

**“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti.
Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare**

*Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori*

Capitolo 5

Le politiche regionali

di

Francesco Bertoni e Benedetta Riboldi

Luglio 2010

Introduzione

Qualsiasi discorso in merito alle politiche nazionali a favore degli anziani non autosufficienti deve necessariamente partire dall'esame delle riforme regionali che sono state già realizzate e programmate all'interno delle Regioni nell'ultimo decennio. A seguito della legge 328 del 2000, infatti, molte regioni hanno intrapreso un percorso di forte sviluppo ed innovazione dell'accesso, dell'offerta e delle modalità di gestione dei servizi a favore degli anziani non autosufficienti.

La relativa applicazione delle indicazioni presenti in essa era delegata all'emanazione di atti normativi da parte del governo e delle Regioni. Le amministrazioni regionali, infatti, hanno recepito questa legge e si sono adeguati con tempi e modi diversi, avviando percorsi di costruzione di sistemi di welfare che esplicitamente o implicitamente si ispirano ai principi enunciati dalla legge nazionale.

Possiamo però sottolineare come, pur di fronte ad un processo di attuazione lento e avvenuto con diverse velocità a seconda delle differenti realtà regionali, ciò che emerge con prepotenza è la gradualità del processo di attuazione nel quale la legge quadro nazionale è riuscita comunque ad acquisire autorevolezza delle amministrazioni regionali. Possiamo, quindi, dire che tutte queste Regioni hanno oggi un quadro organico di disciplina dei servizi sociali coerente con la Legge n.328/2000, che per alcuni aspetti riscontra tratti comuni nelle diverse realtà regionali, seppur le modalità utilizzate sono talvolta molto diverse.

Le leggi regionali approvate mostrano, infatti, una sostanziale omogeneità riguardo i principi e gli indirizzi a cui fanno riferimento le politiche sociali regionali, come l'aspetto della sussidiarietà del sistema, la centralità della persona e la sua dignità, la partecipazione attiva dei cittadini e il ruolo della famiglia. Inoltre le leggi regionali hanno assunto una struttura tendenzialmente simile, che parte dall'individuazione dei principi generali e delle finalità e si sviluppa poi nella definizione dei diritti degli utenti, dei criteri per l'accesso ai servizi, delle competenze e responsabilità dei soggetti istituzionali, della metodologia della programmazione per arrivare alla garanzia della qualità e al sistema di finanziamento.

Ciò che invece distingue principalmente l'impostazione riguarda alcuni aspetti che sono stati sviluppati in modo differente, ovvero l'inserimento o meno nelle leggi regionali della questione del riordino delle Ipab, la previsione di indirizzi sulle politiche sociali di settore e la definizione di uno specifico sistema di valutazione e monitoraggio per il sistema integrato dei servizi. [Ferioli, 2005].

A partire da questo inquadramento normativo, il capitolo tratterà inizialmente lo sviluppo della normativa sui non autosufficienti nelle diverse Regioni italiane, per poi concentrarsi sull'analisi di 4 dimensioni: accesso ai servizi, valutazione del livello di non autosufficienza, caratteristiche della domanda e tipologie dei servizi offerti.

L'analisi di queste dimensioni prevede una parte discorsiva che delinea le innovazioni e gli sviluppi più significativi realizzati nelle diverse realtà regionali fino ad ora, per poi concentrarsi sui vincoli e le opportunità che tali innovazioni regionali pongono allo Stato in merito alla realizzazione di una riforma e di una politica di intervento a livello nazionale.

1. Alcune traiettorie di cambiamento

Negli ultimi anni la crescente domanda sociale ha spinto le Regioni a intraprendere percorsi autonomi per il potenziamento dei servizi a favore delle persone non autosufficienti, spesso attraverso la costituzione di un Fondo per la Non Autosufficienza. Quest'ultimo è visto come un completamento della definizione degli obiettivi, dell'unificazione dei flussi economici e dell'inserimento dei progetti specifici come testimoniano le regioni centro settentrionali.

