

Fondazione "Socialità e Ricerche ONLUS"

Newsletter n. 9-10

Settembre - Ottobre 2011
www.fondazione-sr.it

*Livelli essenziali
di assistenza*



Spesa sanitaria

IN QUESTO NUMERO

✓ **Sotto la lente**

La spesa per anziani in una prospettiva di crescita economica, *di Maurizio Ciaschini, Rosita Pretaroli, Francesca Severini e Claudio Socci* (v. *Allegato*)

✓ **Novità e segnalazioni – Spazio ai lettori**

- XII Conferenza nazionale di sanità pubblica, Roma, 12-15 ottobre 2011
- XXX Seminario dei laghi. Strategie per il contenimento dei costi in sanità tra esigenze cliniche, organizzative ed economiche, Bologna, 20-21 ottobre 2011

✓ **Il punto di vista**

Il fondo per la non autosufficienza, priorità per il welfare italiano *di Augusto Battaglia*

✓ **Un po' di diritto** - Il percorso della normativa regionale in tema di continuità assistenziale e di integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali: la Regione Piemonte *di Maria Carla Claudi*

Comitato di redazione della Newsletter:
Carlo Ferri e Marco Trabucchi, Massimo Oliverio e Francesca Vanara, Maria Carla Claudi e Federica Lussiana.

La Fondazione Socialità e Ricerche

La Fondazione Socialità e Ricerche ONLUS è stata istituita per studiare i problemi connessi con la vita della persona che invecchia.

Oggi si riconosce che la complessità caratterizzante la società post-moderna non permette al singolo programmatore o decisore di stabilire quali siano le opzioni più opportune: è necessario un lavoro di preparazione e di studio che solo una cultura della ricerca e dell'analisi sperimentale può compiere. Il metodo della ricerca sperimentale deve essere improntato al principio di riconoscere la centralità della persona ed al rispetto assoluto per la sua libertà ed autonomia nel ricostruire una dignità vera, anche in condizioni cliniche e psicosociali critiche.

In tale ottica, la Fondazione "Socialità e Ricerche ONLUS" intende stimolare studi e progetti al fine di offrire concrete proposte di lavoro a chi, nei molti ambiti vitali della persona fragile, si preoccupa di costruire ambienti più "normali", dove nessuno sia dimenticato, soprattutto se si trova in condizioni di fragilità, di sofferenza o di non autosufficienza.

Carlo Ferri
Presidente
della Fondazione

Marco Trabucchi
Presidente
Comitato scientifico

Primi risultati della Ricerca Spesa per anziani e crescita economica della Fondazione Socialità e Ricerche Onlus

La Fondazione Socialità e Ricerche ha avviato, nell'autunno scorso, il progetto di ricerca *“Spesa per anziani e crescita economica”*, con il contributo di centri di studio e ricerca che nel nostro Paese hanno maturato una significativa esperienza nel settore delle analisi multisettoriali, e, in particolare, dell’Università di Macerata.

L’obiettivo del progetto è contribuire ad offrire un maggiore equilibrio rispetto al pensiero oggi prevalente rispetto alla valutazione dei servizi per gli anziani: questi non rappresentano solo un costo per la comunità, ma sono fonte di dinamiche positive sul piano economico ed anche e soprattutto dal punto di vista culturale, tecnico-scientifico, clinico, della qualità della vita e del benessere sociale. Le considerazioni contenute nei documenti prodotti al termine della ricerca dall’Università di Macerata sono tanto più importanti in un momento, come quello attuale, in cui, nella situazione economica-finanziaria a livello internazionale e del nostro Paese, le politiche del *Welfare State* sono a serio rischio di ridimensionamento.

Rinviamo a precedenti Newsletter per prime illustrazioni di metodo e prime riflessioni sull’argomento, in allegato alla presente Newsletter si riporta il contributo ***La spesa per anziani in una prospettiva di crescita economica***, di Maurizio Ciaschini, Rosita Pretaroli, Francesca Severini e Claudio Socci

Per la riuscita complessiva del progetto e per dare maggiore visibilità, peso ed utilità pratica alla ricerca, riteniamo indispensabile la partecipazione di tutti coloro che vogliono condividere l’iniziativa e restiamo in attesa di ricevere commenti e riflessioni utili al dibattito.

NOVITA' E SEGNALAZIONI – SPAZIO AI LETTORI

Questo spazio è dedicato a fornire informazioni sulle novità e sugli studi, a livello nazionale e internazionale, sulle problematiche di diversa natura riguardanti gli anziani e, in generale, i soggetti che versano in stato di svantaggio, materiale, fisico e psicologico.

Qui vengono anche pubblicati materiali e proposte sulle problematiche predette forniti da chi desidera collaborare alla nostra iniziativa.

Si segnalano alcuni recenti convegni sul sistema sanitario italiano, ove sono state proposte riflessioni sulle soluzioni organizzativo-gestionali percorribili per la tenuta dei livelli essenziali di assistenza e del welfare state, con particolar riferimento alla personalizzazione dell'assistenza alle persone fragili o affette da patologie croniche, in una logica di prevenzione e continuità terapeutica, in presenza dell'attuale crisi finanziaria a livello internazionale e italiano, che impone un severo contenimento dei costi dei servizi di tutela e promozione della salute.

SItI - XII Conferenza nazionale di sanità pubblica

Nei giorni 12-15 ottobre 2011 si è tenuta a Roma la *XII Conferenza nazionale di sanità pubblica della Società italiana di igiene*, nell'ambito della quale è stata svolta una serie di conferenze dirette ad approfondire i temi oggi maggiormente in discussione che influenzano la tenuta del *welfare state* nel nostro Paese. Non a caso, infatti, per la Conferenza è stato scelto il titolo: *La sanità pubblica tra globalizzazione, nuove esigenze di salute e sostenibilità economica: la sfida dell'integrazione*. Nell'ambito della conferenza è stato dato ampio spazio ai temi che attengono la gestione della continuità di cura, cruciale ai fini della sostenibilità del Servizio Sanitario alla luce dei mutamenti

nello scenario epidemiologico e nelle aspettative dei cittadini.

Di particolare interesse per i temi che ci riguardano sono state le seguenti relazioni.

- *La progettazione delle attività del territorio conseguente alla riorganizzazione degli ospedali di F. Moirano Direttore dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Age.Na.S*, nella quale è stato evidenziato come il governo dell'assistenza territoriale è oggi sempre più decisivo per la realizzazione degli obiettivi dei sistemi sanitari. Mentre l'ospedale viene identificato come il luogo di erogazione di prestazioni e servizi per acuti, di elevata complessità e contenuto tecnologico,

il territorio dovrebbe diventare il luogo elettivo per la prevenzione, la gestione delle patologie croniche e la personalizzazione dell'assistenza. Nella relazione viene inoltre affermato che, affinché l'auspicato spostamento del baricentro dall'ospedale al territorio possa tradursi in un reale incremento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza, è necessario dar vita ad un radicale processo di riordino dell'assistenza primaria e ad un rafforzamento dei servizi territoriali, di natura residenziale ambulatoriale e domiciliare, inclusi quelli convenzionalmente attribuiti al settore socio-sanitario. Elemento di particolare importanza è il tema della integrazione con il sociale per le attività dedicate ai pazienti "fragili", nonché l'identificazione di percorsi per patologia che attraversano ed integrano le diverse tipologie di erogatori ed i vari livelli assistenziali.

- **Un modello organizzativo gestionale della cronicità tra territorio ed ospedale: la continuità assistenziale** *di Tarassi G., Cavestri R., Volpini E., Bianchi S. Aronica A., Rizzi D., Mezzadri L.* Nella relazione viene evidenziato come l'aumento dell'età della popolazione e la crescita delle malattie croniche e degenerative con i relativi costi ed esigenze di qualità e appropriatezza sollecitano da tempo la presa in carico

sul territorio dei malati cronici imprigionata sul ruolo del medico di famiglia e l'integrazione con le competenze specialistiche ospedaliere. Al riguardo, viene illustrato il programma della Regione Lombardia: **La sperimentazione dei CReG - Chronic Related Group** in atto in cinque ASL lombarde.

- **Dal percorso assistenziale al Governo Clinico: modelli di gestione delle risorse** *di Scarcella C. e Lonati F. dell'ASL di Brescia.* Nella relazione viene, in particolare, illustrata, nell'ambito del progetto CReG della Regione Lombardia, l'attivazione a livello distrettuale da parte dell'ASL l'**Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale (UCAM)** diretta a realizzare una regia di sistema per i malati con bisogni assistenziali complessi, malati con compromissione dell'autosufficienza o che necessitino di monitoraggio/terapie sofisticate. L'UCAM, tramite la collaborazione tra professionalità diverse, accoglie ogni richiesta relativa a malati critici, compie una tempestiva valutazione multidimensionale, verifica periodicamente i risultati raggiunti, garantendo così la tutela dell'assistito.

Gli atti del Convegno sono pubblicati sul supplemento n. 3 della Rivista Igiene e sanità pubblica

XXXIII Seminario dei Laghi. Strategie per il contenimento dei costi in sanità tra esigenze cliniche, organizzative ed economiche

Nei giorni 20-21 ottobre 2011 si è tenuta a Bologna la XXXIII edizione del Seminario dei Laghi organizzato dalla Fondazione Smith Kline, dedicata, in un momento assai delicato per l'economia a livello internazionale e del nostro Paese, al tema del contenimento dei costi dei servizi sanitari, che, pur basandosi, per certi versi, su considerazioni indubbiamente serie, rischia - se non realizzato previa attenta valutazione dei costi e sulla base dell'individuazione delle aree e dei modelli di gestione dei servizi che consentano di realizzare risparmi coerenti ed appropriati con l'evoluzione delle tecnologie e dei bisogni sanitari - di porre in dubbio la stessa struttura del sistema sanitario e la tenuta dei livelli di assistenza, e cioè quei criteri di universalità ed uguaglianza che sono alla base del *welfare state*.

Il Seminario, cui hanno partecipato illustri studiosi universitari, economisti,

operatori dei servizi sanitari a livello nazionale, regionale e delle aziende sanitarie, è stato suddiviso in tre sezioni: "I costi dei servizi sanitari: dove è possibile risparmiare? Una visione d'insieme", "L'organizzazione dei servizi sanitari: dove è possibile risparmiare?" e "I condizionamenti economici". Nella seconda sezione, sono state prese in considerazione le diverse componenti dei servizi sanitari: i medici di medicina generale, l'organizzazione del territorio, la prevenzione, l'ospedale e il distretto. Sono stati, in particolare, indicati i problemi, gli obiettivi e le azioni per la gestione integrata della cronicità e per realizzare l'integrazione e l'integrazione tra le strutture, i servizi, i professionisti, in una logica multidisciplinare di continuità assistenziale.

I documenti del Seminario sono scaricabili dal sito internet della Fondazione Smith Kline: www.fsk.it

IL PUNTO DI VISTA ...

Il fondo per la non autosufficienza, priorità per il welfare italiano

di Augusto Battaglia, Comunità di Capodarco

Augusto Battaglia è impegnato da oltre trent'anni per la promozione del diritto al lavoro e dell'inserimento sociale delle persone disabili e socialmente svantaggiate nella Comunità di Capo-

darco di cui è stato Vicepresidente nazionale, ha fatto parte di commissioni di studio sia in campo nazionale che internazionale. La sua attività politica inizia nel 1976, eletto nel Consiglio della X Circoscrizione di Roma, dal 1984 al 1992 è Consigliere comunale e membro dell'ANCI. Deputato per tre legislature, è stato capogruppo DS in Commissione Affari Sociali. Dal 2005 è Consigliere regionale del Lazio. E' stato Assessore alla Sanità fino al giugno 2008. E' membro della Commissione Lavoro e politiche sociali, nonché vice presidente delle Commissioni Istruzione ed Ambiente.

L'Italia, al pari di tutti gli altri Paesi economicamente e socialmente avanzati, invecchia. Oltre il 20 per cento dei suoi sessanta milioni di abitanti conta più di 65 anni, in quasi 6 milioni hanno tagliato il traguardo dei 75. Gli ultracentenari superano le 16 mila unità. Se il dato è un positivo segnale di benessere diffuso e di complessiva, soddisfacente tutela sociale e sanitaria del cittadino e delle comunità, c'è però da considerare che inevitabilmente è destinato a produrre un crescente numero di anziani affetto da malattie

croniche o che comunque vive situazioni psicofisiche invalidanti. Ciò determina un progressivo aumento del fenomeno della non autosufficienza, che cresce dopo i 65 anni e si impenna tra i 75 e gli 85. Fonti diverse, dal Censis all'ISTAT, sono concordi nello stimare in oltre 2,7 milioni gli anziani parzialmente o del tutto non autosufficienti con un trend di crescita proiettato verso i 3 milioni nel 2015. Una consistente e crescente quota di essi richiede interventi sociali e sanitari continuativi.

