pagato soltanto dai lavoratori e non dalla totalità dei cittadini. Il fatto poi che esso non sia compartecipato dalle imprese – come avviene invece in Germania – non lo rende facilmente gradito né ai sindacati né ai singoli lavoratori.

Autunno 2002 In una serie di interventi pubblici il ministro Sirchia, mantenendo l'impostazione dell'estate 2002, indica come occorrono fra i 20 e i 30.000 miliardi di lire per creare un fondo nazionale assicurativo per l'assistenza ai non autosufficienti ("la Repubblica", 23 ottobre 2002).

Inverno 2002-2003 (dicembre) La commissione di studio interministeriale sulla non autosufficienza, nominata dal ministro del Lavoro e delle Politiche sociali Roberto Maroni e dal ministro della Salute Girolamo Sirchia, presenta il suo rapporto, i cui punti salienti sono i seguenti¹³.

1. L'introduzione di un sistema di protezione che deve «inizialmente indirizzarsi verso gli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti. In caso di risultati positivi, esso potrà successivamente essere esteso a tutta la popolazione disabile».

2. Il nuovo modello di organizzazione dovrebbe articolarsi a livello territoriale attraverso la sperimentazione di «forme organizzative di coordinamento tra i soggetti competenti in materia di cura e trattamento della non autosufficienza degli anziani (es. Fondazioni), che avranno come base di riferimento il Distretto (100.000 utenti)».

3. Tali «forme organizzative di coordinamento» dovrebbero articolarsi al loro interno nella seguente maniera: una «centrale operativa, [...] per la gestione ottimale di tutte le risorse individuate nel proprio territorio»; una «Commissione di valutazione per l'esame dei casi concreti e la definizione delle prestazioni socio-sanitarie e/o finanziarie da erogare in corrispondenza dei livelli di non autosufficienza»; i «Case Manager, responsabili per la gestione operativa».

4. Nello specifico le centrali dovrebbero operare

per delega delle ASL per l'aspetto sanitario, degli Ospedali locali per gli interventi di ospedalizzazione domiciliare e di cure palliative, etc. e dei Comuni per l'aspetto dell'assistenza sociale e per le prestazioni nelle RSA e nei Centri diurni [...] [inoltre esse] potranno prevedere l'erogazione di servizi mirati ai bisogni o di voucher per servizi, a seconda dei casi e delle preferenze espresse dai pazienti e dalle famiglie.

5. Sotto il profilo finanziario la commissione ipotizza a breve la costituzione di un

Fondo da destinare al finanziamento di azioni innovative e [...] di sperimentazioni [...] nel lungo periodo, se la sperimentazione condurrà a risultati positivi nella aree in cui è stata attivata, si potrà valutare la possibilità di stimolare una maggiore diffusione del sistema sull'intero territorio nazionale, anche attraverso la costituzione di un Fondo nazionale autonomo, [...] con le seguenti caratteristiche: universalità delle prestazioni nei limiti delle disponibilità del fondo; obbligatorietà dei contributi; gradualità ed equità nella obbligatorietà affinché l'onere sia equamente distribuito in base al reddito.

Inverno 2002-2003 (gennaio) Il presidente della commissione Affari sociali della Camera, Giuseppe Palumbo, dispone l'abbinamento d'ufficio delle proposte di legge «Di Virgilio e altri» (*Tutele sociosanitarie in favore delle persone non autosufficienti*) e «Castellani e altri» (*Interventi in*

favore delle persone anziane non autosufficienti) con la “proposta di legge Battaglia” (*Istituzione di un sistema di protezione sociale e di cura per gli anziani non autosufficienti*). La Camera inizia una discussione più serena e congiunta delle quattro proposte di legge sul tema degli interventi a tutela delle persone non autosufficienti, due provenienti dalla maggioranza e due dall’opposizione.

Sotto tale profilo va sottolineato come, pur avendo elementi di differenziazione, le proposte si caratterizzano per un’impostazione per molti versi identica: tutte le proposte di legge prevedono infatti l’istituzione di un fondo specifico per la non autosufficienza, finanziabile tramite un’assicurazione pubblica obbligatoria o la fiscalità generale¹⁴; nel caso specifico delle proposte basate sull’assicurazione si prevede inoltre un finanziamento ripartito fra lavoratori e imprese (a differenza dell’impostazione di Sirchia); il tipo di beneficiario del fondo cambia nelle proposte, visto che in due (Battaglia e Castellani) ci si riferisce alle sole «persone anziane non autosufficienti», mentre nelle altre due viene impiegata una definizione legata alla sola non autosufficienza e non all’età.

Nei primi mesi del 2003 la discussione in merito alle scelte del governo sul tema della non autosufficienza si concentra attorno all’uscita del Libro Bianco sul welfare con le relative proposte in tema di politiche sociali e in particolare di non autosufficienza (cfr. BOX 2.1). In relazione alla non autosufficienza, i punti salienti del testo sono:

- rafforzamento della rete d’intervento e di assistenza nella domiciliarità, con «particolare enfasi» sul ruolo dell’iniziativa organizzata delle famiglie;
- introduzione e sviluppo di nuovi strumenti di sostegno finanziario come i buoni e i voucher;
- varo nel 2003 di un Piano nazionale per la non autosufficienza, coordinato fra il ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e quello della Salute, con l’obiettivo quindi di favorire da un lato l’autonomia e la costruzione di servizi territoriali personalizzati, integrando sanità e assistenza, dall’altro l’individuazione di un «nuovo modello di finanziamento e di accesso alle prestazioni».

Più in generale l’intero approccio del testo sembra orientato a una forte sottolineatura del ruolo familiare nei percorsi di produzione di benessere e di limitazione delle criticità, con una conseguente impostazione tesa a rilanciare in varie maniere la funzione di tale attore.

Inverno 2002-2003 (febbraio) Il ministro Sirchia nel periodo di uscita e di discussione del Libro Bianco sul welfare fornisce alcune informazioni più specifiche sul progetto del fondo per la non autosufficienza; si tratterà di (*Fondo per i non autosufficienti*, 2003):

- un fondo di circa 15 miliardi di Euro per coprire le esigenze di anziani e disabili e delle famiglie che li hanno in carico;

- il fondo sarà in grado di costruire «una rete di servizi» in favore delle famiglie con persone non autosufficienti a carico;
- l'intenzione del ministro è di sottoporre tale progetto al Consiglio dei ministri entro la fine del 2003 con la possibilità di intraprendere una sperimentazione sul territorio (evento poi non verificatosi);
- le modalità dell'intervento «sono allo studio», ma il modello di riferimento sembra essere quello introdotto alla metà degli anni Novanta in Germania;
- il fondo prevede «due pilastri» e un nuovo modello territoriale basato su una centrale operativa congiunta (sociale e sanitaria) che si occuperà delle cure domiciliari, tramite la concessione di un buono da erogare direttamente alle famiglie o servizi da fornire.

Tale centrale sarà incaricata di organizzare il percorso di sostegno alle famiglie e gestire il budget.

Estate 2003 (luglio) In occasione dell'uscita della *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002* del ministero della Salute, il ministro Sirchia nella sua *Prefazione* alla *Relazione* indica:

non appena le condizioni economiche del Paese lo consentiranno, credo sarà necessario investire in almeno quattro obiettivi strategici [fra cui]: garantire un fondo e un'organizzazione adeguati per le persone non autosufficienti, privilegiando il loro trattamento a domicilio, così come indicato nel disegno di legge che è stato approntato tra il Ministero della salute e il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali [corsivo mio].

Occorre inoltre sottolineare come né il documento di programmazione economica e finanziaria per il 2003-2005 né la legge finanziaria varata nel 2003 fanno alcun cenno al tema degli interventi per gli anziani non autosufficienti, e sembrano quindi indicare che da parte del governo il tema venga accantonato.

Autunno 2003 (ottobre) Se quindi il governo a partire dall'estate 2003 tende a mettere in secondo piano la tematica della non autosufficienza, il Parlamento continua la sua opera che però si arresta con il passaggio della discussione dalla commissione Affari sociali all'aula della Camera. Nell'ottobre 2003 infatti il disegno di legge sulla non autosufficienza, che prevede l'istituzione di un fondo di sostegno finanziato attraverso un'adizionale IRPEF «media» dello 0,75 per cento su tutti i redditi delle persone fisiche e giuridiche, graduata in relazione ai diversi scaglioni di reddito, esclusi comunque i più bassi, e che ha ottenuto parere positivo all'interno della suddetta commissione, arriva però in Parlamento con il parere negativo della commissione Finanze e senza quello della com-

missione Bilancio. Le perplessità maggiori espresse dagli ultimi due organi riguardano la copertura finanziaria, non giudicando adeguata l'idea dell'addizionale IRPEF, rilanciando invece l'alternativa delle assicurazioni private (ampiamente superata in commissione Affari sociali).

Inverno 2003-2004 (febbraio) Fra le proteste dell'opposizione, nuovo rinvio in commissione Affari sociali del disegno di legge approvato in Parlamento per le medesime ragioni espresse nei mesi precedenti (copertura finanziaria inadeguata).

Primavera 2004 (maggio) La commissione Affari sociali prosegue la discussione del disegno di legge sulla non autosufficienza e la relatrice Katia Zanotti formula una serie di soluzioni alternative per la copertura finanziaria del fondo – dal congelamento della già decisa riduzione dell'IRRES, la nuova imposta per le società, all'introduzione di una miglioramento di due punti IRPEF per le fasce di reddito superiori ai 100.000 Euro annui. Il governo, nella persona della sottosegretaria al Lavoro e alle Politiche sociali Grazia Sestini, si è riservato di approfondire. L'assenza di proposte alternative di copertura del fondo da parte del ministero dell'Economia, così come da parte del governo in generale, rende meno plausibile nei prossimi mesi la possibilità di un avallo da parte dell'esecutivo di aumenti fiscali per finanziare il progetto (Morrone, 2004).

Complessivamente quindi, se da un lato il II governo Berlusconi sembra aver dato più risonanza e attenzione che in passato al tema della non autosufficienza, dall'altro per ora esso si è limitato a costruire un modello generale, dai contorni solo in parte precisi, e per il quale i tempi di realizzazione non sembrano essere stati effettivamente messi in agenda. Anzi, nel momento in cui l'iniziativa passa al Parlamento, alla posizione di spinta verso l'istituzione di un fondo da parte delle varie forze politiche in sede di commissione Affari sociali, fanno da riscontro da un lato una chiusura netta da parte di altre commissioni e, direttamente e indirettamente, del ministero dell'Economia, dall'altro il silenzio del ministero del Lavoro e di quello della Salute.

Va fatto notare comunque come il modello d'intervento che finora emerge dalle proposte governative si caratterizzi, oltre che per l'elemento dell'obbligatorietà e dell'ispirazione al sistema tedesco, per:

- l'introduzione di un nuovo modello di gestione per le cure domiciliari che funzioni a livello territoriale sulla base di deleghe sia dal sociale sia dal sanitario (qui in particolare si pensa a uno strumento quale quello delle fondazioni, che sembra rientrare e riallacciarsi a un disegno più generale del ministero sugli assetti sanitari e sociosanitari);
- un mercato sociale regolato (con prestazioni fornite tramite la concessione di voucher e altri tipi di trasferimenti monetari).

BOX 2.1

Le considerazioni del Libro Bianco sul welfare
relative alla non autosufficienza

Macroarea d'intervento sulla non autosufficienza
contenuta nell'Agenda sociale

MACROAREA D'INTERVENTO 4 L'AUTONOMIA PSICOFISICA

Obiettivi: garantire l'accesso al lavoro ed all'assistenza per tutti quei soggetti che presentano gravi limitazioni alla loro autonomia fisica e psichica.

Soggetti interessati: individui e famiglie di appartenenza con disabilità fisiche e/o psichiche, dipendenza senile di carattere motorio, malattie croniche (Alzheimer) ecc.

Attori coinvolti: attori istituzionali ai vari livelli, famiglie e loro associazioni, mondo del lavoro e partner sociali.

Priorità dell'intervento: sviluppare programmi e progetti che aiutino le persone con disabilità alla partecipazione alla vita del lavoro, sociale e collettiva in maniera da permettere una piena realizzazione delle potenzialità individuali unitamente a un arricchimento delle dinamiche sociali; *attivare reti di assistenza per una migliore gestione della dipendenza fisica in condizione di trattamento domiciliare, con particolare enfasi all'iniziativa organizzata delle famiglie;* strettamente legata all'attivazione di reti familiari di assistenza è l'implementazione di misure di sviluppo di *nuovi strumenti di sostegno finanziario come i buoni e i voucher;* definire standard comuni per abilitare al trattamento delle malattie croniche e della dipendenza; promuovere la diffusione delle buone prassi, l'incentivazione e lo sviluppo della ricerca applicata e delle innovazioni gestionali per migliorare l'efficienza globale del sistema.

Azioni in atto o a breve: la non autosufficienza delle persone in condizioni di cronicità, degli anziani e dei disabili non ha ancora ottenuto risposte adeguate. A queste persone il sistema sociosanitario non è ancora in grado di fornire servizi sanitari e sociali sufficienti. Le misure a favore delle persone non autosufficienti e dei loro familiari sono urgenti, improcrastinabili. *Questo motivo pone tra le azioni dell'anno 2003 il varo del Piano nazionale per la non autosufficienza in coordinamento tra ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e ministero della Salute; il Piano partirà a metà anno 2003 in forma sperimentale all'interno di alcune Regioni che hanno offerto disponibilità in tal senso, sia in termini di cofinanziamento che di organizzazione.* Tra gli obiettivi spiccano la costruzione di un nuovo modello di finanziamento e di accesso alle prestazioni, la permanenza della persona non autosufficiente nel proprio contesto familiare e sociale, il mantenimento e il maggior recupero possibile dell'autonomia personale e la costruzione di *servizi territoriali personalizzati, integrando sanità e assistenza.* Entro l'anno 2004, inoltre,

sarà predisposto – sulla base di un programma di azione del ministero del Lavoro e delle Politiche sociali riferito ai risultati di una ricerca ISTAT in via di completamento sulla condizione della disabilità nel paese – un *programma straordinario per la disabilità*, attento anche alle forme più gravi, che dovrà trovare una sua fonte di finanziamento *ad hoc* nella legge finanziaria 2004. È già stata avviata – invece – la predisposizione di un *testo unico delle disposizioni in materia di disabilità*, per superare le incoerenze, le frammentazioni, le duplicazioni e i contrasti presenti nei testi normativi che ne disciplinano i diversi aspetti.

Fonte: Libro Bianco sul welfare, pp. 38-9.

2.7

Conclusioni: quali possibili sentieri di sviluppo?

La ricostruzione dei processi decisionali che si sono succeduti nel corso di circa un ventennio in Italia nel campo degli interventi verso la non autosufficienza, così come l'inquadramento del caso italiano all'interno del contesto europeo, mostrano come questa sia un'area di policy in cui non vi è mai stata una vera e propria progettazione di ampio respiro: l'*incrementalismo*, e cioè un processo d'innovazione lento e di carattere progressivo, ha dominato finora la scena, modellando così un sistema d'intervento caratterizzato da un universalismo debole sotto il profilo dei trasferimenti e da una rete di servizi territoriali a maglie molto larghe. La discussione in atto in questi ultimi anni lascia prevedere che si possa compiere un *salto*, passando da un sistema quale quello descritto a uno di stampo universalista molto più robusto con una maggiore copertura quantitativa e qualitativa del bisogno: l'attuale discussione parlamentare e le indicazioni che provengono dal ministero della Salute segnalano come complessivamente la strada che si intende percorrere è quella dell'istituzione di un fondo pubblico, finanziato tramite la fiscalità generale o un'assicurazione obbligatoria.

Come ci si può spiegare quest'accelerazione del dibattito alla fine degli anni Novanta e soprattutto nei primi anni Duemila?

Se riprendiamo lo schema di analisi impiegato nel paragrafo dedicato alle politiche negli anni Novanta, possiamo notare come stiano cambiando o siano cambiate le priorità degli attori coinvolti nell'arena di discussione sulle politiche di welfare: i governi subnazionali, i partiti e il sistema politico, le organizzazioni di tutela degli anziani.

La prima e per certi versi principale novità degli ultimi anni è la crescente pressione posta dalle Regioni e, con toni più contenuti visto il ruolo, dagli altri enti locali nella promozione di un sistema di copertura più ampio per la non autosufficienza degli anziani. I vari organi di rappresentanza delle Regioni nei tavoli di confronto con il governo nazionale

(fra questi non si dimentichi il coordinamento degli assessori regionali alla Sanità) spingono verso l'adozione di modelli di copertura di stampo universalistico robusti¹⁵. Alcuni contesti (le Province di Bolzano e di Trento, l'Emilia-Romagna) sono addirittura a uno stato avanzato di elaborazione di un proprio modello locale di fondo, mentre altri (Veneto, Lombardia ecc.) hanno già introdotto nella loro normativa dichiarazioni di principio o hanno comunque istituito gruppi di lavoro in tal senso. Le motivazioni alla base di queste crescenti attenzione e pressione da parte delle Regioni sembrano essere essenzialmente due, in buona parte collegate fra loro. Da un lato, soprattutto nel Centro-Nord, una copertura di tipo universalistico nel settore della non autosufficienza sembra essere lo sbocco quasi naturale dei forti investimenti in quest'area di policy effettuati ormai da un trentennio, tenendo in considerazione in particolar modo la crescita sensibile nel numero di anziani sia in generale che in termini relativi sulla popolazione. Dall'altro sono in forte aumento le preoccupazioni per la tenuta e per la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari regionali: incrementare le risorse nel campo della non autosufficienza da questo punto di vista potrebbe permettere di conseguire due obiettivi, quello di incentivare le cure extraospedaliere e possibilmente territoriali, tenendo presente come in misura crescente gli anziani pesino sui ricoveri e sulle spese ospedaliere¹⁶, e quello di trasferire una parte dei costi della cura dal Fondo sanitario a quello (ipotetico per ora) sociale per la non autosufficienza – in questo caso molte Regioni parlerebbero di assistenza, avendo però chiaro in mente il sistema sanitario.

La rilevanza della dimensione sanitaria, sotto il profilo del peso degli anziani sulla spesa regionale, è del resto ben emersa nel corso delle discussioni e delle contrattazioni Stato-Regioni che hanno preceduto le due normative del 2001 sull'integrazione sociosanitaria (D.P.C.M. 14 febbraio 2001, *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*) e sui livelli essenziali di assistenza (LEA – D.P.C.M. 29 novembre 2001, *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*) nella parte relativa all'integrazione. Secondo Ragaini (*in stampa*) i due decreti, recependo in parte le indicazioni regionali, tendono a delimitare gli interventi – fra cui quelli per gli anziani non autosufficienti – a completo carico sanitario per periodi molto limitati di tempo (acuzie e postacuzie), riconducendo poi verso strutture sociosanitarie (con oneri anche a carico del settore sociale e degli utenti) tutte le fasi successive della cura. In particolare il secondo, relativo ai LEA, rafforza tale impostazione: emerge dal testo un chiaro indirizzo per ricondurre la totale competenza sanitaria solo nell'acuzie e nella postacuzie (e dunque per periodi molto limitati nel tempo), relegando nell'area delle prestazioni sociosanitarie (con oneri a carico degli utenti e dei Comuni) gli interventi in tutte le situazioni di cronicità e non

autosufficienza. Per esempio si prevede che nei servizi ADI la partecipazione finanziaria al 50 per cento a carico dei Comuni possa essere estesa anche alle prestazioni di aiuto infermieristico e più in generale nelle percentuali a carico del settore sociale vi è il costante riferimento a oneri per prestazioni *terapeutiche*, di *cura*, di *riabilitazione*.

Se l'ottica è quindi quella di trasferire fuori dal sistema sanitario regionale oneri finora ricompresi o comunque di dubbia attribuzione fra sociale e sanitario, l'istituzione di un fondo per la non autosufficienza potrebbe servire proprio per evitare che tali costi vadano, in tutto o in parte, a gravare su famiglie e Comuni.

Accanto alle Regioni, anche i partiti e il sistema politico sembrano dedicare maggiore attenzione al fenomeno della non autosufficienza: il disegno di legge di cui si è discusso in precedenza è un chiaro segnale di tale situazione. La crescente rilevanza del fenomeno¹⁷, assieme al fatto che in questa fase il campo delle politiche socioassistenziali sembra quello in cui si sono definiti gli assetti generali (legge 328/2000) e specifici delle più importanti aree d'intervento (disabilità, minori, immigrazione ecc.) tranne quella della non autosufficienza, spiega l'attenzione riservata.

A questo fattore, soprattutto per i partiti del centro-sinistra, sembra aggiungersi la pressione esercitata da movimenti di cittadini in favore degli anziani, e in particolare da parte dei sindacati dei pensionati: gli ultimi anni stanno mostrando una crescente attenzione di questi attori, sotto forma sia di pubblicazione di testi e di ricerche sulla condizione degli anziani non autosufficienti, sia di promozione di dibattiti e di proposte di riforma. Sicuramente tale maggiore spinta introduce sempre più fortemente nell'arena di discussione sulle politiche la tematica delle forme di protezione della non autosufficienza.

Se ormai sembra esservi quindi un consenso generale o perlomeno in una vasta parte del mondo politico e sociale, sulla necessità di un modello di copertura ben più ampio, la questione rilevante diventa quella del "quando".

La questione del "quando" è centrale: a differenza di quanto avvenuto nei paesi dell'Europa centro-settentrionale, una riforma oggi nel campo della non autosufficienza che richieda un maggiore e significativo prelievo di risorse verrebbe a essere discussa in una fase in cui il motore dell'economia sembra stentare e crescono con insistenza le voci di una possibile crisi (parziale) del sistema Italia in termini di competitività internazionale. Il dibattito attuale in Italia e, spesso, altrove in Europa – si pensi alle recenti riforme nel campo del welfare adottate in Francia e Germania – sembra essere orientato dalla volontà di operare "riforme strutturali", che in buona parte stanno a indicare ristrutturazioni in senso più selettivo dell'accesso ai benefici dei sistemi di protezione sociale.

È complesso quindi ipotizzare nel breve termine l'introduzione di un nuovo fondo a livello nazionale a meno che tre fattori incidano in maniera crescente in tal senso: la pressione da parte della domanda sociale, anche in forme drammatiche come quelle emerse dagli alti tassi di mortalità degli anziani nell'estate 2003; la necessità delle Regioni di tutelare i propri cittadini e anche di alleggerire la pressione economica sulla spesa sanitaria; una sorta di possibile scambio politico-sociale fra trasformazione in senso più restrittivo del generale sistema di welfare (a partire dal sistema pensionistico) e introduzione di nuovi strumenti di copertura per bisogni fino a oggi solo in parte presidiati dallo Stato (fra cui *in primis* appunto la non autosufficienza). È ipotizzabile quindi che una riforma nel breve-medio periodo possa realizzarsi solo da un intreccio di questi tre elementi. È altrimenti difficile poter immaginare nella fase congiunturale attuale che il nostro paese sia in grado di introdurre un nuovo modello di copertura universalistica nazionale. Se effettivamente l'attuale governo perseguirà infine come obiettivo primario nell'ultima parte del proprio mandato la riduzione del livello di tassazione, diventerà anche più complicato e incerto il percorso verso tale modello.

Note

1. Con il concetto di *policy forte* si fa riferimento a un contesto istituzionale, normativo e di pratiche d'intervento, relativamente consolidato e organico almeno sotto il profilo dell'impostazione culturale. Si pensi per esempio alle scelte operate ormai da oltre un ventennio nel campo della salute mentale con la chiusura dei manicomi.

2. Accanto all'ormai affermata ripartizione in quattro modelli – scandinavo (Svezia, Danimarca, Finlandia e Norvegia), britannico, continentale (Germania, Austria, BENELUX e Francia) e dell'Europa mediterranea (Italia, Spagna, Portogallo e Grecia) – Anttonen e Sipilä (1996) ne hanno proposta una a cinque distinguendo all'interno del modello continentale l'area francofona (Francia e BENELUX) da quella germanica (Germania e Austria).

3. In un sistema a ripartizione i contributi raccolti durante un anno sono impiegati per coprire le spese sostenute in quell'arco di tempo. Tale sistema ha quindi permesso l'immediata operatività della *Pflegeversicherung*.

4. I contributi che vengono versati per questa nuova assicurazione (1,7 per cento del salario lordo) sono comunque molto più limitati di quelli per la sanità (13 per cento) o per le pensioni (20 per cento: Evers, 1998).

5. Il calcolo delle risorse finanziarie è effettuato a partire dai redditi dichiarati, dal valore delle proprietà mobiliari e immobiliari.

6. Nella Finanziaria del 1988 (legge 11 marzo 1988, n. 67) veniva previsto l'obiettivo programmatico di realizzare 140.000 posti in strutture residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio. Nel 1989 con il D.P.C.M. 22 dicembre 1989 e il decreto del ministero della Sanità 321/1989 vengono introdotte regole e standard strutturali generali relativi alle caratteristiche delle costruzioni e al loro funzionamento.

7. In particolare a tale riguardo la legge recita: «agli effetti della presente legge, si considerano mutilati ed 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 infe-

riore a 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).

8. Una conferma di tale ipotesi deriva anche dalle leggi 21 novembre 1988, n. 508, e 11 ottobre 1990, n. 289, che individuano ulteriori beneficiari dell'indennità di accompagnamento fra gruppi precedentemente esclusi, quali per esempio i cittadini riconosciuti ciechi assoluti, o prevedono programmi simili *ad hoc* per altri gruppi esclusi (vengono introdotte una «speciale indennità» in favore dei ciechi parziali, una «indennità di comunicazione» in favore dei sordi prelinguali e una «indennità di frequenza» per i minori invalidi). Di nuovo si tratta di gruppi di utenti tradizionalmente non legati alla tematica dell'età anziana.

9. I dati finanziari sono stati ricavati direttamente dai riferimenti normativi contenuti nella legge 18/1980 e nelle sue successive modifiche di fine anni Ottanta e degli anni Novanta.

10. L'attuale legislazione italiana prevede per esempio, oltre che l'indennità di accompagnamento, anche una «pensione di inabilità», riservata però solo a coloro con meno di 65 anni e offerta in parte in base alle risorse economiche.

11. Pur tenendo conto che il dato ISTAT sulla disabilità fra gli anziani tende a cogliere anche situazioni in cui il fabbisogno individuale di assistenza può essere limitato, non si può non notare come vi sia una distanza considerevole fra la proporzione di anziani coperta dall'indennità (circa il 6 per cento) e quella relativa alla stima dei disabili con più di 65 anni (quasi il 20 per cento).

12. In particolare l'art. 24 prevedeva che il governo emanasse, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della legge 328/2000, un decreto legislativo recante norme per il riordino degli assegni e delle indennità, che nella sostanza non è stato poi emanato.

13. Le citazioni successive sono tratte dal testo pubblicato dall'ASSR nel bimestrale "Monitor" (Ministero della Salute, 2003).

14. Il ricorso a un'assicurazione obbligatoria pubblica o alla fiscalità generale taglia trasversalmente le proposte dei due schieramenti, visto che la "proposta Battaglia" (Democratici di sinistra) e quella Di Virgilio (Forza Italia) ipotizzano la prima soluzione, mentre quelle Castellani (Alleanza nazionale) e Bindi (Margherita) la seconda.

15. L'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), facente parte del ministero della Salute, ha per esempio pubblicato recentemente uno studio sulle prospettive e i costi dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, su richiesta appunto di tale coordinamento. Lo studio sposa come soluzione l'istituzione di un fondo obbligatorio sulla falsariga di quello tedesco. Il testo della ricerca è pubblicato in "Monitor" (Ministero della Salute, 2003).

16. Nel rapporto sullo *Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana - anno 2000* del ministero della Salute si indica come il 49 per cento delle giornate di degenza per ricovero ospedaliero ordinario per acuti riguardi anziani. In particolare la degenza media è di circa 9 giorni, nettamente superiore ai 6,9 giorni registrati nella popolazione generale. Tali percentuali crescono nella riabilitazione e nella lungo-degenza (rispettivamente il 63 e l'85 per cento dei ricoveri riguardano ultrasessantacinquenni). I tassi di ospedalizzazione per il ricovero ordinario fra gli anziani sono infine oltre il doppio di quelli registrati nella popolazione regionale e oltre il triplo se si considerano le persone con più di 74 anni.

17. Si pensi in quest'ottica alle modalità che hanno portato l'attuale maggioranza a definire i termini del processo di regolarizzazione dei lavoratori stranieri a seguito della cosiddetta legge Bossi-Fini: all'interno di quell'approccio, pensato inizialmente per gli occupati in generale, è stato dedicato poi uno spazio specifico molto rilevante alle cosiddette badanti, e cioè ai lavoratori stranieri irregolari nel campo dell'assistenza principalmente ai non autosufficienti (Gori, 2002). La discussione in merito a tale regolarizzazione è stata quindi un'occasione per mettere anche più in luce le fragili fondamenta su cui si regge buona parte del modello italiano d'intervento verso la non autosufficienza - carichi assistenziali preponderanti sulle spalle delle famiglie e, dove queste non possono o non vogliono arrivare, del mercato sommerso della cura.

Le politiche regionali sulla non autosufficienza: il percorso normativo dagli anni Settanta a oggi

3.1

Introduzione

Nel corso della loro storia trentennale di (parziale) autonomia programmatica e di gestione delle politiche in materia di non autosufficienza le Regioni italiane hanno attraversato varie fasi di normazione, che si sono intrecciate con i più generali mutamenti relativi alle impostazioni delle politiche sociali e sanitarie.

Tentando una classificazione delle principali tematiche con cui nel tempo le Regioni si sono confrontate, possiamo indicativamente individuare le seguenti fasi:

- a)* la prima impostazione delle politiche di deistituzionalizzazione nel campo degli interventi agli anziani e, più in generale, la prima definizione degli assetti complessivi dei sistemi di assistenza regionale nel primo periodo di autonomia regionale (anni Settanta);
- b)* la strutturazione delle politiche di assistenza, di quelle di deistituzionalizzazione, l'emergere della tematica della qualità degli interventi e dell'integrazione pubblico-privato (anni Ottanta);
- c)* l'impostazione di un sistema d'interventi sociosanitari rivolto alla non autosufficienza e la creazione di forme di mercato sociale (anni Novanta), all'interno di una fase di adeguamento della rete d'interventi alla luce delle normative nazionali di sistema sui servizi sociali e sociosanitari (a partire dalla fine degli anni Novanta).

Le scelte effettuate nel campo degli anziani a livello regionale si sono dovute a lungo confrontare con un'assenza di indicazioni fornite dallo Stato centrale in questo settore, così come più in generale sul terreno del welfare locale: come sottolineato nel capitolo dedicato alle politiche nazionali, fino alla fine degli anni Ottanta non vi sono normative specifiche nel campo dei servizi agli anziani e solo più tardi, con la legge 8 novembre 2000, n. 328, si giunge a una definizione complessiva del sistema dei servizi sociali. Pertanto le scelte operate a livello regio-

nale si muovono a lungo, e in buona parte anche oggi, all'interno di un *vacuum* regolativo nazionale, solo in parte coperto dalle indicazioni contenute nei Piani sanitari nazionali che si sono succeduti negli ultimi dieci anni.

Le tre fasi delle politiche regionali hanno fatto registrare una scansione e realizzazione differenziate a seconda dei territori. Questo capitolo è dedicato alle forme assunte da tale percorso a livello regionale per comprendere elementi di somiglianza fra le varie impostazioni. La ricostruzione sugli anni Settanta e Ottanta è stata effettuata a partire dal lavoro di Fargion (1997) sulle politiche assistenziali regionali delle 15 realtà a statuto ordinario, integrando tale studio con la raccolta e l'analisi di documenti relativi anche alle 5 Regioni a statuto speciale.

L'obiettivo è stato di comprendere se nel corso di questo trentennio, e soprattutto dagli anni Novanta, si sia verificata una convergenza o meno nelle impostazioni e nei modelli di regolazione promossi dalle singole Regioni o si possano notare differenziazioni lungo linee territoriali o di altra natura.

3.2

Anni Settanta: deistituzionalizzazione e prima definizione degli assetti di assistenza regionale

Nel trasferimento delle competenze alle Regioni effettuato, il D.P.R. 15 gennaio 1972, n. 9, indicava nel campo delle politiche per gli anziani un ruolo del settore pubblico abbastanza riduttivo, visto che venivano riportate fra i compiti delle Regioni le seguenti funzioni: «il mantenimento degli inabili al lavoro che si trovino nelle condizioni di cui all'articolo 154 del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza [...]; le rette per l'ospitalità [...] di anziani presso case di riposo» (art. 1).

A fronte di un'impostazione orientata al mantenimento delle strutture residenziali di stampo tradizionale negli anni Settanta si discute su come trasformare in maniera più ampia la modalità di approccio all'utenza. In particolare si cerca di passare (Fargion, 1997):

- da approcci discrezionali e selettivi a universalistici, con l'obiettivo di allargare dove possibile la platea di beneficiari degli interventi, superando l'impostazione di tipo residuale tipica delle politiche dei decenni precedenti;
- da interventi rivolti alla sussistenza e ai bisogni vitali a interventi rivolti al benessere (o al contenimento del malessere) psicofisico, con l'obiettivo di affrontare in maniera più globale i bisogni degli individui e delle relative famiglie;

– da un modello centrato sulle strutture residenziali (nel caso specifico qui trattato le case di riposo) a uno improntato ai servizi nel territorio, con l'obiettivo di favorire la permanenza a livello domiciliare e all'interno dei nuclei familiari.

Nella sostanza quindi le Regioni si trovavano nel campo degli anziani a dover affrontare il dilemma se proseguire l'impostazione precedente, recependo alla lettera il mandato contenuto nell'art. 1 D.P.R. 9/1972 e quindi mantenendo un approccio fondato sulle strutture residenziali con compiti d'intervento di tipo residuale, o provare invece a sviluppare una rete più ampia e soprattutto territoriale di servizi, volta a mantenere sul territorio gli anziani, ampliando inoltre il bacino di utenza e le finalità dell'intervento pubblico.

La normativa di questo periodo mostra come sia netta la diversificazione degli approcci fra Centro-Nord e Sud Italia (cfr. TAB. 3.1). Nel Sud non vi sono Regioni che normino la tematica dei servizi territoriali. Anzi in alcuni casi manca completamente una legislazione di tipo ampio e generale sulla tematica degli anziani e la normativa prodotta, come in Puglia e Molise, riguarda fondamentalmente la definizione delle procedure di ricovero. Tali scelte sembrano indicare (Fargion, 1997, p. 139) una

scarsa propensione delle regioni meridionali per interventi regolativi a carattere generale [...] che consente alle regioni in questione di garantirsi ampi margini di discrezionalità, essendo l'intera gestione del servizio lasciata a livello esclusivamente amministrativo.

Al contrario le Regioni del Centro-Nord, con l'unica eccezione delle Marche, promuovono modelli d'intervento più ampi e diversificati, pensati in un'ottica di territorializzazione dell'offerta dei servizi. È quindi all'interno del dibattito che si sviluppa a partire dagli anni Settanta in quest'area del paese che emergono poi nei decenni successivi indirizzi anche a livello nazionale. L'elemento comun denominatore di tale normativa regionale è appunto di favorire processi di deistituzionalizzazione innanzitutto attraverso lo strumento dell'assistenza domiciliare e dei centri semiresidenziali diurni.

Nell'ambito di questa legislazione si possono però individuare due limiti rilevanti, che verranno affrontati soprattutto nei decenni successivi: l'eccessiva focalizzazione sulla domiciliarità come soluzione unica e principale; il trascurare le tematiche sociosanitarie e i relativi bisogni dell'utenza e d'integrazione fra servizi e istituzioni.

Innanzitutto la legislazione del Centro-Nord tende a focalizzarsi sul superamento degli interventi di tipo residenziale, rischiando così di non destinare sufficiente attenzione alla tematica dell'ammodernamento delle case di riposo (Fargion, 1997, p. 140). Per esempio la L.R. Lombardia

TABELLA 3.1

Le politiche regionali per gli anziani negli anni Settanta fra istituzionalizzazione e territorializzazione*

	Legislazione anni Settanta	
	Interventi di ricovero	Servizi territoriali
Piemonte		X
Valle d'Aosta		X
Lombardia	X	X
Provincia di Trento		X
Provincia di Bolzano		X
Veneto		X
Friuli-Venezia Giulia		X
Liguria		X
Emilia-Romagna		X
Toscana		X
Umbria		X
Marche		
Lazio		X
Abruzzo	X	
Molise	X	
Campania		
Puglia	X	X
		(solo soggiorni estivi)
Basilicata		
Calabria		
Sicilia		
Sardegna		

* Per finalità espositive si segnala la sola presenza di normative relative alla tematica trattata. Nell'Appendice del presente capitolo sono riportati i riferimenti normativi specifici.

Fonte: Fargion (1997).

16/1974 prevede che il ricovero in case di riposo per gli anziani abbia «carattere eccezionale e [possa] avvenire solo a seguito dell'impossibilità del ricorso alle altre forme di assistenza [territoriale]». Ben presto, fin dalla seconda metà degli anni Settanta, in molti contesti ci si rende conto della crescente complessità della domanda sociale, non in grado di essere coperta in generale sulla base degli investimenti pubblici di pochi anni e tanto meno tramite quelli specifici nei servizi domiciliari. All'interno di questo panorama il Veneto si distingue per un approccio più realistico e pragmatico, prevedendo un doppio binario di finanziamento e d'impegno regionale sia sul versante dei servizi sul territorio che di intervento nel campo non solo dell'ammodernamento ma anche dell'ampliamento delle strutture residenziali.

Altro elemento in parte trascurato è l'integrazione fra attività sociali e sanitarie. Durante gli anni Settanta, prima della riforma sanitaria, numerose Regioni del Centro-Nord¹ con l'aggiunta della Basilicata procedono all'individuazione di consorzi fra soggetti sanitari e sociali, così come di zone per la gestione dei servizi. Durante tale periodo comunque le attività integrate riguardano in maniera molto limitata l'area degli anziani e soprattutto risultano quasi del tutto assenti interventi di stampo sociosanitario.

Complessivamente a livello generale i primi anni dell'autonomia regionale nel campo del welfare portano all'emersione di tre modelli di policy e di regolazione (Fargion, 1997). Accanto a una prima fondamentale distinzione fra Sud e Centro-Nord, è infatti possibile individuarne una seconda all'interno di quest'ultima area del paese fra Regioni che incentrano i loro interventi sull'ente locale, e in particolare sul Comune, e Regioni che invece tendono a privilegiare un sistema pluralistico di assistenza sociale in cui vengono posti sullo stesso piano i Comuni e gli attori privati (il nonprofit) o pubblico-privati (IPAB – istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza). Nel Centro-Nord sono il colore politico e la relativa subcultura di appartenenza delle maggioranze regionali a permettere di classificare i vari contesti all'interno dell'uno o dell'altro tipo di regolazione: sono le regioni "rosse" a privilegiare il modello di welfare locale incentrato sul Comune, mentre quelle "bianche" tendono a promuovere modelli più di tipo pluralistico all'insegna di ciò che dopo alcuni anni verrà chiamato welfare mix. Emilia-Romagna e Toscana da un lato, Veneto e Lombardia dall'altro sono gli esempi più nitidi di tali due orientamenti.

3.3

Anni Ottanta: strutturazione delle politiche di deistituzionalizzazione, qualità degli interventi e diffusione del welfare mix

Se gli anni Settanta rappresentano il periodo in cui le Regioni iniziano ad acquisire dimestichezza con le nuove funzioni e compiti nel campo del welfare locale e in particolare degli anziani, è nel decennio successivo che matura una maggiore e più ampia capacità di regolazione in questi settori d'intervento.

Innanzitutto buona parte delle Regioni si dota di uno o più testi organici per l'organizzazione dei sistemi d'intervento a livello locale, accompagnati spesso da strumenti di programmazione pluriennali quali i Piani sociali. L'obiettivo è appunto di impostare un modello che abbia una sua sistematicità e coerenza sia all'interno delle singole aree d'intervento che fra queste.

Nello stesso arco temporale continua in una parte del paese il processo di diffusione delle nuove modalità d'intervento di tipo domiciliare e territoriale.

All'interno di questo quadro si delinea infine un interesse normativo sempre maggiore verso la regolazione da un lato della qualità, in particolare prestando attenzione alle strutture residenziali, dall'altro di quel crescente mondo di organizzazioni private non a scopo di lucro che sta ormai prendendo campo all'interno della gestione dei servizi.

TABELLA 3.2

Le politiche regionali negli anni Ottanta*

	Legge riordino generale sociale	Piani sociali	Normative servizi territoriali anziani	Regolazione strutture residenziali anziani
Piemonte	X	X		X
Valle d'Aosta	X			
Lombardia	X	X		X
Provincia di Trento	X			
Provincia di Bolzano	X			
Veneto	X	X		X
Friuli-Venezia Giulia	X			X
Liguria	X	X		X
Emilia-Romagna	X			X
Toscana	X	X		X
Umbria	X	X		X
Marche	X			X
Lazio			X	
Abruzzo			X	
Molise			X	
Campania			X	X
Puglia			X	X
Basilicata	X		X	X
Calabria	X		X	X
Sicilia	X			X
Sardegna	X	X		

* Per finalità espositive si segnala la sola presenza di normative relative alla tematica trattata. Nell'Appendice del presente capitolo sono riportati i riferimenti normativi specifici.

Fonte: Fargion (1997).