Ad oggi già dieci Regioni e la Provincia autonoma di Bolzano, hanno istituito un apposito fondo dedicato alla non autosufficienza (Tab. 1). Anche le altre Regioni hanno potenziato gli interventi a favore dei non autosufficienti con elevate diversità di approccio su cui hanno influito anche i mutamenti dei livelli di governance attuati nelle diverse realtà.

Tab. 1. Anno di istituzione del Fondo per la Non Autosufficienza per Regione

REGIONI	ANNO ISTITUZIONE FNA
Basilicata	2007
Emilia-Romagna	2004
Friuli Venezia Giulia	2006
Lazio	2006
Liguria	2006
Marche	2008
Sardegna	2007
Toscana	2008
Umbria	2008
Veneto	2008
Provincia Autonoma di Bolzano	2007

Si possono evidenziare due modalità di realizzare la programmazione regionale: alcune regioni (Marche, Puglia, Umbria, Sardegna, Toscana) hanno implementato un piano sociale accanto ad un piano sanitario che riprende la parte relativa ai servizi socio-sanitari, altre regioni (come ad esempio Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna) hanno tentato di integrare gli strumenti di programmazione della sanità e del sociale realizzandone uno unico.

Altre differenze si riscontrano dal punto di vista amministrativo: alcune regioni uniscono gli assessorati alla sanità e alle politiche sociali (Friuli-Venezia Giulia, Sardegna), altre regioni invece li mantengono distinti, come Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Veneto, Puglia.

2. L'accesso ai servizi

Per quanto riguarda l'accesso, l'analisi viene svolta considerando un ideale percorso dell'anziano non autosufficiente che si rivolge ai servizi che ha inizio dal Punto Unico di Accesso (PUA) per arrivare alla valutazione della condizione di non autosufficienza che permette poi di accedere ai servizi dedicati.

Il PUA è definito dalla Conferenza Stato-Regioni come “Un sistema di accoglienza della domanda in grado di offrire al cittadino l’opportunità di accedere a tutti i servizi della rete locale nello stesso momento, consentendogli di percorrere a partire da un solo punto di accesso, l’intera rete dei servizi sociali e sanitari” [2003]. Il PUA è quindi in grado di fornire la prima risposta complessiva ai bisogni degli utenti e richiama sia il concetto di ingresso che quello di unitarietà; inoltre, innovativo appare il fatto che debba essere “accogliente”, concetto che raramente fa capolino nella Pubblica Amministrazione. L’importanza di questi aspetti viene ribadita dalla Legge finanziaria 2007 e dagli atti successivi che, attivando il Fondo Nazionale per le non autosufficienze, prevedono una ripartizione delle risorse secondo alcune priorità tra cui “la previsione o il rafforzamento di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza, che agevolino e semplifichino l’informazione e l’accesso ai servizi socio-sanitari”.

Il PUA non è ancora previsto in tutti i contesti regionali. Le Regioni hanno dato vita a diverse tipologie di percorsi assistenziali basati su differenti idee di accesso e su sistemi già esistenti sul territorio, assumendo spesso denominazioni differenti. Questa eterogeneità è probabilmente dovuta anche alla scarsa presenza di norme nazionali in merito, poiché solo nel modello assistenziale della “Casa della salute” si parla di Sportello Unico di accesso per integrare le attività sanitarie e attività socio-assistenziali.

Rispetto ai percorsi seguiti dalle Regioni possiamo evidenziare come un gruppo di esse abbia previsto porte di accesso alle sole prestazioni sociali – Porte Sociali – (Emilia-Romagna, Liguria, Marche, Umbria) raccordate con le Ausl per le prestazioni sanitarie, mentre un secondo gruppo più ampio di Regioni ha previsto un accesso unitario sia per prestazioni sociali che socio-sanitarie (es. Veneto, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, ecc..) – Punto Unico di Accesso¹ [Pesaresi, 2008].

Le differenze tra i PUA sono determinate anche da altri fattori.

Sul piano organizzativo si possono distinguere due tipologie di PUA: la prima lo considera un luogo fisico in cui si concentrano le attività tipiche di un servizio di accesso, mentre la seconda lo considera un sistema di rete in cui la funzione del servizio risiede nella governance di tutti i punti di contatto con i cittadini.