Proiezione anziani non autosufficienti in Italia: elaborazione CENSIS

2010	2015	2020	2025
2.731.419	2.999.420	3.267.421	3.569.210

Una situazione difficile, che tende ad aggravarsi nel tempo e che si presenta, inoltre, con forti differenziazioni nelle diverse realtà locali, in un quadro di rapido cambiamento della composizione dei nuclei familiari e delle relazioni nel loro ambito. Liguria, Toscana, Marche, Molise registrano, infatti, più alti indici di invecchiamento rispetto ad altre regioni, in particolare del Meridione. E nelle diverse situazioni non sempre gli anziani vivono in contesti familiari in grado di assisterli. Lazio e Lombardia si distinguono per una percentuale di anziani soli che supera il 30 per cento nella fascia di età considerata, in un quadro di indebolimento delle relazioni parentali, che rende difficile il sup-

porto della rete familiare. Al Sud, al contrario, mantiene ancora carattere preminente il modello tradizionale di famiglia che, indubbiamente, è in grado di garantire una maggiore tutela per i soggetti deboli. E il disagio in vecchiaia si caratterizza ovunque al femminile, non solo perché le donne vivono più a lungo, ma perché connotate da malattie cronico degenerative in aumento, da solitudine, da indici di basso reddito. In ogni caso si tratta di un carico assistenziale crescente, di una sfida inedita ed impegnativa tanto per le famiglie che per l'intero sistema di welfare.

Una sfida che il nostro Paese affronta con un preoccupante ritardo. I co-

muni, che pure hanno sviluppato reti di servizi per gli anziani, intercettano con difficoltà la domanda crescente di assistenza, soprattutto dopo l'abrogazione dell'ICI e le recenti manovre finanziarie, che hanno ripetutamente e pesantemente tagliato risorse sociali. Le ASL, pur in un processo di trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio, che consente di ridurre i ricoveri, di attivare ed implementare prestazioni domiciliari e diurne, nonché residenze assistite, faticano a contenere i costi entro i tetti di spesa programmati. Resta l'indennità di accompagnamento (legge 18 del 1980), ne usufruiscono oggi circa un milione e mezzo di persone, per il 75 per cento con più di 65 anni. Ma con i suoi 487,39 euro mensili, fissi per tutti, l'indennità si rivela sempre più misura rigida, generica, palesemente inadeguata a fronteggiare bisogni assistenziali complessi e diversificati. Il risultato è che gli anziani non autosufficienti pesano sempre più sulle famiglie, sia come carico assistenziale che in termini di oneri economici. Anzi, la non autosufficienza è ormai, dopo la perdita del lavoro, la prima causa di impoverimento delle famiglie italiane. Lo conferma l'ultimo rapporto CEIS secondo il quale spese sociali e sanitarie impoveriscono sempre più le famiglie ed il 6 per cento delle stesse affronta costi legati a disabilità e non autosufficienza che superano il 40 per cento della loro capacità di spesa.

I dati parlano chiaro. Secondo il Rapporto annuale INRCA sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, le famiglie, quelle che possono permettercelo naturalmente, tra assistenza, badanti e quote per RSA spendono annualmente per i loro vecchi lo 0,59 del PIL, più o meno quanto stanzia in bilancio lo Stato per l'indennità di accompagnamento. Mentre la componente di spesa sociosanitaria pubblica di ASL e comuni per la

non autosufficienza è ferma ad uno scarso 0,62 per cento. Nel dettaglio il costo di una badante regolarmente assunta oscilla tra i 1.000 ed i 1.400 euro la mese, mentre la quota media di partecipazione ai costi sociali di una RSA si attesta a 50 euro al giorno. Oneri particolarmente elevati, addirittura proibitivi per una quota consistente di famiglie, se si considera che il reddito medio familiare mensile si attesta intorno ai 2.700 euro al netto di imposte e contributi sociali. Ma altrettanto pesanti sono i riflessi sui bilanci dei Comuni che sono chiamati ad erogare direttamente la quota sociale per i ricoveri in RSA nei casi di basso reddito familiare.

A fronte di una situazione ormai al limite del drammatico non sembrano profilarsi all'orizzonte soluzioni solide e dure. Dal Libro Bianco e dal Rapporto sulla non autosufficienza del Ministro Sacconi emergono generici riferimenti a terzo settore e fondi integrativi, che non trovano, oltretutto, chiara corrispondenza nelle scelte operative del Governo, caratterizzate soprattutto da tagli lineari che non risparmiano la spesa sociale. Mentre lo stesso tentativo generoso e lungimirante del Governo Prodi di istituire con la Legge finanziaria per il 2007 un apposito fondo si è rivelato strumento utile ma debole, in balia tanto delle oscillazioni dell'economia che dei variabili orientamenti delle politiche governative. Se si guarda alle previsioni di bilancio 2011, il fondo per la non autosufficienza viene azzerato rispetto ai 400 milioni stanziati nel 2010. E ciò avviene, oltretutto, in un quadro complessivamente negativo, che vede ridursi i trasferimenti di spesa sociale alle regioni ed ai comuni di circa l'80 per cento tra il 2008 ed il 2011. Gli stanziamenti nazionali, infatti, passano da 2.520 milioni del 2008 a 349 nel 2011, con il risultato di un crescente stato di crisi di tutta la rete del welfare locale con i comuni, che vanno

ormai riducendo significativamente servizi, prestazioni e concreto sostegno a famiglie e fasce deboli. Una tendenza che trova coronamento nell'ultima iniziativa governativa, il Disegno di legge 4566, Delega al Governo per la riforma fiscale e assistenziale, che all'articolo 10 parla genericamente di un fondo per l'indennità sussidiaria con un riferimento ad onlus, volontariato e non profit in un provvedimento che prevede nella sostanza ulteriori tagli al sociale per ben 20 miliardi di euro all'anno.

GLI ERRORI DELLE MANOVRE TRE-MONTI

La costituzione di un Fondo per la non autosufficienza si muove su una linea del tutto alternativa rispetto alle attuali politiche governative tutte tese ad un ridimensionamento degli istituti dello Stato Sociale. La manovra correttiva di luglio 2010 del Ministro Tremonti, la Decisione di bilancio per il 2011 e la legge delega, infatti, non si sono limitate ai cosiddetti tagli lineari, ma continuano a mirare sul bersaglio invalidità, sui diritti delle persone disabili o non autosufficienti. Il Governo è partito dall'idea iniziale, poi abbandonata, di vincolare l'indennità di accompagnamento al reddito, per poi tentare un drastico taglio degli assegni di invalidità, elevando dal 75 all'85 per cento la soglia di invalidità per l'accesso al beneficio. L'errore del Governo, costretto ogni volta ad ingloriose retromarce, è quello di non considerare che la crescita di spesa per l'invalidità civile non è attribuibile ad un incontrollato aumento del numero di invalidi o al fenomeno ormai limitato dei falsi riconoscimenti, bensì alla progressiva lievitazione di anziani non autosufficienti.

L'idea di escludere dal beneficio dell'indennità di accompagnamento coloro che superassero un reddito annuo di 25 mila euro, elevato a 38 mila se cumu-

lato al coniuge, sarebbe stata iniqua per due ragioni. In primo luogo perché i 487 euro di indennità sono nella gran parte dei casi largamente insufficienti a far fronte ai costi dell'assistenza. In secondo luogo perché non distingue tra anziani non autosufficienti e persone con disabilità permanente. Queste ultime e le loro famiglie si caricano per un'intera vita e comunque per molti anni di un onere che non è riducibile alla sola spesa per l'assistenza. La presenza, infatti, nel nucleo familiare di un disabile grave comporta costi sanitari, assistenziali, di gestione della vita comune di notevole entità. Riduce le possibilità di lavoro e di guadagno per l'intero nucleo familiare. Sono queste le ragioni che portarono il legislatore a riconoscere l'emolumento al solo titolo della minorazione.

Il riferimento al reddito non è invece da escludere per le persone anziane non autosufficienti, che affrontano la disabilità per un arco di tempo limitato e che comunque hanno potuto nel corso della loro vita godere di possibilità di guadagno e di programmazione di risorse familiari anche in previsione di una minore autonomia in terza età. Ma questo non per negare il diritto all'emolumento, bensì per differenziarlo come entità in presenza di condizioni economiche più o meno favorevoli. Per queste ragioni è opportuno ed urgente separare i trattamenti per la disabilità dagli interventi assistenziali per la terza età, che hanno natura e rispondono a finalità diverse. Trasferire sul nuovo Fondo per la non autosufficienza la quota per gli ultrasessantacinquenni dell'indennità di accompagnamento e separare i due interventi consentirebbe, altresì, di ricondurre l'indennità alle originarie finalità della legge 18, cioè il sostegno all'autonomia delle persone disabili ed agli oneri gravanti sulle loro famiglie. Emolumento anch'esso da rafforzare e rifor-

mare anche alla luce dell'evoluzione dei bisogni assistenziali delle persone disabili in un quadro di integrazione sociale, di autonomia e vita indipendente, di misure per il "dopo di noi" nella nuova rete di servizi ed interventi definiti dalla legge 104 e dalla riforma dell'assistenza.

GUARDARE ALL'EUROPA

Gli evidenti limiti dell'azione del Governo sono conseguenza del fatto che si continua ad affrontare come ordinaria una situazione che tale non è più. Quando il rischio di non autosufficienza non è più occasionale o fortuito ma, con l'aumento dell'aspettativa di vita, nell'attuale fase di transizione epidemiologica, in cui è rilevante il carico di patologie croniche e degenerative, diventa condizione attesa e prevedibile, non ci si può affidare ai magri bilanci dei comuni o alle innovazioni dei modelli di intervento in sanità. Altri Paesi in Europa, ultima la Spagna, hanno scelto da tempo strade più efficaci, misure di carattere straordinario che spaziano dalla tassa di scopo all'assicurazione obbligatoria pubblica. Quest'ultima, come quarto pilastro del sistema di welfare che va ad aggiungersi alla sanità, alla previdenza, all'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, è, in particolare, dal 1995 l'opzione tedesca, alimentata con un prelievi di 1,9 per cento sulle retribuzioni, per la quale c'è da sottolineare che non solo le imprese, ma anche i lavoratori hanno contribuito corporeamente, rinunciando a due giorni di ferie l'anno. Il fondo, finanziato con metodo contributivo, garantisce prestazioni socio-sanitarie privilegiando il sostegno alla domiciliarità, avvalendosi di servizi professionali, ma anche della cerchia familiare e di reti territoriali di solidarietà.

Che si opti per la via tedesca o per quella fiscale, non vi è dubbio che sia urgente una misura straordinaria per ade-

guare il sistema di welfare italiano ai nuovi bisogni sociali e, soprattutto, per mettere le famiglie in condizione di affrontare con maggiore serenità il carico assistenziale e gli inevitabili costi che comporta una persona anziana non autosufficiente. Operazione non semplice e che va costruita nel più ampio quadro del confronto parlamentare e della contrattazione tra Governo e parti sociali sulla rideterminazione degli oneri contributivi e fiscali per le diverse categorie di lavoratori e per le imprese, sulla necessaria riduzione della forbice del costo del lavoro tra dipendenti, parasubordinati e precari. Se, infatti, un nuovo, più consistente fondo produce benessere sociale e nuove opportunità occupazionali, non deve però determinare costi aggiuntivi per i lavoratori e per le imprese in un quadro economico aggravato dalla fase attuale di crisi, che richiede un contenimento della pressione fiscale e della spesa pubblica per dare più stabilità e competitività al sistema. Competitività e stabilità sono, indubbiamente, priorità per il Paese e la sua economia, ma è altrettanto prioritario creare le condizioni per sostenere un patto di solidarietà tra generazioni che possa garantire servizi e dignità a quanti nell'ultima fase della loro vita non ce la possono fare da soli.

FINANZIAMENTO, MODELLO OPERATIVO E VINCOLI COSTITUZIONALI

Secondo recenti stime del Ministero della Salute e di importanti istituti di ricerca, avviare un nuovo e più adeguato sistema per garantire le necessarie tutele e prestazioni assistenziali alle persone anziane non autosufficienti richiede risorse consistenti, che ammonterebbero annualmente ad una cifra di poco superiore ai 12 miliardi di euro. Una tale cifra, se si considera che il costo complessivo dell'indennità di accompagnamento per gli ul-

trasessantacinquenni si aggira oggi intorno ai 7,5 miliardi, richiederebbe ulteriori risorse per 4,5 miliardi di euro. Obiettivo ambizioso, da perseguire nel quadro di una complessiva ridefinizione della gestione delle risorse disponibili, compresi i fondi integrativi, nonché delle contribuzioni e della fiscalità sui redditi da lavoro e sulle imprese. Ed impegnativo, se si considera che, attestandosi il monte nazionale teorico delle retribuzioni di lavoro dipendente, pubblico e privato, autonomo ed in libera professione, oltre i 600 miliardi di euro (dato INPS), le ulteriori risorse necessarie rappresentano meno di un 1 per cento di contribuzione, considerando anche la doverosa partecipazione di chi gode di redditi non soggetti a contribuzione previdenziale. Per queste ragioni è necessario ed urgente avviare l'operazione per fasi successive, in un'equilibrata valutazione di costi e benefici per la finanza pubblica e dell'andamento dei conti previdenziali. Definire un percorso graduale con stanziamenti aggiuntivi in bilancio, che metta il sistema a regime nell'arco di un triennio, monitorando risparmi e maggiori entrate determinati dagli interventi attivati attraverso il Fondo. Promuovere, cioè, una fase di avvio a costo zero per lavoratori ed imprese, per poi, anche alla luce dei risultati conseguiti, armonizzare la misura al nuovo modello fiscale e contributivo che verrà determinato dai decreti sul federalismo fiscale e dagli esiti del confronto tra le parti sociali su produttività, ferie, permessi e costo del lavoro.

