



Gruppo di lavoro tematico su “Anziani e non autosufficienza”

di Maurizio Motta*

13 novembre 2020

*Il documento è stato redatto dall’Autore quale frutto dello scambio e del confronto tra: Carla Facchini, Università Bicocca di Milano; Marco Arlotti, Ricercatore del Politecnico di Milano, Renate Klotz, Dirigente Residenze anziani Alto Adige – Comprensorio Sanitario di Merano; Michele Bertola, Gaspare Passanante, Elena Lazzari, Cristina Trussardi, Comune di Bergamo; Maurizio Motta, Università di Torino; Simone Naldoni, Federsanità Anci Toscana; Giuseppe Napoli, Presidente Federsanità Anci Friuli Venezia Giulia; Franco Pesaresi, Direttore ASP Ambito 9, Jesi; Lamberto Baccini, ANCI; Francesco Montemurro, Direttore IRES, Lucia Morosini, AUSER, Laura Cecchini, Università degli Studi Roma Tre. I lavori del Gruppo sono stati seguiti da Samantha Palombo, Chiara Poli, Chiara Minicucci, Camilla Caliento, Camilla Orlandi, Monia Giovannetti, Annalisa Gramigna e Marco Accorinti.

1. Il quadro delle trasformazioni che la Legge n. 328/2000 ha portato nel sistema dei servizi sociali

Su aspetti generali, non connessi a specifici tipi di utenza/bisogni, merita ricordare come la 328/2000 abbia diffuso la gestione delle funzioni socioassistenziali comunali tramite soggetti sovra comunali, più idonei a economie di scala e a gestire reti di servizi; introdotto nuovi meccanismi programmatori locali, *in primis* il Piano di zona; tentato di muovere verso “livelli essenziali” delle prestazioni sociali, processo poi interrotto sia dalle modifiche costituzionali successive alla 328/2000, sia dall’assenza nell’agenda politica nazionale in tutti gli anni successivi di questo obiettivo.

2. Il ruolo dei diversi attori nella programmazione e nella realizzazione dei servizi

La Legge n. 328/2000 ha incentivato positivamente la gestione associata da parte dei comuni singoli e la messa in opera di più diffuse forme di governo locale sovra comunale. E l’esperienza ha ampiamente dimostrato che questo reticolo del governo locale è indispensabile sia per garantire uniformità di offerte nei comuni, sia per fruire di economie di scala.

Il rapporto tra Aziende Sanitarie e Comuni – cruciale per coordinare interventi sociali e sanitari – era delineato nella 328/2000, ma poi si è indebolito con eccessivo localismo delle modalità attuative, nonché per l’affievolita possibilità dei Comuni di interagire con le Aziende Sanitarie; e non solo per la diversità di natura giuridica e di risorse, ma anche perché il processo di aziendalizzazione, nonché quello degli ultimi anni di aumento delle dimensioni delle ASL, hanno reso molto più deboli sia le “voci” dei comuni, sia i loro organismi istituzionali di raccordo con le Aziende Sanitarie, come le Conferenze dei Sindaci.

Dopo la 328/2000 si è sviluppata una maggiore articolazione delle forme di rapporto tra PA e Terzo settore, ad esempio tramite concessione di servizi, o coprogettazione, naturalmente anche in base alla riforma del Terzo settore del codice degli appalti. Molte esperienze dimostrano che metodiche di coprogettazione ampie producono dinamicità e flessibilità nella rete di offerte, meglio di quanto accada con altre modalità di rapporto.

3. L’eredità della Legge n. 328/2000: luci e ombre

Nella 328/2000 non c’era un disegno organico dell’area “socioassistenziale”, che oggi soffre dei conflitti sull’uso delle rispettive risorse tra Aziende Sanitarie e Enti gestori dei servizi sociali, e si concretizza in modelli molto diversi. La 328/2000 prevedeva ad esempio che il Piano di zona venisse approvato anche con accordo di programma con le ASL, ma la distribuzione dei ruoli tra sociale e sanitario si è poi realizzata con modalità assai diverse tra le regioni.

All’articolo 24 la Legge n. 328/2000 prevedeva un profondo riordino dei trattamenti economici diretti alla disabilità e non autosufficienza, con criteri tuttora significativi. Ma nessun governo ha gestito la delega che questo articolo attivava, e dunque quest’area del welfare continua a soffrire dei limiti che avevano condotto a quel testo.