Sul piano processuale alcuni PUA agiscono in una logica prestazionale in cui prevalgono meccanismi di stampo burocratico mentre altri sono contraddistinti da logiche processuali per garantire la continuità delle cure. Questa tematica è collegata a quella più generale legata al rischio di creare un modello dove non ci sia coerenza tra la progettazione concettuale e l’applicabilità: il passaggio tra i due modelli è un cambiamento radicale e in alcune esperienze si è riscontrata una resistenza al cambiamento da parte degli operatori.

¹ L’esperienza di questo secondo gruppo di Regioni può essere vista come l’evoluzione più complessa della Porta unica sociale poiché coinvolge un maggior numero di attori e di responsabilità e delle tipologie di prestazioni più complesse: per questo motivo le esperienze presenti sul nostro territorio nazionale sono ancora sporadiche e poco numerose.

Vincoli ed opportunità

Il primo vincolo è rappresentato dall'eterogeneità delle esperienze regionali, non sempre chiaramente identificabili, e la conseguente assenza di esperienze generalizzate e di confronto tra le diverse realtà: si pone quindi un problema di eterogeneità qualitativa e quantitativa (in alcune regioni c'è, in altre non c'è; in alcune regioni la porta sociale è unificata a quella sanitaria, in altre no): il settore dei servizi sociali è caratterizzato da forti squilibri territoriali sia intra che inter regionali che non garantiscono i livelli di equità territoriale nell'accesso ai servizi.

Un secondo vincolo riscontrato è la difficoltà nel definire chiaramente le funzioni che deve svolgere il Punto Unico di Accesso poiché talvolta nelle Regioni sono state inserite in essa delle funzioni non proprie che rendono ancora più complicata la gestione delle stesse.

Questo assetto organizzativo deve comunque essere considerato come un momento di passaggio, un'opportunità che prevede lo sviluppo di un sistema strutturato attraverso accordi operativi con le aziende sanitarie per unificare l'accesso vero e proprio ai servizi sociali e socio-sanitari: questi interventi possono essere l'input per la trasformazione dell'assetto dei servizi già esistenti.

Per utilizzare le informazioni in modo integrato è necessario il potenziamento e lo sviluppo degli strumenti informativi e delle strutture tecnologiche e lo sviluppo di capacità di condivisione delle informazioni.

3. Le modalità di valutazione del livello di non autosufficienza

I processi di valutazione del livello di non autosufficienza comprendono sia gli organismi cui compete la funzione valutativa (composti da figure professionali di diverso tipo) e gli strumenti tecnici da essi utilizzati.

Nelle Regioni dove il FNA è stato istituito o è in corso di definizione, si rileva una certa disomogeneità per quanto riguarda entrambi gli aspetti sopra citati.

Per quanto riguarda gli organismi di valutazione delle condizioni di non autosufficienza risulta esserci un'elevata disomogeneità che conferma quanto le Regioni si stiano concentrando su questi interventi. Si trova quindi un'ampia varietà tra le tipologie di commissioni chiamate a valutare la condizione dell'anziano, che possono differire sia per numerosità (da due componenti in Liguria, Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Abruzzo, Molise; a sette componenti, in Piemonte e in Sicilia), che per tipologia di componenti al loro interno. Inoltre in alcuni casi l'Unità di Valutazione è costituita da un numero di componenti fisso, mentre in altre Regioni ad un nucleo fisso si aggiungono di volta in volta figure professionali diverse.

Per quanto riguarda invece gli strumenti di valutazione, alcune Regioni, come il Friuli Venezia Giulia, hanno dato autonomia ai distretti e agli operatori nella loro applicazione, pur definendo a livello regionale criteri uniformi per l'accesso alle prestazioni. Altre invece, come la

Sardegna, la Toscana e il Veneto, hanno stabilito procedure di valutazione applicate in modo uniforme in tutto il territorio.

Inoltre diverse regioni hanno sperimentato nuove modalità di valutazione delle condizioni della persona anziana attraverso l'introduzione di apposite schede. In Abruzzo, Basilicata e Calabria si utilizza la VAOR; in Veneto e in Puglia la SVAMA; in Lombardia la SOSIA. Ed ancora in alcune realtà regionali, come ad esempio il Veneto e la Lombardia, sono stati introdotti altri strumenti, come la scheda per la valutazione della condizione dei disabili adulti.