La costituzione di un Fondo nazionale non contrasta con l'assetto istituzionale che va delineandosi nel processo di costruzione del federalismo solidale. Purchè naturalmente nelle fasi di programmazione, definizione ed erogazione delle prestazioni ci si muova in coerenza con i principi generali dettati dal Titolo V della

Costituzione e dalla legge 328, che attribuiscono alle regioni competenza esclusiva in materia di servizi sociali. A partire dalla fissazione dei LIVEAS, livelli delle prestazioni sociali esigibili dai cittadini, in sede di Conferenza Stato-Regioni, secondo le modalità previste dall'art. 22 della legge 328/2000, che dovranno prevedere i diversi interventi e prestazioni, uniformi su tutto il territorio nazionale.

Alla Conferenza Stato-Regioni il compito di regolare e monitorare la gestione del Fondo. In quella sede andranno, infatti, definiti oltre alle prestazioni e gli emolumenti da inserire nei LIVEAS, l'entità e le modalità di erogazione di assegni e buoni servizio in relazione ai diversi livelli di dipendenza, nonché i criteri di valutazione medico legale degli aventi diritto. Alle Regioni nei rispettivi territori la responsabilità di definire modelli organizzativi, modalità di utilizzazione dei buoni servizio ed eventuali criteri di accreditamento di reti assistenziali, requisiti ed albi per operatori e badanti, modalità di rendicontazione dei buoni servizio, nonché il ruolo dei Comuni, in particolare per la definizione dei piani personalizzati di intervento, e dei Distretti anche ai fini dell'integrazione con gli interventi sanitari di ASL e dei fondi integrativi. Alle Commissioni medico legali delle ASL, integrate da medici INPS (articolo 20, legge 102/2009), il compito di riconoscere il titolo ai diversi emolumenti.

In questo quadro l'INPS, già coinvolto nella materia per la gestione delle prestazioni economiche agli invalidi civili, con la sua struttura capillarmente organizzata per la riscossione dei contributi previdenziali e l'erogazione delle relative prestazioni, dotata di propri servizi medico legali, organicamente collegata anche per via telematica con i servizi delle ASL, appare l'istituto più idoneo alla gestione finanziaria del sistema.

PRESTAZIONI, SERVIZI, EFFETTI SULLA SPESA SANITARIA E DEI COMUNI

A differenza di quanto avviene nei più avanzati ed organizzati sistemi assistenziali europei, la principale misura attualmente in vigore per la non autosufficienza, l'indennità di accompagnamento, oltre che intervento rigido e generico, non tiene conto dei diversi gradi di dipendenza e delle diverse tipologie di intervento necessarie a fronteggiare bisogni assistenziali complessi. Non considera altresì le differenti condizioni familiari ed ambientali nell'ambito delle quali si sviluppano le specifiche azioni assistenziali.

In Germania, al contrario, sono previsti quattro diversi livelli di gravità cui corrispondono interventi differenziati il cui

costo varia dai 205 ai 1.688 euro al mese. Il diritto alle prestazioni è frutto di valutazioni mediche e non fa riferimento al reddito, anche per evitare che la non autosufficienza determini un peggioramento delle condizioni economiche e sociali delle famiglie. Delle condizioni reddituali si tiene conto invece in Francia, dove le prestazioni, anche qui commisurate alla gravità delle condizioni psicofisiche, variano per costo dai 344 ai 1.107 euro mensili. In ambedue i sistemi vengono privilegiati gli interventi a domicilio, puntando prioritariamente su trasferimenti economici a sostegno alle reti familiari e territoriali, su buoni servizio, cercando così di arginare i ricoveri in strutture residenziali sociosanitarie.

Livello di gravità	Importo		% beneficiari
	Domicilio	Residenza	
1° livello	205	1.023	51%
2° livello	410	1.279	36%
3° livello	665	1.432	13%
3° livello super		1.688	

Germania, importi prestazioni, Ministero federale Sanità e Sicurezza Sociale, 2007.

Con un più robusto Fondo, anche nel nostro Paese si potrebbe attivare una rete più moderna ed affidabile di interventi. Un sistema universalistico di assistenza in un mix moderno e dinamico di prestazioni formali ed informali, nell'ambito di una sussidiarietà orizzontale e verticale prevista dal nostro ordinamento. Una gamma di prestazioni, differenziate sulla base di tre livelli di gravità e di dipendenza e della situazione reddituale familiare, che potranno prevedere trasferimenti monetari, buoni servizio, assistenza domiciliare, rimborso della quota sociale per il ricovero in RSA. Un siffatto Fondo, oltre che migliorare la tutela sociosanitaria del-

le persone anziane, può contribuire a riequilibrare l'intero sistema di welfare determinando consistenti risparmi su altre voci di spesa pubblica.

RIFLESSI SULL'OCCUPAZIONE E SUL MONDO DEL LAVORO

Un grande piano nazionale di sostegno e di assistenza alle persone non autosufficienti non può non determinare riflessi importanti sui livelli occupazionali. Del resto già oggi le famiglie si avvalgono generalmente di badanti, che hanno superato quota 750 mila, prevalentemente di origine straniera. Un fenomeno in buona parte irregolare e sommerso, che ri-

chiederebbe politiche di integrazione, sgravi fiscali, sostegno alla domanda. Un fenomeno destinato ad emergere e ad assumere consistenze ben più significative in un quadro di sussidiarietà, in un equilibrato mix di lavoro di cura formale ed informale ed in presenza di uno sviluppo diffuso di interventi domiciliari, monetari, di azioni di sistema, di una più forte rete di servizi residenziali e semiresidenziali, cioè dell'intera rete di interventi da inserire nei LIVEAS.

E' quanto avvenuto in gran parte dei Paesi europei. Nel nord Europa i servizi domiciliari raggiungono in media il 13 per cento degli anziani. In Germania, sostenuto dal quarto pilastro assicurativo, si è registrato un forte incremento di assistenza domiciliare. Ne usufruisce quasi il 10 per cento della popolazione anziana, il doppio della media delle regioni italiane. Ma anche in Spagna dopo le misure adottate per la non autosufficienza nel 2006, che hanno determinato nel settore dell'assistenza a domicilio un incremento di ben ulteriori 300 mila posti di lavoro. Analogi processi sono ormai consolidati in Francia dove i servizi raggiungono a domicilio più dell'8 per cento della popolazione anziana. Sono tutti Paesi che hanno visto crescere l'occupazione nel settore, emergere lavoro irregolare, e che hanno definito nuovi modelli operativi e nuove figure professionali, a partire dall'assistente familiare.

Un migliore sistema assistenziale per gli anziani non autosufficienti è, infine, anche destinato a portare benefici indiretti sul mondo del lavoro, in particolare sull'occupazione delle donne, sulle quali grava generalmente il maggior carico assistenziale in ambito familiare. Maggiori tutele che consentano di meglio conciliare responsabilità lavorative e familiari fanno prevedere un aumento del tasso di occupazione femminile, ma anche una dimi-

nuzione di assenze dal lavoro, come di richieste di permessi, anche in un quadro di rideterminazione di quelli regolati dall'articolo 33 della legge 104, o di impegno a part time.

RIFLESSI SULLE IMPRESE, SULLE DINAMICHE CONTRATTUALI, SUI CONTI PUBBLICI

L'istituzione del nuovo Fondo è destinata a determinare riflessi positivi in compatti diversi della finanza pubblica e sulle imprese. L'INPS in primo luogo, che già oggi registra un utile di bilancio, che si è attestato nel 2010 a 706 milioni di euro, potrebbe godere nell'immediato, così come l'INAIL, degli effetti di una significativa emersione di lavoro irregolare. Secondo le stime del Forum delle associazioni cattoliche nel mondo del lavoro le maggiori entrate fiscali e contributive derivanti dall'emersione di lavoro irregolare possono essere stimate in 280 milioni per ogni 100 mila lavoratori emersi. Si può, quindi, prudenzialmente stimare in circa 1,2 miliardi di euro la contribuzione aggiuntiva previdenziale ed assicurativa, nonché le entrate fiscali conseguenti alla nuova occupazione e regolarizzazione di circa quattrocentomila badanti.

Occorre anche valutare il più complessivo beneficio per la finanza pubblica, per la sanità in primo luogo. Se si considera che i ricoveri impropri di ultrasessantacinquenni costituiscono il 20 per cento del totale dei ricoveri (Osservatorio terza età), con un margine teorico di recupero valutabile fino a 8 miliardi e che, comunque, può assumere dimensioni notevoli, si può prudenzialmente stimare in una prima fase almeno di 2,3 miliardi di risparmio di fondo sanitario. Questi si andrebbero a sommare dal 2012 ai benefici sui conti sanitari delle regioni che possono apportare i Fondi sanitari integrativi e le Società di Mutuo Soccorso in termini di

vincolo del 20 per cento di prestazioni erogate per la non autosufficienza e l'odontoiatria, secondo gli indirizzi del Decreto Turco 2008, recentemente confermati dal ministro Fazio. Palese è anche il beneficio per la finanza locale che verrebbe sgravata da significativi costi assistenziali. Si stima prudenzialmente in circa 700 milioni l'anno il costo delle quote sociali per ricoveri in RSA dei meno abbienti a carico dei comuni cui va aggiunto il risparmio dovuto al riassorbimento di quote di prestazioni già erogate dai Comuni con risorse proprie o di provenienza regionale.

Se questo è il quadro è evidente l'opportunità di stralciare la questione non autosufficienza dalle manovre di risparmio e procedere all'immediato avvio della discussione in Parlamento delle proposte di legge in materia di non autosufficienza, prima fra tutte quella di iniziativa popolare promossa da CGIL, CISL, UIL, per la costituzione di un Fondo che faccia fronte ai pesanti e complessi bisogni assistenziali della terza età, che sostenga le famiglie nelle loro responsabilità verso i soggetti più deboli. Un Fondo che determini la necessaria svolta, la risposta più efficace al quadro negativo determinato dalle risposte sbagliate alla crisi dell'attuale governo. Che promuova quella fase di rilancio delle positive politiche avviate dai governi di Centrosinistra in materie sociale e di sanità ed imprima quell'accelerazione al consolidamento del nostro sistema di welfare da più parti auspicata. Un rilancio ed un consolidamento che può dare un contributo determinante al benessere delle famiglie e delle comunità, ma anche al superamento dell'attuale fase di crisi economica, sociale ed occupazionale.

FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA: IPOTESI OPERATIVA A REGIME

- **Ricondurre l'indennità di accompagnamento, legge 18/1980, al sostegno di persone con disabilità grave da 0 a 65 anni**, prevedendo un parallelo riordino della materia con una differenziazione degli interventi sulla base di diversi bisogni assistenziali e situazioni di autonomia, anche al fine di promuovere una vita indipendente e di affrontare le nuove tematiche del "dopo di noi".
- **Istituire presso l'INPS il nuovo Fondo per la non autosufficienza**, con il trasferimento allo stesso della quota di spesa attuale dell'indennità over 65 e risorse aggiuntive programmate nel triennio.
- **Definire in sede di Stato-Regioni i LIVEAS, tipologia di prestazioni, modalità di erogazione e requisiti. Monitoraggio del processo.**
- **Prevedere tre livelli di emolumenti:**
1°. 480 euro mese, contributo sociale al titolo della minorazione.
2°. 900 euro mese, buono servizio
3°. 1.200 euro mese, buono servizio
Nei primi due anni introdurre il solo 2° livello.
- **Finalizzare i buoni servizio a spese di assistenza personale e a domicilio o quota RSA** nell'ambito di progetti di sostegno all'autonomia ed al nucleo familiare (art.15, comma 1, legge 328/2000), definiti e rendicontati presso il Comune di appartenenza, che ne dà comunicazione all'INPS. **Gli importi del 2° e 3° livello possono subire variazioni in diminuzione a seconda della condizione reddituale ISEE.**

- **Affidare alle Commissioni medico-legali delle ASL, integrate dai medici INPS, il riconoscimento del titolo all'assistenza sulla base di tre livelli di bisogno assistenziale.**
- **Le Regioni** nell'ambito delle proprie funzioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo gli interventi sociali, **regolano l'utilizzazione dei buoni servizio e le modalità di rendicontazione, disciplinano l'integrazione con gli interventi sanitari di ASL e fondi integrativi. Definiscono criteri di autorizzazione e di accreditamento di organismi e**
- **Ipotesi di costo** (stima su base beneficiari indennità accompagnamento over 65 2010 ed esperienza tedesca):

1°. beneficiari	660.000	3,8 miliardi di euro
2°. beneficiari	470.000	4,9 con decurtazione ISEE
3°. beneficiari	170.000	2,7 con decurtazione ISEE
Totale beneficiari	1.300.000	costo 11,4 miliardi di euro

Si può prevedere che la nuova opportunità possa produrre un primo effetto di contenimento di ricoveri impropri ed un conseguente aumento di richieste

- **Fondo per la non autosufficienza**
 Quota INPS indennità di accompagnamento + 65 anni
Ulteriore stanziamento, 1,5 annuo nel triennio
 Totale

L'ulteriore stanziamento può essere riassorbito all'interno degli attuali livelli di spesa pubblica e senza ulteriori oneri a carico di lavoratori ed imprese. In relazione ai saldi di finanza pubblica c'è, infatti, da considerare che i Comuni risparmierebbero circa 700 milioni di quote RSA versate per i meno abbienti e, anche se al momento non quantificabili, una ulteriore quota

strutture che erogano le prestazioni, nonché i requisiti per gli operatori.