Le leggi di riordino e di impostazione dei servizi sociali interessano praticamente tutto il Centro-Nord Italia e solo due realtà del Sud (Calabria e Basilicata: cfr. TAB. 3.2). Tali leggi sono particolarmente importanti all'interno della presente analisi sulle politiche per gli anziani per due ragioni: la prima diretta, visto che disposizioni in merito agli anziani risultano con-

tenute nell' articolato di legge; la seconda indiretta, in quanto le politiche per gli anziani vengono ridisegnate all'interno di un quadro più generale che sottolinea la scelta della deistituzionalizzazione e della territorializzazione degli interventi. Nello specifico le leggi di riordino degli anni Ottanta recepiscono in buona misura le indicazioni normative di settore contenute nella produzione legislativa regionale degli anni Settanta. Tali leggi sono caratterizzate complessivamente da una prospettiva che recepisce i mutamenti a livello di impostazione e di filosofia dell' agire orientati verso un modello di protezione di tipo universalistico, non residuale, in grado di superare un approccio categoriale in termini di destinatari dell' intervento. In questo quadro emerge quindi la volontà di favorire da un lato l' integrazione fra servizi sociali e altri interventi, a partire da quelli sanitari fino a quelli educativi e scolastici, dall' altro gli interventi volti al mantenimento e al reinserimento degli utenti all' interno del proprio contesto familiare e comunitario. Sempre in quest' ottica le leggi di riordino recepiscono l' impostazione tipica delle formulazioni generali degli anni Settanta in merito a interventi volti non solo agli aspetti più strettamente assistenziali e riabilitativi, ma anche a quelli di carattere psicologico, affettivo e relazionale. Come sottolinea Fargion (1997, p. 226), tale legislazione rappresenta una sistematizzazione e il risultato di una sorta di «onda lunga» della riflessione culturale maturata nel decennio precedente.

In quest' ottica di effettiva creazione di sistemi di welfare regionali e locali assume inoltre una particolare importanza la formulazione di Piani sociali regionali e cioè appunto gli strumenti d' indirizzo e di programmazione pluriennale degli interventi nel campo del sociale. I Piani diventano l' occasione per l' individuazione di priorità e di progetti di sviluppo all' interno dell' area dell' assistenza e in particolare di quella degli anziani. Sono praticamente le stesse Regioni del Centro-Nord che formulano leggi di riordino, con l' eccezione di Marche ed Emilia-Romagna, a introdurre nel corso degli anni Ottanta i Piani.

Un importante elemento che emerge da questa legislazione regionale del Centro-Nord è la sostanziale omogeneizzazione delle impostazioni fra giunte e Regioni governate dalla sinistra e da forze d' ispirazione cattolica o di centro-sinistra: sembra avvenire un processo di *cross-fertilization* che spinge da un lato le prime ad adottare una visione più orientata al welfare mix, con una maggiore attenzione rivolta al terzo settore e ad attori differenti dai Comuni, dall' altro le seconde ad attribuire maggiore potere e centralità al Comune (Fargion, 1997). L' attenzione quindi all' interazione pubblico-privato aumenta e tende ad assumere forme simili in Regioni caratterizzate da orientamenti culturali differenti. In questi anni inizia un rilevante processo di crescente esternalizzazione nella gestione dei servizi sociali a organizzazioni del terzo settore, che sono finanziate e operano per conto degli enti pubblici (Pavolini, 2003).

Se quindi la regolazione in questa parte d'Italia si sposta verso leggi di riordino generale e di intervento, includendo quindi le normative di settore sugli anziani all'interno di questo quadro, il Sud Italia con un ritardo di 5-10 anni introduce una prima legislazione sugli interventi territoriali a favore degli anziani (cfr. TAB. 3.3): tutte le Regioni meridionali si dotano di normative inerenti alla promozione e l'introduzione di servizi sul territorio rivolti alla non autosufficienza, a partire da quelli di assistenza domiciliare.

A tale nuova impostazione da parte delle Regioni del Sud non corrisponde necessariamente però un effettivo mutamento nel quadro delle modalità d'intervento. L'adesione al modello della deistituzionalizzazione appare avvenire solo in parte: in alcune Regioni come l'Abruzzo e il Molise, per esempio, sembra mantenersi una politica del doppio binario per cui l'impostazione verso la territorializzazione è avviata con molto ritardo (solo nel 1990 il Molise norma tale tipo di intervento) o in parallelo ai tradizionali servizi residenziali, non attribuendo neanche in linea di principio una priorità agli interventi domiciliari.

Una situazione in parte simile si registra per quanto riguarda la normazione delle strutture residenziali. Fino agli anni Ottanta la regolazione regionale in questo campo si era sostanzialmente limitata a prevedere forme più o meno rilevanti e generose di finanziamento a prescindere dal tentativo di normare in maniera più puntuale le caratteristiche dei servizi offerti nei presidi. Nel decennio qui analizzato la regolazione dei requisiti per le strutture residenziali per anziani riceve invece attenzione, all'interno delle leggi di riordino o tramite decreti ad esse collegati, in tutte le Regioni del Centro-Nord e buona parte di quelle del Sud, con l'eccezione di Molise e Abruzzo.

Il quadro complessivo che emerge negli anni Ottanta è quindi quello di una polarizzazione del paese nel campo delle politiche sociali regionali e locali fra Sud e Centro-Nord, con quest'ultima area molto più ricompattata al suo interno e maggiormente in grado di promuovere una legislazione e una serie di strumenti d'intervento più innovative che nel Meridione.

3.4

Anni Novanta: nuovo sistema d'interventi e creazione di forme di mercato sociale

Il periodo che va dall'inizio degli anni Novanta fino agli anni più recenti rappresenta un ulteriore passaggio nella formulazione e nell'impostazione delle politiche regionali nel campo della non autosufficienza degli anziani. Un insieme di istanze, già in parte emerso nei decenni precedenti, assume un peso crescente, mentre altre iniziano ad affacciarsi.

A livello generale emerge sempre più la necessità per le politiche regionali di affrontare la tematica dei bisogni sociosanitari degli anziani e quindi di spostare l'attenzione verso forme d'intervento integrate. Anche se già dagli anni Ottanta la tematica dei servizi a rilevanza sia sociale che sanitaria si era affermata in alcune legislazioni regionali, è soprattutto con gli anni Novanta che questa assume un peso crescente e pregnante. La necessità di affrontare i bisogni dei non autosufficienti prende forme differenziate e interessa sia i servizi territoriali che quelli residenziali.

Tale necessità si va inoltre a intrecciare con un'ulteriore tematica già in parte emersa negli anni Ottanta, la regolazione della qualità e delle caratteristiche dei servizi erogati. Introdotta nelle discussioni e nelle normative degli anni Ottanta, l'identificazione della qualità dei servizi assume un valore crescente e diventa un elemento rilevante di buona parte della produzione normativa.

Questa tematica è inoltre legata a un cambiamento culturale che tende a diffondersi a partire dal decennio scorso in buona parte della legislazione regionale, relativo all'introduzione di meccanismi tipici più della regolazione di mercato che di quella burocratico-statale: all'interno delle pubbliche amministrazioni si diffondono pratiche e concezioni ispirate alla concorrenza fra potenziali fornitori per assicurarsi una maggiore efficienza e/o qualità dei servizi erogati e alla scelta dell'utente quale appunto modalità di promuovere da un lato la sua autonomia e la flessibilità dell'intervento, dall'altro forme di competizione direttamente gestite dalla persona disabile e dalla sua famiglia.

In questo quadro si vanno a collocare, facendo da sfondo regolativo, le principali riforme operate nel campo della sanità e dei servizi sociali dell'ultimo quindicennio: le due normative in campo sanitario (D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502; 19 giugno 1999, n. 229) e quella inerente all'assistenza (legge 328/2000). Tale produzione legislativa, in forme e sotto profili in parte differenti, affronta anche la tematica degli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti, ponendo questa problematica all'interno di quadri organizzativi più ampi ma comunque pregnanti per l'organizzazione delle risposte a tale domanda sociale.

Negli ultimi anni si iniziano infine ad affacciare in maniera sempre più pressante da un lato la tematica del contenimento dei costi per gli utenti e soprattutto di nuove forme di finanziamento per assicurare una copertura più vasta della domanda di cura da non autosufficienza, dall'altro quella della diversificazione degli interventi a seconda del tipo di disabilità, vista la crescita quantitativa nel numero di persone affette da demenze.

In sintesi quindi gli elementi che caratterizzano la normativa o comunque la discussione in merito alla legislazione regionale a partire dagli anni Novanta sono:

- la regolazione degli interventi di natura residenziale (e semiresidenziale) per persone non autosufficienti;
- la regolazione degli interventi domiciliari sociosanitari per persone non autosufficienti;
- la regolazione dei criteri per raggiungere buoni livelli di qualità nell'erogazione dei servizi;
- l'introduzione di criteri di affidamento degli interventi orientati a forme di concorrenza fra potenziali fornitori;
- l'introduzione di forme di sostegno alle strategie di cura familiari e all'autonomia degli utenti;
- la regolazione e l'implementazione dei più vasti sistemi di riforma nel campo della sanità e dell'assistenza sociale;
- la diversificazione dei modelli d'intervento per tipo di disabilità, con un'attenzione particolare, accanto all'utenza con problemi cronico-degenerativi, ai bisogni delle persone affette da demenze (anni Duemila);
- i meccanismi di finanziamento per assicurare una maggiore copertura degli interventi (anni Duemila).

Una netta distinzione fra questi otto terreni di riforma non è così agevole in quanto molto spesso tendono a intrecciarsi: per esempio la regolazione prevista per le strutture sanitarie e sociosanitarie interessa anche le modalità di affidamento dei servizi e di valutazione della qualità, così come le forme di sostegno alle famiglie tendono a essere inserite all'interno di una strategia della regolazione degli interventi territoriali volta a favorire il mantenimento dell'anziano presso il proprio domicilio, non solo per motivi attinenti a una scelta e una visione di fondo, ma anche per limitare la pressione delle famiglie e degli utenti verso i servizi residenziali, ben più costosi per le amministrazioni pubbliche (Gori, 2001).

3.4.1. La regolazione delle strutture residenziali sociosanitarie

Visto questo intrecciarsi di tematiche, che solo a livello analitico si possono tenere distinte, l'analisi può partire da un primo terreno di forte trasformazione nel corso degli anni Novanta, rappresentato dalla normazione non tanto delle strutture socioassistenziali quanto di quelle socio-sanitarie a seguito di due importanti eventi verificatisi sul piano nazionale: il D.P.C.M. 22 dicembre 1989 in ordine alla realizzazione delle «residenze sanitarie assistenziali» per anziani non autosufficienti e l'introduzione del processo di accreditamento, iniziata con il D.Lgs. 502/1992 e rafforzata con il D.Lgs. 229/1999. In particolare su tale seconda tematica occorre tenere presente che, mentre il D.Lgs. 502/1992 ha configurato l'accreditamento come strumento finalizzato a selezionare, sulla base

di criteri di qualità, i fornitori di prestazioni nell'ambito o per conto del Servizio sanitario nazionale (SSN), il successivo D.Lgs. 229/1999 ne ha accresciuto il significato, indicando come l'accreditamento sia funzionale alla programmazione sanitaria e sia finalizzato a garantire e promuovere la qualità dell'assistenza.

La residenzialità negli anni Novanta diventa sempre più una residenzialità inerente ai bisogni dei non autosufficienti e quindi la normativa sulle strutture degli anni Ottanta, in buona parte incentrata su interventi per autosufficienti, lascia il passo a una crescente mole legislativa orientata agli utenti portatori di bisogni sociosanitari.

La regolazione regionale tende quindi, adattandosi a scelte pregresse, a recepire in maniera più o meno celere le indicazioni in merito alle RSA e all'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie. La TAB. 3.3 riporta in sintesi quando e come sono state recepite e normate le due tematiche appena enunciate. Si è deciso di suddividere il periodo di riferimento in archi temporali corrispondenti alle legislature regionali.

Per quanto riguarda le RSA possiamo notare come quasi tutte le Regioni abbiano normato tale tipo d'intervento. A differenza di quanto avvenuto negli anni Settanta e Ottanta inoltre, pur registrandosi in alcuni casi un ritardo temporale, il recepimento della normativa nazionale o, spesso, la revisione del modello d'intervento già collaudato a livello regionale alla luce delle disposizioni statali è avvenuta nella seconda parte degli anni Novanta. In particolare la sola Puglia in Italia nel 2004 non ha ancora recepito nel proprio ordinamento tale modalità d'intervento. Se il quinquennio 1995-2000 ha rappresentato il periodo in cui principalmente le legislazioni regionali hanno introdotto tale tipo d'intervento, vi sono comunque alcune differenziazioni: tre Regioni del Centro-Nord (Lombardia, Friuli-Venezia Giulia e Lazio) hanno infatti prodotto normative già nella prima parte degli anni Novanta, mentre due del Sud (Campania e Calabria) e la Valle d'Aosta lo hanno fatto solo a partire dal 2000.

Le distanze fra le varie aree del paese, perlomeno in termini di recepimento della normativa nazionale, si stanno accorciando, anche se alcune sfasature temporali rimangono in alcune delle principali Regioni del Sud (Campania, Calabria e Puglia).

Se si procede a un'analisi più approfondita dei contenuti di tale legislazione, si nota come la normazione delle RSA nelle varie Regioni abbia assunto caratteristiche differenti a seconda delle scelte in merito alla diversificazione dei tipi di presidio sociosanitario (cfr. TAB. 3.3). In alcune Regioni si è scelto di diversificare il tipo di offerta integrando in alcuni casi le RSA con altri tipi di struttura (residenze o case protette) oppure individuando RSA con differenti livelli di intensità assistenziale, diversificate appunto a partire dal tipo di operatori impiegati e soprattutto

TABELLA 3.3

Caratteristiche delle strutture sociosanitarie nelle Regioni italiane

	Tipologia e denominazioni	Rapporto operatori/utenti	% utenti anziani beneficiari
Piemonte	RSA	1/1,90	0,3
	RAF (residenze assistenziali flessibili)A	1/1,70	
	RAF B	1/1,25	
Lombardia	RSA NAT (totalmente non autosufficienti)	1/2,33	2,3
	RSA NAP (parzialmente non autosufficienti)	1/2,56	
	RSA Alzheimer	1/2,33	
Provincia di Bolzano	Centro degenza	1/1,72	3,6
	Centro degenza per non autosufficienti molto gravi	1/1,81	
Veneto	RSA riabilitazione funzionale	1/1,56	2,3
	RSA di base	1/1,81	
Friuli-Venezia Giulia	RSA	1/1,82	2,0
Liguria	RSA intensiva	1/2,17	0,9
	RSA di mantenimento	1/3,00	
	Residenza protetta	1/3,00	
Emilia-Romagna	RSA	1/1,35	1,9
	Casa protetta	1/2,30	
Toscana	RSA	1/1,54	1,2
Umbria	RSA cronici	1/1,56	0,3
	RSA demenze	1/1,29	
	RSA protetta	1/1,28	
Marche	RSA	1/1,21	0,4
Lazio	RSA basso livello	1/3,33	0,1
	RSA medio livello	1/2,61	
	RSA alto livello	1/2,00	
Abruzzo	RSA	1/1,55	0,6
Campania	RSA*	1/1,56	0,1
Sicilia	RSA	1/1,71	0,1
Sardegna	RSA	1/1,36	0,0

* Nel caso campano la recente normativa che introduce le RSA prevede la sostituzione delle case protette con appunto le RSA.

Fonti: Pesaresi (2002); ISTAT (2004a).

to dal rapporto operatori/utenti. La diversificazione fra tipi di struttura sociosanitaria sulla base della gravità dell'utenza riguarda molto di più le Regioni del Centro-Nord. Tranne che nel Friuli-Venezia Giulia, nella

Toscana e nelle Marche, infatti, in tutti gli altri contesti si prevedono due o tre tipi differenti di intervento residenziale: per esempio l'Emilia-Romagna distingue fra RSA e case protette; la Lombardia fra strutture per persone totalmente non autosufficienti (RSA NAT), parzialmente non autosufficienti (RSA NAP) e per malati di Alzheimer; il Veneto fra RSA per la riabilitazione funzionale, più intensive e di base; l'Umbria fra RSA cronico, protetta e per le demenze. L'intervento sociosanitario nelle varie Regioni, oltre a differenziarsi lungo tali linee, assume valori differenti a seconda del rapporto fra utenti e operatori. Sotto tale profilo si possono classificare le varie Regioni:

- la Sardegna, la Toscana, le Marche e in buona parte l'Umbria sono le quattro realtà che mediamente assicurano il rapporto più paritario fra utenti e operatori; nelle Marche si prevede un rapporto medio di 1 operatore ogni 1,21 utenti, mentre rispettivamente tale valore si attesta in Toscana a 1,54 e in Umbria a 1,28 nei casi più gravi e a 1,56 in quelli medio-gravi;
- tutte le Regioni del Nord Italia e il Lazio si attestano su rapporti più bassi; il Veneto registra per le strutture a maggiore intensità assistenziale un rapporto pari a 1 operatore ogni 1,56 utenti, il Piemonte si attesta attorno a valori pari a 1/1,70 e 1/1,90, tranne nei casi più gravi, e soprattutto la Lombardia e il Lazio non scendono mai al di sotto rispettivamente di 3,33 e di 2 utenti ogni operatore;
- l'Emilia-Romagna sembra seguire una strada intermedia fra le due precedenti prevedendo un rapporto quasi paritario fra numero di operatori e utenti nel caso delle RSA (1/1,35) e un valore nettamente inferiore nelle case protette (1/2,30);
- le Regioni del Sud presentano rapporti operatori/utenti a cavallo fra quelli tipici delle Regioni del Centro e quelli del Settentrione.

Al differente rapporto operatori/utenti corrisponde anche spesso un differente grado di copertura. Si possono individuare quattro tipi di regione per livello di copertura e d'intervento (cfr. TAB. 3.3):

1. interventi a medio-forte intensità assistenziale (espressa in base al rapporto operatori/utenti) con un discreto livello di copertura (pari o superiore al 2 per cento);
2. interventi a medio-forte intensità assistenziale con un limitato livello di copertura;
3. interventi a limitata intensità assistenziale con un discreto livello di copertura;
4. interventi a limitata intensità assistenziale con un limitato livello di copertura.

I quattro modelli non sono facilmente collocabili lungo un *continuum* visto che mentre i due estremi esprimono livelli di intervento mol-

to differenziati (1 e 4), i due intermedi (2 e 3) indicano probabilmente filosofie di copertura del bisogno diverse: nel caso 2 le Regioni preferiscono sacrificare la numerosità degli utenti a vantaggio dell'intensità della cura, mentre nel caso 3 avviene l'opposto.

Anche se con alcune difficoltà dovute al fatto che molte Regioni differenziano l'intensità assistenziale sulla base della gravità della non autosufficienza, utilizzando questo schema classificatorio possiamo notare come siano ascrivibili:

- al primo modello (media copertura e rapporto numericamente quasi paritario utenti/operatori) nessuna regione, tranne per certi aspetti l'Emilia-Romagna;
- al secondo modello (limitata copertura e rapporto numericamente quasi paritario) quasi tutto il Centro (Toscana, Umbria e Marche), il Piemonte e la Sardegna, che però presenta un livello di copertura vicino allo zero;
- al terzo modello (media copertura e rapporto numericamente non paritario) le aree del Nord tranne Liguria e Piemonte;
- al quarto modello (limitata copertura e rapporto numericamente non paritario) la Liguria, le Regioni del Sud e il Lazio.

Accanto alla legislazione sulle RSA, la normativa sull'accREDITAMENTO, promossa innanzitutto a partire dalla regolazione sanitaria, assume un ruolo rilevante all'interno della nostra analisi in quanto rappresenta il primo tentativo, fatto *in primis* a livello nazionale e poi regionale, di costruire un sistema di valutazione della qualità delle prestazioni e dei fornitori, in grado di facilitare la scelta degli erogatori ad opera da un lato degli enti pubblici, dall'altro degli utenti, quando direttamente coinvolti. L'accREDITAMENTO introdotto nella normativa sanitaria rappresenta inoltre nella maggior parte delle Regioni italiane l'unica vera forma di accREDITAMENTO presente per gli interventi a favore degli anziani non autosufficienti, perlomeno per quanto riguarda la dimensione sociosanitaria. Infatti, nonostante la legge 328/2000 indichi l'accREDITAMENTO quale strumento di regolazione da applicare anche ai servizi sociali, residenziali e non, nella realtà dei fatti sono limitati i casi in cui le Regioni abbiano normato tale strumento in previsione di servizi sociali, mentre molto più frequentemente lo hanno introdotto per quelli sociosanitari (RSA e altre strutture simili da un lato, centri diurni integrati, ove presenti, dall'altro).

Rispetto a quanto registrato nella regolazione delle RSA, la capacità di produzione normativa nel campo dell'accREDITAMENTO è stata più differenziata e risente di alcune rilevanti diversità territoriali. Buona parte delle Regioni del Sud ha infatti recepito solo recentemente le indicazioni provenienti dalla legislazione nazionale degli anni Novanta (Calabria

e Sicilia), oppure ha normato solo alcuni aspetti attinenti agli interventi per gli anziani non autosufficienti (Campania) o non è intervenuta per nulla (Puglia). Analizzando più nello specifico il contenuto delle normative prodotte si riscontra inoltre la presenza di testi ancora senza decreti attuativi che rendono quindi solo generica l'adozione di modelli di accreditamento (Sicilia, Calabria e Molise).

Al Centro-Nord la situazione appare differente visto che tutte le Regioni, anche se con un diverso grado di completezza ed esaustività, hanno normato i modelli di accreditamento. Inoltre tutte le Regioni appartenenti a tale area del paese, tranne il Veneto e il Lazio, hanno formulato una legislazione già dalla seconda metà degli anni Novanta, che è stata poi aggiornata o comunque approfondita da vari altri atti normativi nella legislatura iniziata nella primavera 2000.

Da una lettura approfondita dei singoli documenti normativi emerge come le Regioni del Centro-Nord presentino un livello di elaborazione e di operatività in genere più avanzato sull'accREDITAMENTO delle strutture sociosanitarie.

All'interno di questo quadro va inoltre fatto notare che in alcuni casi la normativa ha riguardato specificamente o principalmente interventi sociosanitari. Nel caso della Lombardia, accanto a una prima legislazione generale sull'accREDITAMENTO nella seconda metà degli anni Novanta, è stata prodotta nell'attuale legislatura una normazione apposita riguardante le RSA e i centri diurni integrati (CDI). In Campania l'unica e recente normativa su tale tema, risalente al 2003, riguarda principalmente le RSA. Una situazione simile si è registrata in Calabria e Sicilia dove fino al 2002 la normativa regionale sull'accREDITAMENTO si era concentrata principalmente sulle strutture sociosanitarie.

Per ora in buona parte d'Italia gli interventi verso la non autosufficienza hanno quindi visto una regolazione in termini di accREDITAMENTO solo per i presidi (semi)residenziali sociosanitari, beneficiando quindi spesso, anche se non sempre – i casi di Campania, Calabria e Sicilia ne sono una dimostrazione –, delle innovazioni introdotte nei modelli di gestione della sanità pubblica (Pavolini, 2001a). Sono poche invece le Regioni che hanno introdotto nella propria legislazione forme di regolazione legate all'accREDITAMENTO per i servizi socioassistenziali dedicati agli anziani non autosufficienti. In particolare si tratta di quattro Regioni del Centro-Nord (cfr. TAB. 3.4) che, prevalentemente dall'ultima legislatura, hanno promosso normative legate anche agli interventi sociali: Marche, Emilia-Romagna, Liguria e Veneto. Talvolta si tratta ancora di una regolazione sancita a livello generale senza decreti attuativi specifici, che comunque indica una linea di tendenza verso l'allargamento della tematica dell'accREDITAMENTO nel campo più propriamente sociale.

TABELLA 3.4

La regolazione delle strutture sociosanitarie destinate alla non autosufficienza (1990-2004)

	RSA			Accreditamento	
	1990-95	1995-2000	2000-2004	1995-2000	2000-2004
Piemonte		X		X	
Valle d'Aosta			X	X	X
Lombardia	X	X	X	X	X (RSA e CDI)*
Provincia di Bolzano		X		X	
Provincia di Trento		X		X	
Veneto		X			X**
Friuli-Venezia Giulia	X	X	X	X	
Liguria		X		X**	X
Emilia-Romagna		X		X	X**
Toscana		X	X	X	X
Umbria		X		X	X
Marche		X		X	X**
Lazio	X	X			X
Abruzzo		X			
Molise		X		X***	
Campania			X		X (RSA)*
Puglia					
Basilicata		X		X	
Calabria			X		X (RSA)* X****
Sicilia		X	X	X (RSA)*	X
Sardegna		X		X	

* Normativa concernente le sole tematiche indicate fra parentesi.

** Regolazione anche per strutture socioassistenziali.

*** Normativa non ancora in fase operativa.

Fonte: rielaborazione normativa regionale.

Il quadro sulla residenzialità ci mostra quindi una differenziazione tra i modelli d'intervento regionali sostanzialmente più complessa di quella registrata negli anni Settanta e Ottanta: sotto il profilo normativo le ultime legislature hanno permesso alle Regioni, quelle del Centro-Nord in genere prima e quelle del Sud successivamente, di uniformarsi a un quadro normativo che si va definendo, perlomeno riguardo alla regolazione delle strutture sociosanitarie.

3.4.2. La regolazione del sistema dei servizi e degli interventi domiciliari e territoriali

Per quanto concerne la domiciliarità le principali linee di tendenza registrate durante gli anni Novanta sono: il tentativo di ampliamento degli interventi territoriali; la definizione e il rafforzamento di servizi sociosanitari integrati; la discussione in merito all'introduzione di nuove forme di sostegno alle famiglie con anziani disabili in casa.

La legislazione sui servizi territoriali interessa praticamente tutte le Regioni e riprende nella sostanza quanto già normato nel corso degli anni Settanta e Ottanta. Alcune Regioni, come per esempio l'Emilia-Romagna, promuovono nuove leggi sugli anziani che in buona parte aggiornano il quadro normativo precedente, senza però scardinarlo. All'interno dei Piani sociali, sociosanitari e sanitari regionali della seconda parte degli anni Novanta e di periodi più recenti vengono nella sostanza ripresi gli obiettivi e gli strumenti d'intervento discussi ormai da alcuni decenni nel dibattito sulla deistituzionalizzazione del welfare locale (rafforzamento dell'assistenza domiciliare e in particolare dell'assistenza domiciliare integrata ecc.). Molti di questi testi operano quindi una sistematizzazione dei modelli d'intervento – ciò in particolare avviene a ridosso e nei periodi successivi all'introduzione della legge 328/2000), riproponendo sotto il profilo concettuale strumenti di azione "classici".

La TAB. 3.5 cerca di sintetizzare un insieme spesso molto ampio di normative regionali, dagli anni Novanta a oggi, inerenti alla pianificazione sociale (leggi di riordino, di recepimento della legge 328/2000, Piani sociali), a quella sociosanitaria (Piani sanitari e sociosanitari, leggi di riordino) e a nuovi provvedimenti sul tema specifico degli anziani.

Per quanto concerne il riordino del sistema socioassistenziale, le scelte regionali, in tema di programmazione e specificamente di predisposizione e approvazione dei Piani sociali, sono state eterogenee, mentre in merito alla legge 328/2000, a quattro anni di distanza dalla sua introduzione, si può notare come le esperienze regionali possano essere raggruppate in quattro aggregati:

- Regioni che hanno adottato strumenti di programmazione *forti* (Piani regionali o leggi) anticipatori della legge 328/2000; si tratta di istituzioni che hanno approvato testi anticipatori e sostanzialmente coerenti con quanto avrebbe stabilito la norma nazionale (Basilicata, Lazio, Marche, Provincia autonoma di Bolzano, Umbria, Abruzzo);
- Regioni che hanno adottato strumenti di programmazione *forti* (Piani regionali o leggi) di recepimento della legge 328/2000; si tratta di realtà che hanno realizzato propri Piani che esplicitamente si qualificano «in attuazione» della norma nazionale (Liguria, Lombardia, Sicilia, Tosca-

TABELLA 3.5
Riforme del sistema d'interventi sociosanitario e socioassistenziale a partire dagli anni Novanta

	Legge riordino assistenza	Interventi diretti ad anziani	Piano sociale	Piano sociosanitario	Piano sanitario
Piemonte	1995	1995 1997		2002	
Valle d'Aosta	2000	2002 (cure domiciliari)		2001	
Lombardia	1990	1997 1999*		2002	
Provincia di Bolzano	1991 1997	2001 (centri diurni)	1999		1999
Provincia di Trento	1991	1998	2002		2000
Veneto	In approvazione	1991 1998 (ADI)	In approvazione	1996	
Friuli-Venezia Giulia	1994 2000	1998		2001	
Liguria	1998 2001		1999 2000		
Emilia-Romagna	2003	1994 1999 (cure domiciliari)	2001** 2003		2000
Toscana	1997		2001 2002		1999
Umbria	1997		1999		2003

TABELLA 3.5 (segue)

	Legge riordino assistenza	Interventi diretti ad anziani	Piano sociale	Piano sociosanitario	Piano sanitario
Marche		1996 (disabilità)	2000		2003
Lazio	1996	2001 (integrazione sociosanitaria)	1999 2002		2002
Abruzzo		1997 (assistenza domiciliare)	1998 2002		1999
Molise	2000	1990 1999	2003		2002
Campania		2000 (assistenza domiciliare)	2001**	2002	
Puglia	2002	1994 (assistenza domiciliare)			2001
Basilicata	1997	1999 (ADI) 2001 (ADI)	1999		1996
Calabria	2002				2004
Sicilia					2000
Sardegna		2002 (ADI)	1999		1998

* Legislazione inerente alle politiche per la famiglia con indicazioni sulle forme di supporto alle famiglie con anziani non autosufficienti.

** Linee guida per redazione Piani di zona.

Fonte: rielaborazione normativa regionale.

na, Provincia autonoma di Trento, Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Puglia e Piemonte²);

– Regioni che hanno adottato strumenti di programmazione *leggeri* (linee guida, circolari) di recepimento della legge 328/2000; si tratta di Regioni che nei primi due anni della riforma hanno preferito una via di tipo incrementale orientata alla promozione della formulazione di Piani di zona sperimentali, supportando tale azione principalmente con circolari e linee guida (Campania);

– Regioni che *non* hanno adottato strumenti di programmazione in recepimento della legge 328/2000; sono quelle realtà regionali che non hanno adottato alcun documento programmatico significativo e che pertanto non hanno dato impulso ad alcun processo radicato sul territorio di programmazione locale (Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Molise, Sardegna, Veneto³).

Il quadro appena tratteggiato si delinea in modo più chiaro se si analizza nello specifico il ruolo regionale nella promozione e nella incentivazione dei processi di costruzione dei Piani di zona. Il Piano di zona rappresenta infatti lo strumento principale di programmazione delle politiche sociali territoriali previsto dalla legge 328/2000 a livello subregionale ed è una delle innovazioni più importanti promosse dal provvedimento.

Le Regioni in questo senso stanno procedendo con “stili” differenti. Tali stili sono individuabili a partire da due dimensioni: la velocità con la quale le Regioni si sono attivate per la realizzazione dei Piani di zona e l'accuratezza nello svolgere una funzione di accompagnamento dei territori per mettere questi ultimi nelle migliori condizioni al fine di avviare un processo innovativo rispetto alle precedenti modalità di programmazione delle politiche sociali (Formez, 2002).

È possibile individuare cinque profili di regolazione regionale della realizzazione dei Piani di zona:

1. Regioni con regolazione ad *alta* intensità: si tratta di realtà che hanno anticipato la realizzazione dei Piani di zona e pertanto la legge quadro (Toscana, Umbria), hanno già ampiamente concluso una prima tornata di Piani di zona e stanno avviandosi verso una seconda edizione di tali strumenti programmatici;
2. Regioni con regolazione a *discreta* intensità: si tratta di realtà che, dopo l'approvazione della legge 328/2000, hanno adottato tempestivamente le indicazioni della riforma, le hanno integrate con proprie linee d'indirizzo e hanno già approvato i primi Piani di zona (Emilia-Romagna, Campania, Liguria, Abruzzo);
3. Regioni con regolazione a *limitata* intensità: si tratta di istituzioni che, pur mostrando attenzione alla realizzazione dei Piani di zona tramite una serie di indirizzi per gli ambiti, hanno in realtà promosso un

processo di realizzazione lento e meno “accompagnato” (Lombardia, Marche, Lazio);

4. Regioni con regolazione *formale*: si tratta di realtà che, seppure in alcuni atti dichiarino formalmente di adottare quanto suggerito dalla legge 328/2000 in materia di Piani di zona, non hanno attivato alcun processo concreto per la predisposizione dei Piani stessi, né previsto a tal fine chiare scadenze (Piemonte), oppure hanno finora sostanzialmente ignorato quanto indicato dalla legge 328/2000 in ordine ai Piani di zona (Sardegna, Calabria, Valle d’Aosta, Molise, Province autonome di Trento e Bolzano, Puglia);

5. Regioni a *differente* regolazione: si tratta di realtà che, prima del 2000, hanno introdotto modelli di programmazione territoriale in campo sociale, basati però su criteri e principi in buona parte differenti da quelli indicati dalla legge 328/2000 (Veneto, Friuli-Venezia Giulia).

Inoltre tale ruolo di regolazione intensa (sia essa di grado alto, discreto o limitato) ha assunto nei vari contesti-regione due possibili forme, che ci permettono di inquadrare meglio le singole scelte operate:

a) Regioni con un ruolo di servizio e di stimolo degli enti locali: si tratta di quelle realtà che hanno assunto nei confronti degli ambiti una funzione di *service* e di promozione alla realizzazione dei Piani di zona, fondandosi su una logica di accompagnamento delle esperienze sperimentali nell’ottica del “costruire correggendo” (Toscana, Emilia-Romagna, Umbria, Liguria, Campania, Abruzzo, Marche), e spesso coinvolgendo in tale funzione enti intermedi (Province, ASL);

b) Regioni con un ruolo prescrittivo e d’indirizzo saldo: si tratta di quegli attori istituzionali che hanno assunto una funzione più prescrittiva, da un lato indicando alcuni criteri e contenuti da inserire nei Piani di zona, dall’altro esercitando controlli e verifiche per presidiare l’omogeneità delle scelte territoriali in coerenza con le direttive regionali; spesso in tale modello il ruolo degli enti intermedi è stato accantonato, oppure ha assunto più una funzione ispettiva e di controllo che di partnership (Lombardia e Lazio).

Tali due modelli presentano alcuni punti di forza e di debolezza, però diversamente allocati. Mentre il primo rischia di promuovere una regolazione regionale troppo lasca, che dà vita a forti difformità sul territorio, il secondo rischia di sacrificare la capacità di azione autonoma all’interno degli ambiti. Mentre infatti nel primo gruppo di Regioni le aggregazioni di Comuni si sentono probabilmente autonome nell’esercitare la funzione di programmazione, nel secondo percepiscono più vincoli e limiti nelle proprie scelte, con un insieme di conseguenze sotto il profilo della conflittualità interistituzionale.

Così come avvenuto negli anni Ottanta questa nuova generazione di programmazione e di riordino dei sistemi sociali regionali è stata im-

portante perché ha offerto un nuovo quadro di riferimento alle politiche in favore degli anziani, per esempio con l'introduzione dei livelli essenziali di assistenza (sociale) e la programmazione all'interno degli ambiti territoriali.

Vista la natura dei bisogni nel campo della non autosufficienza, gli anni Novanta fino ai periodi più recenti sono stati importanti anche per la nuova regolazione offerta in campo sanitario e soprattutto sociosanitario. Praticamente tutti i contesti considerati nel corso delle ultime tre legislature regionali hanno infatti promosso almeno un Piano sanitario o socio-sanitario, spesso ben più di uno (per esempio in Valle d'Aosta, Lombardia, Marche, Calabria). La rilevanza di questi Piani sta nell'aver previsto specifiche modalità d'intervento riservate agli anziani non autosufficienti, riprendendo spesso quanto riportato nei Piani sanitari nazionali, a partire dal primo del 1994, di cui si è discusso nel CAP. 2 dedicato alle politiche a livello di Stato centrale. Una parte della normazione regionale dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), delle strutture (semi)residenziali e dell'integrazione sociosanitaria è quindi contenuta in questi provvedimenti.

Spesso le previsioni in merito agli interventi domiciliari sono ulteriormente specificate in apposite leggi o in decreti prodotti proprio con l'obiettivo di aggiornare la normativa regionale in tema di cura degli anziani: 15 delle 20 Regioni italiane elaborano infatti nel corso degli anni Novanta legislazioni specifiche in tal senso, mentre le restanti 5 (Liguria, Toscana, Umbria, Calabria e Sicilia) regolano la materia tramite Piani e leggi di riordino sociali e sanitari. La normativa in genere si occupa di come articolare il sistema degli interventi, dando particolare rilievo alla tematica dell'integrazione sociosanitaria nei servizi di tipo territoriale e domiciliare. Sotto il profilo temporale sono il Veneto (1991) e l'Emilia-Romagna (1994) a proporre una nuova generazione di normative in tal senso, seguiti poi da altre Regioni nel corso della VI legislatura regionale (1995-2000).

Tale legislazione sugli anziani, accompagnata poi da norme più specifiche negli anni recenti e nell'attuale legislatura regionale, si focalizza, oltre che sull'ADI e sulla rete dei servizi, su quattro innovazioni che differenziano in maniera sostanziale le varie esperienze regionali e che soprattutto mettono in luce gli orientamenti di alcuni contesti:

- a) l'introduzione di nuovi strumenti di mercato sociale e di sostegno alla famiglia;
- b) la coniugazione di politiche per la cura con politiche sociali più in generale, in particolare migratorie;
- c) l'introduzione di politiche più focalizzate nel campo della cura e dell'assistenza ai malati di Alzheimer;
- d) la promozione di nuovi strumenti di tutela e di finanziamento della non autosufficienza.

3.4.3. L'introduzione di strumenti di mercato sociale

La prima innovazione è quella che nel campo dei servizi territoriali riscuote relativamente maggior diffusione a cavallo fra seconda parte degli anni Novanta e prima parte degli anni Duemila. Le Regioni si trovano nell'ultimo quindicennio a doversi confrontare con una domanda crescente di cura, a cui però si accompagnano da un lato la volontà di continuare a proporre modelli d'intervento sempre più fondati sulla deistituzionalizzazione, dall'altro una diminuita capacità della famiglia di accudire i propri membri fragili. Il trasferimento di risorse direttamente alle famiglie da parte delle Regioni diventa una modalità per sostenere lo sforzo di tali nuclei, favorendo la permanenza a domicilio dell'anziano e ritardando quindi, o evitando, il ricorso alle strutture residenziali.

Tale modalità d'intervento sorge all'inizio del decennio passato in alcune aree della Terza Italia⁴ (Provincia di Bolzano nel 1988, Regione Veneto nel 1991, Emilia-Romagna nel 1994, Toscana nel 1995), diffondendosi poi, soprattutto in anni più recenti, in buona parte del Centro-Nord.

In particolare è alla fine della scorsa legislatura regionale e soprattutto nella prima parte dell'attuale che le istituzioni disciplinano tale strumento: delle 13 realtà, di cui due Province, che hanno introdotto questo intervento la metà ha prodotto una normativa in merito nell'attuale legislatura e altre 4 lo fecero nella seconda parte della scorsa legislatura.

I provvedimenti relativi a questo tipo d'intervento differenziano molto a livello complessivo il Centro-Nord dal Sud (cfr. TAB. 3.6): con l'eccezione delle Marche, che stavano comunque predisponendo uno strumento in tal senso nel 2004, tutte le Regioni di quest'area del paese hanno promosso una legislazione in merito. Sono invece solamente due le Regioni del Sud (Calabria e Sicilia) ad aver varato questa forma di supporto alle famiglie.

Accanto a questa prima differenziazione fra le varie realtà se ne possono formulare due ulteriori.

La prima concerne le caratteristiche dello strumento utilizzato. I trasferimenti di risorse direttamente alle famiglie possono infatti prendere due differenti forme: quella della concessione di risorse monetarie senza vincolo di destinazione e senza alcun meccanismo di rendicontazione della spesa effettuata; quella della concessione di risorse monetarie alle famiglie da parte dell'ente pubblico, prevedendo però che i nuclei spendano all'interno di circuiti di fornitori accreditati i trasferimenti ricevuti per l'acquisto di prestazioni di cura. Riprendendo una terminologia già utilizzata altrove (Pavolini, 2002), queste due forme possono essere definite «sostegni economici non vincolati» e «sostegni economici vincolati». La maggioranza delle Regioni ha optato per il primo tipo di stru-

mento che assomiglia sotto molti punti di vista all'indennità di accompagnamento erogata a livello nazionale (cfr. TAB. 3.6): in genere la normativa regionale definisce tale intervento assegno di cura, anche se talvolta la terminologia cambia fra le varie Regioni. Meno diffuso appare invece il secondo tipo di strumento, per ora introdotto in Lombardia, Liguria ed Emilia-Romagna. In questi casi inoltre l'intervento considerato appare ancora in forma sperimentale (Liguria), semisperimentale (Lombardia) o con caratteri che lo fanno assomigliare a una modalità intermedia di prestazione fra sostegno economico vincolato e non vincolato (Emilia-Romagna). Nelle legislazioni regionali a tal proposito si parla in genere di voucher e assegno servizi.

La seconda distinzione fra gli schemi regionali concerne il loro effettivo peso relativo rispetto alla rete dei servizi già sperimentati (cfr. TABB. 3.6-3.7). In alcuni contesti infatti, visti il ridotto numero di utenti coperto e/o il profilo molto specifico dei beneficiari individuati, risulta abbastanza chiaro come l'assegno di cura o il voucher in realtà sia strumento che incide in un insieme limitato di casi. I programmi adottati in 5 delle 13 realtà locali analizzate si possono definire *deboli*, intendendo il termine proprio nel senso appena indicato.

Ciò riguarda innanzitutto le due realtà del Sud (Sicilia e Calabria), visto che per ora la normativa da un lato si è limitata a prevedere forme d'intervento solo per anziani non autosufficienti totalmente immobili a letto, dall'altro ha lasciato una forte discrezionalità nell'implementazione ai Comuni, in merito sia alla valutazione circa la bontà di un ricorso a tale strumento sia alle caratteristiche da far assumere allo stesso.

Accanto a queste due Regioni del Sud possiamo porne due del Nord-Ovest: Piemonte e Valle d'Aosta.

Il Piemonte ha introdotto nel suo ordinamento lo strumento dell'assegno di cura, finanziabile sui fondi regionali destinati al potenziamento dell'assistenza domiciliare. La normativa regionale prevede limiti di reddito e prestazioni graduate in base al livello di gravità dell'utente, ma nella sostanza lascia alla discrezionalità degli enti locali la decisione in merito all'attivazione del programma (finanziabile appunto solo su progetto) e, nel caso, a una sua più puntuale regolazione e implementazione.