Se alcune dimensioni accomunano le schede di tutte le Regioni (es. la cura della persona, la capacità di mobilità, i disturbi cognitivi, ecc...), altre invece sono proprie solo di alcune realtà (condizioni sensoriali, abilità strumentali, ecc...) creando così forti differenziazioni regionali.

Vincoli ed opportunità

Le amministrazioni regionali, o talvolta addirittura quelle locali, hanno sviluppato dei sistemi propri di valutazione del bisogno e di utilizzo delle risorse poiché a livello nazionale non esistono criteri precisi e condivisi e non vi sono direttive unitarie. Ciò costituisce un vincolo importante poiché ha reso più diffusa la disomogeneità nell'accesso ai servizi e ha creato in alcune situazioni difficoltà di comunicazione con gli utenti.

L'utilizzo di diversi criteri di valutazione rischia, inoltre, di creare delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi e l'esclusione di alcune categorie.

Un forte vincolo è rappresentato dal fatto che, la complessità degli interventi richiede a volte l'intervento di diversi soggetti con diverse professionalità. Ciò ha un costo elevato che si scontra con la scarsità delle risorse del periodo attuale.

La valutazione multidimensionale può avere un ruolo importante in sede di programmazione ed erogazione dei servizi, per gestire con efficacia ed equità le risorse scarse disponibili.

4. Le caratteristiche della domanda

Questo paragrafo prende in esame gli strumenti realizzati a sostegno della crescente domanda: si tratta, in primo luogo, dei trasferimenti monetari ma, più in generale, delle misure di supporto alle famiglie nell'assistenza agli anziani, attraverso, ad esempio, la formazione delle assistenti familiari, utile a garantire un più elevato livello qualitativo di assistenza. Se si considerano i trasferimenti monetari, si può dire che tutte le regioni italiane hanno introdotto questa misura all'interno del loro sistema di welfare. Denominati in molti casi "assegno di cura", sono trasferimenti economici senza vincolo di destinazione, che possono essere utilizzati dalle famiglie nel modo ritenuto più opportuno.

L'importo di questi assegni varia a seconda della realtà regionale presa in esame: si passa dai 515 euro mensili della Provincia di Bolzano ai 200 euro mensili della Regione Veneto. Anche il tasso di copertura, calcolato con riferimento alla popolazione con più di 65 anni, risulta piuttosto variabile: la Provincia di Bolzano presenta un valore superiore al 3%, il Veneto e l'Emilia-Romagna si attestano intorno al 2%, mentre altre Regioni sono sotto allo 0,3%.

In altri casi le regioni hanno invece deciso di introdurre un trasferimento economico vincolato, che assume il nome di “voucher” o di “assegno servizi”, con il quale si deve documentare come sono state spese le risorse erogate. In quest'ultimo caso, le risorse devono essere spese nell'ambito del settore dei servizi agli anziani non autosufficienti. Il caso più evidente è costituito dalla Lombardia in cui il voucher socio-sanitario, il voucher sociale e il buono sociale costituiscono i pilastri della riforma del welfare regionale.

L'introduzione degli assegni di cura si inserisce all'interno di un sistema di welfare nel quale è massiccia la presenza di assistenti familiari, che per una buona parte sono assunte in modo irregolare. Si tratta di donne straniere, che in molti casi dispongono di un basso livello di formazione specifica per l'assistenza agli anziani.

Diverse regioni hanno attuato misure volte a cercare di fare emergere il lavoro nero e regolarizzare le assistenti familiari, come testimonia la crescente diffusione (in Veneto, Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna, recentemente) dei trasferimenti monetari da utilizzare in modo esclusivo per il pagamento dell'assistenza ricevuta dalle assistenti familiari. Nelle Marche, ad esempio, è stato stimato che il 43% dei lavoratori stranieri nell'ambito della cura agli anziani abbia un contratto di lavoro irregolare.