- **I Comuni definiscono i progetti personalizzati di intervento, attivano reti locali e concordano con le ASL nel distretto sociosanitario la necessaria integrazione con gli interventi sanitari.**
- **Gli utenti o le famiglie scelgono gli operatori nell'ambito dei soggetti accreditati o fra gli operatori iscritti ad appositi albi tenuti dai comuni.**

stimabile in un 5%. In questo caso il fabbisogno salirebbe a circa **12,0 miliardi**.

7,5 miliardi di euro
4,5 miliardi di euro
12,0 miliardi di euro

relativa al riassorbimento di prestazioni oggi erogate a favore di cittadini anziani, in particolare di assistenza domiciliare. Sono in secondo luogo da prevedere significativi risparmi per oltre 2 miliardi conseguente alla riduzione di ricoveri impropri a carico della Sanità pubblica. Si stima, Infine, che i buoni servizio determineranno per gli enti previdenziali ed assicurativi e per

il fisco maggiori introiti per circa 1,2 miliardi di euro conseguente alla rego-

larizzazione di almeno quattrocentomila badanti.

Recuperi di spesa:

Maggiori entrate contributive e fiscali

Recuperi di spesa Comuni

Riduzione ricoveri ospedalieri

Totale minori costi pubblici

1,2 miliardi di euro

1,0 miliardo di euro

2,3 miliardi di euro

4,5 miliardi di euro

UN PO' DI DIRITTO

In questa rubrica segnaliamo, via via, la principale normativa, emanata nel tempo, a livello internazionale, nazionale e regionale, per offrire risposta ai bisogni degli anziani e, più in generale, delle persone fragili, in coerenza con le finalità della Fondazione.

*Questa sezione è curata da **Maria Carla Claudi** per conto della Fondazione Socialità e Ricerche Onlus; mariacarla.claudi@gmail.com.*

IL PERCORSO DELLA NORMATIVA REGIONALE IN TEMA DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E DI INTEGRAZIONE TRA SERVIZI SANITARI E SERVIZI SOCIALI: LA REGIONE PIEMONTE

In questa sezione abbiamo ripercorso la principale normativa internazionale e nazionale in materia sanitaria avuto riguardo agli aspetti dell'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali e della continuità assistenziale, elementi questi fondamentali in tema di assistenza agli anziani e più in generale alle persone fragili. Nella Newsletter n. 7/8 abbiamo elencato, in allegato, la normativa emanata dalla Regione Piemonte, che, dal 1990, ha emanato una serie di disposizioni (leggi regionali e deliberazioni della Giunta e del Consiglio regionali) per disciplina-

re i servizi socio assistenziali e socio sanitari, con particolare riferimento alle persone anziane, procedendo ad un progressivo adeguamento delle disposizioni stesse in attuazione della normativa nazionale intervenuta nel tempo, con particolare riferimento al Progetto obiettivo Tutela della salute degli anziani e alla normativa sull'accreditamento e sui livelli assistenziali.

Qui di seguito forniamo una breve sintesi dei contenuti di alcuni dei più recenti provvedimenti emanati dalla Regione Piemonte.

Una prima serie di provvedimenti riguarda i percorsi integrati di cura e i protocolli di attività per l'accoglienza per anziani non autosufficienti.

- **D.G.R. 16 marzo 2010 n. 79-13574: "Approvazione nuova versione Allegato E (Percorsi integrati di cura e protocolli di attività relativi all'accoglienza) alla D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.2009 'Requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie' e determinazioni in merito all'individuazione delle strutture socio sanitarie per anziani non autosufficienti interessate ad avviare la sperimentazione".** Oltre all'approvazione della nuova versione dell'allegato E alla DGR 25/2009, vengono approvate le modalità per individuare le strutture socio sanitarie per anziani interessate a sperimentare i Percorsi integrati di cura e per lo svolgimento della sperimentazione. I Percorsi Integrati di Cura sono essenzialmente tre e riguardano, nello specifico, le problematiche relative alla mobilitazione, alla nutrizione, alla cognitività degli anziani non autosufficienti. A tali Percorsi Integrati di Cura si aggiungono dei Protocolli di Attività relativi all'accoglienza in struttura ed alla umanizzazione della permanenza nelle residenze. La sperimentazione per l'applicazione dei suddetti Percorsi Integrati di Cura e Protocolli di Attività viene prevista per dodici mesi sull'intero territorio regionale, coinvolgendo due strutture per ognuna delle Aziende Sanitarie Locali piemontesi, oltre la Città di Torino che, per la densità di residenti, costituisce una entità a se stante. Con il provvedimento si è altresì pervenuti alla definizione delle

modalità per l'individuazione delle strutture disponibili alla sperimentazione.

- **D.D. 17 marzo 2010 n. 129: "Modalità e termini per la presentazione delle domande da parte delle strutture socio-sanitarie pubbliche e private interessate ad aderire alla sperimentazione dell'applicazione dei 'Percorsi integrati di cura e protocolli di attività relativi all'accoglienza, nonché delle modalità e della modulistica per la rendicontazione delle spese di trasferta del personale che partecipa ai correlati percorsi formativi".** In attuazione della DGR 79/2010 è individuato il modulo per presentare istanza di partecipazione alla sperimentazione. Le strutture saranno individuate dalla Regione, scegliendo, per ogni ASL, una struttura pubblica e una privata. La sperimentazione dovrà essere attuata entro i successivi 12 mesi.
- **D.G.R. 17-1763 del 28 marzo 2011 - Revisione dei termini per l'applicazione dei "Percorsi Integrati di Cura" ed altri adempimenti, riferiti a strutture per disabili, previsti dalle DD.G.R. 14.09.2009, n. 25-12129 e 16.03.2010, n. 79-13574.** Con la D.G.R. 14.09.2009, n. 25-12129, erano stati definiti i requisiti e indicate le procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture che operano nell'area dell'integrazione sociosanitaria per anziani, disabili, minori. L'Allegato E) della deliberazione. - così come ridefinito con D.G.R. 16.03.2010, n. 79-13574 - ha definito, per la sola area anziani, Percorsi Integrati di Cura (PIC) e Protocolli di attività, la cui applicazione è stata prevista in modo graduale e, comunque, non prima del 01.07.2011, al termine di una speri-

mentazione regionale. In relazione a difficoltà e ritardi nel processo della sperimentazione, nelle more del processo di revisione della D.G.R. 30.3.2005, n. 17-15226, riguardante il modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti, sono stati differiti sia i termini per l'applicazione dei Percorsi Integrati di Cura (PIC) e dei Protocolli di attività nell'ambito delle strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti, sia la data ultima di conclusione della fase sperimentale gestionale (comunque non oltre il 31.12.2011) a seguito della definizione di un nuovo modello organizzativo regionale di residenzialità e semiresidenzialità per persone disabili.

In materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti rilevano inoltre le seguenti ulteriori deliberazioni della Giunta regionale:

- **D.G.R. 22 marzo 2010 n. 64-13649 "Per corso di progressivo adeguamento delle tariffe per l'assistenza residenziale socio-sanitaria, in conseguenza degli intervenuti CC.CC.NN.LL".** A seguito dei rinnovi contrattuali, viene approvato il percorso per il progressivo adeguamento delle tariffe per l'assistenza socio sanitaria e socio assistenziale. Vengono inoltre approvate le Linee guida per la stesura del Regolamento di struttura residenziale per anziani non autosufficienti.
- **D.G.R. 26 luglio 2010 n. 52-409 "L.R. 8/01/2004 n. 1 'Norme per la realizzazio-**

ne del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento". Approvazione delle linee guida riguardanti le attività formative per gli operatori dei servizi sociali e socio sanitari finanziate dalle Province con fondi regionali (Direttiva socio-assistenziale) – Biennio formativo 2010-2012". Le linee guida si riferiscono in particolare ai corsi di formazione di base per O.S.S., ai corsi per Direttore di Comunità socio sanitaria e ai corsi di aggiornamento e formazione/permanente. Per i corsi già attivati per DCSS, la Regione si riserva, a seguito del monitoraggio in corso, di concedere una proroga per la conclusione della fase transitoria (in scadenza a fine 2010). Si dà mandato alle Province di effettuare una riconoscenza relativa agli operatori che lavorano nei presidi e che sono privi della qualifica di OSS. E' prevista una specifica formazione di base, per quegli operatori che hanno almeno 1 anno di anzianità di servizio.

- **D.G.R. 2 agosto 2010 n. 69-481 "Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2009, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009".** La Regione individua in capo alle ASL la responsabilità dell'invio dei dati del sistema di monitoraggio regionale, relativo alle prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani o soggetti non autosufficienti. Sono approvate modifiche e integrazioni della scheda di valutazione e di quella sanitaria riportate nella DGR 10 marzo 2008 n. 42-8390 (Cartella Geriatria dell'UVG e Linee Guida del PAI).

Tali modifiche costituiscono l'allegato A della delibera che sostituisce l'allegato C della DGR 42/2008.

•

Di particolare interesse, infine, è la D.G.R. 22 marzo 2010 n. 62-13647 "Istituzione del Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome". Dopo la identificazione clinica dei tre stati (rispettivamente siglati SV, SMC e LIS), viene individuato il percorso clinico

assistenziale, che prevede interventi sia ospedalieri, sia extra ospedalieri/territoriali. A livello territoriale sono previsti Nuclei Stati Vegetativi e Nuclei Alta Complessità Neurologica Cronica in strutture residenziali socio sanitarie o Case di Cura accreditate.

Per maggiori informazioni e approfondimenti sulla normativa citata e correlata si veda il sito www.comune.torino.it/serviziociali/vigilanza/normativa_an.htm. e il sito internet della Regione Piemonte

ALLEGATO

La spesa per anziani in una prospettiva di crescita economica

di Maurizio Ciaschini, Rosita Pretaroli, Francesca Severini e Claudio Socci

Dipartimento di Studi sullo Sviluppo Economico
Università di Macerata

Abstract

La spesa per anziani è uno dei compatti della spesa pubblica maggiormente compresso da venti anni a questa parte. Le ragioni che spingono oggi a riconsiderare la spesa per cura e assistenza alla popolazione anziana come volano di crescita e sviluppo poggiano non soltanto su fattori sociali ma anche su considerazioni di tipo squisitamente economico. In questa prospettiva la possibilità di misurare la rilevanza di tale genere di servizi nel determinare le performance del sistema economico diviene cruciale. L'impostazione proposta in questo lavoro fa riferimento alla possibilità di ricordurre il fenomeno della produzione di servizi di cura e assistenza agli anziani all'interno degli schemi tradizionali di contabilità nazionale, in particolare la matrice di contabilità sociale. Una volta implementata, essa permette di utilizzare uno strumento metodologico evoluto, vale a dire il modello multisettoriale biregionale, che consente di quantificare gli effetti sul reddito generati dalla produzione di cura e assistenza agli anziani.

1. Introduzione

Dalla fine degli anni Novanta la spesa pubblica rivolta alla popolazione anziana non autosufficiente ha subito un importante ridimensionamento che trova le proprie ragioni ispiratrici nelle previsioni negative sull'andamento del debito pubblico e nella dinamica demografica. A favore di questa tipologia di interventi restrittivi una parte della letteratura scientifica ha enfatizzato le criticità riguardanti le politiche di spesa per gli anziani principalmente per ragioni legate alla sostenibilità dell'espansione del welfare state. Questi particolari punti di vista hanno favorito una ambigua rappresentazione della funzione economica della spesa per la cura e l'assistenza della popolazione anziana che in ragione della mancanza di un vero e proprio mercato che possa quotare il valore delle corrispondenti prestazioni, viene spesso considerata un insieme di costi socialmente desiderabili ma, dal punto di vista economico, una spesa improduttiva e comprimibile ogni qual volta si verifichi la necessità di un riequilibrio della finanza pubblica.