La Valle d'Aosta si differenzia dai casi precedenti, avendo varato uno strumento di supporto monetario alle famiglie che non prevede limiti di reddito per poterne beneficiare e che ammonta a circa 516 Euro all'anno. Il programma è di per sé già ben strutturato, essendo stato introdotto nel 1998, ma rimane comunque d'impatto limitato non tanto per il livello di copertura assicurato quanto per il modesto importo mensile dello stesso (circa 40 Euro), che lo rende una forma di supporto alle famiglie molto leggera.

Le restanti Regioni hanno adottato o stanno invece adottando modelli d'intervento ben più robusti. In particolare è buona parte della Terza Italia quella che sembra aver intrapreso in maniera più sostenuta la via del supporto alle famiglie all'interno di un modello d'integrazione della rete dei servizi. Le due Province del Trentino-Alto Adige, il Friuli-Venezia Giulia, il Veneto e l'Emilia-Romagna si caratterizzano per normative che prevedono forme di regolazione molto puntuali e diversificate, oltre che per una diffusione assolutamente non trascurabile dello strumento nella popolazione anziana.

Tranne che nelle due Province autonome, negli altri casi vengono stabiliti limiti di reddito scaglionati a seconda della numerosità del nucleo familiare (cfr. TAB. 3.7). Le normative di queste amministrazioni provinciali e regionali prevedono inoltre una differenziazione dell'importo dell'assegno a seconda della gravità della situazione:

- la Provincia di Bolzano determina un importo graduato tale da comportare un valore mensile minimo di 413 Euro e uno massimo di 620;
- la Provincia di Trento individua due livelli con importi massimi mensili rispettivamente pari a circa 630 e 1.100 Euro;
- il Friuli-Venezia Giulia lascia più spazio discrezionale ai Comuni, prevedendo comunque da un lato che l'importo non superi il 60 per cento del costo medio di una retta in casa di riposo, dall'altro che il programma individuale venga approvato dall'Unità di valutazione distrettuale (UVD);
- l'Emilia-Romagna gradua l'intervento su tre livelli con importi mensili oscillanti fra i 220 Euro circa del primo livello e i 465 del terzo; la gestione dell'assegno prevede una struttura pubblica di supervisione e di tutoraggio, definita Servizio assistenza anziani (SAA), con la presenza di una figura di «responsabile del caso» (L.R. 5/1994);
- il Veneto, partito nel 1991 con un assegno di cura, il cui importo standard è attualmente pari a circa 310 Euro, ha di fatto introdotto un secondo livello, prevedendo un assegno mensile di circa 516 Euro specificamente pensato per il supporto a famiglie con malati di Alzheimer; il Veneto inoltre si caratterizza per l'aver previsto e recentemente disciplinato altri strumenti quali un assegno per gli assistenti familiari e un buono servizio per il pagamento del costo delle rette per il ricovero temporaneo in strutture residenziali socioassistenziali e sociosanitarie; questa Regione infine si distingue dalle altre per il fatto che l'assegno di cura ha un importo mensile indicativo di 310 Euro, come sopra indicato, che però può essere ridotto se il numero delle richieste eccede le risorse destinate allo stesso, anche se fino a oggi tale situazione non si è verificata.

TABELLA 3.6

Diffusione regionale di strumenti di supporto alle famiglie con anziani non autosufficienti (assegni di cura e voucher; anni Ottanta-Duemila)

	Modalità di regolazione regionale		Tipologia programma
	Sostegni economici non vincolati	Sostegni economici vincolati	
Piemonte	Programma debole recente (2001)	-	Assegno di cura quale progetto finanziabile fra quelli di potenziamento dell'assistenza domiciliare (D.G.R. 6-39/8/2001)
Valle d'Aosta	Programma debole consolidato (1998)	-	Voucher annuale (L.R. 44/1998)
Lombardia	Programma forte recente (buoni, 2000-2002)	Programma forte recente (voucher, 2002-2003)	Buoni sociali, voucher sociali e voucher sociosanitari (D.G.R. 2857/2000; 9379/2002; 7955/2002)
Trentino-Alto Adige	Programma forte consolidato (1988, Bolzano; 1998, Trento)	-	Assegno di ospedalizzazione a domicilio (L.P. Bolzano 33/1988)
Veneto	Programma forte consolidato (1991 ss.)	-	Assegno di cura (L.P. Trento 6/1998)
Friuli-Venezia Giulia	Programma forte consolidato (1998 ss.)	-	Assegno di cura, buono servizio, assegno di sollievo, assegno di cura Alzheimer (L.R. 28/1991; 5/2001; D.G.R. 1513/2001; 3960/2001; 3630/2002)
Liguria	-	Programma forte recente (2002)	Assegno di cura e assistenza (L.R. 10/1998; D.G.R. 1241/2002)
Emilia-Romagna	Programma forte strutturato (1994 ss.)	-	Assegno servizi (D.G.R. 1317/2002; 1697/2002)
Toscana	Programma semiforte consolidato (1995, 1997)	-	Assegno di cura (L.R. 5/1994; D.G.R. 1377/1999)
			<i>Norme a favore della popolazione anziana non autosufficiente</i> (L.R. 108/1995)
			Aiuti economici a famiglie con anziani a domicilio (L.R. 72/1997)

TABELLA 3.6 (segue)

	Modalità di regolazione regionale		Tipologia programma
	Sostegni economici non vincolati	Sostegni economici vincolati	
Umbria	Programma forte recente (2001)	-	Assegno di cura (D.G.R. 1789/2001)
Marche	-	-	-
Lazio	-	-	-
Abruzzo	-	-	-
Molise	-	-	-
Campania	-	-	-
Puglia	-	-	-
Basilicata	-	-	-
Calabria	Programma debole recente (2002)	-	Contributi a favore di nuclei familiari (D.G.R. 811/2002)
Sicilia	Programma debole recente (2002)	-	Contributi a favore di nuclei familiari (D.A. 2 luglio 2002)
Sardegna	-	-	-

Caratteristiche utenza anziana non autosufficiente		Prestazioni economiche		Altre caratteristiche		N. utenti
	Limiti di reddito	Graduate sul livello di gravità utente		Forse discrezionalità nell'attivazione e nell'implementazione lasciata ai Comuni		
Piemonte	Nessun vincolo di reddito	Voucher annuale di valore massimo ca. 516 Euro				
Valle d'Aosta						
Lombardia						
Buono sociale	- Limiti di reddito - Over 75	Sostegno economico in denaro alla famiglia		- Discrezionalità nell'implementazione lasciata ai Comuni con alcuni vincoli regionali		
Voucher sociale	- Limiti di reddito - Over 75	Sostegno economico non in denaro alla famiglia		- Contributo per <i>caregiver</i> non professionale - Discrezionalità nell'implementazione lasciata ai Comuni con alcuni vincoli regionali - Contributo per acquisto da <i>caregiver</i> professionale		
Voucher socio-sanitario	Nessun vincolo di reddito	Tre livelli su base gravità (362, 619, 646 Euro)		Acquisto prestazioni socio-sanitarie di ADI da soggetti accreditati, pubblici e privati		
Provincia di Bolzano	Nessun vincolo di reddito	Graduato su livello gravità utente con valore mensile minimo ca. 413 Euro e massimo 620				2.500 (4,3)* (2.000)**
Provincia di Trento	Nessun vincolo di reddito	Graduato su due livelli ciascuno con valore giornaliero massimo 20,66 e 36,15 Euro				

TABELLA 3.7 (segue)

	Caratteristiche utenza anziana non autosufficiente	Prestazioni economiche	Altre caratteristiche	N. utenti
Veneto				
Assegno di cura	Limiti di reddito (reddito annuo individuale o familiare non superiore 7.230 o 33.500 Euro)	Contributo mensile ca. 310 Euro, diminubile in base a n. richieste da soddisfare	Somma destinata a pagamento costo ricovero temporaneo in strutture residenziali (RSA, casa di riposo)	8.500 (0,8)* (2002)**
Buono servizio	Limiti di reddito		Percorso per famiglie con persone affette da Alzheimer	
Assegno Alzheimer	Limiti di reddito	Contributo mensile ca. 516 Euro	Riservato a famiglie con contratto di lavoro regolare per assunzione assistente familiare	
Assegno assistenti familiari	Limiti di reddito		– Discrezionalità nell'implementazione lasciata ai Comuni	
Friuli-Venezia Giulia	Limiti di reddito (reddito annuo individuale o familiare non superiore 16.525 o 28.850 Euro)	Variabilità sulla base delle scelte dei Comuni ma importo non superiore 60% costo medio casa di riposo	– Approvazione da parte UVD	
Liguria		Valore annuo variabile compreso fra 775 e 5.170 Euro	L'assegno permette l'acquisto di servizi di aiuto domestico e assistenza tutelare presso operatori specializzati o persona di fiducia assunta	
Emilia-Romagna	Limiti di reddito (reddito annuo di famiglie con 2, 3, 4, 5 o più persone non superiore ca. 25.800, 31.500, 36.670 e 41.317 Euro)	– Tre livelli su base gravità (da 7,23 a 15,49 Euro al giorno) – Riduzione 50% assegno in caso percepimento indennità accompagnamento	Presenza struttura di supervisione e supporto (UVG, SAA e «responsabile di caso» per gestione assegno di cura	8.000 (0,9)* (2002)**

TABELLA 3.7 (segue)

	Caratteristiche utenza anziana non autosufficiente	Prestazioni economiche	Altre caratteristiche	N. utenti (03)* (2002)**
Toscana	Forte discrezionalità nell'attivazione e nell'implementazione lasciata ai Comuni	Forte discrezionalità nell'attivazione e nell'implementazione lasciata ai Comuni	Forte discrezionalità nell'attivazione e nell'implementazione lasciata ai Comuni	
Umbria	– Limiti di reddito – Over 80 (deroga per over 65 se in lista attesa per strutture residenziali)	Contributo economico mensile ca. 418 Euro	Gestione tramite Distretti sanitari rivolta primariamente a ospiti in strutture residenziali per favorire rientro in famiglia	(03)* (2002)**
Calabria	Persone totalmente immobili a letto	Forte discrezionalità nell'attivazione e nell'implementazione lasciata ai Comuni	Forte discrezionalità nell'attivazione e nell'implementazione lasciata ai Comuni	
Sicilia	Persone totalmente immobili a letto	Forte discrezionalità nell'attivazione e nell'implementazione lasciata ai Comuni	Forte discrezionalità nell'attivazione e nell'implementazione lasciata ai Comuni	

* % anziani che usufruisce dell'intervento.

** Anno riferimento dati.

A questo gruppo di Regioni possiamo in parte aggiungere la Toscana, realtà che già dal 1995 ha introdotto uno schema di «assegni di assistenza indiretta», simile a quello presente nelle aree appena indicate, grazie alla L.R. 108/1995, poi integrata dalla L.R. 72/1997. La Toscana ha nella sostanza offerto una cornice molto ampia per le scelte di regolazione e di gestione dell'intervento da parte degli enti locali. Ciò ha comportato un andamento differenziato nel tempo nell'impiego di tale strumento a livello subregionale: se nel 1996, anno di prima sperimentazione dell'assegno, il numero di beneficiari anziani era pari a circa lo 0,8 per cento della popolazione anziana (Presidenza del Consiglio dei ministri, 2000), nel 2002 tale valore è sceso allo 0,3 per cento, in controtendenza rispetto al resto delle esperienze appena riportate.

Il livello di copertura assicurato da questi interventi, espresso in termini di famiglie interessate, è infatti rilevante: in provincia di Bolzano ha usufruito di tale strumento in questi ultimi anni circa il 4,3 per cento degli anziani, in Veneto lo 0,8 e in Emilia-Romagna lo 0,9.

Accanto a queste Regioni ve ne sono infine altre tre (Umbria, Liguria e Lombardia) che presentano un quadro ulteriormente differenziato. L'Umbria e la Liguria si caratterizzano per aver varato solo recentemente programmi del tipo qui analizzato, rispettivamente nel 2001 e nel 2002, approntando però un sistema d'intervento ben robusto: l'Umbria garantisce un contributo mensile pari a circa 418 Euro agli anziani con almeno 80 anni (prevedendo però deroghe anche per chi ne ha 65) ospiti di strutture residenziali, con l'obiettivo di facilitare il loro rientro in famiglia; la Liguria ha introdotto invece un sistema di voucher con un valore variabile annuo compreso fra 775 e 5.170 Euro per l'acquisto di servizi di aiuto domestico e di assistenza tutelare presso operatori specializzati o persone di fiducia.

La Lombardia infine rappresenta in buona sostanza un caso a sé visto che ha introdotto solo nel 2000 strumenti di sostegno diretti alle famiglie con anziani⁹, ma contemporaneamente l'opzione di prevedere tali interventi si è trasformata nel tempo in uno dei pilastri della riforma del welfare regionale: dopo alcuni anni di sperimentazione, la Regione ha infatti messo dal 2003 a regime tre strumenti differenti (il buono sociale, il voucher sociale e il voucher sociosanitario) che si presentano come modalità operative con una regolazione specifica di cui forse il più rilevante è il terzo, poiché, a differenza di quanto avvenuto in tutte le altre realtà italiane, interessa prestazioni non sociali ma sociosanitarie e prevede tre livelli di gravità, accesso non basato su vincoli di reddito e importi medi mensili pari rispettivamente a 362, 619 e 646 Euro.

3.4.4. L'impostazione del sistema d'interventi futuri fra reperimento fondi, personalizzazione delle prestazioni e integrazione fra politiche differenti

Accanto all'implementazione di forme di supporto alla famiglia tramite assegni di cura o voucher, soprattutto a partire dall'attuale legislatura si affacciano in sede regionale proposte e innovazioni che riguardano tre tematiche: la coniugazione di politiche per la cura con politiche sociali più ampie, in particolare migratorie e del mercato del lavoro; l'introduzione di politiche più focalizzate nel campo della cura e dell'assistenza ai malati di Alzheimer; la promozione di nuovi strumenti di tutela e di finanziamento della non autosufficienza. Sono numericamente molto limitate le esperienze che vanno nelle direzioni qui indicate e in buona parte appartenenti tutte alla stessa area geografica, la Terza Italia.

Un primo tema importante è quello delle fonti di finanziamento. Due Regioni e, soprattutto le due Province autonome, hanno maggiormente elaborato tale materia in testi che per ora sono al vaglio dei rispettivi organi consiliari o sono ancora in fase di dichiarazione di principio.

L'Emilia-Romagna nella sua legge di riordino del welfare (L.R. 3/2003) ha previsto l'istituzione di un Fondo per la non autosufficienza che finanzia le prestazioni e i servizi socioassistenziali e sociosanitari, non sostitutivi di quelli sanitari, le cui fonti di finanziamento sono: il Fondo sociale regionale, quello sanitario, «risorse statali finalizzate, ulteriori risorse regionali provenienti dalla fiscalità generale, eventuali risorse di altri soggetti» (art. 50).

Un passo ugualmente significativo è contenuto nel nuovo Piano sociosanitario veneto 2003-2005 che prevede un fondo regionale obbligatorio, non facoltativo – altrimenti «i costi a carico dei cittadini [...] [in questa ultima] soluzione sarebbero sostenibili solo da una parte limitata della popolazione, con conseguente inefficacia ai fini di una copertura diffusa dai rischi di non autosufficienza» –, a gestione regionale, in modo tale da permettere

una maggiore integrazione con le risposte di cura già previste per le persone non autosufficienti a livello locale [...] sia tecnicamente che politicamente, la sperimentazione di una quota del fondo destinata alla solidarietà intercomunale, che tutelerebbe soprattutto i piccoli comuni dal rischio di non sostenibilità economica per coprire la domanda assistenziale di persone non autosufficienti a basso reddito.

Nella fase di avvio il Piano considera un parametro di minima per determinare il numero di persone beneficiarie, rappresentato dal numero di beneficiari dell'indennità di accompagnamento a seguito di valuta-

zione di non autosufficienza anche se non tutti sarebbero candidati a riceverne le prestazioni. È inoltre stabilita la confluenza dei fondi per l'indennità di accompagnamento (300 milioni di Euro) nel nuovo fondo, assieme a una stima di quanto già mediamente spendono i Comuni (85 milioni di Euro), in modo tale da prevedere un fabbisogno annuo aggiuntivo di circa 323 milioni di Euro. L'erogazione contempla prestazioni non solo sociali ma anche sociosanitarie quali l'ADI, l'assegno di cura, programmi riabilitativi, prestazioni in regime semiresidenziale nella fase di lungo-assistenza, prestazioni di semiresidenzialità sociosanitaria presso i centri diurni e di residenzialità sociosanitaria.

Il Veneto, se continuerà lungo questa strada, proporrà quindi un modello di fondo sociosanitario più che sociale.

Accanto a quelle appena indicate, le altre esperienze importanti finora in termini di finanziamento innovativo per raccogliere fondi per la non autosufficienza e di grado di elaborazione della normativa sono quelle delle due Province autonome del Trentino-Alto Adige. Entrambe prevedono infatti l'istituzione di un fondo provinciale per la non autosufficienza, con le seguenti caratteristiche⁶:

- a) contributo obbligatorio versato annualmente da parte di tutti i residenti, cui si aggiungono stanziamenti specifici provinciali e altre somme derivanti da contributi statali e regionali, nonché lasciti e donazioni;
- b) esclusione dall'obbligo di contribuzione per i minorenni, i componenti del nucleo familiare a carico, le persone al di sotto di una certa fascia di reddito e, nel caso di Bolzano, i non autosufficienti;
- c) previsione di un fondo di riserva (denominato «fondo di garanzia»), alimentato da una quota dell'ammontare delle assegnazioni provinciali con l'obiettivo di assicurare nel tempo i crescenti bisogni di spesa legati all'aumento nel numero degli utenti, ai costi delle prestazioni e all'aggravarsi delle condizioni medie di non autosufficienza.

All'interno di questo quadro i due modelli provinciali si differenziano sotto i profili dei criteri di determinazione del contributo, dell'ente gestore e delle prestazioni erogate:

- la Provincia di Trento stabilisce una graduazione della contribuzione sulla base della condizione economica del soggetto, per una cifra comunque non superiore ai 300 Euro annui; l'ente gestore designato è l'Agenzia provinciale per l'assistenza e la previdenza integrativa; in termini di prestazioni si prevede la scelta da parte dell'utente fra un'erogazione in denaro, destinata alla cura domiciliare, il pagamento della spesa sostenuta da terzi per l'erogazione di prestazioni, l'assegnazione di buoni servizio per l'acquisto di prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali; la somma erogata varia a seconda del livello di non autosufficienza, all'interno di un modello articolato su tre livelli;

– la Provincia di Bolzano prevede invece una quota fissa di 180 Euro all'anno; l'ente gestore individuato può essere l'amministrazione provinciale stessa, con una gestione speciale fuori bilancio, oppure l'Istituto autonomo provinciale per la previdenza e le assicurazioni; si prevede l'erogazione di un assegno in denaro il cui importo è dipendente dal grado di bisogno (anche in questo caso sono applicati tre livelli) e dal tipo di assistenza (domiciliare, ambulatoriale e semiresidenziale, residenziale).

La ricerca di meccanismi di finanziamento nel campo dell'assistenza per i non autosufficienti si accompagna in questi ultimi due anni ad altre due tematiche: la regolazione del mercato sommerso della cura e l'intervento territoriale nel campo delle demenze e dell'Alzheimer.

I progetti più rilevanti in entrambe le tematiche sono stati promossi dall'Emilia-Romagna e dal Veneto, cui si sta aggiungendo, per ora in via sperimentale, la Regione Marche per quanto riguarda il primo aspetto e la Toscana e la Lombardia per il secondo.

Il Veneto ha promosso nel 2003 un «assegno assistenti», riservato al supporto alle famiglie con un contratto di lavoro, pensato proprio nell'ottica di far emergere rapporti lavorativi non regolari nel campo della cura.

L'Emilia-Romagna ha promosso negli ultimi anni un pacchetto di interventi a favore della regolarizzazione del lavoro di cura, fra cui l'allocatione di finanziamenti agli enti locali per progetti nell'area anziani e disabili con l'obiettivo della «qualificazione lavoratori stranieri con funzioni di cura» (D.G.R. 2395/2003).

Le Marche hanno avviato un progetto pilota «assegno badanti» (D.G.R. 1708/2004), per ora limitato ad alcune realtà territoriali della regione, che si pone l'obiettivo di regolare e tutelare il mercato del lavoro sommerso della cura, da un lato qualificando i lavoratori e regolarizzando la loro posizione contrattuale, dall'altro sostenendo le famiglie con problemi di cura.

Ugualmente rilevanti sono infine lo sviluppo e lo sforzo finanziario del Veneto e dell'Emilia-Romagna nel campo della costruzione di progetti di assistenza territoriale per le demenze e l'Alzheimer. Queste scelte rappresentano bene il tentativo di rimodulare e personalizzare gli interventi territoriali verso la non autosufficienza alla luce di un tipo di utenza disabile molto specifico e diverso da quello cronico-degenerativo.

In quest'ottica il progetto regionale demenze emiliano-romagnolo è probabilmente il programma più completo di intervento sistemico a livello nazionale. Esso prevede infatti una serie molto articolata di obiettivi, azioni e strumenti di valutazione che va dal garantire una diagnosi adeguata e tempestiva (con azioni di supporto e formazione diffusa dei medici generici e la creazione di una rete di consultori per le demenze) al mantenimento a domicilio degli anziani colpiti da sindromi demen-

ziali e all'adeguamento e specializzazione della rete dei servizi per la presa in carico di questo tipo di utenti – una parte consistente del modello di assegno di cura emiliano-romagnolo è nella sostanza riservato a questo tipo di utenza.

Il Veneto ha scelto invece la strada, già in precedenza accennata, di creare un apposito strumento «assegno di cura Alzheimer» per favorire il mantenimento a domicilio di persone colpite da demenza senile.

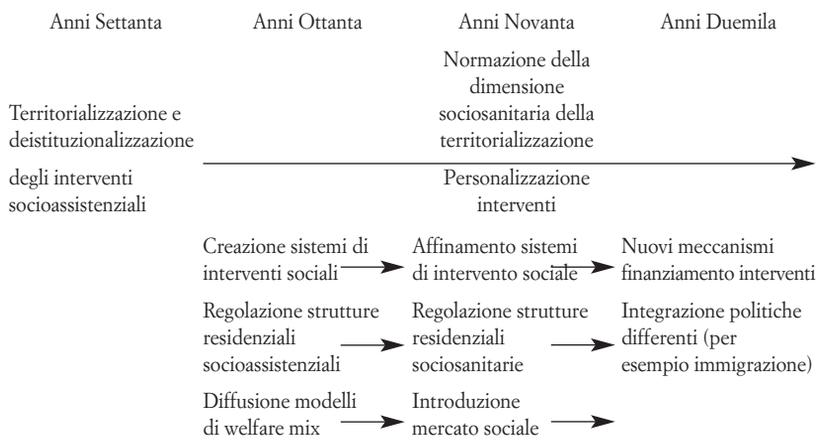
La Toscana e la Lombardia hanno infine introdotto sperimentazioni a supporto della domiciliarità e della formazione degli operatori che si occupano di casi di demenza attraverso finanziamenti e progetti specifici contenuti nei relativi Piani socio-sanitari e sociali.

3.5 Conclusioni

La strada percorsa dalle Regioni italiane in oltre trent'anni nel campo dell'assistenza a persone anziane non autosufficienti è inquadrabile all'interno di alcune fasi temporali che scandiscono le priorità nel corso dei decenni dagli anni Settanta fino a oggi (cfr. FIG. 3.1).

FIGURA 3.1

Tematiche oggetto delle innovazioni normative regionali (anni Settanta-Duemila)



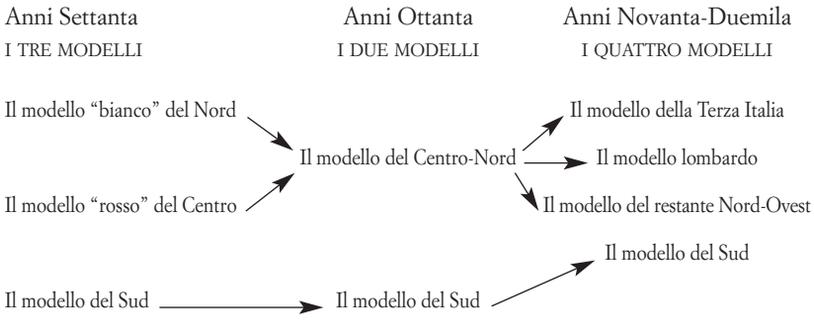
Se gli anni Settanta sono il periodo in cui innanzitutto si discute e si creano normative relative alla territorializzazione degli interventi e gli anni Ottanta quello della prima creazione di sistemi regionali di welfare con un'attenzione alla qualità delle strutture residenziali, dagli anni Novan-

ta, a seguito anche della crescita quantitativa della domanda da parte di persone non autosufficienti, diventa sempre più rilevante una serie di tematiche intrecciate fra loro: integrazione sociosanitaria e regolazione di modelli di mercato sociale, realizzazione di sistemi pubblici avanzati nel campo dei servizi sociali, personalizzazione degli interventi e forme di supporto all'autonomizzazione delle famiglie e degli utenti. Gli ultimi anni mostrano come le tematiche dell'integrazione fra politiche differenti e soprattutto del reperimento di fondi aggiuntivi per assicurare una maggiore copertura della domanda sociale stiano diventando il nuovo terreno di innovazione normativa su cui le Regioni si stanno misurando e si misureranno.

Dato questo insieme di tematiche oggetto delle innovazioni regionali in differenti fasi (FIG. 3.1), si può tentare in conclusione di questo capitolo di comprendere se nel corso di un trentennio si sia verificato un processo di convergenza o meno nell'impostazione e nel livello di normazione promossi dalle singole realtà territoriali.

L'analisi proposta nel presente capitolo indica come sia difficile adottare una visione unilineare del processo di convergenza/divergenza regionale durante gli ultimi 30-35 anni (cfr. FIG. 3.2).

FIGURA 3.2
Processi di convergenza/divergenza nelle innovazioni normative regionali (anni Settanta-Duemila)



Secondo la ricostruzione di Fargion (1997), su cui in questa sede si con- corda, gli anni Settanta avevano visto all'opera tre sistemi territoriali di politiche sociali per gli anziani: due nel Centro-Nord, uno legato alla subcultura "rossa", incentrato sul ruolo del Comune, l'altro legato alla subcultura "bianca", più attento all'equilibrio fra pubblico e privato e con un ruolo rilevante delegato a quest'ultimo nella gestione dei servizi; entrambi questi sistemi territoriali condividevano però un approccio ba-

sato sull'innovazione e sulla territorializzazione degli interventi che invece mancava nel terzo, quello delle Regioni del Sud Italia, dove invece gli anni Settanta rappresentano un periodo di ristagno nell'attività normativa sul versante degli anziani non autosufficienti.

Gli anni Ottanta sanciscono un avvicinamento nell'impostazione delle politiche fra i due sistemi territoriali del Centro-Nord, quello "bianco" e quello "rosso", che iniziano a influenzarsi a vicenda tentando di dar risalto sia alla dimensione della regolazione istituzionale sia a quella della partecipazione della società civile e del terzo settore al sistema dei servizi sociali. Il Sud mantiene invece una più limitata capacità di innovazione e nel decennio in oggetto si concentra su tematiche affrontate 5-10 anni prima nel resto del paese, mostrando quindi un ritardo regolativo per certi versi consistente.

Alla luce di tali processi possiamo considerare gli anni Novanta e quelli più recenti come il periodo in cui il Sud recupera terreno e riduce le distanze rispetto al Centro-Nord mentre quest'ultimo sviluppa ulteriormente un proprio modello omogeneo d'intervento? La risposta che emerge dall'analisi condotta in questo capitolo sembra essere solo parzialmente positiva per ragioni sotto certi profili inaspettate:

a) la rincorsa delle Regioni meridionali verso il resto del paese si verifica e le distanze in termini di normazione si attenuano anche se in parte restano rilevanti; se ormai tutte le Regioni si dotano di Piani sociosanitari o sanitari e hanno introdotto in buona misura riforme anche nel campo del sistema dei servizi sociali, quelle del Sud hanno fatto registrare alcune difficoltà in più nel percorrere la strada della regolazione delle forme di accreditamento e soprattutto delle forme di sostegno, di personalizzazione e di spinta all'autonomizzazione degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie;

b) l'ultimo quindicennio sembra sancire una nuova polarizzazione all'interno del Centro-Nord, polarizzazione che avviene secondo linee solo in parte ricollegabili a tratti culturali-ideologici tradizionali e alle relative subculture; emerge, seppur con alcuni distinguo rilevanti che verranno sottolineati nei prossimi capitoli, un modello della Terza Italia caratterizzato da una forte propensione a innovare (si pensi alle forme di sostegno alle famiglie con persone affette da demenze, all'introduzione del mercato sociale, ai tentativi di sviluppare sistemi finanziari innovativi di copertura dei bisogni dei non autosufficienti, alla tematica dell'emersione del lavoro di cura sommerso), ormai da un decennio, tentando di innestare questi nuovi indirizzi all'interno di schemi d'intervento consolidati; tale modello appare più forte e soprattutto ancorato all'asse emiliano-veneto e delle altre aree del Nord-Est (Province autonome e Friuli-Venezia Giulia), mentre le rimanenti Regioni del Centro mostra-

no una volontà e capacità innovative, seppur rilevanti, in particolare nel caso della Toscana, più limitate (Umbria e Marche);

c) accanto al modello della Terza Italia si delinea un modello lombardo in cui l'attenzione sembra per ora concentrarsi sulla costruzione delle precondizioni per il funzionamento di un sistema forte di mercato sociale attraverso il quale l'ente pubblico trasferisce una fetta consistente del proprio potere regolativo alle famiglie e ai privati; finora la Lombardia è l'unica Regione in Italia che ha introdotto su vasta scala il voucher sociosanitario, nella sostanza impiegando tale strumento come principale e unica forma di ADI, e ha investito molto sulle modalità di accreditamento delle strutture sociosanitarie (RSA, CDI ecc.);

d) le restanti Regioni del Nord-Ovest (Liguria, Piemonte e Valle d'Aosta) sembrano invece porsi maggiormente lungo il solco degli anni Settanta e Ottanta basato sul rafforzamento incrementale dei servizi sociosanitari e socioassistenziali territoriali, la regolazione delle strutture residenziali e del più generale sistema d'interventi sociale, evitando, almeno per ora, un forte balzo verso forme innovative d'intervento quali quelle varate o in discussione nelle aree più dinamiche della Terza Italia, ma semmai tentando alcuni singoli innesti sperimentali (specialmente nel caso della Liguria).

Stando alle scelte normative compiute nel corso dell'ultimo trentennio, si sarebbe quindi passati nel campo della non autosufficienza da tre modelli regionali (anni Settanta) a due (anni Ottanta) e ora addirittura a quattro. Il prossimo capitolo sarà dedicato a comprendere quanto questi modelli legati all'aspetto normativo si siano sposati con la capacità di creare e diffondere concretamente servizi sul territorio.

Appendice legislativa

	Legislazione anni Settanta			Legislazione anni Ottanta		
	Interventi ricovero anziani	Servizi territoriali anziani	Leggi riordino generale sociale	Piani sociali	Servizi territoriali anziani	Standard strutture residenziali anziani
Piemonte						
Valle d'Aosta						
Lombardia	L.R. 10/1973	L.R. 21/1974; 19/1976 L.R. 16/1974; 50/1975; 39/1977 L.P. 71/1973 (Tr) L.R. 72/1975	L.R. 20/1982	L.R. 7/1982; 59/1985 L.R. 93/1982		L.R. 93/1982
Trentino-Alto Adige						
Veneto						
Friuli-Venezia Giulia						
Liguria		L.R. 1/1974	L.R. 21/1988	L.R. 8/1989		L.R. 55/1982 D.P.G.R. 83/1990 L.R. 21/1988
Emilia-Romagna		L.R. 27/1975	L.R. 2/1985			L.R. 2/1985
Toscana		L.R. 3/1973	L.R. 35/1978	L.R. 70/1984		L.R. 35/1978
Umbria		L.R. 12/1973; 6/1978	L.R. 29/1982	L.R. 11/1985; 9/1990		L.R. 29/1982
Marche			L.R. 43/1988			L.R. 43/1988; regolamento 21/1989
Lazio					L.R. 80/1988	
Abruzzo	L.R. 56/1975	L.R. 11/1976			L.R. 75/1982; 39/1985; 82/1988; 94/1989	
Molise	L.R. 22/1972				L.R. 21/1990	
Campania					L.R. 29/1981; 46/1985; 21/1989	L.R. 21/1989
Puglia	L.R. 22/1974	L.R. 36/1978 (solo soggiorni estivi)			L.R. 49/1981; 1/1983 L.R. 3/1981 L.R. 10/1980	D.G.R. 8153/1986 D.G.R. 43/1993 L.R. 5/1987 D.P.G.R. 28 maggio 1987
Basilicata						
Calabria						
Sicilia						
Sardegna				D.C.R. 14 giugno 1990		

Le riforme del sistema d'interventi socioassistenziali e socioassistenziale (anni Novanta-Duemila)

	Leggi riordino assistenza	Interventi diretti ad anziani	Piani sociali	Piani socioassistenziali	Piani sanitari
Piemonte	L.R. 62/1995; 1/2004	L.R. 62/1995; 61/1997 D.G.R. 41-5932/2002 (cure domiciliari)		L.R. 61/1997 In fase approvazione	
Valle d'Aosta	L.R. 5/2000	L.R. 44/1998		L.R. 18/2001	
Lombardia	L.R. 1/1996	L.R. 31/1997 (sanità); 23/1999*	L.R. 5/1995	D.C.R. VII-462/2002	
Prov. Bolzano	L.P. 1/1991; 16/1997	D.P.G.P. 44/2001 (centri diurni)	D.P.G.P. 5513/1999		D.G.P. 3028/1999
Prov. Trento	L.P. 14/1991	L.P. 6/1998	L.P. 581/2002		D.G.P. 1354/2000
Veneto	In fase approvazione	L.R. 28/1991 D.G.R. 5273/1998 (ADI)	In fase approvazione	L.R. 5/1996	
Friuli-Venezia Giulia	L.R. 12/1994 D.G.R. 5234/2000	L.R. 10/1998		D.G.R. 3854/1999; 734/2001	
Liguria	L.R. 30/1998		D.C.R. 44/1999; 65/2001		D.C.R. 8/2000
Emilia-Romagna	L.R. 2/2003	L.R. 5/1994 D.G.R. 124/1999 (cure domiciliari integrate)	D.G.R. 246/2001**; 1829/2003		D.G.R. 309/2000
Toscana	L.R. 72/1997	L.R. 108/1995	D.G.R. 1036/2001 D.C.R. 122/2002		D.C.R. 60/2002
Umbria	L.R. 3/1997		D.C.R. 759/1999		D.C.R. 314/2003
Marche		L.R. 18/1996 (disabilità)	D.C.R. 306/2000		L.R. 34/1998 D.C.R. 144/2003
Lazio	L.R. 38/1996	D.G.R. 1042/2001 (integrazione)	D.C.R. 591/1999 D.G.R. 1408/2002		D.C.R. 114/2002

Le riforme del sistema d'interventi socioassistenziali e socioassistenziale (anni Novanta-Duemila) (segue)

	Leggi riordino assistenza	Interventi diretti ad anziani	Piani sociali	Piani sociosanitari	Piani sanitari
Abruzzo		D.G.R. 310/1997 (assistenza domiciliare)	L.R. 22/1998 D.C.R. 69-8/2002		L.R. 37/1999
Molise	L.R. 1/2000	L.R. 2/1990 D.C.R. 329/1999	D.C.R. 13 ottobre 2003		D.G.R. 367/2002
Campania		D.G.R. 5744/2000 (assistenza domiciliare)	D.G.R. 1826/2001**		D.G.R. 129-3/2002
Puglia	L.R. 17/2003	D.G.R. 4767/1994 (assistenza domiciliare) L.R. 14/1998 (ADI)			D.G.R. 2087/2001
Basilicata	L.R. 25/1997	D.G.R. 1019/1999 (ADI); 1655/2001 (ADI)	D.C.R. 1280/1999		D.C.R. 478/1996
Calabria	L.R. 34/2002				L.R. 11/2004
Sicilia					D.P.G.R. 11 maggio 2000
Sardegna		D.G.R. 39-62/2002 (ADI)	L.R. 8/1999		D.C.R. 22 luglio 1998

* Legislazione inerente alle politiche per la famiglia con indicazioni sulla forme di supporto alle famiglie con anziani non autosufficienti.

** Linee guida per redazione Piani di zona.

La regolazione delle forme di accreditamento (1995-2003)

	1995-2000	2000-2003
Piemonte	D.C.R. 616-3149/2000	
Valle d'Aosta	D.G.R. 4458/1997; 4021/1998	L.R. 18/2001
Lombardia	L.R. 31/1997 D.G.R. 30714/1998 (RSA)	D.G.R. 7435/2001 D.G.R. 7-8494/2002 (CDI)
Provincia di Bolzano	D.G.P. 582/1999	
Provincia di Trento	D.P.G.P. 30-48/2000	
Veneto		L.R. 22/2002* D.G.R. 2825/2003; 2473/2004
Friuli-Venezia Giulia	D.G.R. 1852/1997	
Liguria	L.R. 20/1999*	D.G.R. 1335/2001; 395/2002 D.D.R. 283/2002
Emilia-Romagna	L.R. 34/1998 D.G.R. 125/1999	D.G.R. 594/2000
Toscana	L.R. 8/1999; 20/2000; 75/2000	D.G.R. 946/2001 Piano sociale regionale 2002-2004
Umbria	L.R. 3/1998	Regolamento 3/2002 D.G.R. 523/2004 (RSA)
Marche	L.R. 20/2000	D.G.R. 1889/2001 (RSA) L.R. 20/2002*
Lazio		L.R. 4/2003; 41/2003 (socioassistenziale)
Abruzzo		
Molise	D.G.R. 453/1999**	D.G.R. 856/2003
Campania		L.R. 8/2003 (RSA)
Puglia		
Basilicata	D.G.R. 1318/1999; 3345/1999	L.R. 29/2003
Calabria		D.G.R. 370/2001 (RSA)
	L.R. 29/2002**	
Sicilia	D.P.G.R. 25 ottobre 1999 (RSA)	D.A. 890/2002; 17 aprile 2003
Sardegna	D.G.R. 26-21/1998	

* Regolazione anche per strutture socioassistenziali.

** Normativa non in fase operativa.

La legislazione delle strutture residenziali sociosanitarie destinate alla non autosufficienza (RSA)

	Anno introduzione normativa	Normativa di riferimento regionale
Piemonte	1996	L.R. 73/1996 D.G.R. 203-14027/1996 L.R. 61/1997
Valle d'Aosta	2004	D.G.R. 722/2004
Lombardia	1995	D.C.R. 1439/1995 D.G.R. 7-2738/2000; 7435/2001
Provincia di Bolzano	1997	D.G.P. 5040/1997; 1070/1999
Provincia di Trento	1997	D.G.P. 8205/1997
Veneto	1994	D.G.R. 2034/1994; 751/2000; 1404/2000; 312/2001
Friuli-Venezia Giulia	1995	D.P.G.R. 13/1995 L.R. 10/1998 D.G.R. 1487/2000; 734/2001
Liguria	1992	L.R. 29/1992 D.G.R. 4784/1996
Emilia-Romagna	1996	D.G.R. 351/1996; 564/2000
Toscana	1999	D.C.R. 41/1999; 401/1999 D.G.R. 466/2001
Umbria	1999	D.C.R. 647/1999 D.G.R. 74/2000; 53/2004
Marche	1998	L.R. 34/1998 D.G.R. 1437/1999
Lazio	1993	L.R. 41/1993 Regolamento 1/1994 D.G.R. 2499/1997
Abruzzo	1996	D.G.R. 1175/1996 L.R. 37/1999
Molise	1996	D.C.R. 505/1996
Campania	2003	L.R. 8/2003
Puglia	—	—
Basilicata	1996	D.C.R. 478/1996; 1280/1999
Calabria	2000	D.G.R. 1250/2000; 695/2003
Sicilia	1999	D.P.G.R. 30 marzo 1994; 25 ottobre 1999 D.A. 7 luglio 2002
Sardegna	1997	D.G.R. 23/1997

Note

1. In particolare Umbria, Toscana, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Veneto e Piemonte.

2. Va fatto notare che all'interno di questo gruppo di Regioni la Puglia e il Piemonte hanno prodotto normative solo nel 2004, a distanza quindi di tre anni dalla legge quadro nazionale.

3. Occorre tenere presente come il Veneto stia attualmente discutendo una legge di riforma, che si ispira in buona parte alla legge 328/2000, mentre il Molise ha adottato una legge di recepimento sostanzialmente abbastanza generica.

4. Per Terza Italia si intende l'area geografica che comprende le regioni del Nord-Est e quelle del Centro, escluso il Lazio.

5. Pur essendo le prime indicazioni in tal senso contenute nella L.R. 23/1999 concernente le politiche per la famiglia, possiamo indicare come data di inizio l'attuale legislatura in quanto i decreti attuativi sono appunto del 2000.

6. Si tratta di due disegni di legge, approvati dalle giunte nel 2002, e attualmente all'esame dei Consigli provinciali.

Le Regioni italiane fra domanda sociale, frammentazione geoistituzionale e offerta di servizi

4.1

Introduzione

A fronte di mutamenti sociodemografici strutturali, legati all'invecchiamento della popolazione e alle modifiche negli assetti familiari, le Regioni italiane, soprattutto a seguito del trasferimento di poteri effettuato negli anni Settanta, hanno ormai da alcuni decenni iniziato a confrontarsi in maniera sempre più rilevante con la tematica della cura a vantaggio delle persone anziane non autosufficienti.