Alcune regioni, inoltre, hanno realizzato interventi di formazione rivolti alle assistenti familiari, in modo da riuscire a garantire alle famiglie un'assistenza qualitativamente più elevata. In Friuli-Venezia Giulia, l'approvazione di una legge regionale specifica sulle assistenti familiari ha previsto al suo interno iniziative di formazione ed aggiornamento del personale addetto all'assistenza familiare; promozione dell'incontro tra domanda e offerta di lavoro, informazione, assistenza, supporto e consulenza; in Emilia-Romagna, è stato normato il “percorso formativo a sostegno della qualificazione dell'assistenza familiare privata a domicilio”, della durata di 120 ore [Pavolini, PSS 14/2006].

Vincoli ed opportunità

Trasferimenti monetari

Gli assegni di cura vengono assegnati con un sistema completamente diverso da quello previsto per l'indennità di accompagnamento. Se all'apparenza questo aspetto può rappresentare un vincolo, in realtà può essere considerato un'opportunità nell'eventuale ottica di una riforma dell'indennità di accompagnamento: tutte le Regioni, infatti, hanno introdotto un trasferimento monetario all'interno del loro sistema di servizi agli anziani non autosufficienti.

All'interno di questa opportunità per lo stato, vi sono però alcuni vincoli da tenere in considerazione. In primo luogo, le disomogeneità dei trasferimenti monetari delle diverse regioni. In alcuni casi, infatti, gli assegni di cura sono misure assai diffuse, che soddisfano un'elevata percentuale di beneficiari; in altri casi sono invece strumenti deboli, spesso inseriti all'interno di un sistema di welfare regionale di tipo residuale (Pavolini, 2006).

In secondo luogo, in alcune regioni il trasferimento monetario viene erogato alla famiglia e non ne viene verificato l'utilizzo; in altre, invece, il trasferimento è specificamente vincolato all'acquisto di servizi. Al di là del giudizio sulla preferibilità dell'una o dell'altra misura, è evidente che questa differenza costituisca un aspetto su cui concentrarsi. D'altra parte, prerequisito dell'introduzione di un trasferimento monetario vincolato all'acquisto di servizi è la presenza dei servizi stessi, cosa non ovvia in alcuni contesti regionali.

Assistenti familiari

Un'opportunità è data dal fatto che in molti casi gli assegni di cura vengono utilizzati per la loro retribuzione delle assistenti familiari (Spano, 2006); contemporaneamente, però, c'è un vincolo costituito dal fatto che, se il trasferimento viene erogato solo per la regolarizzazione della badante, la famiglia lo richiederà solo se la regolarizzazione non risulterà economicamente sconveniente. In molte regioni la diffusione dei trasferimenti vincolati alla regolarizzazione è stata frenata dalla valutazione economica delle famiglie.

Un ulteriore vincolo è costituito dall'eterogeneità e dalla scarsa diffusione delle iniziative di formazione per le assistenti familiari. Questa eterogeneità può essere spiegata dal fatto che la famiglia ha molte difficoltà a riconoscere l'aumento della professionalità dell'assistente familiare attraverso un aumento della retribuzione, principalmente perché il maggior costo non viene percepito come maggiore affidabilità nell'erogazione dell'assistenza.

5. Le tipologie di servizi offerti

Per quanto riguarda l'offerta di servizi, l'introduzione in molte Regioni del Fondo per la non autosufficienza ha determinato un potenziamento o una riorganizzazione dei servizi residenziali e domiciliari e in alcuni casi un incremento delle risorse a disposizione: in Emilia-Romagna, ad esempio, il Fondo ha portato un incremento di risorse cospicuo, finalizzato a realizzare una riforma complessiva delle politiche regionali per i non autosufficienti sia in termini di strategie e percorsi, che in termini di finanziamenti; in Sardegna, invece, l'introduzione del Fondo ha semplicemente messo a sistema gli interventi realizzati fino a quel momento a favore degli anziani non autosufficienti.