Accanto a questa letteratura, un filone di ricerca sempre più numeroso sta sostenendo una visione centrata sulla capacità della spesa socio-sanitaria di diventare un fattore cruciale nel determinare le performance del sistema economico (European Commission, 2005). Accanto alle analisi parziali, infatti, stanno emergendo impostazioni metodologiche che tendono a rappresentare la spesa per anziani nell'intero contesto macroeconomico e che hanno lo scopo di verificare l'importanza dei processi produttivi che essa è in grado di alimentare e per mezzo dei quali il reddito trae origine. In accordo a questa parte della letteratura, l'articolo ha lo scopo di illustrare i principali risultati emersi dall'analisi dell'impatto della spesa per anziani nel contesto macroeconomico italiano, sia sotto il profilo della creazione del reddito che dal punto di vista dell'occupazione.

Il primo passo verso questa direzione è rappresentato dalla descrizione delle risorse, pubbliche e private, destinate all'assistenza agli anziani le quali sono in grado di determinare un impatto positivo sul reddito nazionale, sia attraverso l'assorbimento di beni intermedi che per l'utilizzo di fattori di lavoro e di capitale (Ciaschini et al. 2009). Infatti, così come per i settori produttivi tipici dei sistemi economici, anche l'industria delle prestazioni socio sanitarie rivolte agli anziani opera in un contesto di interdipendenza con le altre attività produttive e i settori istituzionali dell'economia (Famiglie, Imprese e Pubblica Amministrazione) (Ciaschini et al. 2010). In questo senso l'articolo mira a verificare e quantificare l'intensità delle interazioni economiche generate dalla spesa socio sanitaria per anziani, nonché il suo contributo alla crescita economica. A questo scopo viene utilizzata una strumentazione multisettoriale che consta di una base dati SAM (Social Accounting Matrix), un modello macroeconomico multisettoriale di tipo esteso e una tecnica innovativa di analisi delle politiche ottimali, detta approccio dei Macro Moltiplicatori (MM) (Ciaschini e Socci, 2007). Le tecniche multisettoriali rappresentano uno strumento versatile quando si ha la necessità di modellare *policies* realistiche poiché il modello multisettoriale può essere opportunamente implementato sulla matrice di contabilità sociale e dunque può raggiungere un notevole grado di complessità e dettaglio nel descrivere l'intero flusso circolare del reddito e su questo valutare l'impatto di uno shock esogeno in ciascuna delle sue fasi (Ciaschini et. al 2007).

L'analisi che si è condotta ha richiesto una scelta preliminare rispettivamente alla categoria di produzione da analizzare essendo molto vasto l'insieme di prestazioni di cura e assistenza che oggi il sistema sanitario italiano rivolge alle persone anziane. Inoltre si è reso necessario tenere distinti gli aspetti del finanziamento della prestazione, cioè il soggetto titolare della spesa, dall'aspetto strettamente produttivo, vale a dire la tipologia di servizio di assistenza. Sotto il profilo del soggetto finanziatore, infatti, la maggior parte della spesa per assistenza agli anziani può essere ricondotta al

sistema di protezione sociale nel quale i diversi settori Istituzionali pubblici hanno la titolarità di una o più funzioni di spesa (lo Stato, la Regione, la Provincia e i Comuni). In questo schema articolato, le risorse pubbliche sono impiegate sia per prestazioni di natura monetaria (legate all'erogazione di pensioni e sostegni al reddito) sia per prestazioni di servizi (servizi di assistenza sociale e/o sanitaria). Accanto a quest'ampia parte di spesa vi è poi la spesa privata effettuata principalmente dalle Famiglie (Melchiorre et al. 2009).

Dal punto di vista produttivo, le prestazioni rivolte agli anziani non autosufficienti sono un'ampia categoria di prestazioni di servizi connaturati da elevata sinergia fra interventi sociali e sanitari. In particolare, questi ultimi risentono dei fattori organizzativi legati a scelte strategiche dei Settori Istituzionali pubblici (principalmente la Regione). Inoltre, l'offerta pubblica di cure assistenziali (servizi di assistenza e prestazioni monetarie)¹ si accompagna sempre più all'offerta privata (assistanti familiari e servizi a pagamento) erogata in strutture pubbliche o private accreditate (Guaita e Casanova, 2010).

Relativamente al particolare scopo di questa analisi, la tradizionale ripartizione delle prestazioni rivolte agli anziani non autosufficienti (sanitarie, previdenziali e sociali) non è sembrata adeguata né alla disponibilità dei dati ufficiali né tanto meno a delineare la vera realtà produttiva presente nel territorio di ciascuna Regione italiana. E' apparso invece necessario accogliere diversi e più evoluti schemi definitori delle prestazioni di assistenza agli anziani non autosufficienti che hanno permesso finalità d'indagine più complesse (Ministero della Salute, 2006). In particolare, all'interno dell'offerta pubblica di prestazioni rivolte agli anziani non autosufficienti è possibile distinguere fra interventi di assistenza domiciliare di natura sociosanitaria², interventi di assistenza sociale, interventi di assistenza residenziale (attraverso diverse tipologie di presidi sociosanitari per anziani)³, trasferimenti monetari di natura assistenziale erogati sotto forma di indennità di accompagnamento (Chiatti et al., 2009). Sulla base di questa impostazione definitoria si è deciso di prendere ad esame tre categorie di prestazioni di assistenza in ragione della loro rilevanza all'interno dell'offerta nazionale di assistenza per anziani oltre che per la possibilità di distinguere con certezza la titolarità pubblica o privata della funzione produttiva (Istat, 2008).

¹ Rientrano in questa definizione anche quegli interventi la cui gestione operativa è affidata ad un soggetto privato (*for e non profit*), ma la cui responsabilità nella definizione dell'utenza, degli standard di qualità e del controllo resta in capo all'ente pubblico.

² Per un approfondimento dettagliato delle categorie definitorie si veda Banchero e Trabucchi (2010).

³ Per assistenza residenziale si intende il "compleSSo integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e sociosanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, all'interno di idonei nuclei accreditati per la specifica funzione" (Ministero della Salute, 2007).

La prima tipologia di produzione fa riferimento all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), la quale rientra nella macro categoria delle cure domiciliari e che spesso non ha una definizione univoca all'interno della programmazione regionale. Nel nostro caso rappresenta l'insieme di prestazioni di natura sanitaria e di natura sociale, erogate contestuale secondo un Piano assistenziale individualizzato e concordato (Banchero e Trabucchi, 2010). La seconda tipologia di produzione corrisponde all'Assistenza Residenziale in strutture private Accreditate (ARA) che identifica il valore delle prestazioni socio sanitarie erogate agli anziani ospiti in strutture private e la terza tipologia è rappresentata dall'Assistenza Residenziale in strutture Pubbliche (ARP).

La produzione di queste tre diverse prestazioni assistenziali per anziani non autosufficienti può essere evidenziata all'interno della SAM del 2003 che rappresenta in maniera biregionale il sistema economico italiano. In particolare è stato possibile rintracciare i flussi di spesa effettuati da Famiglie, Comuni e Regioni per l'acquisto delle tre tipologie di servizio, ADI, ARA e ARP. Il dettaglio necessario che viene richiesto dalla SAM, relativamente alle tre tipologie di produzione, è di tipo macroregionale in quanto la SAM ha una suddivisione biregionale (Ciaschini et al., 2008). Ciò vuol dire che i dati relativi al valore della produzione di ADI, ARA e ARP di ciascuna Regione italiana, una volta raccolti per l'anno 2003, sono stati aggregati in due macro regioni: Nord-Centro e Sud-Isole. Questo aspetto non inficia la bontà dell'analisi che si basa su dati ufficiali del sistema informativo sanitario, per quanto riguarda il fenomeno ADI, ARA e ARP, così come tutti i dati contenuti nella SAM che derivano dall'Istat.

Va ricordato tuttavia che la rappresentazione macro regionale della produzione di ADI, ARA e ARP ha richiesto una omogeneizzazione delle informazioni disponibili che può risultare non rappresentativa di ciascuna Regione inserita. Il fenomeno che si è inteso cogliere ha dunque una significatività macro regionale e non regionale. Di contro, il grado di dettaglio che si è potuto raggiungere con quest'analisi ha permesso di simulare *policies* puntuali su ciascuna di queste tre tipologie di produzione e, allo stesso tempo, ha permesso di valutare distintamente due aspetti cruciali: l'effetto sul sistema economico legato ad un cambiamento del soggetto istituzionale che finanzia la spesa per anziani relativamente ad una particolare tipologia di assistenza e l'effetto di un cambiamento del processo produttivo, pubblico o privato, che eroga il servizio.

L'articolo presenta una breve descrizione dei flussi di spesa e dei criteri che permettono di identificare le tipologie di servizio di cura e assistenza all'interno della base dati multisettoriale. Inoltre si farà riferimento alla metodologia multisettoriale e ai vantaggi che offre in termini di interpretazione delle politiche di riforma della spesa per anziani. Infine verranno illustrati i risultati di alcuni

esercizi di simulazione che riguardano scenari semplificati relativi a possibili politiche di riforma della spesa per anziani.

2. La produzione di servizi di cura e assistenza per anziani nella SAM bi regionale

Identificare l'impatto di una particolare produzione di prestazione di cura e assistenza è un obiettivo arduo che richiede dapprima l'identificazione della spesa per anziani a livello nazionale per poi adattarla allo schema di SAM biregionale riferita alle Regioni Nord/Centro – Sud/Isole (Pretaroli e Soccia, 2008). Nella prima fase della ricerca è stato necessario reperire i dati sulla produzione di servizi di assistenza agli anziani non autosufficienti e trovare una corrispondenza fra le categorie contabili tipiche delle regole di contabilità nazionale e la definizione delle categorie dei servizi sanitari. La corretta rappresentazione del fenomeno di cura e assistenza degli anziani all'interno degli schemi di contabilità nazionale è cruciale poiché permette di isolare l'impatto e la rilevanza che ciascuna tipologia di assistenza agli anziani determina sul reddito ma soprattutto permette una migliore interpretazione dei dati.

Sotto questo profilo, la spesa nazionale per prestazioni socio sanitarie rivolta al bisogno di assistenza della popolazione anziana non autosufficiente prende le mosse da un insieme eterogeneo di forme di finanziamento. La spesa può essere disaggregata in base a diversi criteri. Un primo criterio riguarda la tipologia del produttore in base al quale è possibile distinguere la produzione di servizi *market*, direttamente prodotti dalle Imprese e dalle Istituzioni Sociali Private, dalla produzione di servizi *non market* prodotti invece da strutture pubbliche. Un criterio ulteriore è rappresentato dalla tipologia della prestazione. Questo criterio permette di distinguere tre diverse tipologie di prestazioni: l'assistenza Domiciliare Integrata (ADI); l'assistenza Residenziale in strutture private Accreditate (ARA); l'assistenza Residenziale in strutture Pubbliche (ARP). Il criterio che permette invece di imputare la spesa al relativo titolare è il criterio della tipologia del Settore Istituzionale secondo la classificazione dei settori istituzionali presenti nella SAM mentre, secondo il criterio dell'area geografica di riferimento è possibile rintracciare la localizzazione del flusso di spesa fra Regioni del Nord-Centro e Regioni del Sud-Isole.

La rappresentazione dei flussi di spesa rivolti all'acquisto di prestazioni ADI, ARA e ARP all'interno della SAM biregionale del 2003 prevede una serie di fasi che hanno lo scopo di adattare i dati ad un dettaglio macro regionale. Per quanto riguarda la prima tipologia di prodotto, le presta-

zioni ADI, è stato rintracciato il valore della produzione di ogni regione nell'anno 2003 attraverso le stime ufficiali del Sistema Informativo Sanitario nazionale elaborate dall'Istat (Istat, 2006). Per ciascuna regione è dunque possibile calcolare la quota di spesa dedicata alla fornitura del servizio ADI. Il passo successivo consiste nella determinazione dell'aggregato marco regionale per il Nord-Centro e Sud-Isole.

La seconda tipologia di prestazione, assistenza residenziale in strutture pubbliche (ARP), ha richiesto l'imputazione del corrispettivo valore prodotto al soggetto istituzionale titolare della spesa: la Famiglia, la Regione o il Comune. Per primo è stato definito il valore della produzione di ARP per le due macro regioni in base ai dati regionali (Istat, 2008) e, successivamente, la spesa corrispondente è stata imputata secondo la distribuzione della spesa per residenzialità stimata da Brizioli e Pesaresi (2009). In particolare, per quanto riguarda la spesa imputabile ai Comuni, poiché nella SAM biregionale questo settore istituzionale è suddiviso secondo la caratteristica demografica adottata dall'Istat (Istat, 2007), in entrambe le macro aree è stato necessario disaggregare la spesa comunale per assistenza residenziale da strutture pubbliche in base a tale dettaglio (Comune 1: fino a 5000 abitanti, Comune 2: da 5001 a 10000, Comune 3: da 10001 a 20000, Comune 4: da 20001 a 60000, Comune 5: oltre 60001).