Nella 328/2000, come peraltro in quasi tutti gli atti sul tema, si assegna priorità all’assistenza al domicilio, anche dei non autosufficienti. Ma l’obiettivo si è frantumato in meccanismi assai diversi nei territori, ed è

ben lontano dall'essere raggiunto. Peraltro, "come" dar corpo a questo obiettivo richiede anche l'adozione di nuovi modelli organizzativi di assistenza domiciliare. Mentre negli ultimi anni si sono realizzate in Italia riforme rilevanti, come quella sui sostegni per la povertà e quella in corso sulle politiche familiari, nessun riordino organico è stato proposto sulla non autosufficienza, al contrario di ciò che è avvenuto in quasi tutti gli altri paesi europei, e l'offerta di servizi nei territori (soprattutto domiciliare) non cresce, o anzi diminuisce.

La 328/2000 non contemplava azioni mirate all'invecchiamento attivo, che invece è oggi una priorità, e deve includere diversi terreni di lavoro e azioni di più soggetti.

4. Ma rispetto al tempo della 328/2000 è cambiato lo scenario

Oltre al noto aumento della numerosità degli anziani e della loro percentuale sui residenti, l'invecchiamento è oggi un fenomeno per molti tratti diverso rispetto all'anno 2000:

- cresce la prevalenza di nuclei familiari monopersonali, e di anziani che vivono soli o in coppia di soli anziani, o che avranno minori reti familiari di aiuto. L'aumento di separazioni e divorzi rende più probabile che gli anziani di domani siano soli, anziché in coppia. E la diminuzione del numero di figli rende meno consistente le possibilità di sostegni intrafamiliari;
- la capacità di essere autonomi perdura in età più avanzate, in assenza di patologie, ma stante la grande crescita del numero di anziani il numero assoluto di non autosufficienti è in forte crescita, perché si vive più a lungo (è cresciuta la speranza di vita anche a età avanzate ¹) ma non sempre in condizioni di autonomia. Ed è molto peggiorata l'offerta di tutele garantite ai non autosufficienti, soprattutto per il crescente squilibrio tra aumento del numero di portatori del problema e capacità di risposte del welfare pubblico;
- la difficoltà a usare mezzi informatici (il *digital divide*), diffusa tra gli anziani, produce problemi oggi più importanti: difficoltà nelle comunicazioni con i familiari, problemi negli accessi a prestazioni del welfare che richiedono accessi informatici (in aumento), impossibilità a essere informati.

Le nuove generazioni di anziani, portatrici di un capitale umano più articolato, sono più orientate a partecipare attivamente alla vita sociale, e costituiscono un patrimonio rilevante per lo sviluppo delle comunità locali. Sul welfare per la non autosufficienza molto rilievo ha avuto l'introduzione dei LEA (sanitari e sociosanitari), revisionati nel 2017.

5. Raccomandazioni e proposte per il futuro

Sono qui articolate in tre filoni: politiche a sostegno dell'autonomia e delle capacità residue; politiche per la non-autosufficienza; snodi trasversali a tutti i tipi di utenza.

Politiche a sostegno dell'autonomia e delle capacità residue

Gli anziani sono prima di tutto cittadini come gli altri e dunque interventi a essi riservati si giustificano solo quando non li discriminano, con attenzione a evitare improprie categorizzazioni. Ciò premesso si evidenziano queste raccomandazioni:

¹ Tuttavia perdura una differenza significativa, di miglior speranza di vita in base al reddito percepito (e al *proxy* della qualifica ricoperta a 50 anni), confermata ad esempio nel Rapporto annuale INPS 2020.