Una forte innovazione che si riscontra nella maggior parte delle Regioni riguarda i servizi domiciliari o a supporto della domiciliarità, ovvero prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie erogate direttamente al domicilio della persona anziana o disabile da personale qualificato. I servizi domiciliari mirano a mantenere la persona anziana o disabile a casa propria, sostenendo l'autonomia nella gestione della vita quotidiana e aiutando, laddove presenti, i familiari nella cura. In particolare, il SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) è inteso come un servizio che eroga prestazioni di cura della persona e di aiuto domestico, cui possono aggiungersi la fornitura dei pasti, la lavanderia o altre prestazioni collaterali. Lo sviluppo di questo servizio favorisce il miglioramento della qualità della vita delle persone con limitata autosufficienza e differisce l'ingresso in strutture residenziali. I comuni, attraverso il SAD, nel 2004 hanno assistito poco meno di 200.000 anziani, pari all'1,8% della popolazione di riferimento (tab. 2).

Accanto al SAD, le ASL assicurano le cure domiciliari, che si articolano in diverse tipologie: l'assistenza infermieristica, l'assistenza domiciliare programmata, l'assistenza domiciliare integrata e l'ospedalizzazione domiciliare [Pesaresi, 2007]. Complessivamente, le cure domiciliari assistono il 3,4% della popolazione anziana [Gori, Casanova, 2009].

Tab. 2. Utenti del SAD nelle regioni italiane, 2006

	Anziani residenti	Utenti anziani sad	% anziani assistiti
Piemonte	934.750	13.086	1,4%
Valle d'Aosta	23.932	933	3,9%
Lombardia	1.740.603	31.331	1,8%
Bolzano	75.941	2.962	3,9%
Trento	90.116	2.974	3,3%
Veneto	867.758	14.752	1,7%
Friuli-Venezia Giulia	262.523	6.826	2,6%
Liguria	415.349	4.984	1,2%
Emilia-Romagna	924.636	14.794	1,6%
Toscana	818.413	17.187	2,1%
Umbria	196.487	1.179	0,6%
Marche	333.620	3.003	0,9%
Lazio	967.635	10.644	1,1%
Abruzzo	268.495	6.712	2,5%
Molise	69.100	2.488	3,6%
Campania	851.380	14.473	1,7%
Puglia	671.612	6.044	0,9%
Basilicata	115.161	1.382	1,2%
Calabria	354.197	3.188	0,9%
Sicilia	872.569	30.540	3,5%
Sardegna	274.397	10.427	3,8%
Italia	11.128.674	199.909	1,8%

Le regioni hanno, infine, investito risorse ingenti sullo sviluppo ed il potenziamento dei servizi residenziali. L'indagine ISTAT sui presidi residenziali socio-assistenziali permette di evidenziare il tasso di copertura, calcolato come rapporto tra i posti letto disponibili in strutture per anziani non autosufficienti e la popolazione con più di 75 anni. Risulta evidente la maggiore copertura delle regioni del Nord Italia.

Tab. 3. Utenti delle strutture residenziali per Regione in percentuale rispetto alla popolazione con più di 65 anni, 2005

Regione	Utenti/popolazione > 65 anni
Piemonte	4,52%
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	3,80%
Lombardia	3,07%
Bolzano/Bozen	4,50%
Trento	5,16%
Veneto	3,87%
Friuli-Venezia Giulia	4,27%
Liguria	2,94%
Emilia-Romagna	3,02%
Toscana	1,89%
Umbria	1,10%
Marche	2,36%
Lazio	1,29%
Abruzzo	1,48%
Molise	1,89%
Campania	0,64%
Puglia	0,97%
Basilicata	0,54%
Calabria	0,59%
Sicilia	1,00%
Sardegna	1,10%
TOTALE	2,33%

Fonte: ISTAT (2008)

Nel corso degli anni si è, inoltre, modificata la tipologia dei servizi residenziali: a fronte di una riduzione consistente di ricoveri in case di riposo destinate agli autosufficienti, si è verificato un aumento dei ricoveri degli anziani non autosufficienti nelle RSA. Questo fenomeno è andato di pari passo sia con la riconversione e riqualificazione delle vecchie strutture, ma anche all'apertura di nuove strutture.