Infine la spesa relativa alla produzione di ARA, cioè il valore dell'assistenza residenziale prodotta in strutture accreditate, il dato è fornito dall'Istat (Istat, 2008) e una volta definito l'aggregato macro regionale viene imputato al settore istituzionale finanziatore in base alla distribuzione della spesa per residenzialità stimata da Brizioli e Pesaresi (2009). Anche in questo caso, per quanto riguarda il Comune, è stato necessario disaggregare la spesa comunale per assistenza residenziale da strutture private in base alla caratteristica demografica presente nella SAM.

I flussi di spesa riconducibili alla produzione di ADI, ARA e ARP sono rappresentati in dettaglio in tabella 1. Nella prima parte della tabella è possibile identificare i flussi di spesa effettuati da ciascun settore istituzionale (lettura secondo l'ordine delle colonne) dell'area Sud-Isole relativamente a ciascuna tipologia di produzione ADI, ARA e ARP (lettura secondo l'ordine delle righe) siano esse prodotto nell'area Sud-Isole che nell'area Nord-Centro. La seconda parte della tabella offre lo stesso schema di lettura relativamente alla spesa dei settori istituzionali dell'area del Nord-Centro. In particolare è possibile notare che tutta la produzione di assistenza domiciliare integrata (ADI), prodotta sia nell'area Sud-Isole che nell'area Nord-Centro, viene acquistata esclusivamente dal settore istituzionale Regione (243 ml di euro dalla Regione nel Sud-Isole e 708 ml di euro nel Nord-Centro). L'assistenza residenziale può essere invece prodotta da privati o da strutture pubbli-

che (ARA e ARP) e la relativa spesa, sia nell'area Sud-Isole che nell'area Nord-Centro, si ripartisce fra i settori istituzionali Famiglia e Comune (distinto per caratteristica demografica).

3. La metodologia multisettoriale per l'analisi della spesa di cura e assistenza agli anziani

La strumentazione multisettoriale utilizzata in questa ricerca consiste nella base dati SAM bi regionale e il modello macroeconomico multisettoriale di tipo esteso (Ciaschini e Soccia, 2007). I vantaggi legati all'utilizzo di una strumentazione multisettoriale sono molteplici soprattutto per l'analisi della spesa socio-sanitaria rivolta alla popolazione anziana. Per primo va posto l'accento sulla possibilità di rappresentare con elevato grado di disaggregazione i titolari delle principali funzioni economiche di produzione, investimento, consumo nonché le loro interrelazioni. All'interno di questo quadro è possibile far ricoprendere la produzione e il consumo di servizi agli anziani. L'approccio ha dunque il vantaggio di mostrare e quantificare l'importanza di questo settore all'interno del processo di creazione, distribuzione e redistribuzione del reddito.

Tabella 1. Spesa per tipologia di prestazione pagata dai settori istituzionali dell'area Sud-Isole e Nord-Centro (valori espressi in milioni di euro).

		SUD-ISOLE									
		Famiglie	Imprese	Regione	Provincia	Comune 1	Comune 2	Comune 3	Comune 4	Comune 5	
SUD-ISOLE	ADI	0	0	243	0	0	0	0	0	0	
	ARP	220	0	203	0	7	10	7	9	11	
	ARA	400	0	371	0	13	18	12	16	21	
NORD-CENTRO	ADI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ARP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ARA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

		NORD-CENTRO									
		Famiglie	Imprese	Regione	Provincia	Comune 1	Comune 2	Comune 3	Comune 4	Comune 5	
SUD-ISOLE	ADI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ARP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ARA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
NORD-CENTRO	ADI	0	0	708	0	0	0	0	0	0	
	ARP	1270	0	1176	0	48	62	32	33	78	
	ARA	1060	0	982	0	40	52	26	27	65	

Inoltre, a differenza del modello tradizionale leonteviano, l'uso della versione estesa del modello multisettoriale (modello Input-Output esteso) offre la possibilità di quantificare la valenza eco-

nomica dei prodotti e delle politiche economiche. In particolare ciò è possibile in un contesto macroeconomico completo nel quale tutte le fasi del reddito sono rappresentate e ciascuna variabile in gioco ha una accezione multisettoriale.

3.1. Il modello multisettoriale esteso per l'analisi delle politiche di spesa per gli anziani

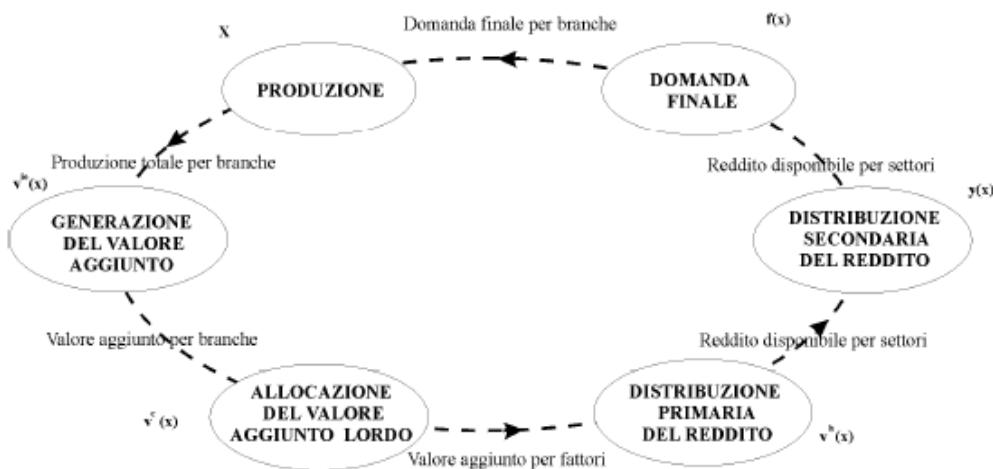
Per analizzare il funzionamento dell'economia, allo scopo di quantificare gli effetti di interventi di policy, è necessario disporre di un modello di analisi costruito sullo schema contabile fornito dalla SAM. È possibile implementare un modello multisettoriale di tipo esteso (figura 1) che permette di ricavare la matrice strutturale dell'economia attraverso la quale evidenziare i collegamenti interindustriali di qualsiasi tipologia di produzione e le relazioni fra queste e i settori istituzionali (Famiglie, Imprese, Pubblica Amministrazione). Il modello multisettoriale esteso permette di stimare gli effetti di possibili politiche di riforma che mirano all'aumento della produzione di servizi di assistenza agli anziani. Attraverso lo schema multisettoriale di tipo esteso appena descritto è possibile verificare l'impatto di differenti tipologie di policy sul sistema economico associando uno shock ad una delle variabili rappresentate nel modello (variabile di policy) ed osservando gli effetti su una delle altre variabili descritte dall'intero flusso circolare del reddito. Questa analisi mira dunque a determinare, in termini quantitativi, la natura produttiva della spesa sociosanitaria rivolta agli anziani con l'obiettivo di fornire una visione alternativa rispetto agli approfondimenti già presenti in letteratura che piuttosto attribuiscono alla spesa socio sanitaria la caratteristica di spesa necessaria ma sterile e insostenibile nel lungo periodo.

Questa analisi mira dunque a determinare, in termini quantitativi, la natura produttiva della spesa socio-sanitaria rivolta agli anziani con l'obiettivo di fornire una visione alternativa rispetto agli approfondimenti già presenti in letteratura che piuttosto attribuiscono alla spesa socio sanitaria la caratteristica di spesa necessaria ma sterile e insostenibile nel lungo periodo.

Il modello utilizzato (Ciaschini e Socci, 2005) è di tipo multisettoriale esteso inspirato ad una matrice di contabilità sociale. Tale caratteristica permette di valutare le politiche economiche effettuate sulla variabile di interesse da qualsiasi lato del flusso circolare del reddito. Le funzioni economiche svolte dagli agenti rappresentati (Attività produttive e Settori Istituzionali) all'interno di una economia determinano flussi di beni, flussi di reddito e trasferimenti. L'intero processo di generazione e di distribuzione del reddito può essere ricostruito formalizzando le relazioni strutturali sot-

to determinate assunzioni. Le transazioni tra i settori istituzionali e le attività produttive per le due regioni sono sistematate in una SAM biregionale.

Figura 1. Il modello multisettoriale esteso



Il valore aggiunto complessivo nelle due regioni è generato in modo residuale, sottraendo dalla produzione totale l'ammontare di beni intermedi assorbiti nei processi produttivi. Il valore aggiunto complessivo è convertito nel valore aggiunto per componenti (fattori di produzione) e, successivamente, è attribuito ai settori istituzionali. Il reddito primario, attraverso i flussi dei trasferimenti intraregionali e interregionali, concorre alla determinazione del reddito disponibile. Chiude la descrizione del flusso circolare del reddito la formazione della domanda finale che dipende dall'utilizzazione del reddito disponibile.

3.2. *La Matrice di contabilità sociale (SAM)*

Lo schema contabile che meglio si presta allo scopo di questa analisi è la Social Accounting Matrix (SAM) (tabella 2) che integra la contabilità della produzione, compresa quella di servizi per anziani non autosufficienti, con la contabilità del reddito, dando un quadro completo ma disaggregato dell'intero flusso circolare. Disporre di questo tipo di schema contabile significa poter avere un'immagine del sistema economico dal punto di vista produttivo e reddituale. Infatti, la SAM rappresenta uno strumento contabile evoluto che descrive uno schema integrato della contabilità dei principali flussi economici fra i gruppi socio-economici di una società, in un dato periodo (Bulmer-Thomas,

1982)⁴. Il vantaggio principale legato alla SAM risiede nel fatto che questa permette di valutare l'impatto della domanda di una o più specifiche tipologie di prodotto che sono di interesse del ricercatore grazie principalmente alla possibilità di ampliare il dettaglio presente nei flussi rappresentati secondo lo scopo della ricerca. In particolare in questa ricerca il valore della produzione delle tre tipologie di prestazione ADI, ARA e ARP, viene inserito e reso omogeneo all'interno dei flussi della matrice SAM biregionale. Si procede quindi al raggruppamento del valore regionale della produzione di ADI, ARA e ARP - desunto dal Sistema Informativo Sanitario nazionale- al fine di ottenere il flusso macroregionale per l'area Nord-Centro e Sud-Isole. Pur trattandosi di dati ufficiali, l'operazione di omogeneizzazione che viene effettuata consente di rappresentare un fenomeno che non ha più rilevanza regionale bensì macro regionale e dunque, l'interpretazione dei risultati deve necessariamente essere ricondotta al fenomeno biregionale (Pretaroli e Soccia, 2008).

Inoltre la SAM consente un raccordo tra la contabilità della produzione in termini intersettoriali e la contabilità del reddito. Sotto questo profilo, l'utilizzo di matrici di contabilità sociale supera i limiti delle Tavole Economiche Intersettoriali (TEI) che forniscono un quadro della produzione e dell'impiego di risorse di un sistema economico, ma non contengono il raccordo fra la distribuzione e la redistribuzione del reddito ai Settori Istituzionali. L'impiego di uno schema contabile flessibile come la SAM permette di evidenziare tutti i passaggi economici, dalla creazione del reddito all'impiego delle risorse, offrendo al ricercatore un quadro dettagliato della struttura di redistribuzione del reddito sulla quale basare l'analisi delle politiche pubbliche (tassazione e trasferimenti).

La costruzione della SAM parte dalla rappresentazione della sequenza dei conti nazionali in uno schema matriciale, con un determinato numero di righe e colonne (tabella 2).

Tabella 2. Schema esemplificativo di una Social Accounting Matrix

	BS	Att	Fatt	Sett	FK	RdM
n	1	2	3	4	5	6
BS	1	-	B		G + Cf	Il + Vs
Att	2	X				
Fatt	3		Va			Tr
Sett	4		IIN	RNL	T + Tr	Tr
FK	5				S	(-) A
RdM	6	M		Tr	Tr	

⁴ Rispetto ai metodi alternativi di formalizzazione degli aggregati, la SAM rappresenta la sola struttura contabile in grado di offrire al ricercatore uno strumento modellabile e nello stesso tempo capace di raggiungere un elevato grado di disaggregazione delle variabili macroeconomiche (consumi intermedi, consumi finale, investimenti, produzione, valore aggiunto). I metodi alternativi di rappresentazione della contabilità nazionale sono il Quadro dei Conti e il Sistema di Equazioni.