- sviluppare politiche per gli anziani autosufficienti volte a mantenere il più a lungo possibile sia l'autonomia, sia l'inclusione sociale (che è più a rischio che in altre classi di età). Per favorire invecchiamento attivo e fronteggiare la perdita di ruolo sociale e di relazioni occorrono azioni non solo del settore sociale e sanitario, ma anche dei Comuni in tutte le loro molte funzioni che possono impattare sugli stili di vita e sulla prevenzione del decadimento fisico e psichico;
- promuovere ruoli degli anziani quali "soggetti attivi" nel determinare le politiche, e non meri "oggetti destinatari";
- si tende ad andare in pensione più tardi e permangono al lavoro persone che le cui capacità si riducono. Sono perciò necessarie azioni per il sostegno ai "lavoratori senior" che possono avere difficoltà a svolgere le attività richieste se è inadeguata l'attenzione ai loro profili nei contesti lavorativi;
- superare la crescente frammentazione dei punti di accesso al welfare (ad esempio con l'aumento negli ultimi anni delle prestazioni da richiedere ai CAF e/o ai Patronati, il cui ruolo è diventato spesso parallelo ai servizi sociali locali). La pluralità di punti di accesso può anche essere un vantaggio, purché non costringa a peregrinazioni defatiganti, escludenti per i più fragili;
- merita programmare in ogni territorio azioni per supportare le situazioni di grave solitudine, che possono generare esclusione. Ciò implica anche prevedere di intercettare persone deboli e sole, a rischio di abbandono, e/o che possono non saper chiedere sostegni, tramite attività proattive organizzate a cura dei servizi e/o di soggetti della comunità locale;
- nelle città occorrono più efficaci integrazioni tra politiche sociali, di gestione del territorio, per il superamento delle barriere, per nuove forme di residenzialità che favoriscano l'inclusione, per spazi urbani che promuovano legami, per incrementare le opportunità di mobilità;
- tra il permanere nella propria abitazione e l'inserimento in strutture residenziali occorre un mix di altre opportunità intermedie, come nelle esperienze di alloggi protetti e/o cohousing, per fruire di una casa anche quando si è molto fragili, oppure per prevedere entro le RSA che ospitano un coniuge non autosufficiente la fruibilità di piccoli alloggi per l'altro coniuge ancora autosufficiente.

Potenziare l'informazione degli anziani è decisivo, sotto molti profili:

- per evitare abbandono soprattutto di chi vive nelle "aree interne" e in piccoli comuni;
- per ridurre il digital divide: il Covid-19 fa ben capire come chi non sa o non può usare strumenti digitali rischia emarginazione più di altri;
- perché conoscere è premessa per partecipare alla vita della comunità e ai processi di decisione delle politiche pubbliche.

Sono oggi presenti molte possibili prestazioni (ad esempio contro la povertà o per la non autosufficienza) frantumate in molti enti/servizi erogatori, con criteri, luoghi, scadenze e meccanismi di accesso molto differenti. Ed è una "mappa" che non può essere conosciuta dai cittadini, e quasi sempre nemmeno (in modo completo e aggiornato) dagli operatori di qualunque servizio del welfare (pubblico o privato). Occorre dunque attrezzare i luoghi di front office e di primo accesso (dovunque siano) con la capacità di fornire ai cittadini, specialmente se fragili, informazioni complete su "che cosa potrebbero richiedere, dove e come", pena il loro rischio di perdere diritti e opportunità solo perché non le possono conoscere. Tutte le azioni devono tener presente l'esistenza di differenze significative nel contesto e morfologia territoriale, nonché di genere (ad esempio i grandi anziani soli sono in maggioranza donne).

Politiche per la non-autosufficienza

Va costruita una legge nazionale sulla non autosufficienza, ma evitando una legge di meri principi, o una legge delega che si perda in incerti decreti legislativi successivi; e invece introducendo precisi dispositivi, a partire dalle competenze dei diversi attori e dai sistemi di governance. Diversi interlocutori evidenziano la necessità che il riordino implichi la definizione sia di livelli essenziali del sociale sia l'arricchimento dei LEA socio-sanitari (che oggi si limitano ed evocare una generica "integrazione col sociale"), per questi motivi:

- un obiettivo deve essere garantire migliori diritti davvero esigibili, e è bene che ciò avvenga nella normativa dedicata a questo scopo, per il profilo giuridico che hanno i diritti entro i LEA;
- è opportuno che i LEA restino il principale contenitore che regola il SSN, per non frantumare la normativa e per non depotenziare il loro ruolo;
- i LEA sono le uniche prestazioni soggette a verifiche annuali del loro adempimento, dalle quali derivano anche risorse per le Regioni. E proprio gli attuali indicatori di adempimento dei LEA vanno arricchiti sul tema della non autosufficienza.