Nel contesto italiano, così come in genere in quello europeo, la creazione di modelli d'intervento rivolti alla non autosufficienza si è infatti andata in misura crescente realizzando a livello locale. In particolare, visti i bisogni di tipo sociosanitario espressi da tale tipo di utenza, le Regioni hanno giocato un ruolo di primo piano nella costruzione dei sistemi di protezione, potendo sommare responsabilità nei campi assistenziale e, soprattutto, sanitario. Nel capitolo precedente abbiamo ricostruito la produzione normativa, come si sia caratterizzata e differenziata nel corso di un trentennio. In questo capitolo si cercherà di offrire un quadro da un lato sulle caratteristiche di tale domanda sociale, dall'altro sui sistemi di offerta pubblica sviluppati nelle singole realtà.

Oltre a un obiettivo di tipo descrittivo, relativo alle forme assunte da domanda e interventi sulla non autosufficienza, il capitolo servirà, in particolare nella sua seconda parte relativa ai servizi, a verificare se effettivamente anche per il livello di copertura dei servizi si riscontri la presenza di modelli territoriali simili a quelli messi in luce nel CAP. 3. Gli ultimi anni mostrano un avvicinamento del Sud al Centro-Nord? All'interno di quest'ultima area si registra la diffusione di modelli di regolazione (Terza Italia, Lombardia e Nord-Ovest) che si differenziano anche lungo le linee del livello di copertura dei bisogni?

4.2

**Le forme della domanda sociale
e le problematiche geoistituzionali**

L'azione regionale in Italia si è dovuta confrontare con un doppio ordine di problematiche, presente in misura differenziata nei vari contesti regionali: sociale e geoistituzionale. La creazione e la gestione di un sistema d'interventi verso la non autosufficienza infatti devono tener conto non solo dell'intensità, nel tempo crescente, della domanda sociale di cura proveniente dalle famiglie, ma anche delle caratteristiche geografiche (presenza di aree montane più o meno popolose ecc.) e sociodemografiche dei Comuni (ampiezza media, enti locali di piccole dimensioni ecc.), che incidono sul grado di frammentazione del processo decisionale pubblico a livello locale.

L'analisi presentata in questo paragrafo cercherà di mostrare come nel tempo sia cambiata la domanda sociale a livello subnazionale e come le Regioni tendano a differenziarsi fra loro per l'intensità di tale domanda così come per il grado di frammentazione geoistituzionale.

4.2.1. L'intensità della domanda sociale

Nelle TABB. 4.1-4.2 si riportano a livello nazionale e di ripartizione alcuni dei principali indicatori, diretti e indiretti, di domanda sociale da parte delle famiglie. La TAB. 4.3 è invece utile per valutare una possibile incidenza effettiva dei non autosufficienti all'interno della popolazione anziana. I dati sono riportati a partire dagli anni Settanta fino a oggi per mostrare come l'entità della domanda sociale si sia innalzata e modificata.

A livello italiano gli anziani ultrasessantacinquenni rappresentano oggi quasi un quinto della popolazione (18,7 per cento nel 2001). Solo trent'anni fa tale valore era molto più vicino a un decimo (11,3 per cento nel 1971). In termini relativi quindi l'incidenza degli anziani è aumentata di due terzi.

A livello di macroaree territoriali si nota oggi una linea di divisione fra l'Italia del Centro-Nord, dove i valori si attestano attorno al 20 per cento, e quella del Sud, dove invece il peso relativo degli anziani risulta nettamente più contenuto (16,3 per cento: cfr. TAB. 4.2). Il confronto fra i dati del 1971 e quelli del 2001 permette di cogliere come il processo d'invecchiamento sia stato ben più rapido al Centro-Nord e soprattutto al Centro, in cui il peso relativo degli anziani è quasi raddoppiato in trent'anni (dall'11,6 al 20,3 per cento).

TABELLA 4.1

Trend nelle caratteristiche della domanda sociale nell'età anziana in Italia

	1971	2001
Incidenza % over 65	11,3	18,7
Incidenza % over 75	3,9	8,4
Indice di vecchiaia	46,1	131,4
Ampiezza media famiglie	3,4	2,6
Tasso % occupazione femminile	33,0*	42,9**

* Dato riferito al 1981.

** Media 2003.

Fonti: "Censimento generale della Popolazione e delle Abitazioni", anni 1971-2001; ISTAT (2004b).

TABELLA 4.2

Le differenze fra le ripartizioni macroregionali*

	Nord-Ovest		Nord-Est		Centro		Sud	
	1971	2001	1971	2001	1971	2001	1971	2001
Incidenza % over 65	12,2	19,8	12,2	20,1	11,6	20,3	10,2	16,3
Incidenza % over 75	4,1	8,7	4,1	9,5	4,1	9,3	3,7	7,1
Indice di vecchiaia	56,2	157,6	53,7	157,0	52,0	157,3	36,1	99,2
Ampiezza media famiglie	3,0	2,4	3,3	2,5	3,4	2,6	3,7	2,9
Tasso % occupazione femminile	39,6**	52,5***	39,7**	55,3***	34,2**	47,2***	23,4**	27,3***

* Le quattro ripartizioni territoriali utilizzate sono quelle proposte dall'ISTAT: Nord-Ovest (Piemonte, Lombardia, Valle d'Aosta e Liguria); Nord-Est (Trentino-Alto Adige, Veneto, Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia); Centro (Toscana, Umbria, Lazio e Marche); Sud (le rimanenti regioni).

** Dato riferito al 1981.

*** Media 2003.

Fonti: "Censimento generale della Popolazione e delle Abitazioni", anni 1971-2001; ISTAT (2004b).

L'aumento delle persone anziane risulta anche più accentuato se prendiamo in considerazione la fascia d'età superiore ai 74 anni: sono l'8,4 per cento le persone over 75 presenti attualmente in Italia, mentre esse rappresentavano solo il 3,9 per cento della popolazione trent'anni fa. Nel corso di pochi anni è quindi probabile che gli ultrasettantacinquenni diventino un decimo della popolazione.

Ugualmente sotto questo profilo si notano differenze fra le due aree del paese prima indicate, anche se i valori appaiono meno distanti e si registra in assoluto un'incidenza più forte nell'area del NEC (Nord-Est/Centro) con valori superiori ai 9 punti percentuali.

La crescita del numero di anziani, accompagnata da un calo progressivo delle nascite, spiega inoltre perché l'indice di vecchiaia (popolazione over 65 per 100 abitanti in età 0-14 anni) presenti valori crescenti e sia passato da 46,1 nel 1971 a 131,4 nel 2001.

Tale scenario appare anche più marcato se si considera di nuovo la differenziazione fra aree del paese: nel Sud l'indice di vecchiaia si mantiene ancora appena sotto un valore pari a 100 (il numero dei minori di 14 anni è pari a quello degli anziani), mentre al Centro-Nord si attesta attorno a 157 (per ogni minore vi sono circa un anziano e mezzo).

Se da un lato quindi la popolazione anziana aumenta in termini assoluti e relativi, dall'altro diminuisce la capacità di autoaddossamento del principale attore che in Italia ha assolto buona parte dei compiti di cura e di integrazione sociale, e cioè la famiglia. L'ultimo trentennio ha fatto registrare un trend di progressivo restringimento della dimensione media dei nuclei familiari italiani che sono passati dalle 3,4 unità del 1971 alle 2,6 del 2001.

La dimensione dei nuclei decresce spostandosi dal Sud (2,9) verso il Nord (circa 2,5) e durante l'ultimo trentennio tale fenomeno è stato più accentuato nella Terza Italia, dove l'ampiezza familiare è diminuita di un quarto.

La minore capacità familiare d'intervento nel caso di bisogni di cura, fra cui quindi anche la non autosufficienza, risente infine della crescente presenza femminile sul mercato del lavoro, visto che le donne hanno rappresentato tradizionalmente la figura cardine nei sistemi di welfare mediterranei (Saraceno, 1998), basati appunto su una divisione del lavoro familiare con l'uomo impegnato nel mercato del lavoro e la donna nelle funzioni di riproduzione sociale all'interno della famiglia (cura e accudimento di figli e anziani – il cosiddetto modello della famiglia con uomo *breadwinner*). Nel 2003 quasi il 43 per cento delle donne in età da lavoro (15-64 anni) aveva un'occupazione, quota ben superiore a quella registrata nei decenni precedenti.

Anche sotto questo profilo la diversificazione fra aree del paese appare evidente e rilevante, poiché i valori al Sud sono circa la metà (27,3 per cento) di quelli registrati nel Nord Italia, mentre il Centro si pone in una situazione molto più vicina al Settentrione, pur presentando valori inferiori (47,2 per cento).

Per quanto riguarda nello specifico il fenomeno della non autosufficienza a livello subnazionale, le ricerche che hanno tentato di valutare quanto esso sia diffuso presso la popolazione italiana anziana, di cui si è discusso nei capitoli precedenti, hanno tentato anche di proporre stime valide in tal senso (TAB. 4.3).

TABELLA 4.3

L'incidenza della disabilità nell'età anziana per ripartizione geografica (%) (2000)

Ripartizione	Tasso disabilità*
Nord-Ovest	16,8
Nord-Est	16,9
Centro	18,1
Sud	24,0
Italia	19,3

* Dato riferito ai soli anziani presso il proprio domicilio.

Fonte: elaborata da ISTAT (2003).

Secondo lo studio sulla disabilità effettuato dall'ISTAT (2001a), il Nord Italia appare l'area del paese in cui minore è l'incidenza fra gli anziani di persone con problemi di disabilità (poco meno del 17 per cento). Nel Centro il valore aumenta (18,1 per cento), diventando però drasticamente più alto nel Sud del paese (24 per cento, quasi un anziano ogni quattro)¹.

4.2.2. Il livello di frammentazione geoistituzionale

La capacità d'intervento pubblico nel campo della non autosufficienza, oltre che essere messa sotto stress da una domanda sociale in crescita, quale quella appena illustrata, deve confrontarsi con assetti istituzionali per la gestione degli interventi complessi e spesso frammentati.

Gli interventi in campo socioassistenziale sono infatti di competenza comunale, così come ribadito dalla legge di riforma dei servizi sociali (legge 8 novembre 2000, n. 328), mentre quelli sociosanitari risultano condivisi in misura differenziata a livello locale fra Comuni e ASL a seconda della complessità e delle caratteristiche del bisogno.

Questo intreccio di competenze, fra singoli Comuni e fra Comuni e ASL, ha fatto sì che spesso in Italia i tratti peculiari del modello istituzionale di programmazione e di gestione dei servizi sociali e sociosanitari siano stati:

- forte dispersione sul territorio dei soggetti responsabili della gestione, essendo estremamente elevati in genere nelle singole regioni sia il numero di enti locali sia la presenza di Comuni di ridotte dimensioni demografiche; la presenza di piccoli Comuni è inoltre spesso sinonimo di minori capacità d'intervento nel sociale visto che la spesa pro capite tende sensibilmente ad abbassarsi quanto più l'ente locale è di ridotte dimensioni (IRS, 1996); tale dispersione, spesso accompagnata da una incapacità storica di collaborare fra Comuni, ha creato le basi per un fenomeno di frammentazione delle risposte pubbliche, soprattutto a seguito

del ritiro delle deleghe alle ASL da parte dei Municipi durante gli anni Novanta (Ferrario, 2001);

- presenza, più o meno accentuata a seconda dei contesti, di aree montane in cui le distanze rendono più complessa l'opera di deframmentazione;
- difficoltà ad agire collettivamente non solo fra Comuni ma anche fra questi ultimi e altre istituzioni pubbliche e private.

In Italia circa un terzo dei Comuni è collocato in aree di montagna e oltre due terzi hanno una popolazione pari o inferiore a 5.000 abitanti. Anche se la popolazione residente in tali contesti mostra un peso percentuale sul totale italiano inferiore (rispettivamente il 13 e il 19 per cento degli italiani vivono in Comuni montani e di piccole dimensioni) a quanto avvenga quando si considerano gli enti locali piuttosto che le persone, la problematica del coordinamento fra Comuni di piccole dimensioni e montani rimane comunque rilevante vista la loro numerosità. Tali caratteristiche fanno sì che mediamente in Italia ogni singolo Comune abbia dimensioni alquanto ridotte e corrispondenti a circa 7.000 abitanti per ente locale.

TABELLA 4.4

Il contesto geoistituzionale in Italia nel campo del welfare locale (2001)*

% Comuni montani	32,2
% popolazione residente in Comuni montani	13,1
% Comuni piccoli (fino a 5.000 abitanti)	72,1
% popolazione residente in Comuni piccoli	19,0
Media abitanti per Comune	6.951

* Nel caso degli indicatori di frammentazione geoistituzionale si è deciso di non riportare il valore a livello di ripartizione territoriale in quanto le singole aree del paese sono composte da regioni con caratteristiche spesso molto eterogenee fra loro.

Fonte: "Censimento generale della Popolazione e delle Abitazioni", 2001.

4.2.3. Le Regioni italiane fra domanda sociale e frammentazione geoistituzionale: una comparazione

A partire dalle due dimensioni considerate, quella relativa alla domanda sociale da parte degli anziani e delle loro famiglie e quella concernente il grado di frammentazione geoistituzionale, si è cercato di pervenire a una classificazione delle Regioni lungo tale doppio asse (cfr. FIG. 4.1).

Sotto il profilo metodologico si è proceduto, a partire dai dati raccolti a livello regionale, con un'analisi delle componenti principali replicata due volte, la prima per le variabili scelte nel testo quali indicatori

della domanda sociale, la seconda per quelle relative alla frammentazione geoistituzionale. In entrambi i casi il risultato dell'analisi è stato: le variabili scelte sono fortemente correlate fra loro; emerge una sola componente con autovalore pari o superiore a 1; le variabili scelte spiegano gran parte della varianza².

Le informazioni nella FIG. 4.1 possono essere quindi osservate da tre punti di vista:

- da sinistra a destra lungo l'asse delle ascisse per valutare come le varie regioni si dispongono in termini di intensità crescente della domanda sociale;
- dal basso verso l'alto lungo l'asse delle ordinate in termini di livello crescente di frammentazione geoistituzionale;
- per settori in modo da comprendere come le singole regioni si collocano a cavallo di tali due dimensioni.

Il livello d'intensità della domanda sociale tende generalmente ad aumentare spostandosi dalle regioni del Sud Italia verso quelle del Centro-Nord, come del resto si poteva ipotizzare dall'analisi delle ripartizioni territoriali. Vistose eccezioni a tale situazione sono rappresentate dalla Lombardia e dal Veneto che presentano contesti più simili ad alcuni del Centro-Sud (Abruzzo, Molise e Lazio) che al Centro-Nord (Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Toscana ecc.).

Se a un estremo d'intensità della domanda sociale troviamo la Campania e la Puglia, con i valori più contenuti, all'altro estremo troviamo la Liguria, seguita a una certa distanza dall'Emilia-Romagna, che quindi in un'ipotetica classifica si collocherebbero rispettivamente al primo e al secondo posto in Italia.

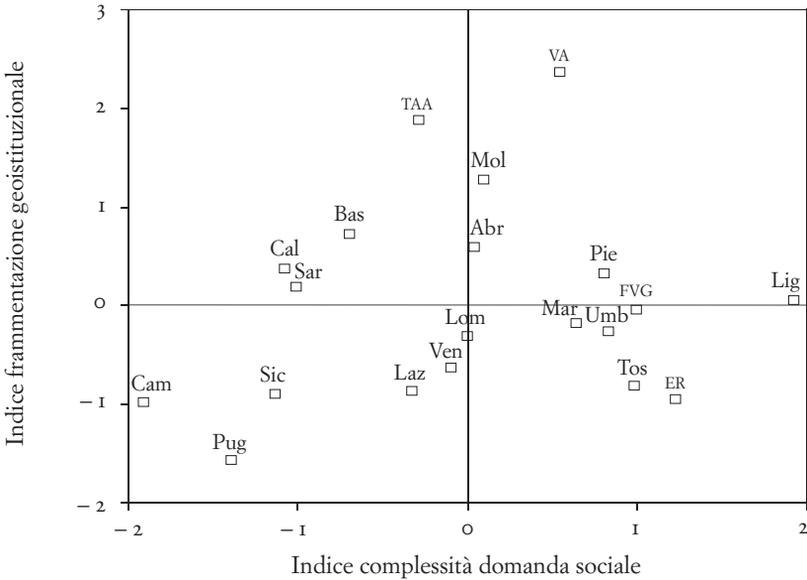
Sotto il profilo della frammentazione geoistituzionale sono le regioni fortemente segnate dalle Alpi o dall'Appennino a presentare le situazioni più critiche: la Valle d'Aosta *in primis*, seguita dal Trentino-Alto Adige, dal Molise, dalla Basilicata, dall'Abruzzo e dalla Calabria.

All'opposto le regioni caratterizzate da grandi pianure e vallate, come appunto la Puglia, ma anche la Campania, il Lazio e l'Emilia-Romagna, presentano una situazione relativamente meno critica.

Un'analisi congiunta infine mette in risalto come *a*) vi sia un primo gruppo di realtà in cui, anche se con profonde diversità, la contemporanea considerazione delle due dimensioni mostra una situazione di forte criticità – Liguria, Valle d'Aosta, Molise, Piemonte e, in parte, Abruzzo –, *b*) all'opposto le principali regioni del Sud (Campania, Puglia, Sicilia), accompagnate dal Veneto, dal Lazio e dalla Lombardia, mostrino una situazione che in termini relativi appare meno problematica di quella registrata negli altri contesti sotto entrambe le dimensioni, *c*) il terzo e quarto gruppo di realtà si caratterizzino per una presenza quasi

FIGURA 4.1

Le Regioni italiane fra domanda sociale e frammentazione geoistituzionale



speculare di problematicità: da un lato vi sono la Sardegna, la Calabria, la Basilicata e il Trentino-Alto Adige in cui appare particolarmente rilevante il tema della frammentazione geoistituzionale, dall'altro tre regioni del Centro e l'Emilia-Romagna, a cui si aggiunge il Friuli-Venezia Giulia, che mostrano problemi legati all'intensità della domanda sociale piuttosto che al livello di frammentazione geoistituzionale.

All'interno di quest'analisi va comunque tenuto presente che fra le due dimensioni è probabilmente la prima quella più problematica: mentre sulla frammentazione si possono ipotizzare interventi di policy volti a limitarne l'impatto (si pensi allo strumento dell'Ambito territoriale previsto dalla legge 328/2000, così come allo sviluppo di forme di gestione associata dei servizi fra i Comuni e fra Comuni e ASL), è più difficile immaginare una capacità d'intervento pubblico volta non solo ad agire quando la domanda sociale si manifesta ma anche a prevenirne il livello d'intensità. I prossimi paragrafi di questo capitolo saranno dedicati appunto a comprendere come le Regioni si siano attivate per tentare di affrontare entrambe tali problematiche e in particolare appunto la domanda sociale.

4.3 L'offerta d'interventi e la copertura pubblica dei bisogni

Il tentativo di ricostruire la mappatura dell'offerta pubblica di servizi rivolti alla non autosufficienza è relativamente complesso visto che le informazioni da raccogliere al riguardo non sono così facilmente reperibili e non sempre di agevole comparazione.

I dati selezionati e qui presentati sono in maggioranza di tipo socio-sanitario. Ciò è dovuto a due ragioni.

Innanzitutto solo recentemente si sono iniziate a raccogliere in maniera relativamente sistematica a livello nazionale statistiche e informazioni in merito agli interventi realizzati a livello regionale, grazie all'ISTAT e al ministero della Salute. Si tratta in buona parte di dati inerenti all'assistenza sanitaria e sociosanitaria più che socioassistenziale. La mancanza di un'unica fonte di raccolta dei dati, alternativa a quella appena indicata, rende più complesso e potenzialmente infruttuoso l'utilizzo delle informazioni raccolte nelle singole regioni, visto che i criteri di individuazione dei servizi possono essere differenti.

La seconda ragione, più di carattere generale e teorico, che spinge a privilegiare i dati sociosanitari riguarda la natura stessa del bisogno dell'utenza che è ben più marcatamente di tipo sociosanitario piuttosto che semplicemente socioassistenziale. Inoltre, cercando di analizzare in questa sede il ruolo svolto dalle singole Regioni, la loro capacità di azione è molto più facilmente individuabile a partire dal settore sociosanitario, direttamente di loro competenza tramite la struttura delle ASL sul territorio, che da quello socioassistenziale, gestito in buona parte dai Comuni e dalle loro aggregazioni.

L'analisi presentata in questo paragrafo ha la seguente struttura:

- scelte compiute per affrontare il problema della frammentazione geoistituzionale che interessa sia le attività socioassistenziali sia quelle sociosanitarie distrettuali;
- presentazione di dati inerenti ai principali servizi sociosanitari di tipo domiciliare, semiresidenziale e residenziale, così come di alcuni dei più rilevanti interventi socioassistenziali di tipo residenziale;
- comparazione del livello di copertura assicurato da tale sistema d'interventi rispetto alla potenziale domanda da parte degli anziani non autosufficienti.

Nei casi in cui è stato possibile si sono riportate e comparate le informazioni raccolte in periodi differenti per valutare la presenza di possibili trend.

Le fonti utilizzate sono state fondamentalmente due: indagini ISTAT sulla diffusione della disabilità in Italia e sulle caratteristiche delle strut-

ture residenziali, rilevazioni del ministero della Salute sul livello di diffusione di servizi sanitari e sociosanitari. Accanto a queste due fonti ne è stata utilizzata una terza inerente all'indennità di accompagnamento, raccolta presso l'INPS.

L'esposizione dei dati, oltre che per finalità descrittive, verrà utilizzata per comprendere se e come le scelte e le differenziazioni fra gruppi di Regioni in campo regolativo-normativo compiute nel corso di un trentennio e soprattutto negli ultimi anni abbiano un loro specchio nel livello di copertura effettivamente realizzato tramite il sistema d'interventi e servizi.

4.3.1. Le Regioni di fronte alla frammentazione geoistituzionale

In un'ottica comparativa la frammentazione geoistituzionale pone le Regioni italiane in una situazione abbastanza differente rispetto a molti altri paesi europei, vista la più accentuata dispersione sul territorio delle responsabilità e dei poteri nel caso italiano (Norton, 1994).

In buona parte tale livello di frammentazione può essere ricomposto da alcuni interventi operati in campo sia sociosanitario che socioassistenziale. Essendo i servizi sociosanitari di pertinenza distrettuale per quanto riguarda la dimensione sanitaria ed essendo quelli socioassistenziali gestibili a livello di Ambito territoriale, secondo le indicazioni della legge 328/2000, le Regioni stanno avendo in questi anni una serie di strumenti per favorire l'adozione di un sistema deframmentato. In particolare:

- a) per quanto riguarda i Distretti la legislazione degli anni Novanta (D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche) prevede che abbiano in genere una popolazione di almeno 60.000 abitanti;
- b) per quanto riguarda gli Ambiti territoriali la legge 328/2000 prevede che questi di preferenza debbano coincidere con i Distretti, onde favorire l'integrazione sociosanitaria.

I dati a nostra disposizione mostrano però come, nonostante tali indicazioni, il livello di distrettualizzazione vari di nuovo fortemente fra le varie Regioni, così come l'ampiezza degli Ambiti territoriali: quanto più numerosi sono i Distretti e gli Ambiti, tanto meno si riesce a ridurre l'effetto di deframmentazione.

Buona parte delle Regioni non si è attenuta alle indicazioni nazionali e ha creato in alcuni casi aree territoriali più ampie o più limitate (cfr. TAB. 4.5). In almeno tre quarti delle Regioni le dimensioni medie degli Ambiti o dei Distretti sono abbastanza più ampie o più ristrette: solo un quarto delle Regioni presenta Distretti e Ambiti con ampiezza media compresa fra 55.000 e 70.000 abitanti.

Le dimensioni medie distrettuali sono inoltre inferiori a quelle corrispondenti degli Ambiti territoriali:

- un terzo delle Regioni ha optato per una organizzazione con Distretti di dimensioni ridotte (con ampiezza media inferiore ai 55.000 abitanti), mentre all'opposto poco meno di un sesto si è orientato verso Distretti di dimensioni medie superiori ai 100.000 abitanti;
- tendono invece a essere abbastanza numerose le Regioni che presentano Ambiti territoriali di ampie dimensioni (24 per cento), mentre incidono per un quarto quelle che hanno optato per una suddivisione territoriale abbastanza elevata.

Pur non potendo valutare troppo nello specifico tali dati va fatto rilevare come, se da un lato Ambiti e Distretti troppo piccoli rischiano di favorire la frammentazione, dall'altro aggregazioni caratterizzate da un numero di residenti superiore a 100.000 possono comportare problemi in termini di funzionalità di tali modelli organizzativi: una rilevante ampiezza demografica implica in molte Regioni l'aggregazione di un elevato numero di enti locali, che poi difficilmente riescono a interagire nella progettazione e nella gestione dei servizi.

TABELLA 4.5

Ampiezza media dei Distretti sanitari e degli Ambiti territoriali nelle Regioni italiane (2004)

Media abitanti per Distretto sanitario/Ambito territoriale	Distretti (%)	Ambiti (%)
Fino a 55.000	33	24
55.000-70.000	24	24
70.000-100.000	28	28
Oltre 100.000	15	24

Fonti: elaborate da Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2003) per i Distretti sanitari; per gli Ambiti territoriali Foromez (2002).

Le scelte operate nelle singole Regioni e i rischi sono riportati nella TAB. 4.6. Se in particolare si analizza la penultima colonna, dedicata al numero medio di Comuni per Ambito territoriale, si può notare come buona parte delle Regioni caratterizzate da Ambiti di ampie dimensioni presenti un alto numero di Comuni: la Sardegna ha in media 15 Comuni per Ambito, la Liguria 26, la Calabria e il Piemonte quasi 19. Inoltre la Campania e il Lazio, altre due realtà che hanno scelto aggregati territoriali ampli, presentano apparentemente un numero medio di Comuni abbastanza contenuto (13 e 8), valore che risulterebbe però ben più alto se escludessimo dal computo la popolazione delle due metropoli capoluogo Napoli e Roma.

Se analizziamo la relazione tra grado di frammentazione del contesto geostituzionale e scelte operate a livello di Distretti e di Ambiti, notiamo i seguenti aspetti:

TABELLA 4.6

Ampiezza media dei Distretti sanitari e degli Ambiti territoriali: l'analisi regionale (2004)

	Distretti sanitari	Ambiti territoriali	Media abitanti		Media	Grado di frammentazione*
			Distretti sanitari	Ambiti territoriali		
Piemonte	66	66**	64.996	64.996	18,3	0,92
Valle d'Aosta	4	4**	30.147	30.147	18,5	1,15
Lombardia	104	105	87.709	86.873	14,7	0,29
Provincia di Trento	13	13	36.758	36.758	17,1	1,82
Provincia di Bolzano	20	8	23.263	58.158	14,5	1,43
Veneto	60	60**	75.681	75.681	9,7	-0,57
Friuli-Venezia Giulia	20	19	59.430	62.558	11,5	0,25
Liguria	20	9	81.051	180.113	26,1	0,49
Emilia-Romagna	40	34	100.217	117.902	10,0	-1,25
Toscana	34	34	104.341	104.341	8,4	-1,18
Umbria	12	12	70.040	70.040	7,7	-0,32
Marche	32	24	45.912	61.216	10,3	0,05
Lazio	51	45	103.967	117.829	8,4	-0,71
Abruzzo	42	35	30.507	36.608	8,7	1,02
Molise	13	13**	25.167	25.167	10,5	1,54
Campania	113	42	51.170	137.672	13,1	-0,68
Puglia	48	48**	85.138	85.138	5,4	-2,32
Basilicata	10	15	60.481	40.320	8,7	0,79
Calabria	33	22	61.918	92.877	18,6	0,62
Sicilia	62	55	81.882	92.304	7,1	-1,22
Sardegna	25	25**	65.922	65.922	15,1	0,31

* Il punteggio riportato è quello risultato dall'analisi delle componenti principali di cui al PAR. 4.2; quanto più il valore è alto tanto più forte è il livello di frammentazione.

** In alcuni contesti la normativa regionale sulla definizione dell'ampiezza degli Ambiti territoriali si è limitata a indicare la coincidenza geografica fra il territorio degli Ambiti e quello dei Distretti.

Fonti: Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2003) per i Distretti sanitari; per gli Ambiti territoriali Fornez (2002).

- le Regioni caratterizzate da contesti geoistituzionali *abbastanza* frammentati hanno scelto in genere la strada di ampie (Toscana, Emilia-Romagna, Lazio, Campania, Sicilia) o medie (Puglia, Umbria, Veneto) aggregazioni;
- le Regioni caratterizzate da contesti *molto* frammentati hanno scelto tutte, tranne la Sardegna, di seguire le indicazioni offerte dalla legislazione nazionale (D.Lgs. 502/1992, legge 328/2000), optando per modelli di deframmentazione in genere intermedi e con un numero medio di abitanti attorno a quello indicato (circa 60.000 abitanti per territorio);
- le Regioni caratterizzate da contesti *iper*frammentati sono quelle che hanno avuto più difficoltà nell'aggregazione perché hanno comunque

mantenuto un'alta frammentazione in termini di numero medio di abitanti per Ambito/Distretto (Abruzzo, Basilicata, Molise, Provincia di Trento, Valle d'Aosta) o all'opposto in quanto hanno aggregato in maniera talmente rilevante da creare, soprattutto negli Ambiti, possibili problemi di coordinamento fra enti (Liguria e Calabria).

In sintesi vi è una relazione inversa tra grado di frammentazione geoinstituzionale di partenza (relativo alla distribuzione della popolazione nei vari tipi di Comuni e alla numerosità di questi ultimi) e scelte di aggregazione compiute dalle Regioni in campo sociosanitario e socioassistenziale: quanto più le Regioni hanno rilevanti problemi di frammentazione tanto meno sono riuscite o hanno voluto deframmentare tramite l'organizzazione e la definizione dei Distretti sanitari e, soprattutto, degli Ambiti territoriali; usando come indicatore di correlazione la R di Pierson emerge infatti come vi sia una correlazione negativa pari a $- .715$ tra grado di frammentazione geoinstituzionale e ampiezza media (in termini di numero di abitanti) dei Distretti sanitari e pari a $- .487$ tra grado di frammentazione geoinstituzionale e ampiezza media degli Ambiti territoriali.

La spiegazione di tale situazione risiede nel fatto che il processo di aggregazione distrettuale e di Ambito, deciso a livello regionale, ha spesso risentito chiaramente delle condizioni geoinstituzionali di partenza, con queste ultime in grado di influenzare fortemente le aspirazioni alla riduzione del livello di frammentazione. Nella sostanza quindi, tranne alcune eccezioni, le scelte operate in termini di deframmentazione nell'ultimo decennio in campo sociosanitario e socioassistenziale hanno sostanzialmente dovuto confrontarsi con il tessuto geoinstituzionale di riferimento, facendo sì che chi aveva più problemi sotto questo profilo è riuscito a risolverli relativamente meno rispetto a chi presentava livelli di frammentazione più limitati.

4.3.2. Gli interventi sociosanitari domiciliari

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) rappresenta il principale intervento di tipo sociosanitario rivolto a utenze che possono essere trattate a domicilio o per le quali si cerca comunque di evitare il ricovero in strutture. Essa è quindi teoricamente uno dei pilastri degli interventi di tipo comunitario e distrettuale. I dati qui presentati riguardano tre dimensioni del funzionamento dell'ADI a livello regionale (cfr. TAB. 4.7):

- a) il numero di utenti beneficiari del servizio;
- b) il livello d'intervento effettuato misurato in termini di ore di assistenza erogate per caso;
- c) l'ampiezza della fascia di utenza raggiunta valutata in termini di anziani assistiti rispetto al totale degli anziani.

I dati raccolti si riferiscono al 1998 e al 2002, onde poter rilevare eventuali variazioni intervenute nel tempo.

*La variazione nel numero di utenti beneficiari
dell'ADI nel periodo 1998-2002*

Il quadriennio 1998-2002 ha visto crescere in maniera fortemente sensibile il numero di utenti anziani che a livello nazionale ha usufruito di servizi di assistenza domiciliare integrata: si è infatti passati dai circa 178.000 del 1998 ai 262.000 del 2002, con un incremento relativo del 47,1 per cento. Occorre tener presente che nella maggior parte delle Regioni italiane i progetti relativi all'attivazione dell'ADI vengono previsti e introdotti a partire dalla metà degli anni Novanta e si vanno strutturando con il passare degli anni, tentando con forza di far fronte alle necessità degli anziani sul territorio.

Quasi tutte le Regioni hanno fatto registrare un aumento, spesso molto sensibile, nel numero di utenti.

Ciò si è verificato in particolar modo nel Sud, dove il tasso di variazione 1998-2002 è stato spesso superiore al 150 per cento. Anche nel Centro-Nord, tranne che in Lombardia, Umbria e Marche, si sono notati fenomeni di crescita con percentuali significative ma più contenute.

I valori assoluti possono spesso spiegare perché al Sud si siano registrate percentuali particolarmente elevate: spesso a fine anni Novanta tale intervento è talmente poco diffuso che un suo irrobustimento, anche se numericamente limitato, comporta un tasso di variazione molto alto (in Abruzzo per esempio nel 1998 si stimavano poco più di 50 anziani beneficiari di ADI, passati a 2.500 nel 2002; tale incremento è stato superiore al 4.000 per cento ma a seguito della quasi totale assenza del servizio a fine anni Novanta).

Al di là di queste variazioni sembra però aumentare il divario che separa le Regioni del Sud dal quelle del Centro-Nord e in particolare da quelle settentrionali: la deviazione standard, indice sintetico del livello più o meno forte di differenziazione tra i valori registrati nelle singole realtà, aumenta infatti dal 1998 al 2002 passando da 1,6 a 1,9.

L'intensità dell'intervento

Il numero di ore medie dedicate a ogni beneficiario dell'ADI è aumentato di circa il 40 per cento, passando da una media nazionale di 19 ore nel 1998 a una di 26 nel 2002. Le situazioni regionali tendono a presentare andamenti abbastanza differenziati ma comunque in parte raggruppabili se si tengono presenti sia le variazioni in termini di ore sia quelle in termini di utenti.

1. Regioni che hanno *aumentato* il numero di utenti anziani e *diminuito* il monte ore medio dedicato a ognuno di essi: buona parte delle realtà che hanno visto crescere in maniera molto significativa il numero asso-

luto degli anziani seguiti si caratterizza anche per una riduzione, talvolta netta, nella quantità oraria di assistenza assicurata a ogni utente. Ciò ha riguardato in particolare molte Regioni del Centro-Sud: Toscana, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia.

2. Regioni che hanno *diminuito* o *mantenuto stabile* il numero di utenti e *aumentato* il monte ore medio di assistenza pro capite: si tratta di realtà che all'opposto hanno adottato nel corso del quadriennio 1998-2002 un modello d'intervento focalizzato su un numero più ristretto di utenti. Regioni del Centro-Nord quali la Lombardia e l'Umbria, cui si aggiunge al Sud la Sardegna, hanno seguito tale percorso.

3. Regioni che hanno *aumentato* sia il numero di utenti sia il livello medio di assistenza: ciò ha riguardato quattro realtà, di cui due del Nord (Liguria ed Emilia-Romagna) e due del Sud (Abruzzo e Puglia).

4. Regioni che hanno *innalzato* il livello di copertura in termini di utenti mantenendo pressoché *costante* l'intensità dell'intervento (Piemonte, Veneto, Friuli-Venezia Giulia e Basilicata).

Ampiezza della fascia di utenza raggiunta

Se tutte le informazioni precedenti offrono un quadro già abbastanza chiaro delle scelte e delle situazioni regionali, sicuramente il dato di maggiore sintesi e più indicativo è rappresentato dalla percentuale di anziani che ha potuto usufruire dei servizi ADI rispetto alla popolazione con almeno 65 anni.

La situazione risulta abbastanza differenziata e le linee di distinzione fra Centro, Nord e Sud, pur rimanendo molto significative, non sempre rendono chiare le differenze.

A livello nazionale sono state nel 2002 circa il 2,5 per cento gli anziani che usufruiscono dell'ADI. Nel corso del quadriennio 1998-2002 tale livello di copertura è aumentato significativamente, passando dall'1,7 al 2,5 per cento.

La prima principale linea di distinzione passa fra Centro, Nord e Sud, anche se con alcune eccezioni:

- Toscana ed Emilia-Romagna, assieme alle Regioni del Nord-Est, e in parte alla Lombardia, fanno registrare le percentuali più alte di anziani assistiti tramite l'ADI;
- le Regioni del Nord-Ovest e quelle di minori dimensioni del Centro (Umbria e Marche) fanno registrare valori più contenuti ma comunque compresi fra l'1,5 e il 2,5 per cento;
- il Sud, con le eccezioni del Lazio, della Basilicata e in parte della Puglia e del Molise, presenta percentuali molto contenute e in genere pari o inferiori all'1 per cento.

TABELLA 4.7

Interventi sociosanitari: assistenza domiciliare integrata (1998-2002)

	% anziani assistiti su totale over 65		Variazione % anziani assistiti	Ore assistenza erogate pro capite*	
	1998	2002		1998	2002
Piemonte	1,4	1,7	17,0	27	29
Valle d'Aosta	n.d.	2,3**	n.d.	n.d.	n.d.
Lombardia	3,1	3,0**	- 18,6	15	20
Provincia di Trento	n.d.	2,4**	n.d.	n.d.	n.d.
Provincia di Bolzano	n.d.	2,8**	n.d.	n.d.	n.d.
Veneto	2,1	3,9	89,6	14	15
Friuli-Venezia Giulia	5,6	4,2**	65,1	12	14
Liguria	1,7	2,5	47,2	18	43
Emilia-Romagna	1,8	4,9	173,6	16	27
Toscana	0,9	3,2	241,9	28	21
Umbria	4,9	1,8	- 61,9	7	33
Marche	2,9	2,5	- 11,9	35	29
Lazio	1,6	2,1	96,3	24	19
Abruzzo	0,0	1,0	4.358,2	10	30
Molise	n.d.	1,3**	n.d.	n.d.	18
Campania	0,3	0,8	145,3	46	34
Puglia	0,7	1,3	86,8	22	78
Basilicata	0,8	2,0**	312,1	76	78
Calabria	0,2	0,4	170,2	181	120
Sicilia	0,1	0,6	574,4	67	34
Sardegna	0,6	0,6	8,3	3	123
Italia	1,7	2,5	47,1	19	26
Deviazione standard	1,6	1,9	-	-	-

* Dato riferito a tutti i casi trattati, non solo gli anziani.

** Dato raccolto direttamente presso la Regione.

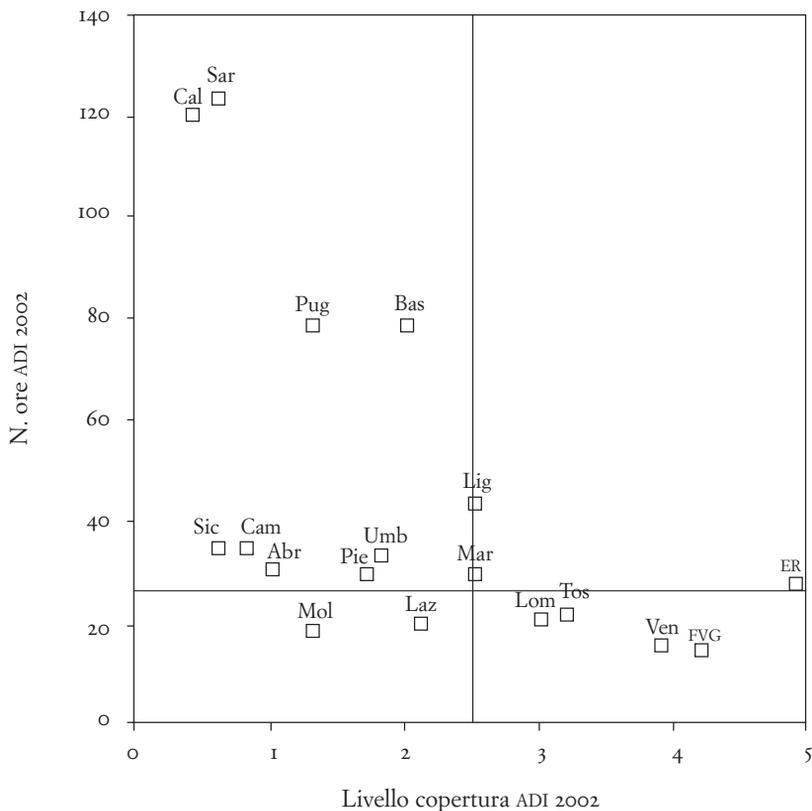
Fonte: Ministero della Salute (1998, 2002).

*L'impiego dell'ADI nelle Regioni italiane:
un quadro di sintesi*

Tentiamo di riassumere quanto riportato nella FIG. 4.2, relativa alla collocazione delle regioni a partire dal doppio criterio delle ore medie di assistenza erogate e del livello di copertura, espresso in termini di percentuale di popolazione anziana in grado di usufruire dei servizi ADI.

Le regioni, salvo alcuni specifici casi, si possono classificare in quattro gruppi. I primi due sono i seguenti:

FIGURA 4.2
 Tipologia di impiego dell'ADI (2002)



- realtà che offrono un pacchetto assistenziale *abbastanza consistente* in termini di ore, a un numero *relativamente elevato* di utenti; si tratta delle regioni del Nord-Est accompagnate da Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia;
- regioni che offrono un pacchetto assistenziale *molto consistente* in termini di ore, a un numero *relativamente limitato* di utenti; sono realtà in un certo senso speculari alle precedenti che sembrano aver preferito investire le proprie risorse offrendo assistenza a un numero più ridotto di utenti: appartengono a tale gruppo Regioni quali la Calabria, la Sardegna, la Puglia e soprattutto la Basilicata.

Accanto a questi due gruppi ve ne sono altri due che appaiono come le versioni *deboli* dei due tipi di approccio precedenti:

- regioni che offrono un pacchetto assistenziale *abbastanza consistente* in termini di ore, a un numero di utenti *molto limitato* (si tratta delle rimanenti realtà del Sud);
- regioni che offrono un pacchetto assistenziale *abbastanza consistente* in termini di ore, a un numero di utenti *relativamente discreto* (si tratta delle rimanenti realtà del Centro-Nord e del Lazio).