L'ampiezza della matrice dipende dal grado di dettaglio che si vuole raggiungere, nel rispetto del numero minimo riferito alle funzioni economiche e dagli agenti rappresentati. La struttura base di una SAM aggregata prevede: Beni e Servizi (B.S.); Attività produttiva (Att.); Fattori produttivi (Fatt.); settori istituzionali (Sett.); formazione del capitale (F.K.); Resto del Mondo (RdM). La prima colonna, intestata ai beni e servizi prodotti nel sistema economico, registra le quantità dei vari beni che sono prodotti dalle varie attività produttive (X), cella (2,1) e le risorse provenienti dal resto del Mondo (M), cella (6,1). La prima riga rileva le entrate, in particolare la cella (1,2) registra i flussi dei beni intermedi (B) assorbiti nei processi produttivi dalle attività; la cella (1,4) registra la domanda di beni e servizi per consumi finali delle famiglie e della pubblica amministrazione (Cf e G); la cella (1,5) rileva la quota di domanda finale destinata alla formazione di capitale, cioè agli investimenti lordi, variazione delle scorte di magazzino e acquisizione netta di oggetti di valore (Il, Vs); la cella (1,6) rappresenta la parte di domanda finale destinata al Resto del Mondo (E). Passando alla seconda riga, la cella (3,2) rileva l'ammontare di reddito interno generato al costo dei fattori (Va) e la cella (3,6) rileva l'ammontare di reddito prodotto all'estero dai soggetti nazionali (Tr). La quarta riga, alla cella (4,2) registra l'ammontare di imposte indirette al netto dei contributi alla produzione sulla produzione (IIN); alla cella (4,3) rileva il reddito lordo assegnata ai settori istituzionali secondo il criterio della residenza (RNL); alla cella (4,4) rileva tutti trasferimenti di reddito tra i settori istituzionali (Imposte, trasferimenti unilaterali). Infine, le celle (4,6), (6,4) rilevano i trasferimenti da e verso il resto del mondo. La struttura aggregata collega la sfera produttiva a quella distributiva e redistributiva del reddito, interno e nazionale.

In questa ricerca, viene utilizzata la SAM biregionale per l'Italia (Nord/Centro-Sud/Isole) costruita dal gruppo di ricerca dell'Università di Macerata per il Ministero dell'Interno, opportunamente adattata agli obiettivi dell'analisi. La SAM in questione si caratterizza per la differenziazione territoriale e per un elevato grado di disaggregazione della Pubblica Amministrazione nelle due macro aree. Tale caratteristica permetterà di valutare la valenza economica della domanda di prestazioni ADI, ARA e ARP nelle due aree, con particolare attenzione alla parte che ha origine dal pubblico, attraverso la distinzione tra Governo centrale, Regione, Province e Comuni distinti per caratteristica demografica.

In particolare, per ciascuna macro area sono stati rintracciati i flussi di spesa effettuata dalle Famiglie, dalle Regioni e dai Comuni (distinti per caratteristica demografica) per l'acquisto di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), di Assistenza Residenziale in strutture private Accreditate (A-

RA) e di Assistenza Residenziale in strutture Pubbliche (ARP). Uno schema semplificato di SAM biregionale è presentato in figura 2.

La sistemazione matriciale degli aggregati economici nella struttura biregionale può essere organizzata secondo passi sequenziali, concatenati all'individuazione della posizione e dell'ammonitare. L'articolazione classica della matrice risulta essere per blocco (set di righe e di colonne) riferito ad una specifica funzione economica.

4. Le politiche di riforma della spesa per gli anziani

L'obiettivo principale di questa ricerca è stato quello di verificare, in termini quantitativi, l'impatto della spesa per alcune tipologie di servizi di assistenza e cura agli anziani. Tutte le policy sono state costruite con la finalità di creare degli esercizi di simulazioni allo scopo di testare il modello sulla nuova base dati (SAM biregionale per l'economia Italiana nel 2003) che è stata integrata con i flussi relativi alle tre tipologie di produzione ADI, ARA e ARP.

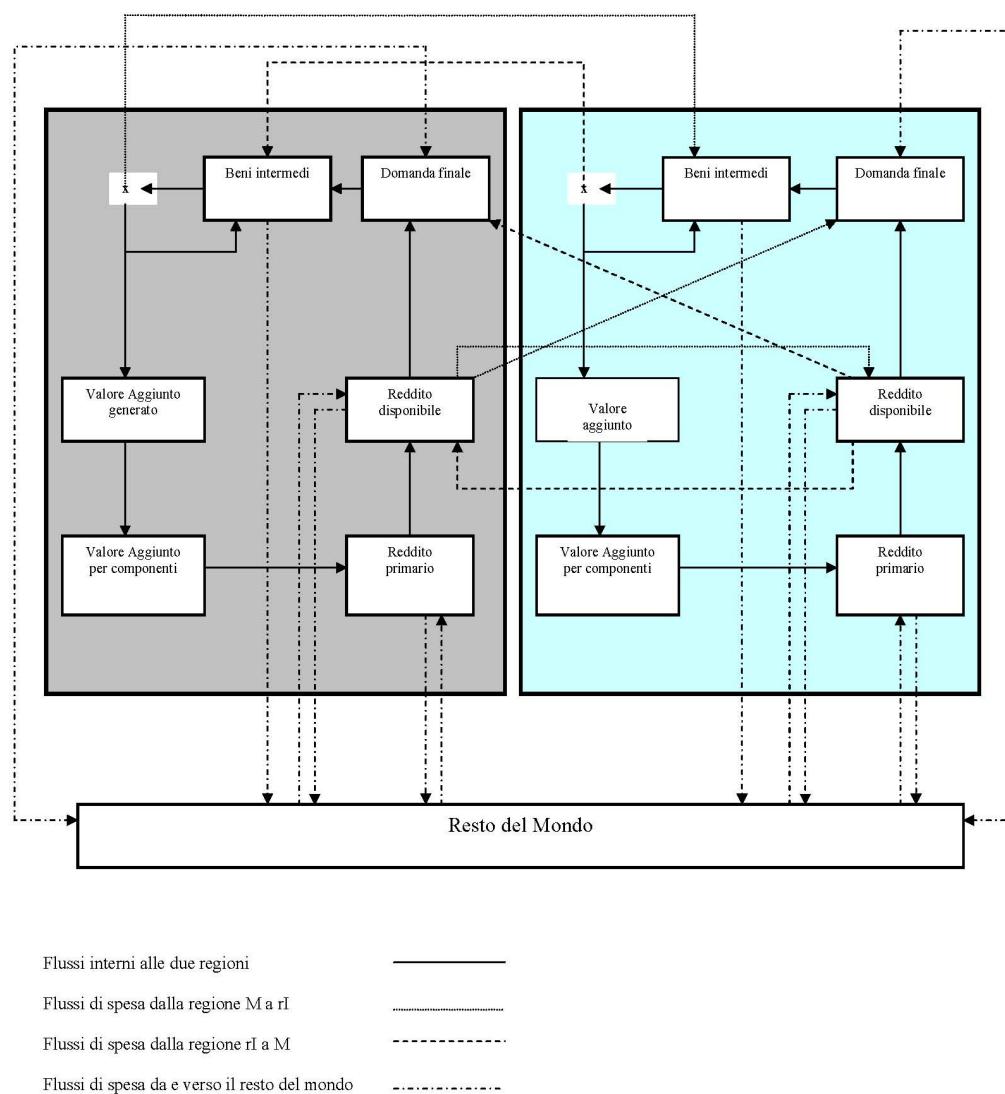
Le simulazioni proposte non hanno l'ambizione di rappresentare la politica effettivamente osservata in relazione alla spesa per prestazioni agli anziani, piuttosto esse sono orientate a testare la validità del modello in termini d'impatto diretto e indiretto. Inoltre, sia le politiche che i risultati sono riferibili non più a ciascuna regione bensì al sistema economico nella sua rappresentazione biregionale.

Gli esercizi di simulazione riguardano la politica sulla spesa della Regione (simulazioni SSR) e la politica sulla spesa delle Famiglie e del Comune (simulazioni SSFC). La politica sulla spesa della Regione (simulazioni SSR) è stata testata attraverso 2 scenari, scenario SSR1 e scenario SSR2.

Nel primo caso, scenario SSR1, la politica ha l'obiettivo di verificare l'impatto di un cambiamento nella tipologia di offerta di servizi di assistenza da parte della Regione. In particolare si simula una sostituzione di una parte dei servizi ADI (una quota del valore della spesa regionale per ADI) a favore di una maggiore spesa regionale per prestazioni residenziali prodotte in strutture private (ARA), finanziate anche in questo caso con risorse regionali. Questa simulazione ha la caratteristica di essere una manovra in pareggio poiché una parte delle risorse della Regione, precedentemente destinata alle prestazioni ADI per anziani non autosufficienti, viene riallocata a favore di un trattamento di assistenza considerato alternativo (Trabucchi, 2010). Quest'aspetto della simulazione

ci permette di verificare se le risorse pubbliche siano in grado di innescare processi moltiplicativi a più alta intensità qualora fossero veicolate all'interno di processi produttivi diversi, in questo caso da pubblici a privati. La manovra è disegnata spostando dalla produzione pubblica di ADI una parte delle risorse che la regione destina a questa tipologia di prestazione.

Figura 2. SAM biregionale



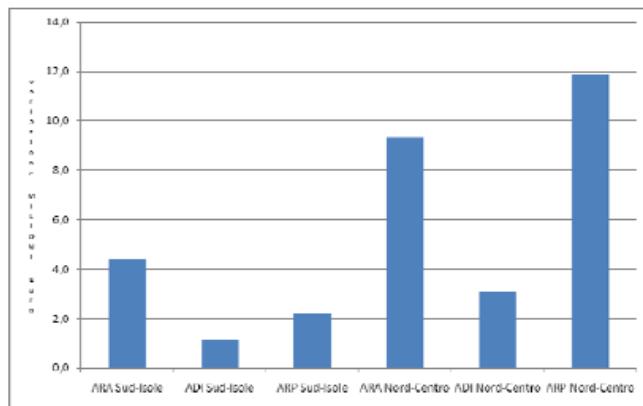
Un pari importo viene indirizzato, sotto forma di domanda da parte della regione, alla produzione di ARA. Il valore è rispettivamente di circa 7,43 milioni di euro nell'area Sud-Isole e di 15,7 milioni di euro nell'area Nord- Centro.

La manovra comporta un effetto positivo, di tipo diretto ed indiretto, sia sul Pil nazionale che sul Valore Aggiunto settoriale: i primi cinque settori produttivi stimolati nelle due aree e l'effetto sul PIL sono mostrati in tabella 3. In particolare, l'incremento della spesa per ARA ha un effetto diretto sulla produzione di ARA, sul tutto il territorio nazionale, con piccole differenze tra le due aree (ARA Sud-Isole +1,82%; ARA Nord-Centro +1,32%). Un aspetto molto interessante, che merita di essere analizzare in modo particolare, riguarda l'effetto complessivo che questa manovra ha sul PIL nazionale: un aumento di circa mezzo punto percentuale. Inoltre, in termini disaggregati, il valore aggiunto per tipologia di prodotto registra oscillazioni rilevanti. Nell'area Sud-Isole, le attività che producono “Minerali e met. Ferrosi e non ferr.”, “Prodotti energetici”, “Alimentari” e “Prodotti chimici” ricevono la spinta maggiore. Gli effetti che si generano su particolari tipologie di prodotti sono una diretta conseguenza dell'insieme d'interdipendenze e di collegamenti, diretti ed indiretti, presenti all'interno del tessuto produttivo e che, se attivati per mezzo della politica fiscale, innescano cambiamenti più marcati su alcune tipologie di produzione. Il fatto che un risultato simile può essere osservato anche per la regione Nord-Centro dimostra che la funzione di produzione delle tre tipologie di prodotto è molto simile fra le due macro regioni. L'unica differenza, non secondaria, è dovuta alla rilevanza dell'effetto indiretto sul valore aggiunto di ARP nel Nord-Centro (+0,53%): in altre parole nonostante la contrazione della produzione di ADI nel Nord-Centro, una parte di produzione derivante da strutture pubbliche (ARP) viene stimolata dalla maggiore produzione privata di ARA.

Tabella 3. Effetto disaggregato sul valore aggiunto settoriale e sul PIL nella policy SSR1.