Il riordino deve tener conto che la materia sanitaria è concorrente tra Stato e Regioni, mentre su quella sociale lo Stato ha funzioni solo per definire i livelli essenziali; il percorso deve dunque coinvolgere la Conferenza Stato Regioni. Anche la necessaria ripresa degli obiettivi dell'articolo 24 della 328/2000 (riordino complessivo dei trattamenti economici nazionali per i non autosufficienti) deve essere collocata entro un disegno normativo più organico.

Da parte di alcuni si evidenzia come potenziare la possibilità di far rimanere nella loro casa i non autosufficienti (obiettivo ovunque declamato) richiede che si punti a uno sviluppo a domicilio non solo dei supporti sanitari, ma anche per le funzioni di tutela negli atti della vita quotidiana (alimentarsi, usare i servizi igienici, alzarsi dal letto, vestirsi), perché è proprio l'assenza di questi sostegni che spinge al ricovero in RSA o impropriamente in ospedale. Attualmente i supporti per la tutela negli atti della vita quotidiana sono forniti da poche ore di OSS entro il SAD o da pochissime entro l'ADI. Ma questo schema ha mostrato di non essere adeguato. Dunque, in base a concrete esperienze, alcuni interlocutori propongono questo diverso modello:

- la valutazione multidimensionale identifica livelli di bisogno di tutela, ai quali non è abbinato uno specifico intervento predeterminato, bensì un budget di cura, che è composto per il 50% da risorse del SSN e per il 50% dalla contribuzione dell'utente, oppure (se non ha risorse adeguate) da risorse dei servizi socioassistenziali;
- il budget di cura poi viene trasformato in un progetto costruito dai servizi con la famiglia, ma prevedendo molti modi per offrire l'assistenza domiciliare, per adattarla alla situazione dell'utente e famiglia: assegni di cura per assumere lavoratori di fiducia da parte della famiglia (con supporti per reperirli e amministrare il rapporto di lavoro, ove la famiglia non sia in grado), contributi alla famiglia che assiste da sé, affidamento a volontari, buoni servizio per ricevere da fornitori accreditati assistenti familiari e pacchetti di altre prestazioni (pasti a domicilio, telesoccorso, ricoveri di sollievo, piccole manutenzioni, trasporti e accompagnamenti), operatori pubblici (o di imprese affidatarie) al domicilio. Ma poter disporre di un mix di opzioni non può derivare "dalla fantasia dell'operatore", bensì dalla messa in opera delle differenti opportunità a cura dei governi locali, di concerto tra Aziende Sanitarie ed Enti gestori dei servizi sociali.

Tra gli obiettivi di questo modello alcuni segnalano anche i seguenti:

- che il budget di cura per l'assistenza domiciliare sia costruito come già accade per quello per l'assistenza residenziale: non deve esistere alcuna forma di "convenienza economica", per le

famiglie o le amministrazioni, che influenzi la scelta tra i due setting di cura, scelta che deve derivare solo dall'appropriatezza e preferenza degli utenti. E valutando eventuali premialità per chi utilizza le risorse per servizi domiciliari 'formalizzati' (pubblici o privati che siano) che garantiscano anche lavoro domiciliare regolare e almeno relativamente qualificato;

- che il budget di cura non sia "l'insieme di ciò che per caso è possibile trovare", ma consenta all'utente di usare trattamenti come l'indennità di accompagnamento per ottenere servizi che da solo non sa procurarsi, e lo vincoli a immetterla nel budget di cura.
- Il modello prevede che anche il Servizio Sanitario Nazionale(SSN) usi sue risorse (come LEA, e non come "extra LEA") per la tutela domiciliare negli atti della vita quotidiana, almeno per queste ragioni, da alcuni segnalate:
- perché già succede (i LEA prevedono che il costo in RSA sia metà a carico del SSN; costo che copre non le spese sanitarie o di professioni sanitarie ma tutte le prestazioni di tutela della vita in RSA). Lo stesso deve dunque accadere nell'assistenza domiciliare, prevedendo che questa tutela sia in parte a carico del SSN; altrimenti per le medesime tipologie di non autosufficienti il SSN di fatto, come oggi accade, incentiva solo il ricovero;
- perché il SSN risparmierebbe: oggi spende intorno ai 40 euro al giorno per la parte sanitaria della retta in RSA (il 50% del costo totale) o circa 150 euro al giorno per un posto in case di cura post ospedaliere. Con spesa minore potrebbe coprire il 50% del costo di una robusta assistenza domiciliare tutelare;
- perché così si possono offrire più volumi di assistenza a domicilio, ad esempio più ore di assistenti familiari. Aspetto cruciale se non si vuole che l'assistenza domiciliare offerta dal welfare pubblico sia efficace solo per le famiglie che con propri mezzi possono anche assumere assistenti familiari, o che hanno caregiver con possibilità di assistere da soli. Cosa che oggi avviene, ma che è una ben crudele selezione arbitraria per un welfare maturo.