4.3.3. Gli interventi residenziali sociosanitari

Tradizionalmente il sistema d'interventi pubblico nel campo della non autosufficienza si è basato sull'istituzionalizzazione degli anziani all'interno di strutture di tipo residenziale. È solo dagli anni Settanta che inizia una tendenza verso la territorializzazione degli interventi e la deistituzionalizzazione (cfr. *supra*, CAP. 3). Nonostante ciò le strutture di tipo residenziale rappresentano ancor oggi un importante pilastro attorno a cui si costruiscono i welfare regionali: la crescente presenza di anziani soli o di coppie di anziani, così come quella di casi di non autosufficienza grave, rende talvolta difficile l'opzione dell'assistenza a domicilio, a vantaggio di forme di ricovero in centri residenziali.

La ricerca più approfondita e articolata in Italia sulle strutture residenziali destinate alla non autosufficienza è contenuta in un recente studio dell'ISTAT (2004a) i cui dati si riferiscono alla fine del 2000. Inoltre l'ISTAT da più di un trentennio raccoglie alcune informazioni di base sugli utenti dei vari presidi residenziali fra cui gli anziani. L'analisi che quindi si può compiere in questo caso è più ampia, soprattutto sotto il profilo temporale, rispetto a quella realizzata per l'ADI.

Attualmente le caratteristiche degli utenti in strutture residenziali sono (cfr. TAB. 4.8): prevalentemente donne (i tre quarti), non autosufficienti (quasi i due terzi), con almeno 75 anni (81,7 per cento).

TABELLA 4.8

Alcune caratteristiche degli anziani ospiti nei presidi residenziali (% , 2000)

	Uomini	Donne	Totale
<i>Genere</i>	23,5	76,5	100,0
<i>Livello di non autosufficienza</i>			
Autosufficienti	39,6	34,3	35,6
Non autosufficienti	60,4	65,7	64,4
Totale	100	100	100
<i>Classe d'età</i>			
65-74	29,1	15,0	18,3
Over 75	70,9	85,0	81,7
Totale	100	100	100

Fonte: ISTAT (2004a).

La struttura d'intervento nel Centro-Nord è più ramificata e pronta a offrire risposte nei confronti degli anziani di quanto avvenga al Sud (cfr. TAB. 4.9). La media nazionale di copertura (2,1 per cento) è di poco inferiore a quella registrata per l'ADI (2,5 per cento). Rispetto a quest'ultimo intervento, emergono però con maggiore chiarezza alcune differenziazioni lungo linee geografiche:

- il Nord del paese, assieme all'Emilia-Romagna, presenta il livello di diffusione più alto e in genere vicino o superiore al 3 per cento (tranne che in Liguria dove si attesta al 2,3 per cento);
- il Centro e la dorsale adriatica del Sud (Abruzzo, Molise e Puglia) si collocano attorno a valori compresi fra 1 e 2 per cento;
- le restanti regioni del Sud presentano valori molto contenuti e inferiori in genere all'1 per cento.

TABELLA 4.9

Interventi socio-sanitari e socio-assistenziali: strutture residenziali

	% anziani in strutture su totale over 65		Variazione % anziani in strutture 1991-2000	Variazione % anziani 1991-2001
	1991	2000		
Piemonte	5,1	3,8	10,7	19,3
Valle d'Aosta	5,6	3,9	20,8	23,1
Lombardia	3,8	2,7	7,5	27,8
Provincia di Bolzano	4,4	4,0	16,2	24,9
Provincia di Trento	5,0	4,7	18,1	18,5
Veneto	3,0	3,5	26,6	23,7
Friuli-Venezia Giulia	3,4	3,4	10,8	9,2
Liguria	2,1	2,0	29,2	11,1
Emilia-Romagna	2,5	2,7	24,1	16,6
Toscana	1,8	1,9	18,4	13,9
Umbria	1,0	1,3	42,2	19,8
Marche	1,4	1,7	24,6	21,1
Lazio	1,7	1,1	17,8	26,5
Abruzzo	0,8	1,3	61,8	22,2
Molise	0,8	1,4	72,6	16,6
Campania	0,6	0,5	10,0	29,8
Puglia	0,7	1,1	79,1	28,4
Basilicata	0,5	0,8	37,4	28,0
Calabria	0,4	0,6	35,6	24,9
Sicilia	0,7	0,9	29,1	22,7
Sardegna	1,2	1,6	49,1	27,2
Italia	1,7	2,1	25,2	22,4
Deviazione standard	1,7	1,2	–	–

Fonte: elaborata da ISTAT (1992, 2004a).

Va tenuto presente che, confrontando i dati del 1991 con quelli del 2000, si possono valutare le scelte compiute durante due decenni: i primi sono in un certo senso il portato delle decisioni compiute negli anni Ottanta, i secondi derivano dagli investimenti realizzati durante gli anni Novanta.

Un elemento che risalta immediatamente alla lettura della variazione del livello di copertura fra il 1991 e il 2001, e cioè la percentuale di anziani presente in istituto rispetto al totale degli anziani, è che quest'ultimo è cresciuto su scala nazionale (passando dall'1,7 al 2,1 per cento), mentre è diminuito a livello di alcune regioni, soprattutto del Nord.

La diminuzione del livello di copertura in alcune realtà non è però stata il risultato di una variazione negativa nel numero di anziani nelle strutture residenziali: come si può notare dalla quarta colonna della TAB. 4.9, il numero di utenti dei presidi è aumentato di circa un quarto a livello italiano, toccando percentuali ben più alte in alcune realtà soprattutto del Sud.

Il più limitato livello di copertura è invero il risultato di un tasso d'incremento della popolazione anziana più accentuato in alcune regioni rispetto alla crescita relativa degli utenti ospitati, per cui in una serie di regioni le strutture residenziali non sono riuscite a far fronte all'aumento della domanda sociale con gli investimenti comunque effettuati.

Complessivamente, anche se rimane forte la distanza fra varie aree del paese, soprattutto fra Centro-Nord e Sud, dal 1991 al 2001 questa in parte si è andata attenuando: la deviazione standard diminuisce infatti nel corso degli anni Novanta passando da 1,7 nel 1991 a 1,2 nel 2000.

All'interno di questo quadro generale si possono approfondire alcuni aspetti specifici delle caratteristiche di tali presidi per anziani non autosufficienti, in particolare il tipo di servizio erogato. Rispetto al passato l'offerta di sole strutture socioassistenziali si presta meno a rispondere alle esigenze individuali degli anziani. Da un lato la crescente presenza di un mercato sociale (Ranci, 2001) in cui è facile accedere a personale, spesso immigrato – le cosiddette badanti –, per la cura a domicilio di soggetti con problemi di non autosufficienza medio-grave, dall'altro l'aumento del numero di persone con forti limitazioni all'autonomia individuale rendono lo strumento del presidio socioassistenziale meno adatto rispetto a chi può permettersi di rimanere a domicilio o a chi, all'opposto, ha bisogno di un forte supporto sociosanitario. Con le trasformazioni nelle caratteristiche dell'utenza si ha quindi l'impressione che in molti casi le strutture socioassistenziali abbiano in buona parte un'utenza con bisogni sociosanitari.

I sistemi regionali risultano abbastanza diversificati in base alla capacità di orientarsi verso un passaggio di posti e utenti da strutture so-

cioassistenziali a sociosanitarie (cfr. TAB. 4.10). Se due terzi degli utenti in Italia sono inseriti in strutture sociosanitarie, tale proporzione cambia a seconda delle aree del paese:

- nel Centro-Nord, con le eccezioni di Piemonte e Marche, appare nettamente imboccata la strada della ramificazione di presidi sociosanitari più che socioassistenziali;
- al Sud rimangono invece ancora molto diffuse e prevalenti le strutture per autosufficienti e solo in tre regioni (Abruzzo, Molise e Calabria) il peso relativo dei due tipi d'intervento appare più equilibrato.

TABELLA 4.10

Interventi sociosanitari e socioassistenziali: caratteristiche delle strutture residenziali (31 dicembre 2000)

	Ripartizione utenti per tipo presidio residenziale		% anziani in strutture socioassistenziali su totale over 65
	Socioassistenziale	Sociosanitario	
Piemonte	72,3	27,7	1,0
Valle d'Aosta	29,7	70,3	2,7
Lombardia	3,6	96,4	2,6
Provincia di Bolzano	0,0	100	4,0
Provincia di Trento	3,1	96,9	4,6
Veneto	10,9	89,1	3,2
Friuli-Venezia Giulia	38,3	61,7	2,1
Liguria	34,3	65,7	1,3
Emilia-Romagna	32,6	67,4	1,8
Toscana	32,5	67,5	1,3
Umbria	26,5	73,5	0,9
Marche	68,3	31,7	0,5
Lazio	77,2	22,8	0,2
Abruzzo	40,3	59,7	0,8
Molise	49,3	50,7	0,7
Campania	85,2	14,8	0,1
Puglia	64,6	35,4	0,4
Basilicata	68,6	31,4	0,2
Calabria	50,7	49,3	0,3
Sicilia	77,4	22,6	0,2
Sardegna	74,1	25,9	0,4
Italia	37,1	62,9	1,3

Fonte: ISTAT (2004a).

I dati qui presentati sembrano illustrare una situazione particolarmente critica a livello generale e soprattutto in una buona parte del paese, dove con difficoltà i sistemi regionali iniziano a ristrutturare le proprie mo-

dalità d'intervento a vantaggio di utenti che presentano bisogni sempre più sociosanitari e sempre meno solo socioassistenziali: se a livello italiano solo l'1,3 per cento degli anziani ha accesso a strutture residenziali sociosanitarie, tale quota è inferiore allo 0,5 per cento nella maggior parte delle regioni del Sud, mentre all'opposto tocca i suoi valori più alti nella maggior parte delle regioni del Nord.

Il forte rischio è quindi che in molte delle regioni non rientranti nel primo gruppo appena indicato non vi sia un'offerta adeguata né per gli anziani utenti autosufficienti, visto che si trovano sempre più in strutture dove i beneficiari hanno forti problemi di autonomia, né per quelli effettivamente non autosufficienti, che rischiano di ricevere prestazioni non idonee alle loro necessità³.

4.4

Regioni e copertura dei bisogni degli anziani non autosufficienti

È possibile ora inquadrare le singole esperienze regionali e il loro grado d'intervento all'interno di uno schema comparativo che tenga conto sia dei servizi residenziali sia di quelli domiciliari (cfr. FIG. 4.3) e tentare anche di verificare se emergano differenziazioni fra gruppi di regioni che ricalchino quelli individuati nel capitolo precedente – Nord-Ovest, Lombardia, Terza Italia, Sud.

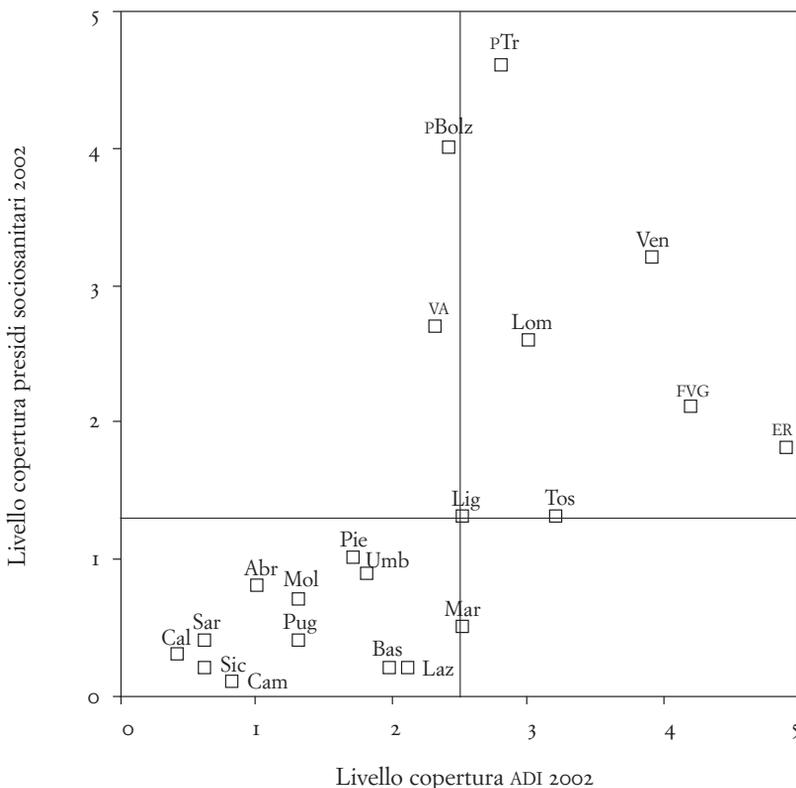
Si sono collocate le regioni sulla base della loro capacità di copertura dei bisogni degli anziani tramite interventi residenziali di tipo sociosanitario⁴ (asse delle ascisse nella FIG. 4.3) o tramite l'ADI (asse delle ordinate).

L'Emilia-Romagna assieme al Nord-Est e alla Lombardia appartiene a un blocco di realtà che più di altri sembra aver investito in questi anni nel potenziamento delle politiche sociosanitarie dedicate alla non autosufficienza, sviluppando reti di servizi sia domiciliari che residenziali. La Toscana sembra in parte distanziarsi soprattutto sotto il profilo della copertura residenziale. Se si tiene presente che nel Nord-Est due delle tre realtà territoriali sono Regioni a statuto speciale, che quindi hanno probabilmente potuto beneficiare di maggiori risorse da investire anche in questo settore, si può affermare che la Lombardia, il Veneto e l'Emilia-Romagna, le prime due relativamente più ancorate ai servizi residenziali, la terza a quelli domiciliari, rappresentano i contesti in cui più si è cercato di sviluppare interventi per gli anziani disabili, seguiti poi dalla Toscana.

All'opposto le regioni del Sud si caratterizzano in blocco per un basso livello di copertura complessivo sul versante degli interventi sia territoriali che nei presidi. All'interno di questo gruppo il Lazio e la Basilicata si segnalano per una più accentuata diffusione di interventi domiciliari.

FIGURA 4.3

Modelli d'intervento per gli anziani non autosufficienti: confronto regionale



Le rimanenti regioni del Centro-Nord, tranne la Valle d'Aosta, se comparate con il restante panorama italiano appaiono caratterizzarsi per livelli medi di copertura sociosanitaria, sia domiciliare sia residenziale.

La Lombardia e la Valle d'Aosta mostrano un modello in parte a sé che si pone a metà strada fra gli altri due individuati nel Centro-Nord con una forte accentuazione degli interventi di tipo residenziale.

Infine, dopo aver illustrato la domanda sociale e l'offerta di servizi, tentiamo di comprendere quanto il sistema regionale italiano riesca ad assicurare la copertura dei bisogni da non autosufficienza. A tal fine impieghiamo i due tipi di dati relativi alla domanda sociale da disabilità fra gli anziani, la percentuale di persone che riceve l'indennità di accompagnamento nelle singole regioni, che si può considerare un primo indica-

tore di diffusione di forme di invalidità rilevanti, e la percentuale stimata dall'ASSR (cfr. le stime sulla non autosufficienza proposte nel CAP. 1) degli anziani non autosufficienti medio-gravi, pari al 12,2 per cento. Questi due indicatori possono offrire una banda di oscillazione abbastanza rappresentativa di quanto vasta sia la fascia dei non autosufficienti. Tali dati sono stati comparati con quelli relativi al livello di copertura assicurato dai servizi territoriali (ADI) e residenziali, distinguendo fra l'offerta di tutti i presidi (TP) e quella specifica dei presidi sociosanitari (PSS: cfr. TAB. 4.II).

TABELLA 4.II

Capacità di copertura della non autosufficienza dei sistemi regionali (%) (2002)

	Stime anziani non autosufficienti		Livello copertura		Gap domanda/offerta			
	Indennità	Disabilità	ADI + PSS	ADI + TP	<i>a - d</i>	<i>a - c</i>	<i>b - d</i>	<i>b - c</i>
	(<i>a</i>)	ASSR (<i>b</i>)	(<i>c</i>)	(<i>d</i>)				
Provincia di Trento	n.d.	12,2	7,4	7,5	n.d.	n.d.	4,7	4,8
Veneto	5,6	12,2	7,1	7,4	-1,8	-1,5	4,8	5,1
Emilia-Romagna	6,3	12,2	6,7	7,6	-1,3	-0,4	4,6	5,5
Provincia di Bolzano	n.d.	12,2	6,4	6,8	n.d.	n.d.	5,4	5,8
Friuli-Venezia Giulia	7,2	12,2	6,3	7,6	-0,4	0,9	4,6	5,9
Lombardia	5,4	12,2	5,6	5,7	-0,3	-0,2	6,5	6,6
Valle d'Aosta	n.d.	12,2	5,0	6,2	n.d.	n.d.	6,0	7,2
Toscana	6,3	12,2	4,5	5,1	1,2	1,8	7,1	7,7
Liguria	5,6	12,2	3,8	4,5	1,1	1,8	7,7	8,4
Marche	7,4	12,2	3,0	4,2	3,2	4,4	8,0	9,2
Piemonte	5,4	12,2	2,7	5,5	-0,1	2,7	6,7	9,5
Umbria	8,9	12,2	2,7	3,1	5,8	6,2	9,1	9,5
Lazio	5,5	12,2	2,3	3,2	2,3	3,2	9,0	9,9
Basilicata	8,0	12,2	2,2	2,8	5,2	5,8	9,4	10,0
Molise	5,0	12,2	2,0	2,7	2,3	3,0	9,5	10,2
Abruzzo	8,1	12,2	1,8	2,3	5,8	6,3	9,9	10,4
Puglia	6,6	12,2	1,7	2,4	4,2	4,9	9,8	10,5
Sardegna	10,2	12,2	1,0	2,2	8,0	9,2	10,0	11,2
Campania	7,1	12,2	0,9	1,3	5,8	6,2	10,9	11,3
Sicilia	7,6	12,2	0,8	1,5	6,1	6,8	10,7	11,4
Calabria	8,2	12,2	0,7	1,0	7,2	7,5	11,2	11,5
Italia	6,3	12,2	3,8	4,6	1,7	2,5	7,6	8,4

Fonti: ISTAT (2004a); Ministero della Salute (2003); elaborata da INPS (2002).

Se si assume quale termine di comparazione del livello di copertura la percentuale di beneficiari dell'indennità di accompagnamento, in Italia i servizi sociosanitari coprono circa il 60 per cento degli utenti dell'indennità (3,8 per cento a fronte del 6,3) e quelli sociosanitari e socioassi-

stenziali residenziali assieme circa i tre quarti (4,6 per cento a fronte del 6,3). Rimane quindi una fetta non irrilevante di utenza che non usufruisce di servizi sociosanitari (e socioassistenziali residenziali), che però risulta più o meno consistente nelle varie aree del paese.

Nelle regioni del Nord-Est⁵, in Emilia-Romagna e in Lombardia si registra addirittura un saldo positivo e cioè il numero di beneficiari dei servizi regionali è superiore a quello di coloro che ricevono sugli stessi territori l'indennità di accompagnamento.

Il resto del Centro-Nord mostra di avere buchi nella propria rete di protezione, se valutata in base al criterio del numero relativo di persone con indennità di accompagnamento; si tratta in alcuni casi di un gap di 1-2 punti percentuali (Liguria, Toscana e Piemonte⁶), in altri ben più consistente (Umbria e Marche).

Nelle regioni meridionali la situazione peggiora ulteriormente. Tranne che nel Lazio, dove si registra una capacità di copertura più limitata rispetto all'incidenza dei beneficiari dell'indennità ma comunque contenuta attorno ai 2 punti percentuali, e in parte nel Molise, in tutti gli altri casi la domanda sociale sopravanza l'offerta di servizi regionali di almeno il 4 per cento – vi è quindi almeno un 4 per cento di anziani con invalidità civile che non riceve alcun aiuto sociosanitario e neanche ha accesso a strutture residenziali socioassistenziali. La Sardegna e la Calabria fanno registrare i valori più alti di mancata copertura.

Se si assume invece quale termine di comparazione del livello di copertura la percentuale di disabili stimata dall'ASSR sulla base dei dati ISTAT, la situazione appare ben più drammatica e si nota che *la domanda potenziale non soddisfatta ammonta complessivamente a circa il 7-8 per cento degli ultrasessantacinquenni e gli attuali servizi sono solo in grado di coprire fra quasi quattro decimi (38 per cento) e meno di un terzo (31 per cento) di tale domanda, a seconda che si considerino solo quelli sociosanitari o anche quelli socioassistenziali residenziali*. Adottando inoltre come criterio di stima della non autosufficienza questo secondo dato, risulta che *non vi è regione italiana in grado di coprire la domanda sociale tramite i propri servizi*: anche nelle regioni in cui più si è investito in servizi emerge un gap fra bisogno e capacità di risposta – in Veneto ed Emilia-Romagna si tratta di un gap compreso fra il 4 e il 5 per cento.

4.5

Osservazioni conclusive

Il quadro delineato in questo capitolo mostra come la domanda sociale da non autosufficienza sia particolarmente rilevante in tutte le regioni italiane e assuma un peso più rilevante nei contesti del Centro-Nord. Le va-

rie realtà hanno cercato nel corso degli ultimi decenni di sviluppare politiche di copertura che però sembrano essere state in grado di assicurare solo un successo parziale: gli interventi sociosanitari infatti, e con essi anche quelli residenziali socioassistenziali, sembrano non essere per ora in grado di coprire l'ammontare della domanda sociale, sia che questa venga stimata in maniera più ristretta a partire dal numero di persone che ricevono l'indennità di accompagnamento sia, soprattutto, che venga valutata sulla base delle stime dell'ASSR. In quest'ultimo caso la situazione appare in molti contesti drammatica visto il gap in termini percentuali fra livello di copertura e popolazione in stato di bisogno di cura.

Passando dal livello nazionale a quello dei singoli sistemi e raggruppamenti regionali si possono in parte confermare le indicazioni emerse nel capitolo precedente, dedicato alla produzione normativa in tema di politiche per gli anziani disabili, tenendo presenti alcuni distinguo in merito ai modelli territoriali:

- all'interno del modello della Terza Italia il Nord-Est assieme all'Emilia-Romagna appare l'area di maggior capacità di copertura relativa dei bisogni; in questo quadro la Toscana appare in grado di sviluppare una rete d'interventi meno ampia e Umbria e Marche si distanziano ulteriormente;
- il Nord-Ovest, salvo Lombardia e Valle d'Aosta, presenta una situazione per alcuni versi simile a quella delle ultime tre regioni del Centro appena citate;
- la Lombardia sembra invece porsi in una posizione intermedia fra i due gruppi precedenti e tende a essere più vicina al gruppo del Nord-Est e all'Emilia-Romagna che alle altre realtà del Centro-Nord;
- il Sud tenta di colmare una parte della distanza che lo separa dal resto del paese ma i segni di tale avvicinamento sono comunque limitati e per certi versi incerti.

In sostanza quindi la capacità di produzione normativa tende a seguire le stesse linee dello sviluppo dei modelli di copertura anche se da un lato il confronto fra il modello lombardo e quello veneto-emiliano mostra come livelli in parte simili di copertura possano nascondere modelli di regolazione differenti, dall'altro il confronto fra quest'ultimo e quello delle regioni del Centro, in particolare la Toscana, indica come non sempre un modello simile di regolazione si accompagni a livelli convergenti di copertura.

Note

1. La stima elaborata dall'ISTAT non permette purtroppo una disaggregazione del dato a livello regionale per motivi di significatività del campione, ma offre comunque informazioni per quanto concerne il livello di ripartizione territoriale

2. Nel caso della dimensione “intensità della domanda sociale” la componente estratta spiega l’83 per cento della varianza e in quello della dimensione “grado di frammentazione geoinstituzionale” l’82 per cento.

3. L’ISTAT nella sua indagine si è premurato di rendere comparabili i vari schemi di classificazione regionale dei presidi e pertanto l’analisi sulle strutture socioassistenziali non si è limitata alle RSA ma ha appunto interessato tutte le strutture in grado di offrire servizi di tipo integrato. Ne deriva quindi che difficilmente i dati raccolti possono sottostimare l’effettiva offerta regionale in questo campo d’interventi.

4. La scelta di limitarsi a strutture residenziali socioassistenziali è dovuta appunto alla inadeguatezza delle realtà socioassistenziali a coprire bisogni più complessi.

5. È assente il dato relativo alla Valle d’Aosta e alle Province del Trentino-Alto Adige in quanto mancano le informazioni sugli utenti dell’indennità di accompagnamento in questi contesti.

6. Va fatto notare che il Piemonte mostra una situazione particolare legata alla forte presenza di strutture residenziali socioassistenziali per cui se si misura il livello di copertura sulla base degli utenti in tutti i presidi questa regione rivela un andamento simile a quello del Nord-Est, dell’Emilia-Romagna e della Lombardia, mentre se si valuta solo l’incidenza delle strutture socioassistenziali il quadro è molto più negativo.

Il rendimento istituzionale delle Regioni nel campo della non autosufficienza

5.1

Introduzione

Nei due capitoli precedenti si è cercato di ricostruire il modello d'intervento regionale nel campo delle politiche rivolte alla non autosufficienza analizzando in profondità le normative generali e applicative introdotte nel corso del trentennio di autonomia delle Regioni italiane e studiando il livello di erogazione dei servizi, sia domiciliari sia residenziali, in special modo sociosanitari.

Il presente capitolo cerca di portare a una maggiore sintesi il quadro presentato, riprendendo a tal fine uno degli studi comparativi più famosi sulle Regioni italiane, compiuto durante gli anni Settanta e Ottanta da Putnam (1993) assieme ad altri colleghi. La ricerca partiva da un tentativo di classificazione del rendimento istituzionale di questo livello di governo, e cioè di come le Regioni in Italia, a partire dagli anni Settanta, fossero state in grado di intervenire e regolare con diverso grado di successo le società locali. Accanto a tale classificazione l'autore proponeva un modello esplicativo basato sul concetto di *civicness*, e cioè di livello di partecipazione al discorso e alla cosa pubblica da parte dei cittadini: secondo Putnam le scelte del governo regionale verrebbero influenzate in maniera più profonda da questa dimensione del civilismo, piuttosto che da variabili socioeconomiche o politiche. Il lavoro di Putnam è estremamente interessante e ha destato in Italia un forte dibattito riproponendo una discussione sull'impatto delle variabili culturali di lungo corso, relative alle caratteristiche assunte dai contesti locali nei secoli, rispetto a quelle economiche e politiche, inerenti al comportamento dei partiti e alla dimensione delle strutture istituzionali (Mutti, 1997; Bagnasco, 1999).

Questo tentativo si è prestato a numerose critiche, che appunto riguardano non tanto la classificazione proposta, quanto i fattori (culturali *vs.* economico-politici) in grado di spiegare i differenti rendimenti istituzionali. Un'applicazione del modello sviluppato da Putnam e colleghi allo

studio delle politiche regionali rivolte alla non autosufficienza risulta nella nostra ottica non perfettamente soddisfacente sotto due punti di vista:

- la sua analisi è riferita al funzionamento della macchina regionale in generale, mentre il presente studio è più specifico, “di settore” (la non autosufficienza degli anziani);
- il modello tende a distribuire lungo un *continuum* monodimensionale la governance regionale, impiegando la capacità di governance come principale variabile; nella sostanza il modello di Putnam aiuta a rispondere alla domanda “la Regione X ha un livello di capacità di governance relativamente basso, medio o alto?”, mentre aiuta poco nel caso in cui si voglia rispondere alla domanda “esistono modelli differenti di governance regionale, con una simile capacità medio-alta o medio-bassa, e quali caratteristiche hanno?”; tale seconda domanda è rilevante proprio perché ragionare lungo un’unica dimensione può nascondere il fatto che un modello di rendimento istituzionale di un dato livello può essere il risultato di scelte differenti.

Per far fronte a queste due criticità si è scelto quindi di integrare il modello di Putnam *a)* introducendo e rivisitando alcune delle sue variabili utilizzate per la classificazione, *b)* prevedendo un utilizzo oltre che quantitativo anche qualitativo delle informazioni relative alle singole Regioni, per individuare tipologie differenti di governance.

La prima parte del presente capitolo è pertanto un tentativo di applicare il modello di Putnam allo studio delle politiche sulla non autosufficienza negli anni Novanta, rivisitandolo alla luce di specifiche esigenze, mentre la seconda è un’analisi comparativa, più di tipo qualitativo, fra alcune Regioni che fanno registrare un rendimento sostanzialmente simile, pur adottando modelli di regolazione in parte differenti.

Come ricordato, Putnam ha inoltre cercato di fornire spiegazioni del differente rendimento istituzionale, adottando sostanzialmente un approccio culturalista, piuttosto che politico o socioeconomico, in base al quale il differente rendimento istituzionale potrebbe essere interpretato sulla base della tradizione civica non omogenea fra le varie aree d’Italia. In particolare Putnam, privilegiando una spiegazione fondata sulla comunità civica, ne rintraccia le differenti origini nelle tradizioni medievali e rinascimentali.

Anche in questo caso la nostra analisi, con un obiettivo di carattere più esplorativo e qualitativo, tende a voler testare alcune ipotesi interpretative a partire da Putnam, non trascurando però altri possibili fattori e impiegando la letteratura sociologica e politologica in merito (per esempio Ferrera, 1994; Fargion, 1997; Messina, 2001; Trigilia, 1995). In particolare prende in considerazione i seguenti possibili fattori per spiegare il rendimento istituzionale:

- il *livello di sviluppo socioeconomico*, impiegando indicatori relativi al PIL regionale, al reddito pro capite e di infrastrutturazione;
- il *modello di sviluppo socioeconomico*, dimensione non considerata da Putnam, ma interessante nella presente analisi, andando in particolare a verificare come incida il modello della Terza Italia, basato su sviluppo diffuso, piccole e medie imprese (PMI), città a rete, sugli assetti assunti dalle politiche locali;
- la *comunità civica*, definita secondo la concezione di Putnam¹;
- le *tradizioni di policy (policy legacy e path dependency)* e cioè come le politiche introdotte nel corso degli anni Settanta e Ottanta possano aver inciso sul rendimento istituzionale regionale nel campo della non autosufficienza a partire dagli anni Novanta, periodo su cui si concentra l'analisi;
- l'*assetto politico complessivo* e cioè come da un lato la stabilità dei governi regionali, dall'altro il colore politico delle maggioranze abbiano influenzato la qualità e il livello di regolazione pubblica²;
- le *caratteristiche del sistema geoistituzionale locale e della domanda sociale da parte degli anziani*, riprendendo la classificazione e l'analisi svolte nel CAP. 4.

Il presente capitolo è pertanto suddiviso in più parti. Il PAR. 5.2 è dedicato ad analizzare una scala di rendimento istituzionale, costruita avendo come riferimento il modello di regolazione e d'intervento delle Regioni nel campo della non autosufficienza dagli anni Novanta fino al 2003. Il PAR. 5.3 focalizza l'attenzione su possibili variabili esplicative del differente livello di rendimento. Il PAR. 5.4 svolge un'analisi più approfondita e di tipo qualitativo su quattro Regioni (Emilia-Romagna, Toscana, Veneto e Lombardia) che presentano livelli di rendimento istituzionale in parte simili, pur avendo costruito modelli di regolazione e d'intervento per alcuni aspetti differenti.

5.2

Una classificazione del rendimento istituzionale

Utilizzando le informazioni sulla legislazione dagli anni Novanta al 2003 e sul livello di diffusione dei servizi si è costruito un indice del rendimento istituzionale regionale in tema di intervento nell'area della non autosufficienza. Le dimensioni considerate nell'indice sono:

- a) il livello di copertura, inteso come percentuale di utenti sul totale della popolazione anziana, assicurato tramite l'ADI nel 2002;
- b) il livello di copertura assicurato tramite strutture residenziali nel 2000;
- c) il peso relativo di posti nelle strutture residenziali sociosanitarie rispetto a quelle socioassistenziali.

Questi primi tre indicatori sono utili per ricostruire quale sia l'effettiva capacità d'intervento sul territorio da parte delle Regioni in termini di copertura, visto che queste hanno diretta titolarità attraverso le ASL nell'organizzare i servizi sociosanitari e possono favorire direttamente e indirettamente investimenti nell'area residenziale socioassistenziale. Si è anche cercato di recuperare ulteriori informazioni sulle caratteristiche di tale copertura impiegando il peso relativo sul totale dei posti in strutture residenziali di quelli in presidi sociosanitari, visto che, a parità di livello di copertura complessivo, spesso uno sbilanciamento nell'area socioassistenziale indica una non corretta modalità d'intervento verso le fasce di utenza, maggioritarie, che presentano bisogni sociosanitari.

Accanto a questi indicatori sul modello di copertura ne sono stati introdotti altri in merito al tipo di normativa:

1. livello di normazione in merito alla legislazione di sistema nel campo dei servizi sociali (leggi quadro sull'assistenza);
2. presenza di modelli di programmazione sanitari, sociosanitari e sociali con tematiche inerenti specificamente agli anziani non autosufficienti (Piani regionali);
3. presenza di normative specifiche recenti riferite agli anziani non autosufficienti;
4. livello di normazione e tempistica nel recepimento della legislazione sull'accreditamento per strutture sociosanitarie;
5. presenza e grado di rilevanza di programmi di supporto economico alle famiglie con anziani non autosufficienti (assegni di cura e voucher).

Per valutare tali aspetti si è deciso di attribuire un punteggio a ogni Regione sulla base del numero di anni da quando la normativa è stata introdotta: ciò significa per esempio che se la normativa non è ancora presente è attribuito un punteggio pari a 0, se essa è invece presente da 10 anni un punteggio pari a 10.

L'indice complessivo è il risultato di un'analisi delle componenti principali³, che ha mostrato come le Regioni si distribuiscano in maniera abbastanza differenziata, pur essendo rilevabili alcuni raggruppamenti (cfr. FIG. 5.1).

L'area della Terza Italia, in particolare il Nord-Est e l'Emilia-Romagna ed escluse Marche e Umbria, assieme alla Lombardia, riscuote i punteggi più elevati in termini di rendimento istituzionale regionale nel campo delle politiche sulla non autosufficienza: le due Province del Trentino-Alto Adige, il Veneto e l'Emilia-Romagna compaiono ai primi posti della lista, assieme alla Lombardia e poi al Friuli-Venezia Giulia e alla Toscana.

A questo primo gruppo di Regioni con un buon rendimento istituzionale ne seguono altri due:

FIGURA 5.1

Rendimento istituzionale delle Regioni italiane in tema di regolazione delle politiche per gli anziani non autosufficienti (anni Novanta-Duemila)



- le rimanenti regioni del Centro-Nord, assieme alla Basilicata, anche se all'interno di questo gruppo si registra in genere un maggiore rendimento nei contesti del Nord-Ovest;
- tutte le altre regioni del Sud, con una situazione particolarmente grave in Sicilia e Calabria, che rappresentano il fanalino di coda in questa classificazione e potrebbero essere considerate un gruppo a sé.

Pur non potendo effettuare una comparazione in senso stretto con la ricerca promossa da Putnam, visti il riferimento temporale (gli anni Settanta-Ottanta) e l'area delle politiche investigata (il governo regiona-

le in generale), è interessante notare come complessivamente la classificazione si confermi, notando però alcuni importanti elementi di differenziazione: se l'Emilia-Romagna risulta al primo posto in entrambe le analisi, da un lato le aree del Nord-Ovest, esclusa la Lombardia, assieme a Umbria e Marche sembrano presentare un profilo di rendimento non così alto nell'attuale indagine rispetto a quella dello studioso americano, dall'altro cresce il rendimento del Nord-Est, mentre Sicilia, Calabria e Campania, con alcuni miglioramenti in quest'ultimo caso, si pongono in entrambi gli studi praticamente alle ultime posizioni.

5.3 Possibili interpretazioni del rendimento istituzionale

Come spiegare il differente rendimento istituzionale nelle politiche regionali dedicate alla non autosufficienza negli anni Novanta? Con la dovuta cautela, necessaria nel momento in cui si ragiona in termini di analisi quantitativa su una banca dati di 19 Regioni e 2 Province autonome, possiamo procedere innanzitutto verificando quanto sia forte la correlazione fra l'indice di rendimento istituzionale e le variabili considerate e successivamente tentando, in via esplorativa, un'analisi di regressione lineare multivariata in modo da valutare quali potrebbero essere le variabili più rilevanti fra quelle individuate.

La TAB. 5.1 sintetizza i risultati raggiunti con l'analisi e in seguito si discuteranno i singoli risultati.

TABELLA 5.1

Correlazione fra il rendimento istituzionale regionale e alcune variabili

Natura della variabile	Indicatore	Correlazione con il rendimento istituzionale regionale
Economica	Modernità economica	.846*
Socioeconomica	Modello sviluppo socioeconomico	.818*
Sociale	Grado d'intensità domanda sociale	.601*
Culturale	Grado di <i>civicness</i>	.863*
Istituzionale	Rendimento istituzionale anni Settanta-Ottanta	.872*
	Grado di frammentazione geoistituzionale	.173
Politica	N. giunte regionali dal 1995	.180
	N. giunte regionali dal 1990	.295
	Colore giunta regionale dal 1995	-.341
	Colore giunta regionale dal 1990	-.419
	Giunta con forze di sinistra dal 1995	.235
	Giunta con forze di sinistra dal 1990	.386

* Correlazione significativa al livello 0,05.

5.3.1. Caratteristiche del sistema politico regionale: *politics matters?*

La prima domanda che possiamo porci è se la politica influenzi o sia comunque correlata al livello di rendimento. Occorre chiedersi quindi quale sia il ruolo della variabile politica in senso stretto, intesa come colore delle giunte regionali, presenza di fenomeni di alternanza o di continuità nel tempo fra giunte di colore differente. Fra le variabili di tipo politico possiamo considerare anche il numero di giunte mediamente presente in ogni legislatura, quale indicatore della stabilità del governo locale nel suo complesso e degli accordi fra le correnti o i partiti appartenenti all'area della maggioranza. Rispetto a quanto previsto da Putnam e riprendendo invece l'analisi di Fargion (1997), il colore delle giunte, e quindi la possibile filosofia d'intervento sottostante, potrebbe assicurare *a)* un maggiore rendimento istituzionale regionale, *b)* un particolare tipo di rendimento istituzionale⁴. Gli anni Novanta rappresentano una fase di passaggio importante da tale punto di vista: dopo il periodo di Tangentopoli e i più generali cambiamenti negli assetti politici e partitici nazionali, a partire dall'introduzione del sistema maggioritario nelle elezioni regionali, alcune Regioni hanno visto cambiare in maniera più o meno radicale e prolungata la composizione politica delle proprie giunte (si pensi soprattutto ad alcune Regioni del Sud quali l'Abruzzo, la Campania e la Basilicata e anche del Centro, come le Marche) e quindi possono aver sperimentato una deviazione rispetto ai sentieri intrapresi in precedenza.

Le ipotesi che si possono formulare complessivamente sono le seguenti.

HP. 1

La presenza di giunte con partiti di sinistra⁵ è correlata positivamente a maggiori rendimenti istituzionali, in quanto storicamente (Fargion, 1997) le forze afferenti a quest'area hanno cercato di investire in un robusto welfare locale come modello di sviluppo sociale e forma di promozione in positivo della propria immagine.

HP. 2

Maggiore è il livello di continuità nel colore della giunta regionale⁶, più probabile risulta un elevato livello di rendimento istituzionale.

Per quanto riguarda la prima ipotesi si è deciso innanzitutto, vista la trasformazione negli assetti politici dai primi anni Novanta, di testare la correlazione distinguendo fra i colori di giunta fino al 1995 ("Prima Repubblica" o ultimi momenti della stessa) e dopo il 1995 ("Seconda Repubblica").

I valori delle due correlazioni sono entrambi relativamente più deboli di quelli riscontrati per altre variabili (cfr. TAB. 5.1) e non sembrano

emergere, almeno sotto il profilo di legami diretti, particolari relazioni fra il colore della giunta e il rendimento istituzionale.

Per verificare ulteriormente tale dato si è utilizzato anche un secondo indicatore (differenziato per il lasso di tempo considerato), rappresentato dal numero di anni in cui ha governato a livello regionale il PCI/PDS/DS. Questo secondo indicatore conferma nella sostanza la limitata forza della correlazione fra rendimento e colore politico delle giunte regionali.

La seconda ipotesi, relativa alla stabilità delle giunte, sembra ugualmente poco supportata dall'analisi di correlazione: anche se all'aumentare del numero delle giunte diminuisce il rendimento, la correlazione non appare così significativa.

5.3.2. La comunità civica: *culture matters?*

Se la politica sembra contare in maniera limitata, perlomeno così come è stata espressa in questa ricerca, la seconda domanda che possiamo porci è se la cultura conti. In questo caso il concetto di cultura è stato espresso esattamente nella stessa maniera utilizzata da Putnam (1993). Si è operazionalizzato un indice di *civicness* in cui sono confluiti i valori di quattro variabili: il livello di diffusione delle associazioni nelle realtà regionali; il tasso di partecipazione ai referendum (nel nostro caso promossi dal 1990 al 2001); la percentuale di cittadini che legge regolarmente giornali; la percentuale di persone che esprime il voto di preferenza, non alle elezioni nazionali, visto che non è più possibile, ma a quelle regionali del 1995 e del 2000. Queste quattro variabili vengono considerate da Putnam come un insieme in grado di esprimere quanto una società regionale sia orientata verso l'impegno civico, l'eguaglianza politica, la solidarietà, la fiducia e la tolleranza. Putnam e i suoi collaboratori nella loro ricerca notano come quest'ultimo costruito sia quello che meglio spiega, rispetto ad altri, il differente livello di rendimento istituzionale.

È interessante notare come l'analisi compiuta su dati più recenti di quelli di Putnam abbia nella sostanza confermato il fatto che le quattro variabili siano tutte assieme ascrivibili a un costruito latente: dall'analisi delle componenti principali emerge come le quattro variabili assieme spieghino l'81 per cento della varianza e risultino inoltre ben correlate fra loro e al fattore "comunità civica" (TAB. 5.2).