Se si considera la fotografia al 2005 per regione, le strutture socio-sanitarie sono più diffuse nel nord Italia, mentre le strutture socio-assistenziali sono più diffuse nel centro-sud, a testimoniare la maggiore arretratezza del sistema di welfare delle regioni meridionali (tab. 4).

Tab. 4. Utenti delle strutture residenziali per Regione e per tipologia di struttura, in percentuale rispetto alla popolazione con più di 65 anni, 2005

Regione	% Utenti in residenze socio-assistenziali	% utenti in residenze socio-sanitarie	% utenti in RSA
Piemonte	2,50%	1,38%	0,63%
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	0,22%	2,98%	0,60%
Lombardia	0,09%	0,16%	2,82%
Bolzano/Bozen	0,00%	3,80%	0,70%
Trento	0,02%	0,00%	5,14%
Veneto	0,73%	2,59%	0,55%
Friuli-Venezia Giulia	0,85%	2,78%	0,64%
Liguria	0,17%	2,12%	0,65%
Emilia-Romagna	0,90%	1,89%	0,23%
Toscana	0,38%	0,20%	1,30%
Umbria	0,32%	0,64%	0,14%
Marche	1,01%	0,92%	0,44%
Lazio	0,76%	0,11%	0,42%
Abruzzo	0,45%	0,74%	0,29%
Molise	0,40%	1,46%	0,03%
Campania	0,45%	0,07%	0,12%
Puglia	0,55%	0,38%	0,04%
Basilicata	0,33%	0,21%	0,00%
Calabria	0,17%	0,09%	0,32%
Sicilia	0,42%	0,48%	0,10%
Sardegna	0,55%	0,13%	0,42%
Italia	0,65%	0,84%	0,84%

Fonte: ISTAT (2008)

Vincoli ed opportunità

Servizi residenziali

Un vincolo all'intervento dello stato è costituito dalla notevole differenza nell'offerta di servizi tra le diverse regioni italiane.

L'ampiezza dell'offerta per anziani non autosufficienti può essere misurata sommando i posti delle residenze socio-sanitarie per anziani e delle RSA, come definite dall'indagine ISTAT sui presidi residenziali e semiresidenziali, e poi rapportandola alla popolazione con più di 75 anni, in modo da ottenere un tasso di copertura della popolazione non autosufficiente. Come i dati evidenziano, nel 2005 esiste una differenza notevole tra il livello dei servizi per anziani non autosufficienti nel nord Italia (in cui i posti letto sono in media pari al 5,8% della popolazione con più di 75 anni), e nel Mezzogiorno (posti letto pari all'1% della popolazione con più di 75 anni).

Questa enorme differenza non si è, inoltre, ridotta nel tempo dal momento che in tutte le ripartizioni territoriali il tasso di copertura è rimasto pressoché costante. Permane dunque un forte squilibrio territoriale nel tasso di copertura dei servizi residenziali. L'offerta di servizi fatica ad adeguarsi alla crescente domanda di prestazioni per anziani non autosufficienti, come testimonia la presenza di numerose case di riposo, oggi abilitate formalmente ad ospitare anziani autosufficienti.

Nell'Italia meridionale l'offerta di servizi residenziali, già bassa, tende a calare. Questo fenomeno può essere dovuto alle rette elevate a carico degli utenti.

Servizi domiciliari

Un'opportunità per lo stato è data dal fatto che, pur nell'assenza di una legislazione nazionale, tutte le Regioni, pur in tempi e con modalità diverse, hanno approvato una normativa di regolamentazione del SAD.

Analogamente a quanto sostenuto per i servizi residenziali, anche nel caso dei servizi domiciliari un vincolo è costituito dalla distribuzione disomogenea sul territorio nazionale. Un forte vincolo ad uno sviluppo dell'assistenza domiciliare coerente con i bisogni della popolazione anziana è dato dalla mancanza di dati conoscitivi completi, che permettano di effettuare valutazioni sull'utenza presa in carico.

Il vincolo principale è però probabilmente costituito dal fatto che vi sono due modelli di SAD nel panorama dei servizi. Il primo assiste un maggior numero di anziani con una minore intensità assistenziale; il secondo si concentra su di un numero di casi più ristretto ma con maggiore problematicità.