L'integrazione sociosanitaria non può restare un mantra genericamente evocato, e occorrono meccanismi in tutti i territori che facciano muovere verso un "sistema delle cure" organico per i non autosufficienti:

- individuazione precisa di funzioni e spese a carico del comparto sanitario e di quello sociale, evitando che la suddivisione derivi da incerte "contrattazioni" locali, nelle quali i comuni sono perdenti, per la maggior forza delle Aziende Sanitarie;
- una integrazione di professioni e servizi deve essere prevista in tutti i passaggi della filiera per gli utenti non autosufficienti: il punto di accesso (per massimizzare informazioni ai cittadini e lettura dei problemi), la valutazione multidimensionale e l'eventuale triage, la costruzione del Piano di assistenza e il suo monitoraggio. E la compresenza di operatori dei comparti sociale e sanitario deve anche consentire di sveltire decisioni operative; ad esempio, se nel raccordo valutazione/progetto diversi operatori definiscono con la famiglia gli interventi, chi lo fa deve disporre di un "portafoglio" reale, per concretizzare il piano senza dover ricorrere a successivi iter decisionali defatiganti. Altrettanto l'individuazione di un case manager non deve ridursi al definire "chi convoca le riunioni", ma attivare una responsabilità che può incidere sulle scelte operative con l'utenza;
- non ovunque oggi la valutazione multidimensionale si occupa anche dei problemi sociali della persona, mentre va evitato il rischio che utenti con problemi di non autosufficienza non gravissimi, ma in condizioni sociali disastrose, non vengano mai considerati tra coloro per i quali intervenire;
- vi sono problemi che sono "terra di nessuno", sui quali nessuno riconosce di dover intervenire, e nei quali molto raramente intervengono i servizi sanitari. In genere finiscono per intervenire solo i

servizi sociali dei Comuni o il volontariato, tranne che si arrivi a un decreto del Prefetto che impegni l'Azienda Sanitaria.

Esiste una gravissima carenza nella esigibilità per i cittadini dei diritti e dei livelli essenziali, anche in vigore dei LEA sociosanitari, e nella non autosufficienza l'unico intervento esigibile rischia di essere di fatto l'indennità di accompagnamento. Occorre dunque che i livelli essenziali meglio garantiscano un set di interventi davvero fruibili, e ovunque, anche se minimi/essenziali. Ciò richiede non solo la definizione dei LEP per il sociale, ma anche una modifica nella concezione dei livelli essenziali, LEA sociosanitari inclusi, superando l'impianto di "diritti finanziariamente condizionati", che subordina rigidamente l'erogabilità alla disponibilità di risorse dedicate.² Qualche piccolo passo avanti verso l'esigibilità è avvenuto rendendo strutturale il *Fondo Nazionale per la Non autosufficienza*, e introducendo cenni di livelli essenziali nel *Piano Non Autosufficienza*.

Va costruita una più robusta rete di punti di primo accesso per le famiglie, che non solo gestiscano la prenotazione nelle Unità valutative, ma informino subito su tutte le prestazioni e opportunità che potrebbero essere utili al non autosufficiente, anche se sono attivate da enti e servizi diversi da quelli del punto di accesso. E questa informazione ampia dovrebbe essere offerta non solo dai punti di accesso, ma da qualunque servizio intercetti non autosufficienti (ad esempio quelli ospedalieri che progettano le dimissioni di non autosufficienti). Dunque, oltre che garantire "punti di accesso", occorre rendere disponibile a tutti i servizi una piattaforma come strumento per consentire agli operatori di conoscere la mappa delle opportunità, e per informarne i cittadini.