Riprendendo quindi le ipotesi di Putnam possiamo chiederci se vi sia effettivamente una correlazione fra rendimento istituzionale e livello di *civicness*, implicitamente argomentando che una correlazione positiva indicherebbe un impatto positivo della *civicness* sul governo regionale. Ciò dipenderebbe dal fatto che Regioni a più alto livello di comunità civica si caratterizzerebbero per una più forte capacità di pres-

TABELLA 5.2

Matrice delle componenti della scala di *civiness**

Matrice di componenti	Componente 1
Punteggio fattoriale su indice di preferenza	-.953
Punteggio fattoriale su referendum 1990-2001	-.918
N. nonprofit ogni 10.000 abitanti (1999)	-.792
Percentuale persone che legge quotidiani (anno 2000)	-.940

* Metodo estrazione: analisi componenti principali; varianza spiegata: 81 per cento.

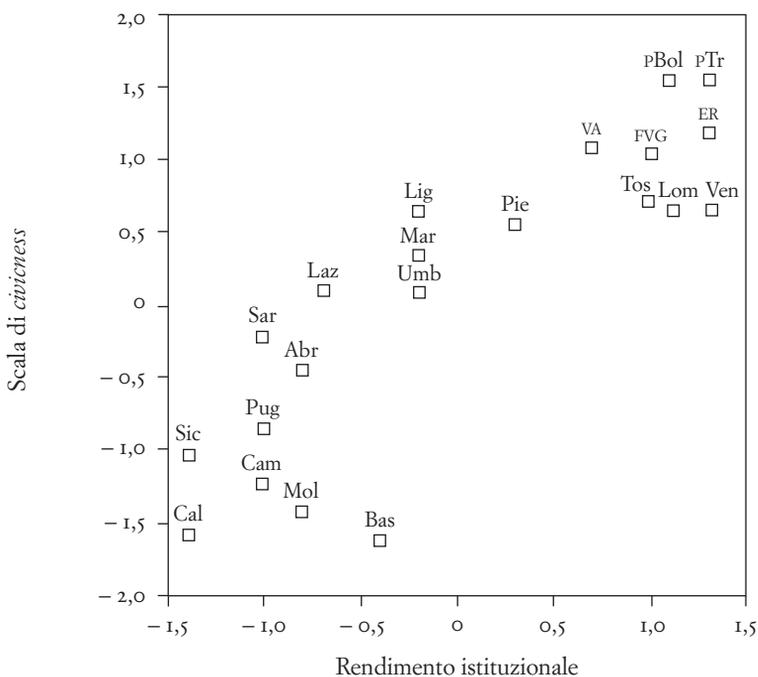
sione presso la macchina pubblica, anche quella regionale, per realizzare un buon governo. Pertanto, riprendendo l'argomentazione, possiamo formulare una terza ipotesi.

HP. 3

Quanto maggiore il livello di *civiness*, tanto maggiore il rendimento istituzionale delle Regioni nel campo delle politiche dedicate alla non autosufficienza.

FIGURA 5.2

Correlazione fra rendimento istituzionale e grado di *civiness*



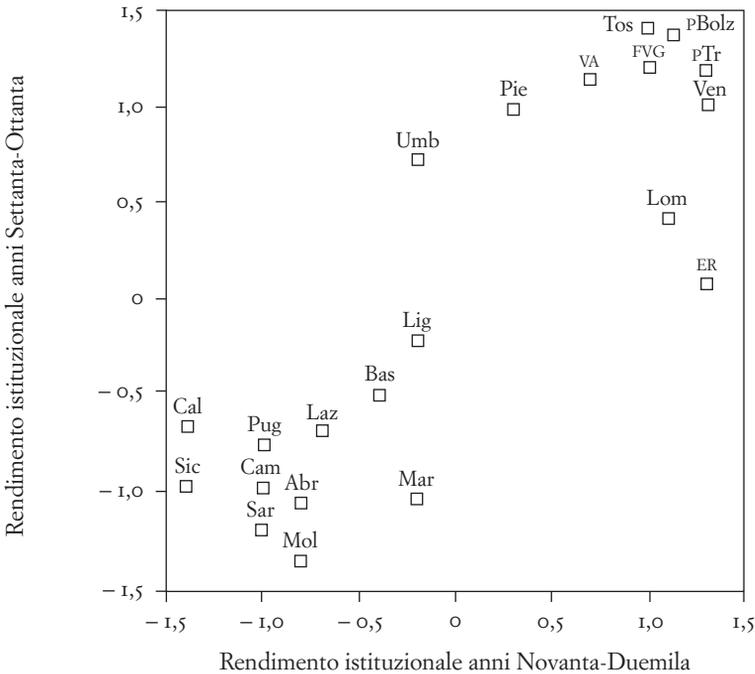
La nostra analisi sembra confermare l'ipotesi di Putnam: esiste una correlazione positiva molto forte (.863) fra il rendimento istituzionale e il grado di *civiness* delle società regionali (cfr. TAB. 5.1). La comunità civica appare quindi influenzare non solo il rendimento istituzionale regionale complessivo, così come mostrato dallo studioso americano, ma anche quello specifico in uno dei principali campi di policy nel welfare locale, quello della non autosufficienza.

5.3.3. Policy legacy: institutions matter?

Un'ulteriore variabile che può incidere nella nostra analisi, che chiaramente Putnam non poteva prevedere nella sua, è rappresentata da quello che qui viene definito sentiero istituzionale o *policy legacy*, indicando con tale termine la capacità nel corso del tempo di costruire politiche (sociali in questo caso) più o meno robuste, almeno sotto il profilo dell'assetto

FIGURA 5.3

Correlazione fra il rendimento istituzionale negli anni Settanta-Ottanta e quello negli anni Novanta-Duemila



normativo, in grado di favorire ulteriori innovazioni nei periodi successivi. Tale variabile non era chiaramente utilizzabile dallo studioso americano in quanto il periodo della sua analisi si riferisce al primo ventennio circa di vita autonoma regionale. Si ipotizza quindi che, se una Regione ha già nel corso degli anni Settanta e Ottanta impostato un modello di welfare sufficientemente robusto, perlomeno sotto il profilo della legislazione, dagli anni Novanta da un lato si sia poi potuta dedicare ad affinare quanto realizzato, rendendo i sistemi regionali di protezione relativamente più strutturati, dall'altro si sia trovata in parte vincolata alle scelte compiute in precedenza. Pertanto l'ipotesi formulata è la seguente.

HP. 4

Quanto più strutturata e robusta è la tradizione di innovazione e di costruzione del modello di policy, tanto maggiore risulta la correlazione rispetto al livello di rendimento istituzionale⁷.

Emerge una correlazione positiva fortissima fra rendimento istituzionale e sentiero istituzionale (.851): le Regioni che hanno più innovato negli anni Settanta e Ottanta sono in buona parte le stesse, a prescindere da altre considerazioni sul colore politico, sulla stabilità delle giunte o su altre variabili, che hanno continuato lungo questo sentiero nel corso degli anni Novanta e nell'attuale decennio.

5.3.4. Contano la domanda sociale e l'assetto geoistituzionale?

Nel CAP. 4 si è dedicata attenzione a ricostruire come i vari territori si differenzino sotto il profilo delle caratteristiche da un lato della domanda sociale proveniente dalla popolazione regionale per quanto riguarda gli anziani, dall'altro della difficoltà di governare territori spesso molto frammentati geograficamente (con aree di montagna ecc.) e istituzionalmente, intendendo con tale termine l'alto numero di Comuni titolari di funzioni sociali, contraddistinti da ridotte dimensioni demografiche.

La domanda sociale e la pressione posta da quest'ultima sulle politiche pubbliche derivano per un verso dal peso percentuale degli anziani sulla struttura delle comunità locali, per l'altro dalla capacità delle strutture familiari di continuare a prendersi cura delle persone in difficoltà a causa di forme di disabilità. Riprendere l'indice costruito nel CAP. IV sulla domanda sociale e analizzarlo in correlazione al rendimento istituzionale diventa quindi una maniera per cercare di comprendere se la maggiore pressione sociale possa trasformarsi effettivamente in un problema di politica pubblica in grado di spingere i decisori politici a promuovere innovazioni o maggiori investimenti nell'area della non autosufficienza.

Il contesto geoistituzionale, essendo legato agli assetti territoriali di gestione delle politiche di welfare e al loro grado di frammentazione, introduce un ulteriore elemento di pressione e di problematicità in quest'analisi. Ci si potrebbe aspettare che quanto più un territorio è frammentato e caratterizzato da zone di accesso difficoltoso tanto più le Regioni si trovano in difficoltà a promuovere modelli d'intervento robusti.

Possiamo formulare le seguenti due ipotesi.

HP. 5

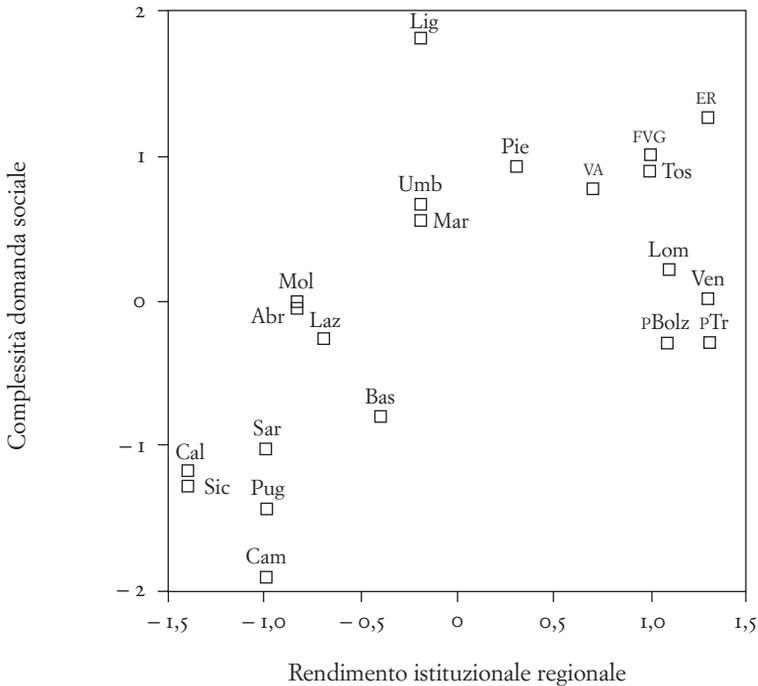
Quanto più forte è la domanda sociale tanto più alto è il livello di rendimento istituzionale in risposta a tale pressione.

HP. 6

Quanto più alto è il livello di complessità geoistituzionale tanto più debole risulta il livello di rendimento istituzionale, dovuto a effettive difficoltà di produzione e implementazione delle politiche.

FIGURA 5.4

Correlazione fra rendimento istituzionale e domanda sociale (primi anni Duemila)



Lo studio della correlazione fra le due variabili qui indicate e l'indicatore del rendimento istituzionale sembra mostrare come solo una delle due ipotesi trovi riscontro.

L'unica ipotesi che sembra essere avvalorata è quella relativa alla correlazione, dai dati positiva e forte, fra pressione della domanda sociale e rendimento istituzionale (.601). Sia come esito dell'attenzione riposta dai decisori pubblici nel monitorare i mutamenti e le caratteristiche dei bisogni delle famiglie sia per via della pressione più o meno diretta di queste ultime, effettivamente appare come spesso le Regioni con maggiore pressione siano quelle più attente a investire nella produzione e implementazione normative.

All'opposto non emerge alcuna correlazione significativa fra contesto geostituzionale e rendimento (.173). Queste due variabili non sembrano collegate fra loro; tale dato è corroborato dal fatto che se si scorre la lista delle Regioni a maggior rendimento se ne trovano alcune ad alta frammentazione geostituzionale (per esempio il Trentino-Alto Adige) ai primi posti.

5.3.5. Quale ruolo per il contesto socioeconomico?

Nella sua analisi sulle spiegazioni del rendimento istituzionale Putnam utilizza una scala di modernità socioeconomica con cui cerca di verificare la rilevanza di tale dimensione rispetto alla capacità di azione regionale. Il presente studio ha in buona parte ripreso tale scala⁸, cui però si è deciso di affiancare un secondo indicatore definito modello di sviluppo socioeconomico. Con tale ultima variabile si è cercato di verificare quanto ai vari rendimenti istituzionali nel campo del welfare corrispondessero differenti modelli territoriali di tipo economico. In estrema sintesi possiamo individuare «tre Italie» (Bagnasco, 1986): quella del Nord-Ovest con un modello basato sulla grande impresa, con forti concentrazioni territoriali sia delle strutture produttive sia dei lavoratori; quella del Nord-Est/Centro basata su una struttura sociale e produttiva più di tipo reticolare, incentrata su modelli organizzativi di tipo distrettuale e sulla policentricità urbana; quella del Sud caratterizzata da livelli di sviluppo più limitati – e che comunque, rispetto all'analisi di Bagnasco degli anni Ottanta, si sta sempre più differenziando al suo interno, anche grazie alla crescita di realtà di tipo distrettuale (Viesti, 2001). L'indicatore di sviluppo socioeconomico è stato costruito a partire dai caratteri dei modelli di industrializzazione diffusa della Terza Italia: forte tasso di occupazione nell'industria e nei distretti industriali, forte occupazione femminile, in particolare nelle manifatture, alti livelli di occupazione e di attività in generale⁹.

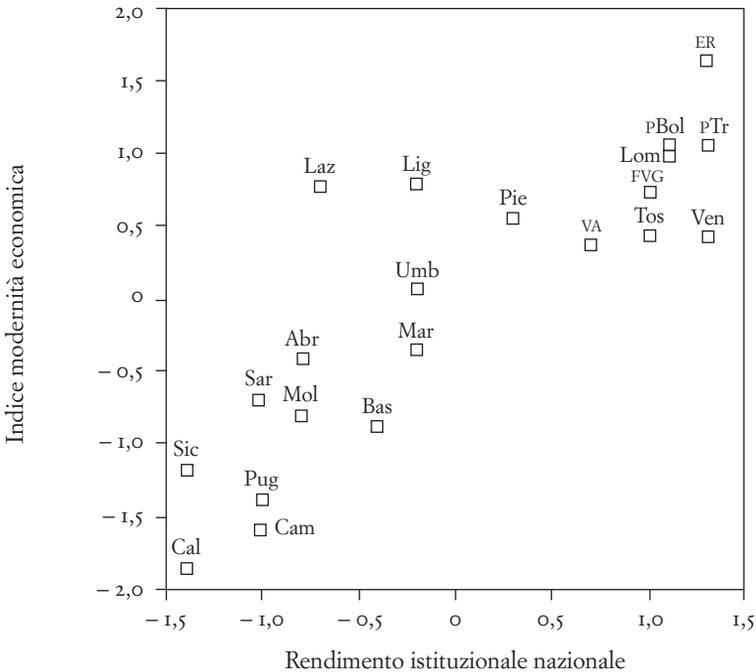
Nel caso delle variabili socioeconomiche, mentre era chiaro ipotizzare una prima relazione positiva fra livello di sviluppo socioeconomico e rendimento istituzionale, appariva più di tipo esplorativo l'analisi della relazione fra modello socioeconomico e rendimento, per cui si è formulata una sola ipotesi.

HP. 7

Quanto più alto è il livello socioeconomico, tanto maggiore il rendimento istituzionale regionale.

FIGURA 5,5

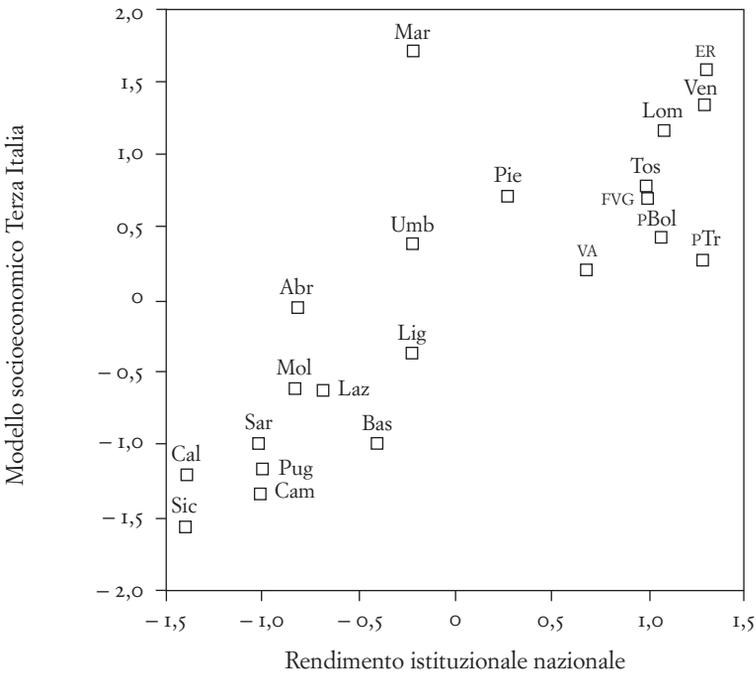
Correlazione fra rendimento istituzionale e modernità economica



L'analisi di correlazione (cfr. TAB. 5.1) ha dato risultati significativi e positivi per entrambe le variabili socioeconomiche utilizzate: in particolare appare più forte il legame fra livello socioeconomico e rendimento (.846) rispetto a quello, comunque molto rilevante, fra modello socioeconomico della Terza Italia e capacità di produrre politiche da parte delle Regioni (.818).

FIGURA 5.6

Correlazione fra rendimento istituzionale e modello di sviluppo della Terza Italia (primi anni Duemila)



5.3.6. Il rendimento istituzionale: un tentativo di spiegazione multicausale

A questo punto dell'analisi diventa interessante cercare di comprendere in maniera congiunta l'effetto delle variabili introdotte con l'indice di rendimento istituzionale. A tal fine è stata condotta una regressione lineare (cfr. TAB. 5.3)¹⁰.

Le due variabili che spiegano maggiormente il rendimento istituzionale sono la *policy legacy*, intesa come capacità innovativa nei primi due decenni di vita delle Regioni, e il modello socioeconomico, mentre sembrano giocare un ruolo limitato il livello di modernità economica, la complessità della domanda sociale e il grado di *civicness* regionale.

Sulla base dei risultati illustrati nella TAB. 5.3, rispetto a quelli emersi in sede di analisi di correlazione, possiamo avanzare le seguenti considerazioni:

TABELLA 5.3

Le variabili che incidono sul rendimento istituzionale regionale: regressione lineare (anni Novanta-Duemila)

	Coefficiente standardizzato (beta)	Sig.
(Costante)		.749
Indice modernità economica	.236	.247
Modello socioeconomico	.312*	.026
Complessità domanda sociale	-.184	.142
Grado di <i>civicness</i>	.233	.217
Indice di rendimento istituzionale anni Settanta-Ottanta	.433*	.010

* $R^2 = .877$ significativo al livello 0,05.

- a) il sentiero amministrativo-istituzionale e il modello di sviluppo economico giocano un ruolo prevalente;
- b) risulta fortemente limitata la rilevanza della variabile politica, intesa non solo nel senso di colore politico della giunta, ma anche nel senso di stabilità del governo regionale;
- c) risulta però ugualmente ridimensionata la variabile relativa alla cultura civica, visto che la sua capacità d'incidenza, tenute costanti le altre variabili, è contenuta (coefficiente beta pari a .233, non significativo).

Il motivo per cui il sentiero istituzionale giochi un ruolo centrale appare abbastanza chiaro: le macchine politico-amministrative regionali possiedono una propria memoria e possono funzionare in maniera più efficiente sulla base della solidità delle fondamenta che si sono andate costruendo nel tempo, in particolare a partire dai processi di regionalizzazione intervenuti con gli anni Settanta. Spesso vi sono inoltre elementi di continuità all'interno delle burocrazie regionali anche in termini di persone: l'analisi che verrà illustrata nel prossimo paragrafo su quattro regioni del Centro-Nord a elevato rendimento istituzionale, per esempio, mette in luce come buona parte dei dirigenti e dei funzionari che hanno svolto funzioni di primo piano nei processi innovativi e di consolidamento dei welfare regionali nel corso degli ultimi anni fosse già presente con mansioni rilevanti perlomeno negli anni Ottanta.

Merita invece una maggiore riflessione il nesso fra modello di sviluppo socioeconomico, in particolare quello della Terza Italia, e rendimento istituzionale. Le ipotesi che si possono formulare in tal senso sono inerenti al funzionamento di tre meccanismi, legati fra loro. Il primo è di natura economica: i modelli produttivi della Terza Italia sono quelli che in termini relativi hanno risentito meno del passaggio dal fordismo al postfordismo e alla deindustrializzazione, soprattutto perché si basavano già

dagli anni Settanta su modelli postfordisti di produzione, tramite le imprese a rete e i distretti industriali, e sono restati ancorati all'industrializzazione diffusa. Mentre in altre aree del paese, sia al Nord (si pensi alla Liguria e al Piemonte) sia in parte al Sud (si consideri per esempio la riconversione dell'industria siderurgica in vari contesti), gli ultimi decenni hanno rappresentato un momento spesso critico di riconversione della struttura produttiva verso una terziarizzazione non ancora ben definita, con effetti in termini di occupazione e di licenziamenti, la Terza Italia è stata l'area più dinamica, favorendo crescita economica e diffusione del benessere assieme a bassi tassi di disoccupazione.

Il secondo è di natura socioeconomica: il sistema produttivo basato sulla diffusione delle piccole e medie imprese, specializzate nel *made in Italy* – calzature, mobili, abbigliamento, meccanica leggera ecc. –, ha richiesto una forte partecipazione al lavoro aperta non solo agli uomini ma anche alle donne, visti appunto i tipi di produzione realizzati. L'alto livello di occupazione femminile si caratterizza ulteriormente in quest'area per essere quindi diffuso nelle fabbriche, con orari lunghi e conseguenti bisogni più pressanti di aiuto nelle attività di cura da parte delle famiglie.

Il terzo meccanismo è di natura più socioculturale: la cosiddetta «industrializzazione senza fratture» (Fuà, Zacchia, 1983) della Terza Italia, basata sullo sviluppo diffuso sul territorio dei distretti, ha permesso il mantenimento e la vitalità – in alcuni casi addirittura la ha offerta nuovamente – della rete di piccoli e medi Comuni nelle valli e nelle zone collinari tipiche della geografia di tali regioni. Da questo punto di vista possiamo riprendere Putnam e la sua analisi sulle tradizioni civiche dei Comuni italiani: è ipotizzabile che, mentre nel resto del paese si rinforzavano i fenomeni di urbanizzazione rivolti ai grandi centri urbani con conseguente depauperamento dei Comuni di minori dimensioni, il modello di sviluppo diffuso della Terza Italia negli ultimi trent'anni abbia favorito il permanere di risorse umane e identitarie nei contesti locali, risorse legate anche a quel senso civico di cui parla Putnam. Da questo punto di vista quindi la sua analisi si potrebbe sopsare con la nostra in quanto non sarebbe solo una cultura civica ereditata dal passato a favorire un rendimento istituzionale migliore, ma anche e soprattutto la mediazione rappresentata dalla capacità di radicamento sul territorio di tali valori all'interno di una rete di centri urbani vitali socialmente ed economicamente.

La politica e la cultura non contano, o contano solo indirettamente, quindi, nello spiegare il rendimento istituzionale delle Regioni italiane nel campo della non autosufficienza, mentre è molto più rilevante il percorso storico-istituzionale compiuto dalle singole realtà?

Naturalmente rispondere in maniera affermativa a tale domanda è quanto mai problematico, tenendo presente la cautela che occorre ave-

re nell'utilizzare strumenti di analisi quantitativa con un set di dati molto limitato numericamente (21 casi). Merita però un approfondimento il dato che emerge in termini di ruolo della politica e della tradizione culturale, prendendo in considerazione i percorsi seguiti dalle singole Regioni e cercando quindi di comprendere se in realtà l'analisi quantitativa nasconda aspetti rilevanti.

Per quel che riguarda la variabile politica si può notare che in alcune Regioni dove la sinistra aveva raramente o mai governato, in particolare al Sud, effettivamente alcune delle più importanti riforme del welfare dagli anni Novanta a oggi – se non, spesso, le principali – sono avvenute sotto giunte in cui si trovavano partiti legati alla sinistra: l'Abruzzo e il Lazio della seconda metà degli anni Novanta, la Campania dell'ultimo triennio, la Basilicata dal 1995 in poi. In tutte e quattro le regioni qui citate per esempio i principi della legge 8 novembre 2000, n. 328, e la loro concreta implementazione sono stati introdotti da governi di centro-sinistra che hanno prodotto Piani e leggi. Ugualmente è grazie a questi governi che spesso, o quasi sempre, si sono recepiti e disciplinati gli indirizzi nazionali in merito alla regolazione del sistema d'interventi sociosanitari residenziali (accreditamento e RSA). Perché tale dato non risulta dall'analisi quantitativa? Le ragioni sembrano essere tre.

La prima è che il rendimento istituzionale delle coalizioni legate al pentapartito prima (fino alla prima metà degli anni Novanta) e al centro-destra poi appare molto differenziato lungo linee territoriali Nord-Sud, per cui i governi DC o DC-PSI in passato e quelli di centro-destra oggi mostrano una capacità di intervento superiore nel Nord piuttosto che al Sud.

La seconda, ben più rilevante, è che il nostro indicatore di rendimento istituzionale comprendeva sia una dimensione sulla capacità d'innovazione normativa e sull'ampiezza del quadro legislativo sia una relativa alla diffusione di servizi sul territorio. Le regioni del Sud sono generalmente carenti sotto tale ultimo profilo, per cui gli sforzi dei governi in sede di definizione di regole devono confrontarsi nel breve-medio periodo con difficoltà di implementazione e di effettivo mutamento nella dotazione di infrastrutture di welfare sul territorio. Occorrerebbe molta più continuità di governo rispetto a una singola legislatura, come minimo dieci anni, per comprendere se effettivamente una colorazione politica di sinistra al Sud sia in grado di incidere sui modelli di copertura.

La terza ragione è che sembra comunque esserci un fenomeno di *policy legacy* anche nel periodo 1990-2003 nelle fasi di passaggio fra una giunta e un'altra di differente orientamento politico. Se l'Abruzzo e il Lazio hanno normato in maniera innovativa rispetto ai periodi precedenti nella legislatura 1995-2000, in cui sono stati governati dal centro-sinistra, nell'attuale si nota un buon grado di attivismo in questo campo

da parte anche del centro-destra: in entrambe le regioni per esempio negli ultimi due anni si è proceduto a produrre un nuovo Piano sociale, in buona parte in continuazione con quelli promossi per la prima volta dalle giunte di sinistra a fine anni Novanta.

Per quanto riguarda invece il dato sorprendente della *civicness*, che appare in contraddizione con quanto rilevato da Putnam, si possono esprimere alcune osservazioni. Innanzitutto se si calcola la correlazione fra il grado di *civicness* e la variabile relativa alla capacità d'innovazione normativa negli anni Settanta e Ottanta (la *policy legacy*), che è la variabile più significativa nell'analisi di regressione, si nota una correlazione positiva molto forte, pari a .785. Negli anni Settanta e Ottanta quindi l'innovazione legislativa è avvenuta nelle aree in cui più significativa era la forza della comunità civica. Si può ipotizzare che la *civicness* giochi un ruolo rilevante nelle prime fasi di sviluppo delle politiche regionali, quelle appunto dei decenni 1970-90, e poi mantenga un effetto diretto più limitato negli anni successivi e uno indiretto molto più rilevante, ma non facilmente rilevabile, quando invece assume un peso crescente la forza delle istituzioni, quella che qui è stata definita *policy legacy*. La *policy legacy* racchiude in sé fondamentalmente la capacità delle Regioni di dotarsi di regole forti, in grado di informare la costruzione del sistema degli interventi e di creare una struttura amministrativo-burocratica competente e adatta a lubrificare gli ingranaggi nel corso del tempo. In quest'ottica non sorprende quindi che alcune tematiche sulla regolazione degli interventi più innovativi dagli anni Novanta fino a oggi siano state per prime dibattute e introdotte fra le Regioni che avevano promosso novità nei due decenni precedenti.

Per meglio sviluppare tale possibile relazione fra livello di *civicness* e rendimento istituzionale si è seguita un'analisi simile a quella svolta nel paragrafo precedente, cambiando però la variabile dipendente utilizzata così come il riferimento temporale delle altre variabili: la nuova variabile dipendente è diventata il rendimento istituzionale nelle politiche rivolte alla non autosufficienza durante gli anni Settanta-Ottanta, mentre come principali variabili indipendenti si sono impiegate quelle già riportate di tipo politico, economico, sociale e culturale ma create con dati riferiti non agli anni Novanta-Duemila ma ai due decenni precedenti¹¹ (cfr. TAB. 5.4).

È interessante notare come lo studio della correlazione fra rendimento istituzionale negli anni Settanta-Ottanta e singole variabili confermi nella sostanza la rilevanza e la significatività di alcune relazioni già emerse nell'analisi riferita agli anni Novanta-Duemila, facendo emergere però un'ulteriore variabile di tipo politico, legata non alla collocazione politica delle maggioranze regionali, bensì alla stabilità delle giunte stesse: il rendimento istituzionale negli anni Settanta-Ottanta risente negativamente di un forte *turn over* nella composizione delle giunte regionali (- .640).

TABELLA 5.4

Correlazione fra il rendimento istituzionale regionale e alcune variabili (anni Settanta-Ottanta)

Natura della variabile	Indicatore	Correlazione con il livello di rendimento istituzionale regionale
Economica	Modernità economica (1981-91)	.681*
Socioeconomica	Modello sviluppo socioeconomico (1981-91)	.587*
Sociale	Grado d'intensità domanda sociale (1981-91)	.616*
Culturale	Grado di <i>civiness</i> (anni Settanta-Ottanta)	.730*
Istituzionale	Grado di frammentazione geoistituzionale	.176
Politica	N. giunte regionali fino al 1990	-.640*
	Colore giunta regionale fino al 1990	.289
	Giunta con forze di sinistra fino al 1990	.301

* Correlazione significativa al livello 0,05.

A partire da tali risultati si è proceduto con un'analisi di regressione lineare multivariata fra le variabili risultate significative dallo studio delle correlazioni (cfr. TAB. 5.5). Rispetto all'analisi sul rendimento istituzionale negli anni Duemila notiamo alcuni cambiamenti e alcune conferme alle nostre ipotesi:

- il modello socioeconomico della Terza Italia sembra reggere bene e avere un ruolo rilevante;
- ad esso si associano però due variabili assenti nella precedente analisi che indicano il ruolo della cultura e della politica; sia la stabilità delle giunte sia il livello di *civiness* ricoprono una posizione importante nello spiegare le caratteristiche assunte dal rendimento istituzionale e presentano coefficienti beta alti.

TABELLA 5.5

Le variabili che incidono sul rendimento istituzionale regionale: regressione lineare (anni Settanta-Ottanta)*

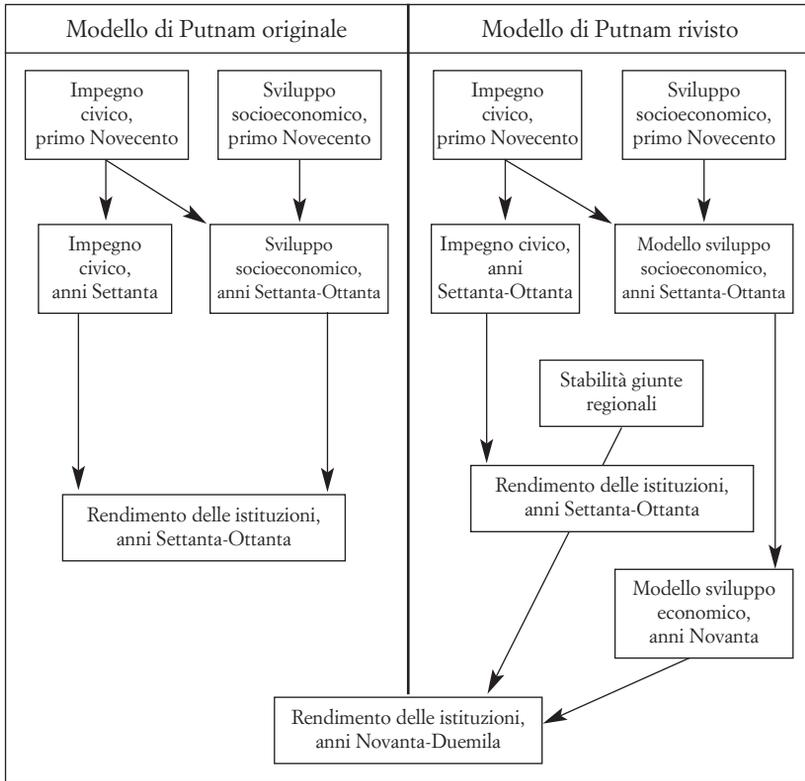
	Coefficiente standardizzato (beta)	Sig.
Indice modernità economica	.178	.600
Domanda sociale (1981-91)	.151	.527
Modello socioeconomico (1981-91)	.688	.048
Grado di <i>civiness</i> (anni Settanta-Ottanta)	1.267	.005
N. giunte fino al 1990	-.673	.004

* $R^2 = .822$ significativo al livello 0,05.

Questa analisi sembra quindi confortarci nell'ipotesi che la *civicness* abbia giocato un ruolo rilevante, diretto nella fase di decollo delle macchine regionali, solo indiretto successivamente.

FIGURA 5.7

Relazioni fra impegno civico, sviluppo socioeconomico e rendimento delle istituzioni: il modello di Putnam rivisto



Per quanto riguarda invece la stabilità delle giunte si può spiegare la rilevanza di tale variabile politica nei soli anni Settanta e Ottanta tenendo presente che la variabilità nel *turn over* dei governi regionali è fortemente diminuita a partire dagli anni Novanta se confrontata con quanto accadeva in precedenza: se infatti un blocco di Regioni (per esempio Emilia-Romagna, Toscana, Veneto, Lombardia ecc.) presentava una maggiore stabilità e durata delle singole giunte fino agli anni Novanta rispetto ad

altri contesti, con l'avvento di vari governi istituzionali a seguito di Tangentopoli nella prima metà del decennio scorso e con il processo di riforma dei sistemi di elezione e di governo regionali poi si è raggiunta una situazione relativamente più omogenea e, recentemente, stabile. Di nuovo quindi questa variabile politica ha avuto un suo ruolo rilevante nella fase d'impostazione delle politiche: le Regioni che negli anni Settanta avevano governi più stabili sono anche quelle che hanno prodotto più innovazioni e implementato sistemi più robusti di welfare, gettando le basi per un sentiero istituzionale poi seguito anche negli anni più recenti.

Per sintetizzare infine quanto finora emerso si può riprendere lo schema di Putnam (1993) relativo alle influenze reciproche fra impegno civico, sviluppo socioeconomico e rendimento delle istituzioni in Italia, rivedendolo alla luce dei risultati di tutta l'analisi sviluppata in questo capitolo (cfr. FIG. 5.7).

5.4

Le Regioni a maggior rendimento istituzionale: un confronto fra modelli di regolazione¹²

Quattro importanti e grandi Regioni del Centro-Nord si situano ai primi posti della scala di rendimento istituzionale riportata nei paragrafi precedenti: Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto e Toscana. L'obiettivo di quest'ultima parte dell'analisi è di verificare se queste Regioni, pur presentando un punteggio molto simile, abbiano in realtà seguito e stiano seguendo vie parzialmente differenti nello sviluppo di un welfare regionale per la non autosufficienza. La loro storia nel campo dei servizi sociali è stata in parte differente. Utilizzando gli schemi proposti da Fargion (1997), negli anni Settanta da un lato Lombardia e Veneto, dall'altro Emilia-Romagna e Toscana introducono modelli di regolazione orientati i primi alla sussidiarietà e al coinvolgimento in senso aggregativo delle istanze della società civile (e del mondo cattolico) locale, i secondi a una sorta di centralismo municipale, che vede nel Comune il principale meccanismo integratore delle comunità locali, sotto appunto la guida e la direzione dell'ente pubblico. Con gli anni Ottanta Fargion individua un processo di convergenza fra i due modelli e le quattro regioni all'insegna della *cross-fertilization* e cioè un recepimento incrociato da un lato dei principi del welfare mix, dall'altro della rilevanza dell'attore istituzionale locale, il Comune appunto, che rende queste realtà regionali più simili fra loro. Le trasformazioni negli anni Settanta e Ottanta avvengono dentro un quadro di crescita del livello di copertura e pertanto le differenze si giocano più sull'impostazione delle politiche che sul grado di diffusione dei servizi, generalmente buono, perlomeno in termini relativi rispetto al resto d'Italia.

La domanda che quindi ci si può porre è: che cosa succede a partire dagli anni Novanta? Continua il processo di convergenza fra subculture e modelli di regolazione? La risposta non è semplice. L'ipotesi che sentiamo di poter argomentare in questa sede è che in realtà *accanto ad alcuni trend di convergenza, che continuano, se ne verificano altri che tendono di nuovo a far divergere, almeno parzialmente, i quattro modelli, in direzioni però non facilmente supponibili nella fase d'impostazione della ricerca*. In particolare i modelli tradizionali di policy sulla base della subcultura di appartenenza, "bianca" e "rossa", ben sapendo che la Lombardia non rientra pienamente in una definizione di subcultura "bianca" anche se ne ha presentato storicamente alcuni caratteri, negli anni Novanta reggono meno e rappresentano un punto di partenza ideale, un retaggio culturale a maglie larghe, piuttosto che un modello relativamente stringente per le comunità che prendono decisioni a livello regionale. Il fatto che la forza delle subculture nel plasmare i comportamenti e le decisioni politiche muti e diminuisca d'intensità deriva a mio parere da una serie di fattori politici, culturali e socioeconomici.

Si ha un'evoluzione del panorama politico negli anni Novanta con partiti che sostanzialmente scompaiono (DC e PSI), altri che si trasformano (PCI, MSI) e altri ancora che nascono o crescono fortemente (Lega e Forza Italia), generando un profondo mutamento nel quadro di riferimento. Un indicatore diretto in ambito locale e regionale di tali trasformazioni rispetto ai decenni precedenti è la crescente eterogeneità in termini di colorazione politica delle giunte nei governi locali, più che regionali. Se a livello regionale il Veneto e la Lombardia passano sostanzialmente dal pentapartito a governi di centro-destra e l'Emilia-Romagna e la Toscana continuano con giunte imperniate sulla sinistra, incorporando però elementi rilevanti del mondo cattolico, a livello locale si assiste a un forte aumento della competizione fra schieramenti: città come Verona e Padova da un lato, Parma, Bologna e Arezzo dall'altro, tradizionalmente "bianche" e "rosse", vedono vincere rappresentanti di orientamenti politici differenti (Pavolini, 2003; Catanzaro *et al.*, 2002). Il passaggio dagli anni Ottanta agli anni Novanta comporta quindi che i rispettivi modelli in parte reggano sotto il profilo politico a livello regionale ma non necessariamente a quello locale.

Le trasformazioni in ambito culturale sono invece legate ad altri fenomeni di respiro sovranazionale: gli anni Novanta rappresentano la fase storica in cui argomentazioni verso forme di regolazione più promercato, sviluppatasi nei decenni precedenti, prendono maggiore forma e sostanza. L'idea che la pubblica amministrazione vada deburocratizzata, snellita e resa più simile al funzionamento di un'azienda privata acquista legittimazione anche nelle pratiche di governo. Nel campo del welfare in Italia tale tendenza assume la forma dell'accreditamento, del ricorso crescente a fornitori privati e dell'incremento nella capacità di scelta da par-

te dell'utente. La tematica del *consumerism*, e cioè appunto del trasferire potere di scelta e autonomia direttamente ai fruitori dei servizi pubblici, si lega inoltre a quella dell'*empowerment*, cara ai movimenti di utenti fino dagli anni Ottanta, che propone modelli di emancipazione autonoma per le persone in difficoltà (disabili ecc.).

Altri mutamenti rilevanti negli anni Novanta infine hanno riguardato la sfera socioeconomica. Le quattro regioni considerate sono ai primi posti in Italia per percentuale di donne occupate e per peso relativo degli anziani non autosufficienti. Tale doppia condizione rende difficoltosa se non precaria da un lato la via "pura" alla sussidiarietà, viste le decrescenti risorse informali cui attingere e l'importanza dell'inserimento femminile in un mercato del lavoro che opera a pieno ritmo, dall'altro la via "pura" socialdemocratica della copertura pubblica tramite servizi dei bisogni sociali, vista ormai l'ampiezza della domanda di assistenza rispetto alle risorse, già ingenti, destinate da queste Regioni alla cura.

Questo intreccio fra mutamenti politici, culturali e socioeconomici rende quindi più problematico il mantenimento del modello originario e sta generando forme di rielaborazione in parte differenti e in parte simili. Se negli anni Settanta e Ottanta il tema centrale era legato al ruolo dell'ente pubblico e a quello del terzo settore, oggi questa tematica lascia in parte spazio ad altre quali il ruolo dell'ente regionale nel persuadere l'ente locale a seguire le sue linee d'indirizzo e lo spazio di libertà lasciato direttamente all'utente e alla famiglia nell'organizzare la rete d'intervento pubblica.

Nella fase originaria d'impostazione della ricerca la mia ipotesi era che il percorso di convergenza o divergenza regionale, a seguito dei mutamenti indicati, andasse nella direzione di una nuova parziale polarizzazione fra i modelli provenienti dalla subcultura "bianca" e quelli derivanti dalla subcultura "rossa".

In realtà i risultati raccolti ci inducono a ritenere che il panorama regionale trattato sia in parte più complesso e non più facilmente leggibile nei termini ipotizzati inizialmente.

Se resta ancora rilevante il peso delle tradizioni culturali fra Lombardia e Veneto da un lato, Emilia-Romagna e Toscana dall'altro, l'analisi suggerisce l'emergere di quattro modelli di policy in cui i maggiori punti di contatto e di convergenza si hanno fra Veneto ed Emilia-Romagna, mentre Lombardia e Toscana sembrano assumere conformazioni istituzionali a sé, all'interno di un quadro di sviluppo degli interventi.