PRODOTTI	Effetto sul PIL %
ARA Sud-Isole	1,82%
Minerali e met. Ferrosi e non ferr.	0,89%
Prodotti energetici	0,66%
Alimentari	0,63%
Prodotti chimici	0,63%
ARA Nord-Centro	1,32%
Prodotti energetici	0,55%
Minerali e met. Ferrosi e non ferr.	0,54%
ARP Nord-Centro	0,53%
Alimentari	0,50%
TOTALE VARIAZIONE	0,45%

Figura 3. Variazione delle tre tipologie di produzione nella simulazione SSR1

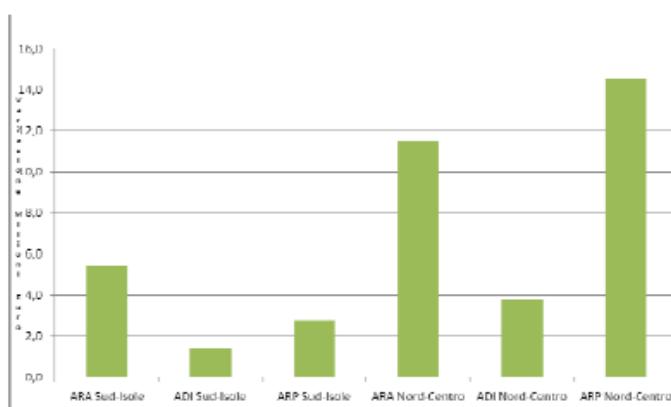


Nel secondo scenario, scenario SSR2, si prevede la riduzione della spesa sostenuta dalle Regioni per assistenza ADI e una conseguente distribuzione delle stesse risorse alle Famiglie per acquistare assistenza residenziale prodotta in strutture accreditate (ARA acquistata dalle Famiglie), sia nell'area Sud-Isole che nell'area Nord-Centro. In questo scenario si introduce un incentivo alle Famiglie attraverso un vincolo di spesa che corrisponde ad un aumento del 2% della spesa di questo settore istituzionale dedicata alle prestazioni ARA. In particolare, questo secondo scenario ha la finalità di testare la capacità del modello di cogliere effetti moltiplicativi quando la spesa pubblica non viene direttamente allocata bensì viene trasferita ad altri settori istituzionali, in questo caso le Famiglie che devono indirizzarla verso la produzione di una prestazione alternativa e prodotta dal settore privato. La manovra comporta una diminuzione della spesa della Regione per ADI per un importo pari a circa 8 milioni di euro nel Sud-Isole e di circa 21 milioni di euro per la Regione del Nord-Centro. Gli stessi valori sono attribuiti alle Famiglie, rispettivamente nelle due macro aree, per l'acquisto di maggiori prestazioni ARA. I principali effetti, diretti e indiretti, derivanti dall'implementazione di questa manovra sono mostrati in tabella 4. I risultati che si osservano sono simili ai precedenti in quanto questa simulazione, come la precedente, stimola lo stesso processo produttivo e dunque sono confermate le interrelazioni mostrate precedentemente, anche se con differente intensità. Complessivamente la simulazione SSR2 genera una performance superiore in termini di variazione del PIL (0,55%): questa maggiore intensità dipende dal fatto che la simulazione, a differenza della prima, è orientata alla riduzione della produzione diretta di ADI attraverso un nuovo canale di spesa che è quello delle Famiglie che attivano, evidentemente, un meccanismo moltiplicativo di più alta intensità rispetto a quello della spesa pubblica.

Tabella 4. Effetto disaggregato sul valore aggiunto settoriale e sul PIL nella policy SSR2.

	Effetto sul PIL %
Σ	ARA Sud-Isole 2,23%
	Minerali e met. ferrosi e non ferr. 1,09%
	Prodotti energetici 0,81%
	Alimentari 0,77%
	Prodotti chimici 0,77%
	Tessile, abbigliamento 0,73%
Σ	ARA Nord-Centro 1,62%
	Prodotti energetici 0,68%
	Minerali e met. ferrosi e non ferr. 0,66%
	ARP Nord-Centro 0,64%
Σ	Alimentari 0,61%
	TOTALE VARIAZIONE 0,55%

Figura 4. Variazione delle tre tipologie di produzione nella simulazione SSR2.



La seconda categoria di politiche prevede la simulazione di scenari orientati alla ricomposizione della spesa delle Famiglie e dei Comuni (distinti per categoria demografica) relativamente all'acquisto di assistenza ARA, ARP. Attraverso questa politica si mira a verificare l'esistenza di un impatto legato allo spostamento della titolarità di spesa fra Famiglie e Comuni. In altre parole, a parità di tipologie di prestazioni acquistate, la simulazione SSFC3 per il Sud-Isole e la simulazione SSFC4 per il Nord-Centro hanno lo scopo di quantificare gli effetti diretti ed indiretti sul Pil e sul valore aggiunto settoriale di uno spostamento di risorse dai Comuni alle Famiglie. Si tratta di politiche orientate ai consumi privati finali.

Lo scenario SSFC3 prevede l'aumento del 2% della spesa per assistenza residenziale da ARA e ARP sostenuta dalle Famiglie nella regione Sud-Isole e conseguentemente una riduzione di risorse nel bilancio di ciascun Comune distinto per caratteristica geografica relativamente alla loro spesa per ARA e ARP. Il trasferimento della competenza della spesa dal pubblico al privato, a pari-

tà di risorse, ha un effetto complessivo sul sistema economico positivo e si registra una variazione del PIL di circa +0,10%. In termini disaggregati, ancora una volta le interdipendenze sono confermate nelle due aree. Le variazioni del valore aggiunto settoriale sono tutte al di sopra della variazione del PIL.

Lo scenario SSFC4 è costruito per l'area Nord-Centro in modo analogo al precedente attraverso un aumento della spesa per assistenza residenziale sostenuta dalle Famiglie nella regione Nord-Centro, prodotta da strutture private e pubbliche, e conseguente riduzione della spesa residenziale per anziani non autosufficienti sostenuta dai Comuni nella regione Nord-Centro.

Tabella 5. Effetto disaggregato sul valore aggiunto settoriale e sul PIL nella policy SSFC3.

	Effetto sul PIL %
ARA Sud-Isole	0,18%
Minerali e met. ferrosi e non ferr.	0,09%
Prodotti energetici	0,07%
Alimentari	0,06%
Prodotti chimici	0,06%
ARA Nord-Centro	0,13%
Prodotti energetici	0,05%
Minerali e met. ferrosi e non ferr.	0,05%
ARP Nord-Centro	0,05%
Alimentari	0,05%
TOTALE VARIAZIONE	0,04%

Figura 5. Variazione delle tre tipologie di produzione nella simulazione SSFC3.

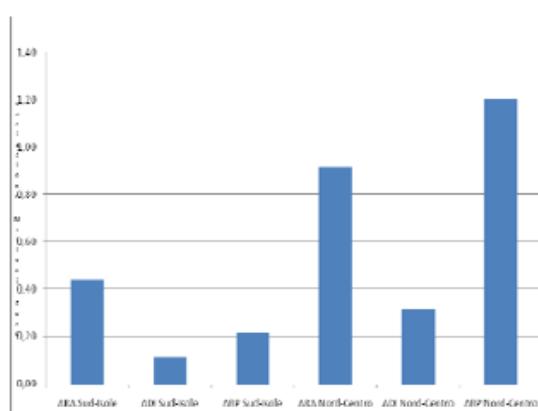
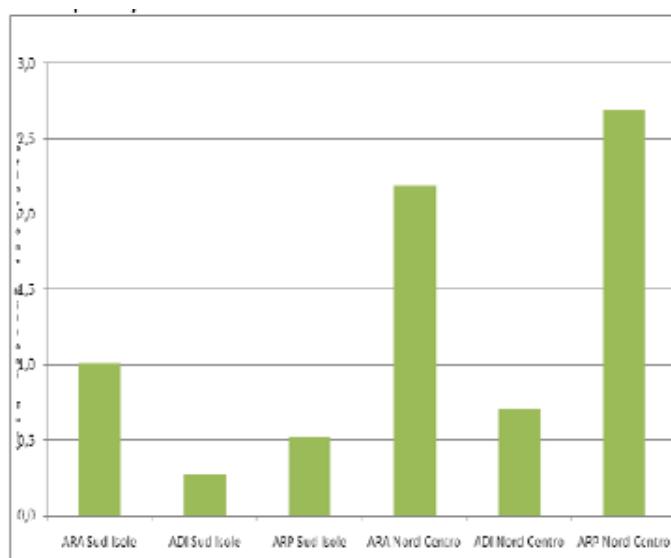


Tabella 6. Effetto disaggregato sul valore aggiunto settoriale e sul PIL nella policy SSFC4.

	Effetto sul PIL %
ARA Sud-Isole	0,42%
Minerali e met. ferrosi e non ferr.	0,21%
Prodotti energetici	0,15%
Alimentari	0,15%
Prodotti chimici	0,15%
ARA Nord-Centro	0,31%
Prodotti energetici	0,13%
Minerali e met. ferrosi e non ferr.	0,13%
ARP Nord-Centro	0,12%
Alimentari	0,12%
TOTALE VARIAZIONE	0,10%

Figura 6. Variazione delle tre tipologie di produzione nella simulazione SSFC4.



5. Conclusioni

La produzione di servizi agli anziani non autosufficienti richiede forte attenzione da un punto di vista normativo al fine di delineare in modo netto gli ambiti e i comparti in cui è desiderabile l'intervento del *policy maker*, a cui è affidata la responsabilità eventualmente di produrre o di regolare il funzionamento di questo mercato. Mutamenti dell'assetto istituzionale possono generare effetti da un punto di vista sia sociale che economico. Concentrando l'attenzione su questo ultimo aspetto è possibile verificare come la variazione nei meccanismi di produzione tra market e no

market, il meccanismo di finanziamento ed il settore istituzionale che determina la spesa, possono innestare effetti diretti e indiretti sul reddito e sul bilancio non secondari.

Tra le simulazioni proposte risalta la policy che prevede una riduzione della spesa diretta della Regione per Assistenza Residenziale no market a cui si associa un incremento del trasferimento alle Famiglie con vincolo di destinazione all'acquisto di servizi di assistenza residenziali market. Gli effetti diretti, indiretti e indotti registrati suscitano spunti di riflessione, il passaggio da una produzione diretta ad un puro meccanismo di finanziamento può generare effetti positivi sul Pil.

Riferimenti bibliografici

- Banchero A. e Trabucchi M. (2010). Le cure domiciliari: caratteristiche e condizioni di successo in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 2° Rapporto*, AA. (2010), Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per il Network nazionale per l'invecchiamento, Maggioli Editore.
- Bulmer-Thomas V. (1982). *Input-Output Analysis in Developing Countries*. John Wiley and Sons Ltd, USA.
- Chiatti C., Barbabella F., Lamura G. e Gori C. (2010). La "bussola" di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 2° Rapporto*, AA. (2010), Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per il Network nazionale per l'invecchiamento, Maggioli Editore.
- Ciaschini M., Pretaroli R., Severini F. e Soccia C. (2010). Health services as a key sector for income and employment change, *Bulletin of the Transylvania*, Vol. 3(52), Series VII: Social Sciences – Law.
- Ciaschini M., Pretaroli R. e Soccia C. (2009). Contenimento della spesa corrente e spesa in conto capitale nel sistema sanitario pubblico, *Tendenze Nuove*, n.2/09, Il Mulino.
- Ciaschini M., Pretaroli R. e Soccia C. (2008). La spesa sanitaria e il federalismo fiscale, *Federalismo Fiscale*, n.1/08, Jovene editore.
- Ciaschini M., Pretaroli R. e Soccia C. (2007). La politica economica e la spesa sanitaria, *Politiche Sanitarie*, vol.8 (2), 1-12.
- Ciaschini M. e Soccia C. (2007). Final demand impact on output: a Macro Multiplier approach, *Journal of Policy Modeling*, Vol. 29 Issue 1, Elsevier.
- EUROPEAN COMMISSION (2005). *The contribution of health to the economy in the European Union*. European Communities, Belgium.
- Guaita A. e Casanova G. (2010). I bisogni e le risposte in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 2° Rapporto* (2010). Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per il Network nazionale per l'invecchiamento, MaggioliEditori.
- ISTAT (2008). Ospiti anziani nei presidi residenziali – anno 2003 in *Struttura e attività degli istituti di cura*, www.istat.it .
- ISTAT (2007). I bilanci consuntivi delle amministrazioni comunali - anno 2003. www.istat.it .
- ISTAT (2006). Incidenza del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria in *Indicatori degli obiettivi di servizio: servizi di cura per gli anziani*, www.istat.it .
- Melchiorre M. G., Quattrini S., Greco C., Lucchetti M. e LAMURA G. (2009). Assistenza e cura all'anziano in famiglia e fuori della famiglia, in *INRCA, Ageing Society - Osservatorio Terza*

Età, Federsanità ANCI (a cura di), Rapporto Nazionale 2009 sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani. Una società diversa, Bruni s.r.l., Roma.

MINISTERO DELLA SALUTE (2007). *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, Roma, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

MINISTERO DELLA SALUTE (2006). *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e dell'assistenza ospedaliera a domicilio*, Roma, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

Pesaresi F., Brizzi E. (2009). I servizi residenziali in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia Rapporto 2009*. Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento, Maggioli Editori.

Pretaroli R. e Soccia C. (2008). Produzione e distribuzione del reddito in una SAM biregionale, In Ministero dell'Interno, *Modelli Computazionali per la valutazione dell'impatto del Federalismo Fiscale sulla finanza locale*, Roma.

Trabucchi M., 2010, Ospedale e territorio: una problematica sempre nuova, in "Tendenze nuove", 1.