La crescita di anziani soli e senza reti familiari impone di sviluppare l'offerta di accompagnamento, e ruoli di case manager di operatori pubblici; anche perché il solo contesto di relazione badante/anziano può essere critico. Il Covid-19 ha acceso attenzioni sulle RSA; dunque, è opportuno rendere più incisivo il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale nella loro gestione, rivedere la babele attuale degli standard gestionali, e cercare nuovi modelli di interazione RSA/territorio.

Indispensabile è una offerta che si articoli in una gamma di risposte articolate: diverse modalità di assistenza domiciliare, continuum coordinato tra domiciliarità /servizi diurni/ residenzialità, modelli di RSA interattive col territorio nonché più flessibili, nuove forme per abitazioni e residenzialità assistita, interventi per case più sicure e adatte alla permanenza di persone con limitazioni. L'efficacia dei sostegni ai non autosufficienti dipende anche dal saper rendere organico l'insieme dei setting di cura, come una filiera da adattare ai bisogni, senza sbarramenti formali che ostacolano l'appropriatezza e il passaggio in diverse modalità.

Sino a quando perdura la frammentazione di servizi che si occupano di non autosufficienti va almeno promosso l'utilizzo di piattaforme informatiche che servano a non abbandonare o perdere il cittadino/nucleo, ma a seguirlo e guidarlo nei percorsi; ossia che siano connettivo per evitare che debba essere il cittadino a navigare da solo nei meandri del welfare, col rischio evidente di perdita di tutele per i più fragili.

È necessario dare sistematicità a esperienze come quelle dell'infermiere di comunità, anche per individuare persone a rischio di abbandono, fare *assessment* e assumere ruolo di *case manager*. In generale, anche con altre figure, vanno estese le modalità di intervento di prossimità territoriale, per intercettare i bisogni, e per promuovere le reti e le risorse del territorio.

² Diverse recenti sentenze anche della Corte costituzionale prevedono che interventi con natura di livelli essenziali non possano essere subordinati alle risorse. Peraltro, questo vincolo per i cittadini non è presente in molti altri segmenti del welfare pubblico, ad esempio per l'accesso alla scuola dell'obbligo, agli assegni sociali INPS, e a molte altre prestazioni.

È cruciale che gli attori locali (Comuni e Aziende Sanitarie e loro servizi) sappiano ben leggere e monitorare i problemi del territorio e le dinamiche tra domanda e offerta di servizi, nonché gestire attività di valutazione dei sistemi di offerta. Il che richiede anche di dotarsi di competenze professionali adeguate.

Tutori e amministratori di sostegno sono parte del sistema di tutela, e spesso l'amministratore di sostegno è un *caregiver*. Ma va reso più agile l'esercizio di queste funzioni, riducendo le lentezze del rapporto con i giudici tutelari e le cancellerie della volontaria giurisdizione, perché i tempi dell'assistenza impongono una velocità maggiore dei tempi dell'apparato giudiziario. Sarebbero anche utili miglioramenti nelle modalità di comunicazione: ad esempio gli amministratori di sostegno che sono "solo" familiari non possono inviare comunicazioni o rendicontazioni per posta certificata, mentre possono farlo gli avvocati.

Va segnalato che un riordino delle politiche per la non autosufficienza non può che includere anche i disabili non anziani, pur con eventuali differenze da garantire.

Snodi trasversali a tutti i tipi di utenza

Diversi problemi sono comuni a molte politiche/aree di utenza, e riguardano aspetti complessivi del welfare che meritano miglioramenti.

a) La gestione locale in capo a un soggetto sovra comunale.

È presente un disegno troppo disomogeneo nelle diverse regioni delle forme di governo associativo dei comuni, con frequenti incentivazioni/vincoli inadeguati alla effettiva gestione associata, con forme gestionali sovra comunali non efficaci, con frammentazione di funzioni sugli interventi sociali attribuiti ad ambiti e governi locali differenti, con troppe differenze nella messa a disposizione delle risorse da parte dei comuni singoli verso il loro soggetto gestore. Per costruire politiche locali integrate, e dunque offrire interventi coordinati, una preconditione positiva è anche un governo più unificato delle diverse politiche. Merita dunque pensare a soggetti locali che per conto dei comuni siano gestori non solo delle funzioni socioassistenziali, ma anche di quelle relative ai servizi educativi, per il lavoro, per l'abitare. Ossia a un processo di ricomposizione entro un unico governo locale di più funzioni afferenti al welfare, che sia espressione dei comuni ma in scala territoriale idonea.

b) Le differenze tra regioni.