Il prosieguo del presente paragrafo è dedicato a illustrare e argomentare tale nuova ipotesi. Se partiamo innanzitutto dal livello di copertura e quindi l'output in termini di caratteristiche degli interventi resi al territorio, possiamo notare come le quattro Regioni abbiano adottato modelli d'intervento in parte simili e in parte differenti (cfr. TAB. 5.6).

TABELLA 5,6

Livelli e modelli di copertura per la cura della non autosufficienza in quattro Regioni^a

Livello di copertura ^b	Lombardia	Veneto	Emilia-Romagna	Toscana
ADI	3,0	3,9	4,9	3,2
Presidi socio sanitari	2,6	3,2	1,8	1,3
CDI	0,2	0,1	0,2	0,1
Presidi socioassistenziali	0,1	0,3	0,9	0,6
Assegni/voucher	0,4 ^c ; 3,0 ^d	0,8	0,9	0,3
Modello di copertura				
Ore per utente in ADI	20	15	27	21
Utenti per operatore in RSA ^f	2,33; 2,66	1,56; 1,81	1,35; 2,30	1,54
Utenti RSA su totale utenti (%)	96	89	67	67
Assegni/voucher (criterio)	Limiti; universalistico ^e	Limiti	Limiti	–

a. I dati su ADI, presidi residenziali socio sanitari e socioassistenziali sono gli stessi riportati nel CAP. 4. I dati su CDI e assegni sono stati raccolti direttamente nelle Regioni o tratti dai *Bollettini Ufficiali* regionali e si riferiscono in genere al 2002.

b. Valori percentuali calcolati rispetto alla popolazione con più di 65 anni.

c. Dato riferito alla sperimentazione dei buoni socio sanitari iniziata nel 2001.

d. Dato riferito al nuovo modello di erogazione dell'ADI dal 2003.

e. Limiti di reddito e di età nel caso di buoni e voucher sociali, nessun limite nel caso dei voucher socio sanitari.

f. Si riportano due dati in quanto esistono talvolta diversi modelli di RSA.

Il livello di copertura tramite servizi socio sanitari di tipo territoriale (ADI) vede al primo posto l'Emilia-Romagna (4,8 per cento), seguita dal Veneto (3,9) e a maggiore distanza dalla Lombardia (3,0) e dalla Toscana (3,2). Emerge una prevalenza nel livello di copertura socio sanitaria della Lombardia e del Veneto (RSA e case protette): a fronte del 2,6 per cento lombardo e del 3,2 veneto, emergono percentuali più contenute in Emilia-Romagna (1,8) e soprattutto Toscana (1,3).

Le strutture semiresidenziali (CDI) presentano un limitato livello di sviluppo sul territorio, coprendo in tutt'e quattro i contesti al massimo lo 0,2 per cento degli anziani.

Quelle invece residenziali socioassistenziali coprono in genere meno dell'1 per cento della popolazione anziana, con valori molto minori nel caso della Lombardia (0,1 per cento).

La diffusione di strumenti di supporto economico alle famiglie appare invece differente e merita un approfondimento:

– Emilia-Romagna e Veneto coprono quasi l'1 per cento degli anziani tramite assegni di cura; in queste realtà ormai lo strumento ha alcuni anni di rodaggio – le rispettive leggi istitutive risalgono al 1994 e al 1991 – ed è entrato a pieno titolo nel sistema d'interventi, coprendo fasce non trascurabili di utenti;

- la Lombardia ha appena terminato alcune sperimentazioni, iniziate nel 2001, che hanno interessato circa lo 0,4 per cento degli anziani, ma prevede un sistema a regime molto più vasto con l'intenzione, perlomeno per quello che riguarda i bisogni sociosanitari della non autosufficienza, di adottare un modello di trasformazione dell'intera ADI in voucher alle famiglie, andando quindi a coprire circa il 3 per cento degli anziani;
- la Toscana, pur prevedendo tale opzione già dal 1995, è invece la Regione fra le quattro che si è dimostrata più restia a diffondere questo tipo d'intervento e si è limitata a trasferire fondi ai Comuni per quella che viene definita «assistenza domiciliare indiretta», lasciando ad essi discrezionalità in merito a come impiegare queste risorse, se effettivamente per assegni di cura o per servizi; pertanto la fascia di utenti che ha beneficiato di tale strumento è stata pari allo 0,3 per cento.

Questo quadro quantitativo merita alcune ulteriori specificazioni in termini di modello di copertura:

- a) mentre Toscana, Lombardia e Veneto mostrano un numero medio di ore di ADI per utente simile (fra 15 e 20), l'Emilia-Romagna punta in maniera più forte sull'intensità, registrando un valore medio pari a 27 ore;
- b) l'intensità assistenziale nelle strutture sociosanitarie, misurata in termini di rapporto fra numero di utenti e operatori, è crescente passando dalla Lombardia (intensità massima 2,33 utenti per operatore) al Veneto (1,56), alla Toscana (1,54) e all'Emilia-Romagna (1,35);
- c) il modello d'intervento residenziale è in tutt'e quattro le regioni prevalentemente sociosanitario, visto che la maggioranza degli utenti in strutture è ospitata in presidi quali RSA e case protette; tale orientamento è molto forte in Lombardia (96 per cento) e Veneto (89 per cento), abbastanza forte in Emilia-Romagna e Toscana (67 per cento);
- d) l'accesso agli strumenti di supporto finanziario alle famiglie è in Veneto, Emilia-Romagna e Lombardia (assistenza sociale) sottoposto alla prova dei mezzi, mentre in Toscana la scelta dei limiti è delegata agli enti locali e in Lombardia (assistenza sociosanitaria) si sta andando verso un modello universalistico, vincolato comunque alle risorse a disposizione annualmente per l'ADI.

Complessivamente quindi emergono quattro modelli di copertura della non autosufficienza, in parte comunque simili:

1. la Lombardia sembra adottare un modello d'intervento sociosanitario vasto in cui alla domanda sociale si cerca di rispondere con offerte integrate sia nel domiciliare sia nel residenziale; in parte l'estensione del modello d'intervento, intesa come percentuale di anziani coperti, necessita di sacrifici in termini di intensità della cura (misurata dal numero medio di ore per utente di ADI e dal numero di utenti per operatore nelle strutture sociosanitarie); la flessibilità del sistema viene assicurata inoltre da un ricorso crescente a forme di trasferimento monetario e decisionale alle famiglie;

TABELLA 5.7

Caratteristiche di quattro modelli regionali di regolazione delle politiche per gli anziani non autosufficienti (anni Duemila)

	Lombardia	Veneto	Emilia-Romagna	Toscana
Filosofia d'intervento complessiva	Liberal-comunitaria innovativa	Liberal-comunitaria pragmatica	Social-democratica pragmatica	Social-democratico tradizionale
Ruolo Regione				
Modello istituzionale	Interventista debole	Interventista debole	Interventista debole	Interventista debole
Stile amministrativo	Aggregativo misto	Aggregativo misto	Integrativo misto	Integrativo forte
Capacità di lettura bisogni sociali e sanitari	Forte	Forte	Forte	Forte
Impiego leva finanziaria come strumento di indirizzo	Forte	Forte	Forte	Forte
Integrazione sociosanitaria	Sanitario su sociale	Sanitario su sociale	Sociale e sanitario	Sociale e sanitario
Ruolo gestionale e di programmazione				
Enti locali	Medio	Medio	Forte	Forte
ASL	Medio	Molto forte	Medio	Medio
Terzo settore/fornitori privati	Diretto forte	Diretto mediato	Diretto mediato	Diretto molto mediato
Famiglie/utenti	Diretto forte	Mediato forte	Mediato forte	Indiretto
Interventi innovativi	Voucher sociosanitario	Alzheimer Cura e immigrati	Demenze Cura e immigrati	Società della salute (sperimentazione)
Modello di intervento	Mercato sociale	Misto aggregativo	Misto integrativo	Convenzionamento

2. il Veneto adotta un modello d'intervento sociosanitario *vasto*, in termini di livello di copertura, che sembra sacrificare l'intensità della cura solo nel campo dei servizi domiciliari (15 ore medie per utente di ADI) ma non di quelli residenziali (rapporto di 1 a 1,56 o al massimo 1,81); sotto il profilo della flessibilità del modello d'intervento l'assegno di cura integra la rete dei servizi, arrivando a coprire circa lo 0,8 per cento degli anziani;

3. l'Emilia-Romagna punta fortemente sui servizi domiciliari e prevede una maggiore intensità relativa rispetto alle altre regioni, in termini di ore medie per beneficiario, sia nel domiciliare (27 ore medie di assistenza per utente) sia nel residenziale; come nel caso Veneto, la struttura dei servizi è ampliata dal ricorso diffuso allo strumento dell'assegno di cura;

4. la Toscana promuove un modello d'intervento per molti aspetti simile a quello emiliano-romagnolo, basato su un più limitato livello di copertura, controbilanciato da una maggiore intensità nel campo della residenzialità; fra le quattro Regioni considerate questa è l'unica che sembra ancora non aver intrapreso in maniera decisa la via del supporto economico alle famiglie.

Questi modelli di copertura e la loro evoluzione sono il risultato di un approccio culturale e di regolazione che presenta alcuni punti di differenziazione. La TAB. 5.7 riporta le caratteristiche più rilevanti di tali modelli.

La presentazione dei modelli può essere sviluppata attorno ai seguenti aspetti:

- a) il modello generale e la filosofia d'intervento;
- b) il ruolo della Regione e il modello di regolazione dei rapporti con il governo subregionale;
- c) il modello di regolazione degli interventi e il ruolo dei vari attori.

5.4.1. Il modello generale e la filosofia d'intervento¹³

Lombardia

La Lombardia appare una Regione con un modello e una filosofia d'intervento *liberal-comunitari innovativi*. La tradizionale impostazione basata sulla sussidiarietà e sul welfare mix degli anni Settanta, innescata da una maggiore volontà di coinvolgimento dell'ente pubblico negli anni Ottanta, lascia spazio a partire dalla seconda metà degli anni Novanta e soprattutto nell'attuale legislatura a un modello in cui i principi regolativi del mercato quale istituzione nell'allocazione delle risorse vengono proposti ed effettivamente introdotti. Tale nuova impostazione nel campo delle politiche per le persone non autosufficienti prende fundamentalmente spunto dall'orientamento emerso in sede di elaborazione di un modello sanitario d'intervento con la L.R. 31/1997 e dalle successive programmazione e pianificazione regionali. Come sottolineano alcuni osservatori del modello sanitario lombardo (Anessi Pessina, Cantù, 2003, p. 12),

il sistema lombardo è quello che più si allontana dall'impianto della legge 833/78. Estremizzando, si potrebbe ipotizzare uno sviluppo di lungo periodo con la Regione che rinuncia a svolgere il ruolo di "holding" per assumere quello di soggetto regolatore dell'intero SSR.

Il Piano sanitario regionale 2002-2004 prevede in questo senso il superamento del tradizionale modello di SSN con un ruolo pubblico sia nella fase di raccolta di fondi sia in quella di erogazione delle prestazioni: in par-

ticolare si prevede una separazione della funzione di raccolta delle risorse e di programmazione del sistema, che si mantiene pubblica, da quella di produzione degli interventi, affidata a soggetti privati accreditati. I principi cardine su cui far ruotare il nuovo sistema, contenuti nel Piano, sono in questo senso estremamente chiari: libertà di scelta per il cittadino; sussidiarietà orizzontale; competizione fra produttori pubblici e privati; equità e universalismo coniugati con una maggiore attenzione all'*empowerment* degli utenti e alla personalizzazione degli interventi.

Questo approccio nel sanitario ha plasmato e sta plasmando anche il campo delle politiche in materia di non autosufficienza, sia perché la struttura amministrativa regionale lombarda prevede un'unica direzione per il sociale e il sanitario sia perché il modello d'intervento scelto è fortemente sociosanitario. Una serie di linguaggi e di scelte sta quindi in misura crescente interessando il campo della non autosufficienza:

- sono numerosi ormai, a livelli non registrati in alcun'altra Regione italiana, gli atti normativi prodotti per regolare l'accreditamento delle strutture residenziali e socioresidenziali;
- nel campo dei servizi territoriali si sta ormai diffondendo un approccio basato sul voucher e sul buono, all'interno di sistemi di accreditamento, che lascia ampio spazio e discrezionalità all'utente e alla sua famiglia, in un'ottica (di lungo periodo come nella sanità) di progressiva sostituzione di produttori pubblici con fornitori privati.

Il modello lombardo si è quindi andato trasformando da un'impostazione comunitaria – in buona parte tipica della subcultura “bianca” –, basata sulla sussidiarietà e il welfare mix, a una nuova in cui accanto a questi elementi sono innestati altri tipici di modelli più liberisti, dove centrali divengono anche la possibilità di scelta per gli individui e lo strumento del mercato quale criterio ottimale di allocazione delle risorse (pubbliche).

Toscana

La Toscana è fra le quattro Regioni analizzate quella che più ha mantenuto forte il riferimento al modello tradizionale e alla filosofia d'intervento del welfare territoriale degli anni Settanta e Ottanta, ereditati nello specifico dalla subcultura “rossa”: forte centralità dell'ente pubblico e della rete dei servizi territoriali e residenziali; integrazione fra sociale e sanitario con il primo in grado di confrontarsi sullo stesso piano con il secondo. Proprio in questo senso è stata definita in questa sede un modello *socialdemocratico tradizionale*.

Questa Regione si distingue dalle altre per l'aver investito in campo sociale innanzitutto nella creazione di un sistema generale d'interventi e servizi sociali, coordinato e integrato con quello sanitario.

La legge quadro regionale sui servizi sociali (L.R. 72/1997) può essere considerata il modello anticipatore e ispiratore per eccellenza della legge 328/2000, sistematizzando e per taluni aspetti proponendo un modello a rete con un ruolo di regia forte affidato all'ente locale.

Il tipo di approccio "sistemico" emerge del resto anche dalla legislazione in campo sanitario dove, con la L.R. 22/2000 di riordino e soprattutto con il Piano sanitario regionale 2002-2004, si introducono la sperimentazione e un possibile futuro modello da un lato di «società della salute» per l'integrazione dei servizi sociali e sociosanitari, dall'altro di «area vasta» per la gestione delle strutture ospedaliere. Le società della salute dovrebbero essere strutture territoriali che, su delega sia di Comuni che di ASL, gestiscono in maniera integrata i servizi sociali e socio-sanitari assicurando una forte integrazione nel welfare di base. Altro elemento rilevante di tale modello è che, dopo la perdita d'influenza degli enti locali sui servizi sociosanitari avvenuta con le riforme degli anni Novanta nel campo della sanità pubblica, si prevede un maggiore ruolo dei Comuni nell'impostazione delle politiche: la proprietà delle società della salute è ripartita in egual misura fra ASL e Comuni, che dovranno svolgere un ruolo di programmazione e impostazione degli interventi.

In questo senso le scelte di policy degli ultimi anni in Toscana si sono concentrate su obiettivi generali di ristrutturazione e hanno lasciato in secondo piano, in parte per scelta e in parte per necessità, tematiche specifiche quali l'accreditamento. Va fatto comunque notare che l'impostazione seguita in questi anni tende esplicitamente a non aderire a un modello di mercato sociale. Di qui anche la scelta di non sviluppare in maniera robusta programmi di sostegno economico alle famiglie e agli utenti.

Emilia-Romagna

L'Emilia-Romagna proviene da una storia d'intervento e di filosofia di policy per molti versi simile a quella toscana, fondata sulla centralità dell'ente locale e dello sviluppo dei servizi territoriali. Se ne è forse differenziata per il livello con cui il welfare mix ha preso campo. La diffusione della cooperazione sociale per esempio, principale agenzia nonprofit in grado di gestire servizi sociali complessi per conto di enti pubblici, è stata negli anni Novanta maggiore in Emilia-Romagna¹⁴.

Il modello adottato in questa Regione è definibile *socialedemocratico pragmatico* in quanto ai capisaldi tipici della Toscana ha saputo aggiungere tre elementi rilevanti:

- attenzione alla personalizzazione degli interventi, anche tramite il supporto finanziario alle famiglie (assegno di cura);

- primi segnali di regolazione del rapporto fra immigrazione e attività di cura con i programmi di supporto indicati nel capitolo precedente;
- forte attenzione specifica, con un progetto unico in Italia, al campo delle demenze senili (cfr. PAR. 3.4).

Va sottolineato in tal senso che lo strumento dell'assegno di cura, fra i primi in Italia, è stato comunque rivisitato in chiave "socialdemocratica": come più delibere regionali hanno messo in risalto (fra queste la più rilevante è la D.G.R. 1377/1999), non si tratta infatti di un intervento «a domanda», e cioè erogato semplicemente su richiesta da parte delle famiglie, quanto di uno strumento della rete dei servizi, prevista dalla L.R. 5/1994 sugli anziani, attivabile dopo la valutazione dell'UVG e del «responsabile di caso» all'interno di situazioni che presentano determinate caratteristiche e condizioni, sia soggettive che oggettive, in grado di favorire un'effettiva applicazione dello stesso. Quest'ottica di forte integrazione dello strumento nella rete dei servizi, all'interno quindi di un principio di personalizzazione e di flessibilità del sistema d'intervento, è del resto confermata dal fatto che circa un terzo dei beneficiari di assegno (31,4 per cento) nel 2002 ha avuto accesso anche ad altri servizi¹⁵, previsti nel pacchetto di cura individuale proposto e organizzato dal «responsabile di caso» e dall'UVG.

Lo stesso tipo di filosofia, volto a conservare i cardini dell'impostazione tradizionale della subcultura "rossa" in termini di welfare territoriale, rivendendoli però sulla base delle esigenze di flessibilità e del mutamento della domanda sociale, si ritrova anche negli altri interventi, in particolare quelli rivolti all'emersione e alla regolarizzazione del lavoro sommerso di cura, svolto da immigrati stranieri.

"Pragmatico" sembra quindi il termine più adatto per indicare il tipo di approccio seguito dalla Regione Emilia-Romagna.

Veneto

Il Veneto è stato in questa sede definito un modello *liberal-comunitario pragmatico* in quanto, rispetto alla Lombardia, ha continuato a innovare in maniera incrementale piuttosto che sviluppando invece un vero e proprio salto di policy, quale quello effettuato con accreditamento e voucher. Il modello di welfare veneto è anche più radicato nella subcultura cattolica che negli anni Settanta e Ottanta ha dato molto spazio alla famiglia, alla sussidiarietà e al terzo settore. Il risalto dato alla famiglia nel campo del welfare si è dovuto comunque confrontare con una realtà economica fra le più vivaci e attive in Italia, realtà basata sulla piccola e media impresa e richiedente una forza-lavoro non solo maschile ma anche femminile. Il Veneto, come altre realtà della Terza Italia, e forse per certi versi

anche di più, ha mantenuto forte il connubio fra intenso sviluppo economico, mercato del lavoro – incentrato appunto sulle attività manifatturiere delle PMI – e famiglia. Pertanto il richiamo ideale alla sussidiarietà e al ruolo della famiglia nel lavoro di cura si è dovuto ben modulare con le necessità del mercato del lavoro. Ciò ha significato un forte sviluppo di politiche a regia pubblica non semplicemente deleganti responsabilità ai nuclei familiari con bisogni di assistenza. In questo senso sono interessanti le parole del dirigente regionale intervistato che ha affermato come sia probabile che i primi a opporsi a eventuali tagli ai servizi sociali e socio-sanitari sarebbero gli industriali, visto il ruolo di supporto alle funzioni economiche e familiari esercitato da questi interventi. Il principio di sussidiarietà si è quindi coniugato con la programmazione pubblica e negli anni Novanta ha dato vita a un modello molto articolato d'intervento in cui accanto alla rete dei servizi pubblici, ben diffusi sul territorio, si è proposto un elemento di flessibilità quale l'assegno di cura. Tale strumento, introdotto nel 1991, è stato nel corso del tempo affinato e ampliato (cfr. *supra*, CAP. 3), visto che ad esso sono stati affiancati: il buono servizio, una somma destinata al pagamento del costo del ricovero temporaneo in strutture residenziali; l'assegno Alzheimer, indirizzato espressamente a soggetti con questo tipo di problema; l'assegno assistenti, su cui si tornerà fra breve, impiegato quale misura di emersione e di regolazione dei rapporti di lavoro di cura.

Il Veneto, pur facendo largamente ricorso ai trasferimenti monetari alle famiglie, non ha quindi ancora compiuto il passo della trasformazione verso forme di mercato sociale completo, come ipotizzato e sperimentato in Lombardia (il Veneto solo nel 2002 ha varato una normativa sull'accREDITAMENTO), ma si distingue comunque in parte anche dall'Emilia-Romagna, in quanto non ha scelto un modello di assegno così regolato.

Le trasformazioni in atto nel welfare veneto fanno ipotizzare che questa via incrementale e pragmatica, di natura liberal-comunitaria, si manterrà nel tempo. Sono attualmente in discussione in Consiglio regionale due documenti molto rilevanti: il progetto di legge 241/2002, *Testo organico per le politiche sociali della Regione Veneto*, in recepimento anche della legge 328/2000, e il nuovo Piano socio-sanitario regionale denominato *Piano regionale dei servizi alla persona e alla comunità 2003-2005*.

Riguardo al primo si possono riportare alcuni passi in grado di esprimere come il modello veneto medi fra istanze differenti (artt. 1-20, corsivo mio):

viene riconosciuta alla famiglia la responsabilità primordiale, perché è nella famiglia che si scopre il valore della vita unitamente al valore del “prendersi cura”, sia sotto il profilo educativo che assistenziale, riconoscendola quale sogget-

to capace di farsi accreditare quale erogatore anche di prestazioni sociali di rilievo sanitario;

la proposta riconosce la libertà del cittadino di scegliere come e da chi farsi assistere in caso di bisogno [tramite un bonus]. *Tale impostazione ridimensiona quel paternalismo amministrativo e professionale che ha portato all'assunzione da parte dell'amministrazione pubblica o del singolo professionista delle scelte "per il bene dell'assistito", in base però a criteri di giudizio che erano loro propri e non quelli della famiglia, dell'anziano;*

la proposta vuole *equilibrare il mercato*, renderlo più equo, sostenendo l'interlocutore debole, quello che ha bisogno. L'accesso al bonus è regolato dalla valutazione multifunzionale del bisogno e del progetto finalizzato: nuovi strumenti di consulenza e di sostegno al cittadino e alla sua famiglia;

Con l'introduzione dei bonus si intende migliorare la qualità delle prestazioni, promuovere assistenza privata, regolare ed aumentare il numero delle famiglie che si affacciano nel mercato sociale regolato dall'ente pubblico.

L'introduzione del "bonus" tocca due temi di forte impatto sociale: la famiglia e il mercato. Il bonus risponde all'esigenza di più flessibilità nell'assistenza da fornire e maggiore possibilità di decidere in merito. Sono le persone e le famiglie a decidere le prestazioni da ricevere (a partire dalla scelta di monetizzazione dell'opzione per il bonus) da chi, con quali modalità e orari. *L'attenzione verso l'utente* dovrebbe incentivare i diversi erogatori a essere sempre più attenti agli utenti e ai loro bisogni così da attrarne il maggior numero.

I richiami alla centralità della famiglia sono così collegati alla capacità di scelta diretta di quest'ultima, tramite il bonus, evitando i rischi da un lato di «paternalismo amministrativo e professionale» (certo non termini tipici della tradizione di welfare socialdemocratica), dall'altro di abbandono delle famiglie – si prevedono un accesso legato alla valutazione multifunzionale e «nuovi strumenti di consulenza e di sostegno al cittadino e alla sua famiglia».

5.4.2. Il ruolo della Regione e il modello di regolazione dei rapporti con gli ambiti subregionali

A partire dagli anni Novanta e soprattutto nei periodi più recenti le Regioni hanno visto crescere le proprie responsabilità e potestà nel campo dei servizi sociali e sociosanitari. Questo trend ha però interessato anche gli enti locali. Come già in parte menzionato, gli enti locali e in particolare i Comuni hanno potenzialmente aumentato la propria sfera decisionale autonoma nel campo dei servizi in due maniere: l'aumento dell'autofinanziamento e il ritiro delle deleghe alle USL e alle ASL. I meccanismi di coordinamento informale tradizionali fra governo regionale

e subregionale, basati in queste Regioni sulla corrispondenza del colore politico delle giunte (in special modo in Toscana, Emilia-Romagna e Veneto), hanno mostrato i loro limiti nel momento in cui tale omogeneità è venuta meno.

In un contesto in cui quindi da un lato le Regioni dovrebbero avere più poteri d'indirizzo, ma dall'altro possono incorrere in difficoltà sanzionatorie laddove le loro direttive non vengano rispettate, esse possono adottare tre possibili strumenti:

- la leva finanziaria quale meccanismo d'indirizzo della spesa e quindi degli interventi;
- lo spostamento, quanto più possibile, delle responsabilità dal sistema sociale a quello sanitario, direttamente controllato dalle Regioni con le nomine dei direttori generali delle ASL;
- il coinvolgimento e la concertazione fra gli enti locali nelle decisioni regionali, tentando di adottare un modello di *policy-making* a rete, non gerarchico, in modo che le scelte regionali siano il risultato di un incontro fra impostazione regionale ed esigenze/punti di vista locali.

Le quattro Regioni si caratterizzano da un lato per una convergenza sul primo strumento, dall'altro per scelte differenti sul secondo e terzo.

Tutte e quattro le Regioni analizzate si caratterizzano per il ricorso, entro i limiti consentiti dai propri poteri, alla leva del finanziamento per indirizzare le scelte dei soggetti pubblici subregionali. La Lombardia prevede per esempio che il 70 per cento del Fondo sociale regionale trasferito agli enti locali debba essere speso per lo sviluppo di buoni e voucher sociali, indirizzando così in maniera forte l'assetto dei servizi a livello locale. L'Emilia-Romagna, il Veneto e la Toscana hanno ugualmente ripartito nei territori quote crescenti dei propri finanziamenti non "a pioggia", sulla base quindi di indicatori sociodemografici delle varie realtà, bensì sulla base della presentazione di progetti specifici.

Se la leva finanziaria, utilizzata in maniera selettiva, è uno strumento condiviso, le quattro Regioni si differenziano in termini di ripartizione dei compiti fra Comuni e ASL e per quanto concerne il livello di sviluppo della concertazione.

Il Veneto e la Lombardia hanno infatti elaborato un modello d'intervento che tende ad accorpare responsabilità del sociale (comune) nelle ASL. Meccanismi di incentivazione della delega sono presenti in entrambe le Regioni e in particolare in Veneto.

In quest'ultima realtà già il recepimento della riforma sanitaria degli anni Settanta, avvenuto con la L.R. 55/1982, prevedeva, diversamente dalle altre Regioni, che le Unità sanitarie locali, costituite in applicazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, assumessero la denominazione di Unità locali sociosanitarie (ULSS). Il Piano sociosanitario 1996-98 (L.R.

5/1996) ha ulteriormente disciplinato la realizzazione di un sistema integrato di erogazione dei servizi sociali a elevata integrazione sociosanitaria, prevedendo che si attuasse attraverso la gestione unitaria di tali servizi sociali in ambiti territoriali omogenei e la delega da parte dei Comuni della gestione dei servizi stessi all'Unità locale sociosanitaria o, alternativamente, la stipula di accordi di programma fra gli enti interessati. In questo senso il Veneto è l'unica Regione che prevede istituzionalmente nei nuovi assetti sanitari, accanto alle figure del direttore generale, di quello sanitario e di quello amministrativo, anche la figura del direttore sociale, con compiti specifici in quest'area.

In buona parte quindi i rapporti centro-periferia a livello regionale in Lombardia e, soprattutto in Veneto, sono stati affrontati accorpando funzioni nell'ambito del sistema sanitario.

In Lombardia, occorre aggiungere, l'attuale tentativo sembra quello di andare oltre questa impostazione, collegando direttamente gli utenti ai produttori di servizi e limitando quindi il ruolo diretto degli enti pubblici intermedi.

La strada seguita dalla Toscana e dall'Emilia-Romagna è stata invece differente. Per quello che riguarda la Toscana si può sottolineare il tentativo, tramite la società della salute, di integrare sociale e sanitario ridando nella sostanza ai Comuni maggiore potere nelle decisioni di sanità territoriale.

Inoltre l'analisi delle rispettive legislazioni sanitarie e sociali (leggi e Piani) fa ben emergere come queste due Regioni percepiscano l'integrazione sociosanitaria e il rapporto fra Regione ed enti locali nei seguenti termini:

- ruolo forte degli enti locali nel sanitario in termini di controllo e di sollecitazione allo sviluppo di servizi territoriali;
- forte enfasi sulla programmazione negoziata e la concertazione fra le parti, nel sanitario, nel sociale ai vari livelli (locale e regionale) e fra sociale e sanitario, in contrapposizione a un modello pensato in termini di competizione e di mercato.

Questa impostazione ha dato luogo a una normativa e a direttive che cercano di creare strumenti di incontro e di confronto fra le parti, così come alla creazione di tutta una serie di tavoli di lavoro, formali e informali, per sviluppare nuove politiche e interventi, in cui gli enti locali sono spesso coinvolti direttamente o tramite loro rappresentanti istituzionali (ANCI).

L'utilizzo di differenti strumenti d'intervento per regolare i rapporti subregionali mostra quindi come tutte e quattro le Regioni adottino un modello istituzionale *interventista*. Nella fase d'impostazione della presente ricerca si sono ripresi i suggerimenti di Messina (2001) per l'analisi

si del ruolo regionale. La studiosa propone una distinzione fra Regioni sulla base del modello istituzionale e dello stile amministrativo:

- il modello istituzionale può essere *interventista*, nei casi in cui l'attore politico regionale decida di regolare in maniera attiva la produzione di beni pubblici, allocando risorse e intervenendo in contesti di conflitto sociale, o *non interventista*, quando si limiti a favorire l'autoregolazione della società locale;
- lo stile amministrativo può avere carattere *aggregativo*, in cui le politiche regionali sono il risultato più delle istanze dei singoli attori comunitari e sociali che di un processo programmatore forte e relativamente autonomo, o *integrativo*, in cui invece la programmazione regionale gioca un ruolo di primo piano e rappresenta il momento di confronto e di filtro tra differenti istanze.

Tradizionalmente e a livello complessivo le aree di subcultura “bianca” si caratterizzano secondo Messina per un ruolo regionale aggregativo non interventista, mentre quelle di subcultura “rossa” per un ruolo interventista e integrativo.

La nostra analisi evidenzia come tali strumenti di lettura del ruolo regionale nel campo del welfare siano ancora utili, ma mostrino limiti.

Sotto il profilo del modello istituzionale tutt'e quattro le Regioni sono definibili interventiste. Le pagine dedicate alla normativa e al livello di copertura degli interventi, anche in un'ottica comparativa con il resto d'Italia, sostengono questa tesi. Inoltre si tratta di realtà che in questi anni hanno investito molto in strumenti di rilevazione della domanda sociale, dell'offerta di servizi e delle rispettive trasformazioni – sono per esempio sorti e sono stati strutturati osservatori regionali sulle politiche sociali e, tranne che in Lombardia, esistono inoltre agenzie sanitarie regionali con compiti anche di rilevazione. In realtà si tratta comunque di un modello interventista *debole* in quanto le istituzioni regionali hanno poteri fondamentalmente d'indirizzo ma non di gestione e di implementazione, come indicato in questa sezione, e quindi la loro capacità d'intervento è mediata da altri soggetti, a partire da quelli pubblici locali.

Sotto il profilo dello stile amministrativo la distinzione fra gruppi di Regioni regge maggiormente: da un lato il Veneto e la Lombardia sembrano più orientati verso uno stile aggregativo, dall'altro Emilia-Romagna e Toscana verso uno integrativo. Anche per tale dimensione sono però necessarie alcune ulteriori specificazioni. Gli stili di tre Regioni – resta esclusa la Toscana – sono definiti *misti* proprio per indicare come negli anni Novanta questi abbiano subito delle contaminazioni dai modelli differenti con un intreccio fra modalità aggregative e integrative.

5.4.3. La regolazione degli interventi e il ruolo degli attori

L'ultima dimensione su cui possiamo comparare i quattro modelli di assistenza nel campo della non autosufficienza concerne la concreta regolazione degli interventi e il ruolo attribuito ai vari attori. In buona parte molte indicazioni in tal senso sono state fornite nei PARR. 5.4.1-5.4.2 e qui si procederà in maniera relativamente sintetica.

Lombardia

La Lombardia sta predisponendo un modello d'intervento orientato verso il *mercato sociale*. Per mercato sociale intendiamo una struttura regolativa che pone al centro delle decisioni di allocazione delle risorse gli utenti, le loro famiglie e i fornitori di prestazioni. Il voucher sociosanitario, così come le corrispondenti forme proposte (e in parte imposte, visto il vincolo di destinazione del Fondo regionale in questo senso) dalla Regione agli enti locali per la dimensione sociale, sembra promuovere un modello in cui le famiglie scelgono all'interno di un sistema di accreditamento, per ora leggero nel domiciliare e più strutturato nel residenziale¹⁶. Il ruolo degli enti locali e delle ASL è quindi sempre più di supervisione del funzionamento del sistema e di quadro di riferimento. Il livello di elaborazione del sistema non è comunque semplicemente quello dell'assegno di cura: la Regione non propone un modello di trasferimento monetario alle famiglie senza vincoli, bensì cerca in misura crescente di vincolare le risorse date a un sistema di regole. È interessante da questo punto di vista notare come si sia verificato un processo di apprendimento istituzionale abbastanza celere. La sperimentazione del buono sociosanitario lombardo, iniziata nel 2001 e alla base dell'attuale modello, permetteva una forte capacità di scelta all'utente nell'acquisto delle prestazioni e nel tipo di servizi da ricevere (sociali o sociosanitari). Il monitoraggio di tale esperienza ha messo in luce come gli utenti tendessero a non rivolgersi a organizzazioni per l'acquisto di servizi, privilegiando forme di lavoro di cura informale o il ricorso al sommerso, e a impiegare le risorse per curare gli aspetti assistenziali piuttosto che sanitari (Tesio, 2003). Pertanto nel nuovo voucher sociosanitario si prevede il ricorso all'accreditamento, onde evitare un uso non corretto dello stesso.

Veneto

Il Veneto segue una via al mercato sociale molto più mediata e nella sostanza mostra un profilo misto. Le varie forme di assegno di cura vanno a integrarsi con una rete di servizi, domiciliari e residenziali, ben strut-

turata e sembrano essere forme di supporto a tale rete – si pensi al recente buono servizio per le attività di sollievo temporaneo. In questo senso la libertà di scelta dell'utente è inserita in un modello in cui ancora da un lato non si è sviluppato lo strumento dell'accreditamento, dall'altro le strutture pubbliche, in particolare le ASL, giocano un ruolo di primo piano, assieme al mondo del nonprofit che da sempre è attore primario del modello comunitario veneto.

Questa Regione sembra orientata a focalizzare le proprie innovazioni nel campo della non autosufficienza più che nella ristrutturazione del sistema di erogazione in quanto tale, da un lato verso nuove modalità di mobilitazione delle risorse (il Fondo per la non autosufficienza), dall'altro verso bisogni specifici nell'area degli anziani (la domiciliarità per i malati di Alzheimer) e verso la regolazione del mercato sommerso della cura, tentando di far emergere situazioni di lavoro irregolare.

Emilia-Romagna

Il modello emiliano-romagnolo di regolazione degli interventi presenta alcuni punti in comune con quello veneto. Si tratta di un modello misto in cui, accanto a forme di mercato sociale regolato (l'assegno di cura non funziona appunto "a domanda", bensì è inserito in un pacchetto d'interventi proposto e progettato dall'UVG e dal Servizio assistenza anziani), vi è una forte rete di servizi. Le differenze rispetto al Veneto stanno nel peso regolativo dell'ente locale nel promuovere e nel predisporre l'impiego dei trasferimenti diretti alle famiglie. Il terzo settore, così come i fornitori privati in generale, hanno un forte ruolo riconosciuto in sede di gestione e anche d'impostazione degli interventi (cfr. L.R. 3/2003, di recepimento della legge 328/2000, e le linee guida per la realizzazione dei Piani di zona), mediato dall'ente locale, che mantiene un ruolo di regia.

Così come il Veneto, l'Emilia-Romagna ha investito molto nell'innovazione non di sistema: il progetto sulle demenze, quello relativo al lavoro di cura e all'emersione del sommerso, le indicazioni contenute nella nuova legge regionale in tema di Fondo per la non autosufficienza mostrano come, all'interno di quadri normativi e di impostazione in parte differenti, le due Regioni appena menzionate stiano seguendo percorsi di sviluppo degli interventi paralleli e simili.

Toscana

Il modello toscano è quello che ha mantenuto in sede di regolazione degli interventi, così come per l'impostazione complessiva del welfare, i tratti più tradizionali. Non vi sono elementi di alcun tipo che sembrino

indicare una via verso il mercato sociale in questa Regione. Il modello è profondamente ancorato al modello tradizionale di relazione basato sul convenzionamento con i privati (appalti, affidamenti diretti, rette ecc.), senza che gli utenti giochino direttamente un ruolo rilevante. Gli enti locali, e in particolare il Comune, sono gli attori considerati centrali e in grado di coniugare le esigenze delle famiglie con quelle di professionalità e qualità dei servizi, pubblici e privati. In questo senso risulta anche più mediato dal pubblico il ruolo del terzo settore all'interno del modello di regolazione degli interventi.

Come già ricordato non sorprende in questo senso il fatto che questa Regione abbia scelto di concentrare la propria spinta innovativa verso riforme di sistema, in particolare volte all'integrazione sociosanitaria e al rafforzamento del ruolo dei Comuni in questo ambito.

5.5 Conclusioni

Complessivamente l'analisi proposta in questo capitolo mostra come le Regioni tendano a disporsi lungo un *continuum* caratterizzato da differenti livelli di rendimento istituzionale nel campo delle politiche regionali rivolte alla non autosufficienza.

La linea di divisione principale fra le Regioni continua a essere quella Centro-Nord/Sud con una forte spaccatura fra i livelli di rendimento, ma all'interno del Centro-Nord si delineano tre modelli differenti, che possono diventare almeno quattro se utilizziamo uno studio in profondità di tipo qualitativo, come quello svolto nella seconda parte di questo capitolo.

L'analisi quantitativa compiuta, ispirata agli studi di Putnam, ha messo in luce alcune variabili correlate con tale rendimento. Fra queste, mentre la dimensione politica e quella culturale giocano un ruolo più indiretto legato a quanto realizzato in termini di policy negli anni Settanta e Ottanta, un peso rilevante è attribuibile al modello socioeconomico di sviluppo tipico della Terza Italia assieme alla tradizione di intervento ereditata dai decenni precedenti.

L'analisi qualitativa su quattro Regioni, dotate di rendimento istituzionale alto e simile, ha fatto riemergere il ruolo delle variabili culturali e politiche nello spiegare come, a parità di rendimento, si possano avere modelli di regolazione delle politiche abbastanza differenti. Uno dei risultati non ipotizzati nell'impostazione della ricerca ma che ci sentiamo comunque di sottolineare, anche se con le dovute cautele, è relativo al fatto che anche da questo capitolo emerge come negli ultimi anni vi sia un nuovo parziale divergere dei modelli regionali d'intervento nel welfare, dopo i processi di convergenza degli anni Ottanta, un diverge-

re che però segue traiettorie non facilmente individuabili mediante le tradizioni socioculturali di partenza delle quattro Regioni, più o meno immerse nelle subculture “rossa” e “bianca”.

Note

1. Putnam utilizza quattro indicatori per costruire l'indice di *civicness* a livello regionale: vivacità della vita associativa, intesa come numero di associazioni sportive e culturali presenti in una regione; percentuale di cittadini che legge regolarmente giornali; percentuale di affluenza alle urne per i referendum 1947-87; voti di preferenza espressi nel periodo 1953-79 nelle elezioni politiche (correlato negativamente).

2. Una prima differenza importante rispetto al modello di Putnam è rappresentata dal fatto che il livello di stabilità delle giunte regionali non viene considerato una delle componenti dell'indice di rendimento, quindi una variabile dipendente, bensì uno dei fattori che possono spiegare il rendimento stesso, variabile indipendente. Si ipotizza pertanto che il rendimento possa dipendere anche dalla capacità delle maggioranze di governo di non essere troppo rissose e pertanto di permettere ai propri amministratori una continuità nell'impegno. Il livello di rissosità o di difficoltà nell'accordarsi viene quindi letto come una variabile di tipo politico da affiancare a quelle più classiche relative al colore delle giunte.

3. Le 28 correlazioni bidimensionali delle 8 misure utilizzate danno una media pari a .46. Sono tutte nella direzione giusta e per quattro quinti (79 per cento) sono statisticamente significative al livello .05 e per la metà (50 per cento) al livello .01, nonostante il basso numero di casi. Dall'analisi delle componenti principali il primo fattore che emerge – su cui si basa l'indice di rendimento delle istituzioni in tema di regolazione delle politiche sulla non autosufficienza – incide per più della metà (precisamente il 57 per cento) della varianza comune totale fra le 8 misure.

4. Questo secondo aspetto verrà trattato nelle pagine relative (cfr. PAR. 5.4) alla comparazione qualitativa fra le quattro Regioni del Centro-Nord che fanno registrare i valori più sostenuti di rendimento.

5. Sono state utilizzate due variabili: una non quantitativa nella quale si è cercato di associare ai valori numerici la corrispondenza lungo una linea di situazioni differenti e graduate fra loro (per esempio la variabile “colore politico della giunta dal 1995” prevede una decodifica del tipo: 1 = due legislature di centro-sinistra; 2 = alternanza di colore fra le due legislature; 3 = alternanza di colore fra le due legislature con prevalenza del centro-destra – casi di Sicilia e Calabria; 4 = due legislature di centro-destra); l'altra quantitativa, relativa al numero di anni di permanenza in giunta regionale del PCI/PDS/DS in vari archi di tempo (dal 1970 a oggi, dal 1990 a oggi, dal 1995 a oggi).

6. La variabile “stabilità della giunta” è stata calcolata riportando semplicemente il numero di giunte presenti negli archi temporali considerati.

7. Il concetto di *policy legacy* è stato operazionalizzato costruendo esattamente nella stessa maniera un indice di rendimento istituzionale riferito agli anni Settanta e Ottanta, analizzando la presenza di innovazioni negli anni Settanta, in termini di servizi territoriali per gli anziani, e negli anni Ottanta, in termini di elaborazione di un sistema complessivo d'intervento con leggi di riordino e di copertura dei bisogni tramite strutture residenziali.

8. Il concetto è misurato tramite un punteggio fattoriale basato a livello regionale sul reddito pro capite, il PIL pro capite, il grado di infrastrutturazione e la percentuale di occupati in agricoltura. Queste componenti sono strettamente correlate fra loro, con un valore medio pari a .85.

9. Anche questo indice è stato costruito tramite l'analisi delle componenti principali a partire dalle variabili indicate nel testo. La prima e unica componente spiega l'86 per

cento della varianza e ciascuna variabile è strettamente correlata alle altre, con un valore medio pari a .82.

10. L'analisi è stata condotta sulle sole variabili che risultavano significativamente correlate con l'indice di rendimento istituzionale. Si è tentata comunque un'analisi di regressione che tenesse presenti anche le variabili di tipo politico che ha fornito come risultato una conferma della scarsa significatività di tale tipo di fattori, così come emerso dall'analisi delle correlazioni.

11. Per motivi di sintesi non si riportano tutti i valori derivanti dalle analisi delle componenti principali che hanno portato alla creazione delle variabili qui proposte. Si tenga presente che si è eseguito per le singole variabili utilizzate lo stesso tipo di analisi illustrata in precedenza per gli indicatori riferiti agli anni Novanta-Duemila, analisi che ha mostrato una buona correlazione e un alto valore della varianza spiegata dai singoli costrutti impiegati.

12. L'analisi sulle quattro Regioni presentata in questo paragrafo è frutto dell'utilizzo di materiali e fonti differenti: libri, articoli di riviste, normative e documenti regionali (leggi, decreti, circolari ecc.). A tali fonti va aggiunta una serie di interviste con dirigenti e funzionari regionali, in particolare: il dottor Bressan, attualmente direttore alla USSL di Vicenza ma fino a poco tempo fa dirigente della Regione Veneto nell'area sociosanitaria; il dottor Fabrizio e il dottor Nocentini, responsabili per le politiche sociali nei confronti degli anziani non autosufficienti rispettivamente nella Regione Emilia-Romagna e nella Regione Toscana; la dottoressa Dotti, funzionaria incaricata dell'area degli interventi sociosanitari nella Regione Lombardia.

13. Onde evitare noiose ripetizioni non si riportano nel testo i riferimenti a normative specifiche regionali (per esempio sull'accreditamento ecc.), se già trattate e analizzate nel CAP. 4 dedicato appunto alle legislazioni regionali.

14. Una rielaborazione del censimento ISTAT (2001b) sul nonprofit in questo senso mostra come vi fossero nel 1999 363 cooperative sociali in Emilia-Romagna (pari a 0,9 cooperative ogni 10.000 abitanti) a fronte di 244 in Toscana (pari a 0,7 cooperative ogni 10.000 abitanti).

15. Dato tratto dalla relazione sull'applicazione della normativa regionale emiliano-romagnola in materia di assegno di cura del 2002.

16. Gli atti normativi del 2003 che recepiscono la sperimentazione del voucher sociosanitario e ne propongono l'estensione a livello regionale offrono criteri molto laschi per l'accreditamento dei soggetti privati: il rappresentante legale dell'organizzazione che si vuole accreditare non deve aver subito condanne penali o avere procedimenti penali in corso; l'organizzazione deve presentare una «specificità dello scopo sociale (mission aziendale)» e avere un'operatività nel settore specifico da almeno un anno; essa infine deve sottoscrivere un «patto di accreditamento per l'assistenza» con la ASL territorialmente competente. Altri criteri aggiuntivi possono essere introdotti dalle ASL.

Conclusioni

Alla fine del percorso di ricerca che ci ha condotto a un'analisi approfondita dei modelli di welfare regionale nel campo della non autosufficienza degli anziani, possiamo schematicamente riportare alcuni punti rilevanti dello studio, passando poi ad esaminare quelle che appaiono le maggiori criticità.

1. La ricerca mostra come il livello di copertura assicurato in Italia in generale e nelle singole Regioni in particolare sia ancora insoddisfacente; non vi è Regione, neanche fra quelle con il più alto grado di copertura, in grado effettivamente di offrire una rete di servizi e interventi sufficientemente vasta.

2. Le Regioni appaiono differenziarsi fra loro lungo linee territoriali che vedono buona parte del Centro-Nord in condizioni relativamente migliori del Sud.

3. Visti i dati sui livelli di copertura dei servizi e le relative disparità territoriali, diventa francamente molto complesso discutere di livelli essenziali di assistenza nel campo della non autosufficienza, così come previsti non solo dalla legge 8 novembre 2000, n. 328, per le prestazioni sociali ma anche dalla normativa di settore per quelle socio-sanitarie, quando in alcuni contesti regionali i servizi domiciliari e residenziali non raggiungono neanche l'1 per cento della popolazione anziana.

4. Probabilmente non si sta andando verso 20 sistemi di welfare regionali per la non autosufficienza, ma sicuramente il livello di aggregazione in 3-4 macrogruppi è già una realtà da alcuni anni e il processo federalistico potrebbe accrescere tali differenziazioni, così come forti diversità d'impostazione a parità di rendimento istituzionale (si pensi all'analisi condotta su Emilia-Romagna, Toscana, Veneto e Lombardia).

5. Il livello di diversificazione nella capacità di intervento è tale da far supporre che con difficoltà vi sarà un effettivo riequilibrio nel medio periodo, tenendo presente che l'analisi ha messo in risalto come agisca un meccanismo di dipendenza dal sentiero istituzionale e normativo prodotto, per cui sono in genere le Regioni che hanno più sviluppato gli in-

terventi negli anni Settanta e Ottanta a essere più efficienti sotto il profilo del rendimento nell'ultimo decennio.

6. Le politiche regionali possono incidere sugli assetti normativi, ma necessitano probabilmente di tempi medio-lunghi per favorire aumenti rilevanti nei livelli di copertura. La Basilicata, prima fra le regioni del Sud per livello di rendimento istituzionale negli anni Novanta, è anche l'unica realtà del Meridione ad aver fatto registrare una buona capacità di governance negli anni Settanta e Ottanta.

7. È interessante infine notare come i modelli macroregionali di regolazione individuati nel presente volume solo in parte seguano i solchi tracciati dalle subculture di appartenenza. All'interno del modello di welfare per la non autosufficienza qui definito della Terza Italia vengono a trovarsi Regioni provenienti da percorsi differenti come il Veneto e l'Emilia-Romagna. Occorre chiedersi come ciò sia possibile. Alcune risposte sono rinvenibili nella capacità amministrativa dimostrata nel corso di un trentennio, associata al tipo specifico di modello di sviluppo socioeconomico maturato in queste aree. Non va comunque dimenticato che l'analisi di altri tipi di politiche, quali per esempio quelle per l'infanzia e la famiglia, pone le due Regioni appena nominate agli opposti (Bimbi, 2002; Messina, 2001). Come spiegare quindi la somiglianza fra Regioni in un campo di policy, la non autosufficienza, rispetto a un altro, le politiche per le famiglie con figli? L'ipotesi che si può formulare è che il tema della non autosufficienza degli anziani stia ormai assumendo dei contorni che lo rendono sempre meno affrontabile da prospettive ideologiche e culturali differenti rispetto ad altri campi d'intervento, quali appunto l'infanzia. In particolare appaiono due le ragioni: la vasta e crescente incidenza del fenomeno stesso sulla popolazione, tale da renderlo ormai un bisogno diffuso e non più trattabile con modelli d'intervento di tipo residuale; la sua crescente separazione, da un punto di vista anche concettuale, rispetto alla tematica del rapporto fra compiti e modelli familiari (femminili) di cura e mercato del lavoro. Molti anziani non autosufficienti vivono soli o in coppia con altri anziani e sono spesso assistiti o hanno comunque *carers* familiari già non più occupati (perché anziani, perché andati in pensione ecc.: ISTAT, 1997, 2001a). Sviluppare reti d'intervento in questo campo diventa quindi un'opzione legata a problemi contingenti di pressione della domanda più che a impostazioni di fondo sui ruoli e i compiti all'interno della famiglia.

All'interno di questo quadro l'ipotesi di introdurre un fondo nazionale che sia quindi in grado di far convergere molte più risorse appare quanto mai opportuna, tenendo presente che simili strumenti sono già in vigore da alcuni anni in alcuni paesi del Centro-Nord Europa. L'isti-

tuzione di un fondo di per sé potrebbe però non essere sufficiente a risolvere alcuni problemi che affliggono i sistemi di welfare regionali.

a) Il primo problema riguarda i meccanismi e le modalità di *finanziamento di un programma universalistico ampio* nei confronti della non autosufficienza. Le considerazioni svolte nei CAPP. 1-2 circa il modello assicurativo tedesco (la *Pflegeversicherung*), relative alla sostenibilità nel medio periodo di un sistema basato sui contributi da lavoro in economie passate dal fordismo al postfordismo, spingono ad abbracciare scelte, quali quelle formulate per ora in termini generali dal disegno di legge integrato presentato in Parlamento, di modelli di copertura più di tipo solidaristico fondati sulla fiscalità generale tramite addizionali IRPEF e IRPEG (CAPP, CER, Servizi Nuovi, 2004).

b) Un secondo problema che va posto con estrema chiarezza riguarda *non solo il livello di copertura assicurabile tramite un fondo, ma anche l'intensità di tale copertura*. Il progetto-obiettivo anziani dei primi anni Novanta prevedeva in un anno *in media* 140 ore di assistenza domiciliare di tipo socioassistenziale (aiuto domestico, cura personale, altre forme di assistenza), 100 ore di assistenza infermieristica, 50 ore di assistenza riabilitativa e in aggiunta alcune visite specialistiche. Nella sostanza si tratta di un modello che assicura in media meno di mezzora al giorno a utenze per attività socioassistenziali. L'Emilia-Romagna, una delle Regioni con maggior rendimento istituzionale secondo la nostra classificazione, prevede in media 184 ore annue a utente per le prestazioni socioassistenziali, pari a circa 30 minuti giornalieri. Questa intensità di copertura non è certo sufficiente nella maggior parte dei casi in cui l'anziano ha problemi di non autosufficienza. Ciò vale anche di più nei casi di demenza senile e in particolare di Alzheimer. L'Italia si trova quindi a dover prevedere una crescita di risorse per innalzare il numero non solo di beneficiari degli interventi, ma anche delle ore medie pro capite, per evitare un sistema universalistico sulla carta, ma debole nelle risposte.

c) Il terzo problema, collegato al primo e per certi versi anche di più difficile gestione, riguarda *le forme di supporto alle famiglie, l'individualizzazione dei percorsi di cura e di vita e il trasferimento delle scelte circa le modalità d'intervento direttamente agli utenti*. La ricerca ha messo in risalto come in molte realtà del Centro-Nord una tendenza comune e crescente sia quella di erogare assegni di cura o voucher che, all'interno anche di modelli regolativi differenti, nella sostanza trasferiscono potere decisionale alle famiglie e agli utenti. La ragion d'essere di questi strumenti che, si noti, non sono stati sviluppati nelle Regioni a minore rendimento istituzionale, ma in quelle che più di altre avevano e hanno creato la rete dei servizi, sembra dipendere da due considerazioni: una più generale, legata alla personalizzazione e alla flessibilità degli interventi, l'altra più concre-

ta, legata alla necessità di ridurre la pressione sui servizi residenziali e, aggiungiamo noi, su quelli territoriali e domiciliari. È chiaro nelle regioni del Centro-Nord quanto riportato al punto *b*) e cioè che l'offerta di servizi territoriali, seppur relativamente ampia o comunque discreta quale quella sviluppata in decenni di investimenti, non riesce a tenere il passo della domanda, in termini di quantità e d'intensità. Da qui la scelta, anche di alcune Regioni che provengono da un sentiero e un'impostazione socialdemocratici quale l'Emilia-Romagna, di adottare tali strumenti con pragmatismo e di inserirli all'interno della rete dei servizi. La copertura assicurata tramite finanziamenti diretti alla famiglia può infatti permettere un utilizzo più flessibile delle risorse, potenzialmente quindi più efficiente.

d) Il quarto problema è dato dal fatto che *pensare a tale strategia di diffusione degli assegni di cura e dei voucher assieme (se non in parziale alternativa) ai servizi pone però alcune rilevanti domande e "trade-off"*. Tale riflessione è tanto più necessaria in quanto le proposte di legge in Parlamento sembrano puntare su un sistema che prevede la possibilità di optare per trasferimenti monetari quali gli assegni di cura e l'esperienza estera – quella tedesca *in primis* – mostra che, se viene concessa libertà di scelta fra denaro e servizi, la stragrande maggioranza degli utenti sceglie il primo (Ranci, 2001).

Flessibilità e libertà di scelta per l'utente vs controllo, tutela del lavoratore e professionalità dell'intervento? La letteratura internazionale in merito alle esperienze maturate mostra come spesso una maggiore flessibilità nell'utilizzo dei fondi si accompagna a una crescente soddisfazione per la cura ricevuta da parte degli utenti e delle famiglie (Pavolini, 2002). Tali risorse sono frequentemente utilizzate all'interno dei nuclei familiari o impiegate per assumere, spesso sul mercato sommerso, persone che individualmente offrono servizi. Queste maggiori flessibilità del servizio e libertà di scelta degli utenti possono quindi comportare minori tutele per i lavoratori, l'assenza di qualsiasi controllo reale su come le risorse vengano impiegate e l'abbassamento del livello di professionalità nell'assistenza, visto che le capacità dei fornitori singoli tendono spesso a essere quasi esclusivamente di carattere relazionale. Si pone quindi il problema di come bilanciare forme di maggiore flessibilità, libertà di scelta degli utenti e copertura con modalità di tutela dei lavoratori, della professionalità e dell'appropriatezza dell'intervento.

Una via in questo senso può essere quella dell'accreditamento e del voucher, tramite i quali i beneficiari sono costretti a spendere le risorse ricevute all'interno di percorsi di servizio certificati o comunque a far emergere il rapporto di lavoro. Naturalmente questo strumento di per sé non rappresenta la panacea per risolvere tutti i problemi e dilemmi re-

lativi ai trasferimenti alle famiglie: specialmente se i rapporti di lavoro regolarizzati riguarderanno singoli lavoratori è possibile, come del resto avviene nel mondo del lavoro domestico, che le ore effettive d'impiego siano ben superiori a quelle registrate, con queste ultime calcolate in genere per ottenere il livello minimo di benefici previsto dalle normative.

Flessibilità e libertà di scelta per l'utente vs aggravio delle responsabilità di cura familiari/femminili? I nuovi modelli sembrano rilanciare modalità d'intervento non necessariamente alternative ai servizi, ma comunque incentrate su trasferimenti monetari con un ruolo spesso attivo dei membri della famiglia, e in particolare delle donne, in funzioni di *care*, visto che sono in genere queste ultime le figure che si occupano della cura. La possibilità di accesso a trasferimenti monetari di varia natura per attività di *care*, al posto o in integrazione dei servizi, si potrebbe quindi trasformare in un disincentivo all'inserimento femminile sul mercato del lavoro o addirittura in un fattore di allontanamento da quest'ultimo. In quest'ottica va inoltre tenuto presente che una parte dei *carers* familiari tende, per ragioni biografiche, a trovarsi non tanto in una situazione di dilemma fra cura e lavoro ma, essendo già pensionata o non lavorando per limiti di età, in una condizione personale di difficoltà ad assumersi per lunghi periodi responsabilità di cura. Proporre trasferimenti più che servizi significherebbe rischiare di caricare anche maggiormente di compiti persone che già vivono una fase del ciclo di vita in cui le risorse personali psicofisiche risultano più ridotte.

Effettiva capacità di scelta degli utenti vs delega pubblica "al buio"? Se da un lato le nuove riforme sembrano accordare agli utenti una certa autonomia nella scelta dei fornitori e del tipo d'intervento, autonomia più o meno ampia a seconda delle versioni "privatizzanti" o "regolate", dall'altro spesso non viene affrontato il problema se gli utenti siano effettivamente capaci di scegliere e in quali condizioni. Il fatto che vi siano differenze fra gli utenti, di status economico, livello d'istruzione e capitale sociale, potrebbe dar luogo a politiche di istituzionalizzazione delle differenze sociali, in base alle quali alcune fasce di utenti potrebbero risentire fortemente di asimmetrie informative in grado di limitare in maniera consistente la loro capacità di prendere decisioni che, se non massimizzanti, siano perlomeno soddisfacenti. Il verificarsi di una tale situazione sarebbe aggravato dal fatto che i beni prodotti in campo socioassistenziale sono *experience goods*, la cui qualità è valutabile solo durante il processo stesso di produzione e non in una fase di scelta precedente. I rischi di sfruttamento degli utenti sono quindi ben reali. In quest'ottica sembra ipotizzabile prevedere un ruolo d'indirizzo e *tutorship* trami-

te forme di *case management* pubblico, in cui vi siano funzionari responsabili di indirizzare e di supportare le scelte degli utenti, sull'esempio di quanto avviene in Emilia-Romagna.

Quale ruolo complessivo per l'ente pubblico? Delega vs promozione e ri-regolazione? Un ultimo dilemma sollevato dai nuovi modelli è relativo al senso profondo di tali cambiamenti per il ruolo del soggetto pubblico. Si tratta di modalità di regolazione che comportano un'abdicazione del ruolo di indirizzo e di controllo da parte degli enti pubblici o all'opposto si è di fronte a nuove forme di regolazione più indiretta e attenta a promuovere l'azione congiunta di più attori, sia istituzionali che privati? L'idea di uno Stato facilitatore e controllore dell'azione privata può facilmente tramutarsi nella prassi in modelli in cui questo soggetto delega di fatto le responsabilità inerenti all'assistenza. Ne deriva che, anche nel caso in cui l'ente pubblico assuma il ruolo di promotore dell'azione privata, sembra necessario che vengano fatti investimenti all'interno del settore pubblico e degli enti locali per rafforzare quei ruoli di progettazione, supporto agli utenti e valutazione degli interventi tanto più necessari quanto più l'ente pubblico ha un ruolo di regolazione indiretta. *Un modello di Stato capace di supportare e attivare tutti gli attori privati comporta un riorientamento dello stesso e addirittura un rafforzamento sia qualitativo che quantitativo delle funzioni e dei profili inerenti alla progettazione, la supervisione e la valutazione dei progetti.* I nuovi modelli di regolazione pongono pertanto una forte pressione sul soggetto pubblico, sul suo ruolo e sulle sue responsabilità di tutela e di promozione dei diritti degli utenti, delle loro famiglie e di coloro che operano nel sociale.

Quale sistema in una realtà regionale così fortemente frammentata e disomogenea? Il quadro descritto nel volume mostra come vi siano alcune Regioni in cui non risulta assolutamente sviluppato il sistema dei servizi. La possibilità per le famiglie di accedere a trasferimenti diretti piuttosto che a servizi potrebbe in queste realtà, soprattutto del Sud, sancire definitivamente, o comunque per un lungo periodo, l'abbandono di qualsiasi ipotesi realistica di creazione e di diffusione di una rete d'interventi territoriali. L'effetto integrativo rispetto al sistema dei servizi che assegni e voucher possono avere nelle regioni del Centro-Nord a maggior rendimento istituzionale si potrebbe facilmente trasformare in un effetto sostitutivo in tutti quei territori in cui il sistema non esiste ancora o risulta molto debole.

La non autosufficienza, così come più in generale la diffusione di malattie croniche, rappresenta una delle principali sfide con cui i modelli di welfare dovranno sempre più confrontarsi, visto il crescente ruolo e pe-

so, anche finanziario, che gli anziani con problemi di disabilità hanno sui sistemi socioassistenziali e sanitari. Se da un lato l'ulteriore territorializzazione degli interventi e l'autonomizzazione delle Regioni, legate al processo federalistico, possono portare con sé una risposta più appropriata rispetto alle caratteristiche locali, dall'altro questo volume non fa che confermare la presenza di profonde disuguaglianze nei sistemi di copertura e nella capacità d'intervento nelle varie parti d'Italia, con l'origine delle disuguaglianze ricollegabile a due fattori in particolare: il sentiero istituzionale intrapreso nell'ultimo trentennio e lo specifico modello di sviluppo socioeconomico. La possibile introduzione di nuovi schemi nazionali di copertura, quali quelli discussi in Parlamento attualmente, di per sé meritoria e necessaria, non sarebbe però sufficiente probabilmente a diminuire tali disuguaglianze, se poi la loro implementazione in termini di rete d'interventi, con le relative risorse finanziarie, venisse delegata fondamentalmente al livello regionale. Le riflessioni sugli assegni di cura appena esposte mostrano chiaramente come uno stesso strumento possa portare a risultati molto differenti a seconda del contesto e del modello di servizi sviluppato sul territorio. L'analisi svolta nel CAP. 5 sui fattori che influenzano il rendimento istituzionale fa supporre che, se da un lato non è necessario pensare e quindi lasciarsi schiacciare dalla centralità di meccanismi culturali di lungo periodo per ipotizzare sentieri virtuosi di rendimento istituzionale, così come suggerisce Putnam nella sua analisi che parte dalle tradizioni civiche dell'Italia rinascimentale, dall'altro sono all'opera e hanno un peso rilevante meccanismi di breve-medio periodo, quali le tradizioni amministrative che nel corso di un trentennio le Regioni hanno sviluppato nel campo del welfare. L'analisi mostra chiaramente come le singole innovazioni normative degli anni Novanta abbiano comportato effetti differenti a seconda dei contesti regolativi e amministrativi in cui si sono venute a realizzare.

Pertanto tutto ciò spinge non tanto verso l'auspicio di una nuova centralizzazione delle decisioni, mortificando il ruolo delle istituzioni locali e regionali, ma verso un rafforzamento del ruolo di coordinamento e d'inquadramento delle scelte di policy a livello nazionale. Alla luce della normativa attuale nel campo del welfare e della riforma del Titolo V della Costituzione, un forte ruolo propulsivo e regolativo dello Stato nella definizione dei livelli essenziali di assistenza, sia sociosanitari sia socioassistenziali, può essere uno dei principali meccanismi con cui favorire tale opera di coordinamento e d'inquadramento; ciò è realizzabile inserendo per esempio riferimenti specifici a una copertura, adeguata e non solo minima, dei bisogni derivanti dalla non autosufficienza in termini di percentuali di anziani beneficiari, da effettuare tramite servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

Il volume si conclude con un'ultima preoccupazione e sfida che dovrà essere raccolta anche da quelle Regioni che più in questi anni hanno sviluppato un sistema di welfare per la non autosufficienza: la cosiddetta Terza Italia o comunque molta parte di essa. Accanto alla capacità di bene amministrare nel corso di trent'anni, l'altro fattore, emerso dall'analisi, in grado di spiegare il loro rendimento, è appunto relativo al modello di sviluppo socioeconomico. Le ragioni alla base della relazione fra modello di sviluppo socioeconomico e rendimento sono già state discusse nel CAP. 5: vale la pena qui riprenderle solo brevemente ai fini della presente argomentazione. Il modello della Terza Italia è stato quello che meglio ha saputo modulare il passaggio dal fordismo al postfordismo, attenuando fortemente i fenomeni di crisi che le ristrutturazioni industriali hanno comportato in altre aree del paese, come per esempio il Piemonte e la Liguria. In particolare si è trattato di un passaggio che non ha implicato deindustrializzazione grazie alla presenza di una fitta rete di piccole e medie imprese molto attive e flessibili, in grado di assicurare da un lato occupazione, anche femminile, e benessere in maniera diffusa, dall'altro il mantenimento di un tessuto sociale e urbano caratterizzato da centri di medio-piccole dimensioni, sparsi sul territorio e dotati di un buon livello di vitalità sociale e civica.

La fase attuale, che si è aperta dalla fine degli anni Novanta, caratterizzata dalla crescente globalizzazione e competizione a livello internazionale, segna però un momento di forte cambiamento anche per le aree della Terza Italia che devono fronteggiare una possibile crisi derivante da un lato dalla crescita lenta della domanda a livello mondiale, dall'altro dall'emergere di attori in nuove aree geografiche (la Cina, il Sud-Est asiatico, l'Est europeo), pronti a competere negli stessi segmenti di mercato tipici della Terza Italia (si pensi al settore del cosiddetto *made in Italy* – abbigliamento, calzature, mobili ecc.). Una prima risposta che da alcuni anni si sta già verificando e che sembra assumere un ritmo crescente in molti distretti industriali è rappresentata dalla delocalizzazione di tutta o parte della filiera produttiva dai territori originari italiani verso l'Est europeo o addirittura fuori dell'Europa (Turato, 2001). Se appare difficile valutare gli effetti di tali processi nel medio periodo, molto più facilmente si possono cogliere nel breve periodo alcuni segnali di crisi o comunque di profondo cambiamento nei mercati del lavoro e nelle società locali della Terza Italia, con la diffusione di possibili fenomeni di licenziamenti estesi, auspicabilmente ma non necessariamente solo momentanei (Paradisi, 2004). Che cosa accadrà quindi ai sistemi di welfare regionali più avanzati in Italia tenendo presente che una parte dei presupposti su cui si sono retti si sta radicalmente trasformando? La coniugazione di buoni livelli di welfare e sviluppo economico, con ciascu-

no dei due elementi rinforzante l'altro, è stata la ricetta alla base del modello della Terza Italia, perlomeno nelle sue aree più attive: i nuovi processi competitivi internazionali, che danno un ruolo di primo piano ai sistemi regionali o comunque subnazionali e alle risorse che questi sono in grado di impiegare per migliorare i propri rendimenti e le proprie capacità, pongono sotto stress il binomio fra welfare ed economia con il rischio che il welfare venga considerato o diventi un anello debole per il grado di competitività di tali sistemi. La sfida che quindi si pone per quest'area del paese, e a maggior ragione per le altre che mostrano già da adesso differenti o minori capacità sia economiche sia di sviluppo dei sistemi di protezione locale, è come assicurare in futuro il *coupling* fra sviluppo economico in un mercato fortemente competitivo e un buon livello di cittadinanza sociale.

Bibliografia

- AA.VV. (2000), *I sistemi previdenziali misti*, in “L’Assistenza sociale”, 1.
- ACCORNERO A. (1997), *Era il secolo del lavoro*, Il Mulino, Bologna.
- AMATO G., MARÈ M. (2001), *Le pensioni. Il pilastro mancante*, Il Mulino, Bologna.
- AMBROSINI M., BECCALLI B. (2000), *Introduzione*, in “Sociologia del Lavoro”, 80.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (a cura di) (2003), *L’aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano.
- ANTTONEN A., SIPILÄ J. (1996), *European Social Care Services: Is It Possible to Identify Models?*, in “Journal of European Social Policy”, VI, 2, pp. 87-100.
- ARIS (2003), *Fondo per i non autosufficienti*, in “Aris Notizie”, 5.
- ASCOLI U. (a cura di) (1984), *Welfare State all’italiana*, Laterza, Roma-Bari.
- ID. (1996), *I welfare mix in Europa*, in “L’Assistenza sociale”, 1, pp. 21-34.
- ID. (2002), *Politiche sociali e welfare: alcune possibili linee di cambiamento*, in “Economia & Lavoro”, 1, pp. 69-78.
- ASCOLI U., PAVOLINI E. (2001), *Le politiche sociali della regione Emilia-Romagna*, in U. Ascoli, M. Barbagli, F. Cossentino, G. Ecchia (a cura di), *Le politiche sociali della regione Emilia-Romagna*, Rosenberg & Sellier, Torino.
- BAGNASCO A. (1986), *La costruzione sociale del mercato*, Il Mulino, Bologna.
- ID. (1999), *Tracce di comunità*, Il Mulino, Bologna.
- BARBAGLI M., SARACENO C. (a cura di) (1997), *Lo stato delle famiglie in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- BECK U. (2000), *Il lavoro nell’epoca della fine del lavoro*, Einaudi, Torino.
- BELTRAMETTI L. (1998), *L’assistenza ai non autosufficienti: alcuni elementi per il dibattito*, in “Politica economica”, XIV, 1, pp. 155-85.
- BERTOLA G., BOERI T., NICOLETTI G. (a cura di) (2001), *Protezione sociale, occupazione e integrazione europea*, Il Mulino, Bologna.
- BMGS (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG) (2003), *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*, 14. Oktober, http://www.bmgs.bund.de/downloads/03-10-13-195_Zahlen_und_Fakten_zur_Pflege.pdf.
- BODDY M., PARKINSON M. (eds.) (2004), *City Matters: Competitiveness, Cohesion and Urban Governance*, The Policy Press, Bristol.
- BONOLI G. (2004), *Modernising Post-War Welfare States: Explaining Diversity in Patterns of Adaptation to New Social Risks*, paper presented at the 2nd ESPANet Conference, Oxford, September 9-11.
- CAPP, CER, Servizi Nuovi (2004), *Diritti di cittadinanza delle persone anziane non autosufficienti*, Liberetà, Roma.

- CARBONI C. (2002), *La nuova società. Il caso italiano*, Laterza, Roma-Bari.
- CASTEL R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale*, Fayard, Paris.
- CATANZARO R., PISELLI F., RAMELLA F., TRIGILIA C. (2002), *Comuni nuovi. Il cambiamento nei governi locali*, Il Mulino, Bologna.
- CERC (CENTRE D'ÉTUDE DES REVENUS ET DES COÛTS) (1993), *Précarité et risque d'exclusion en France*, La Documentation française, Paris.
- COMMISSIONE PER L'ANALISI DELLE COMPATIBILITÀ MACROECONOMICHE DELLE SPESE SOCIALI (1997), *Relazione finale*, Presidenza del Consiglio dei ministri, Roma.
- CROCETTI E. *et al.* (2004), *Gli andamenti temporali della patologia oncologica in Italia: i dati dei registri tumori (1986-1997)*, in "e&p", XXVIII, 2, supplemento.
- DE VINCENTI C., MONTEBUGNOLI A. (a cura di) (1997), *L'economia delle relazioni*, Laterza, Roma-Bari.
- DREES (DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES) (2004), *La réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie*, www.social.gouv.fr/htm/actu/index_apr.htm.
- ESPING-ANDERSEN G. (2000), *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, Il Mulino, Bologna (ed. or. *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford 1999).
- EUROSTAT (2003), *Comparable Statistics in the Area of Care of Dependent Adults in the European Union*, European Communities, Brussels, http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/reconcil/other_dependants_2003_en.pdf.
- ID. (2004a), *Health Trends: 2003*, European Communities, Brussels.
- ID. (2004b), *The Social Situation in the European Union: 2003*, European Communities, Brussels.
- EVERS A. (1998), *The New Long-Term Care Insurance Program in Germany*, in "Journal of Aging & Social Policy", X, 1, pp. 77-98.
- FACCHINI C. (a cura di) (2001), *Anziani, pluralità e mutamenti. Condizioni sociali e demografiche, pensioni, salute e servizi in Lombardia*, Angeli, Milano.
- FARGION V. (1997), *Geografia della cittadinanza sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- FERRARIO P. (2001), *Politica dei servizi sociali. Strutture, trasformazioni, legislazione*, Carocci, Roma.
- FERRERA M. (1994), *Modelli di solidarietà*, Il Mulino, Bologna.
- ID. (1998), *Le trappole del welfare*, Il Mulino, Bologna.
- ID. (2003), *European Integration and National Social Citizenship: Changing Boundaries, New Structuring?*, CIIP working paper, University of California, Davis.
- FORMEZ (2002), *Ricerca sullo stato di attuazione della riforma del welfare locale nelle regioni italiane*, FORMEZ, Roma.
- FOURGE D., LAYTE R. (2003), *Duration of Poverty Spells in Europe*, EPAG working paper, University of Essex, Colchester.
- FREIDSON E. (2002), *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Angeli, Milano.
- FUÀ G., ZACCHIA C. (1983), *Industrializzazione senza fratture*, Il Mulino, Bologna.
- FULLIN G. (2004), *Vivere l'instabilità del lavoro*, Il Mulino, Bologna.

- GIACCARDI G. (2002), *Le politiche di tipo "Welfare to Work" e il caso del New Deal britannico*, in "Sociologia del Lavoro", 84, pp. 123-54.
- GIDDENS A. (1999), *The Third Way: The Renewal of Social Democracy*, Polity Press, Malden (MA) (trad. it. *La terza via. Manifesto per la rifondazione della socialdemocrazia*, Il Saggiatore, Milano 1999).
- GOODIN R. E., HEADY B., MUFFELS R., DIRVEN H.-J. (1999), *The Real Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge University Press, Cambridge.
- GORI C. (a cura di) (2001), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte*, Angeli, Milano.
- ID. (a cura di) (2002), *Il welfare nascosto. Il mercato privato dell'assistenza in Italia e in Europa*, Carocci, Roma.
- HEADY B., GOODIN R. E., MUFFELS R., DIRVEN H.-J. (2000), *Is there a Trade-off between Economic Efficiency and a Generous Welfare State? A Comparison of Best Cases of "the Three Worlds of Welfare Capitalism"*, in "Social Indicators Research", 1, 2, pp. 115-57 (trad. it. *Esiste un trade off tra efficienza economica e generosità dello stato sociale? I "tre mondi del welfare" a confronto*, in "Diritto ed Economia dello Stato sociale", 2001, 1, pp. 47-84).
- HEMERIJCK A. (2002), *The Self-Transformation of the European Social Model(s)*, in G. Esping-Andersen (ed.), *Why We Need a New Welfare State*, Oxford University Press, Oxford, pp. 173-214.
- ILSA (ITALIAN LONGITUDINAL STUDY ON AGING) WORKING GROUP (1998), *Prevalence of Chronic Diseases in Older Italians*, in "International Journal of Epidemiology", XXVI, 5, pp. 995-1002.
- INPS (2002), *I beneficiari dell'indennità di accompagnamento*, dattiloscritto.
- IRS (ISTITUTO PER LA RICERCA SOCIALE) (1996), *La spesa assistenziale in Italia*, IRS, Milano.
- ISTAT (1992), *Statistiche della previdenza, della sanità e dell'assistenza sociale*, ISTAT, Roma.
- ID. (1997), *Gli anziani in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- ID. (2001a), *Le condizioni di salute della popolazione*, ISTAT, Roma.
- ID. (2001b), *Istituzioni nonprofit in Italia*, ISTAT, Roma.
- ID. (2002), *Rapporto sulla situazione del paese*, ISTAT, Roma.
- ID. (2003), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 1999-2000*, ISTAT, Roma.
- ID. (2004a), *L'assistenza residenziale in Italia. Regioni a confronto*, ISTAT, Roma.
- ID. (2004b), *Indagine sulle forze di lavoro. Dato medio annuale*, ISTAT, Roma.
- JACOBZONE S. (1998), *Long Term Care Services to Older People, a Perspective on Future Needs: The Impact of an Improving Health of Older Persons*, OECD working paper, Paris.
- JENKINS S. P. (2000), *Modelling Household Income Dynamics*, in "Journal of Population Economics", XIII, 4, pp. 529-67.
- JENKINS S. P., SCHLUTER C. (2003), *Why Are Child Poverty Rates Higher in Britain than in Germany? A Longitudinal Perspective*, in "The Journal of Human Resources", XXXVIII, 2, pp. 441-65.
- KAZEPOV J. (2002), *Frammentazione e coordinamento nelle politiche di attivazione in Europa*, in "L'Assistenza sociale", 2, pp. 5-35.

- LAYTE R., WHELAN C. T. (2002), *Moving in and out of Poverty: The Impact of Welfare Regimes on Poverty Dynamics in the EU*, EPAG working paper, University of Essex, Colchester.
- MAGGIONI G. (1997), *Le separazioni e i divorzi*, in Barbagli, Saraceno (1997), pp. 232-47.
- MESSINA P. (2001), *Regolazione politica dello sviluppo locale*, UTET, Torino.
- MINGIONE E. (1997), *Sociologia della vita economica*, NIS, Roma.
- MINISTERO DELLA SALUTE (1998), "Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale", consultabile in rete all'indirizzo <http://www.ministerosalute.it>.
- ID. (2002), "Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale", consultabile in rete all'indirizzo <http://www.ministerosalute.it>.
- ID. (2003), "Monitor", II, 4, consultabile anche in rete all'indirizzo http://www.assr.it/monitor/monitor_2003/Monitoro4=03.pdf.
- MORRONE C. (2004), *Fondo per non autosufficienti: l'iter continua*, www.vita.it, 11 maggio.
- MUTTI A. (1997), *Capitale sociale e sviluppo*, Il Mulino, Bologna.
- NORTON A. (1994), *International Handbook of Local and Regional Government: A Comparative Analysis of Advanced Democracies*, Edward Elgar, Aldershot.
- NUSSBAUM M. (2002), *Giustizia sociale e dignità umana*, Il Mulino, Bologna.
- OLAGNERO M. (1998), *I muri e le barriere: il disagio abitativo tra crisi del welfare, crisi del mercato e trasformazioni della famiglia*, in "Rassegna italiana di Sociologia", I, pp. 43-73.
- OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE (2003), *Rapporto Osservasalute 2003*, Vita e Pensiero, Milano.
- OTTO B., GOEBEL J. (2002), *Incidence and Intensity of Permanent Income Poverty in European Countries*, EPAG working paper, University of Essex, Colchester.
- PACI M. (1989), *Pubblico e privato nei sistemi di welfare*, Liguori, Napoli.
- ID. (1997), *Welfare State. Chi ha beneficiato dello Stato sociale, a chi andrà la nuova solidarietà*, Ediesse, Roma.
- ID. (2004), *Le ragioni per un nuovo assetto del welfare in Europa*, in "La Rivista delle Politiche sociali", I, 1, pp. 333-73.
- PARADISI M. (2004), *I processi di delocalizzazione dei distretti marchigiani*, Regione Marche, dattiloscritto.
- PAVOLINI E. (2001a), *L'assicurazione di cura in Germania*, in Ranci (2001), pp. 26-57.
- ID. (2001b), *Oltre il contracting-out. Nuovi modelli di produzione dei servizi socioassistenziali in Europa occidentale*, in C. Ranci (a cura di), *Il mercato sociale dei servizi alla persona*, Carocci, Roma, pp. 142-87.
- ID. (2002), *Il Welfare alle prese con i mutamenti sociali: rischio, vulnerabilità, frammentazione*, in "Rivista italiana di Sociologia", 4, pp. 587-618.
- ID. (2003), *Le nuove politiche sociali*, Il Mulino, Bologna.
- ID. (in stampa), *Servizi e politiche per gli anziani non autosufficienti*, in Vicarelli (in stampa).
- PESARESI F. (2002), *La legislazione regionale*, in M. Trabucchi, E. Brizioli, F. Pesaresi (a cura di), *Residenze sanitarie per anziani*, Il Mulino, Bologna, pp. 27-55.
- PESARESI F., GORI C. (2003), *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*, in "Tendenze nuove", 4-5, pp. 433-73.

- PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI (2000), *Anziani. Relazione biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano. 1998-1999*, Presidenza del Consiglio dei ministri, Roma.
- PUGLIESE E. (2002), *L'Italia tra migrazioni internazionali e migrazioni interne*, Il Mulino, Bologna.
- PUTNAM R. D. (1993), *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Mondadori, Milano (ed. or. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press, Princeton 1993).
- RAGAINI F. (in stampa), *Integrazione sociosanitaria. Dalla riforma ter ai livelli essenziali di assistenza*, in Vicarelli (in stampa).
- RANCI C. (a cura di) (2001), *L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa. Verso la costruzione di un mercato sociale dei servizi*, Angeli, Milano.
- ID. (2002a), *Una nuova proposta per la non autosufficienza*, www.lavoce.it.
- ID. (2002b), *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- REYNERI E. (2002), *Sociologia del mercato del lavoro*, Il Mulino, Bologna, II ed.
- ROSANVALLON P. (1997), *La nuova questione sociale*, Lavoro, Roma (ed. or. *La nouvelle question sociale*, Seuil, Paris 1995).
- ROTHGANG H. (2000), *Die Einführung der Pflegeversicherung*, Manuskript.
- SARACENO C. (1997), *Family Change, Family Policies and the Restructuring of Welfare*, in Organisation for Economic Co-operation and Development, *Family, Market and Community: Equity and Efficiency in Social Policy*, OECD, Paris, pp. 81-100.
- EAD. (1998), *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- EAD. (ed.) (2002), *Social Assistance Dynamics in Europe*, Policy Press, Bristol.
- SEN A. (1994), *La diseguaglianza. Un riesame critico*, Il Mulino, Bologna (ed. or. *Inequality Reexamined*, Russell Sage Foundation, New York 1992).
- Sirchia: subito fondo nazionale per l'assistenza degli anziani* (2002), in "la Repubblica", 23 ottobre, p. 27.
- TAYLOR-GOOPY P. (2004), *New Risks and New Welfare in Europe*, paper presented at the 2nd ESPANet Conference, Oxford, September 9-11.
- TESIO G. (a cura di) (2003), *Il buono socio-sanitario. Anziani non autosufficienti: il monitoraggio del "buono" in Lombardia*, Guerini e Associati, Milano.
- TRIGILIA C. (a cura di) (1995), *Cultura e sviluppo. L'associazionismo nel Mezzogiorno*, Meridiana Libri, Catanzaro.
- TURATO F. (2001), *Il Nord Est nell'Europa dell'Est*, in "Quaderni FNE", 1.
- VICARELLI G. (a cura di) (in stampa), *Welfare in costruzione. Dieci anni di cambiamenti nelle politiche sociali in Italia: 1994-2004*, Liguori, Napoli.
- VIESTI G. (2001), *Come nascono i distretti industriali*, Laterza, Roma-Bari, II ed.
- VOLLMER R. J. (2000), *Long-Term Care Insurance in Germany*, paper presented at the European Seminar *Dependency: A New Challenge for Social Protection*, Porto, May 11-14, http://www.socialeurope.com/onfile/country_profiles/Pflegeversich_df.htm.
- ZANATTA A. L. (1997), *Le nuove famiglie*, Il Mulino, Bologna.