È quasi un luogo comune sentir dire, anche da amministratori, che abbiamo in Italia 20 sistemi sanitari; ma ce ne sono ben di più sociosanitari e sociali, per le grandi differenze (non sempre motivate) infra-regionali. E le eccessive differenze tra regioni producono: estrema pluralità degli assetti di governo locale, con la conseguente difficoltà di individuarli come organo idoneo a gestire lo stesso mix di funzioni ovunque; e soprattutto prestazioni e fruibilità per i cittadini eccessivamente differenti, ossia di fatto cittadinanze sociali che diventano diverse solo in base al territorio. È indispensabile superare /ridurre l'enorme differenziazione di modelli e livelli di intervento, spesso presente anche tra i territori interni alla stessa regione.

Segnalare le difformità regionali come problema non si fonda su un desiderio di neocentralismo o sul rifugio in una uniformità protettiva; e muovere verso maggiori uniformità tra le Regioni non deve essere vissuto come una lesione dell'autonomia regionale, ma come obiettivo per garantire "livelli essenziali" come prevede la Costituzione, e non solo "livelli essenziali regionali". Le Regioni stesse dovrebbero porsi il problema dell'eccesso di disomogeneità, come era accaduto ai Comuni con la Legge n. 328/2000 che li ha resi attivi nel superare le differenze locali entro una gestione associata.

La ridefinizione dei LEA (in particolare sociosanitari) e dei LEP per il sociale (con relativi obiettivi di servizio) dovrebbero essere tra gli strumenti per ridurre il problema, ricordando che l'articolo 117 (lettera m) della Costituzione definisce i livelli essenziali come livelli di prestazioni "...che devono essere garantiti su tutto il

territorio nazionale". Questa uniformità prevista dalla Costituzione richiede tuttavia importanti mutamenti nell'attuale modo di esercitare l'autonomia regionale, la quale non deve incidere su "quali livelli minimi di prestazioni si offrono", ma solo "sul modo per organizzarle in quel territorio".

c) L'esigibilità dei diritti e dei livelli essenziali

- La criticità è già stata citata con riferimento alle non autosufficienze. Ma va affrontata come snodo su tutte le aree di utenza, assumendo diversi orientamenti contestuali:
- definire i livelli essenziali, anche come obiettivi di servizio da raggiungere con la necessaria gradualità;
- garantire risorse finanziarie per i livelli essenziali, sia nel sociale che nel sanitario, adeguate e sicure. L'incertezza delle risorse, o il faticoso e incerto ricorso a risorse solo locali, è tra le cause principali delle attuali eccessive differenze negli interventi prodotti da Regioni e Comuni.

d) Evitare iniquità nella valutazione della condizione economica dei cittadini

È una valutazione largamente in uso per dimensionare erogazioni o contribuzioni al costo dei servizi. Ma da parte di alcuni si segnala come usare il solo ISEE per valutare la condizione economica dei cittadini produce gravi deformazioni (falsi positivi: nuclei che con l'ISEE sembrano poveri e invece non lo sono e falsi negativi: nuclei che con l'ISEE non sembrano poveri e invece lo sono). E ciò accade con qualunque metodo o algoritmo che poggi sul solo valore dell'ISEE, a causa di meccanismi insiti nell'ISEE, tra i quali ad esempio:

- i redditi e i patrimoni dell'ISEE sono quelli del secondo anno precedente la prestazione, e dunque il nucleo potrebbe intanto essersi impoverito o arricchito. E anche se il nucleo presenta un "ISEE corrente" (con redditi più recenti), i patrimoni sono sempre quelli del secondo anno precedente;
- i redditi valutati nell'ISEE sono al lordo delle ritenute fiscali. Perciò un lavoratore dipendente o un pensionato ha dentro il suo ISEE una parte di redditi dei quali non dispone (né che ha mai ricevuto): le detrazioni fiscali operate alla fonte prima di ricevere compensi da lavoro e pensione.

Inoltre alcuni rilevano che entro l'ISEE non ci sono redditi che è invece necessario valutare per alcune prestazioni, come l'indennità di accompagnamento, che va invece considerata nelle prestazioni come le integrazioni a carico dei Comuni delle rette di ricovero per non autosufficienti (perché nelle strutture l'utente riceve appunto la tutela per la vita quotidiana alla quale è finalizzata l'indennità) e l'assistenza domiciliare per non autosufficienti (per la stessa ragione, ma lasciando al cittadino una adeguata franchigia sui suoi redditi). Una revisione dell'ISEE appare dunque ad alcuni un obiettivo necessario.

e) La programmazione locale

Va incoraggiato il miglioramento della governance pubblico-privata, a partire da un utilizzo di modalità collaborative, oggi più attivabili in base alla riforma del Terzo settore, ricordando che una rete di attori può aiutare nel realizzare una presa in carico multidimensionale con pluralità di aiuti (formali e informali) personalizzati (abbattendo critiche categorie di servizi rigidamente separate tra loro). Per poter davvero aumentare l'efficacia, la governance locale deve essere in grado di puntare maggiormente al risultato, e le procedure amministrative vanno valutate per i risultati che producono.

Vanno risolti anche snodi che incrinano la programmazione locale:

- le risorse finanziarie (nazionali e regionali) arrivano agli enti locali verso la fine dell'anno finanziario. Ma se gli enti gestori non ricevono le risorse sulle quali costruire i bilanci, o almeno non ne hanno notizia certa all'inizio dell'esercizio finanziario, ogni programmazione diventa solo esercizio teorico;
- i Piani di Zona devono essere meglio incardinati negli atti ordinari della programmazione locale (DUP, Bilanci, PEG etc.). Altrimenti diventano contenitori di mere ipotesi, sganciate dagli atti che davvero governano le risorse. Ciò richiede anche di trovare un equilibrio tra una costruzione del Piano partecipata con molti attori sociali (che crea anche positive reti) e l'esigenza di tempi che siano compatibili con quelli degli atti ordinari di programmazione locale;
- se il Piano di zona è di "ambito" o comunque di un livello sovra comunale, ma poi la gestione dei servizi è affidata in buona parte ai singoli comuni, la pianificazione diventa inutile; dunque la pianificazione sovra comunale (indispensabile) deve essere legata a una organica gestione sovra comunale;
- gli strumenti di intesa tra Comuni e Aziende Sanitarie (siano "accordi di programma" o altri) hanno utilità se davvero definiscono con precisione gli obiettivi di servizio da garantire e "chi fa che cosa come". E gli strumenti di programmazione locale (gli atti e il loro processo di formazione, le intese con le Aziende Sanitarie) devono essere ritagliati sulle capacità effettive dei comuni, soprattutto se piccoli;
- programmare implica conoscere, ma i sistemi informativi esistenti (sia nel sociale sia in sanità) non consentono di ricavare in modo adeguato conoscenze e indicatori sui bisogni e sulle interazioni tra domanda e offerta, anche per l'assenza di interoperabilità e connessioni tra i diversi sistemi e flussi informativi³;
- oggi "piovono" sui governi locali differenti flussi finanziari, molti dei quali settoriali e blindati a specifici obiettivi/utenze, e in diversi momenti. Oppure occorre un lavoro ad hoc dei governi locali per "la caccia ai finanziamenti a progetto", che spesso hanno il difetto di far attivare iniziative condannate a morte a priori dal termine temporale del finanziamento. Questi meccanismi sono forti ostacoli al poter programmare e gestire in modo organico qualunque welfare locale che voglia essere davvero "un sistema".

f) Le politiche abitative

La fruizione di una abitazione idonea è una ovvia preconditione per evitare cadute in circuiti di esclusione. Ma permane una critica assenza di politica nazionale adeguata e organica sull'abitare, con attenzioni ai nuclei con meno risorse. Sul tema operano misure nazionali di limitatissima efficacia (come i contributi per gli affitti pagati) o regionali e locali (assai diversificate).

³ Un piccolo esempio; sui ricoveri in strutture residenziali sono in atto due raccolte di dati e flussi informativi del tutto separati: i flussi FAR (del SSN) e ISTAT (connesso ai servizi sociali).