

**“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 8

Lo Sviluppo dell’offerta di servizi residenziali e semiresidenziali

di

Franco Pesaresi & Enrico Brizioli

Luglio 2010

Il presente capitolo è diviso in tre parti; la prima si occupa dell'assistenza residenziale per gli anziani, la seconda dell'assistenza semiresidenziale e la terza sintetizza il costo complessivo delle varie ipotesi presentate.

1° parte: LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE

1. Le maggiori criticità della situazione attuale

In Italia, i servizi residenziali hanno registrato sin dagli anni '90 un dinamismo contenuto, senza mai raggiungere gli obiettivi di diffusione attesi, se non in alcune Regioni.

Ci si aspettava infatti che la soglia dei 300.000 posti letto, raggiunta già nella seconda metà degli anni '90, sarebbe stata superata di slancio dopo il 2000 a seguito del progressivo superamento del "buco demografico della grande guerra" (minor numero delle classi 1915-1920) associato al progressivo aumento della vita media. Invece, in Italia si è verificato un fenomeno imprevisto: la tendenza alla crescita della percentuale degli anziani ricoverati nelle strutture residenziali non c'è stata, a differenza di quanto accaduto negli altri paesi dell'Europa del sud. Il numero degli anziani istituzionalizzati si è stabilizzato al livello del 3% di tutti gli anziani (Cfr. Tab.1), un livello basso rispetto agli altri paesi europei. Anche il sistema dell'offerta di servizi si è adeguato a questa tendenza, tanto che nel 2005, si registrava la stessa percentuale (2,3% degli anziani) dei posti letto residenziali del 1999 e del 2002.

Tab. 1. Anziani ricoverati e dimessi dalle strutture residenziali italiane. Anni 2000-2005.

Anno	Anziani presenti all' 1/1	Accolti durante l'anno	Totale degenti	% anziani	deceduti	% deceduti	Dimessi	% dimessi
2000	225.548	92.655	318.203	3,0	47.904	15,0	40.692	12,8
2001	216.126	96.240	312.366	2,9	37.025	11,8	37.833	12,1
2002	225.228	126.304	351.532	3,2	50.342	14,3	48.164	13,7
2003	222.970	118.278	341.248	3,1	58.413	17,1	54.885	16,1
2004	227.315	114.773	342.088	3,0	51.215	15,0	53.487	15,6
2005	223.509	121.584	345.093	3,0	54.746	15,9	59.541	17,2

Note: in questa tabella si tiene conto di tutti gli anziani ospitati nelle RSA, nelle residenze socio-sanitarie, nelle residenze assistenziali e nelle altre eventuali strutture che hanno ospitato anziani.

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, 2004, 2005ab, 2006, 2007, 2008.

In realtà, dietro questa apparente stabilità si nasconde un settore che vive una fase di trasformazione dell'offerta residenziale. Le domande di ricovero si riferiscono sempre più ad anziani non autosufficienti, in genere ultrasettantacinquenni, e questo ha prodotto importanti modificazioni nella organizzazione delle strutture, che hanno visto ridursi in maniera consistente i ricoveri nelle case di riposo destinate formalmente agli autosufficienti ed un parallelo aumento dei ricoveri di non autosufficienti, in particolare nelle RSA (Cfr. Tab.2). In sostanza, aumenta costantemente il carico assistenziale delle strutture per far fronte ad un mix di ospiti sempre più

gravemente non autosufficienti. Quasi tutti i soggetti gestori delle strutture residenziali hanno compreso il fenomeno e stanno spostando il loro intervento verso le strutture a maggior contenuto sanitario; così Ipab, enti religiosi ed imprese private tendono a riconvertire le residenze assistenziali in residenze socio-sanitarie. Contemporaneamente, cresce anche l'impegno delle imprese private soprattutto di quelle non profit per lo sviluppo delle RSA.

Tab. 2. Posti letto nelle strutture residenziali per anziani nelle regioni italiane. 31/12/2005.

Regioni	RSA	residenze socio-sanitarie	residenze assistenziali	TOTALE	p.l. per mille anziani
1.Trento	4.721	0	19	4.740	50,4
2.Piemonte	6.092	13.311	24.085	43.488	44,7
3.Bolzano	548	2.958	0	3.506	43,2
4.Friuli-V. G.	1.709	7.437	2.263	11.409	41,8
5.Veneto	4.921	23.026	6.471	34.418	37,8
6.Valle d'Aosta	148	728	53	929	37,1
7.Lombardia	50.668	2.790	1.653	55.111	30,0
8.E. Romagna	2.149	17.773	8.469	28.391	29,9
9.Liguria	2.732	8.962	718	12.412	29,1
10.Marche	1.479	3.120	3.430	8.029	23,2
11.Molise	20	1.022	281	1.323	18,7
12.Toscana	10.783	1.689	3.180	15.652	18,6
13.Abruzzo	799	2.036	1.219	4.054	14,6
14.Lazio	4.109	1.070	7.541	12.720	12,5
15.Umbria	286	1.281	631	2.198	10,9
16.Sardegna	1.184	365	1.565	3.114	10,7
17.Sicilia	910	4.235	3.713	8.858	9,8
18.Puglia	301	2.587	3.777	6.665	9,5
19.Campania	1.020	643	3.889	5.552	6,3
20.Calabria	1.157	340	628	2.125	5,8
21.Basilicata	0	248	387	635	5,4
ITALIA	95.734	95.620	73.972	265.326	22,9
%	36,1	36,0	27,9	100,0	
p.l. per 1.000 anziani	8,3	8,2	6,4	22,9	

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, 2008.

Questo tipo di trasformazione è spesso riferita ad una effettiva riqualificazione di vecchie strutture, ma anche all'apertura di nuove strutture. Essa è legata a diversi fattori:

- riduzione progressiva della domanda di servizi da parte di anziani autosufficienti per modifica delle condizioni abitative;
- crescita della domanda di assistenza per pazienti non autosufficienti con problematiche sanitarie complesse;
- diffusione delle procedure di accreditamento sanitario, con i conseguenti contratti di fornitura che garantiscono maggiori fonti di finanziamento, ma impongono standard organizzativi e strutturali;
- necessità di trasformazione, adeguamento e messa a norma di vecchie strutture, per lo più di proprietà di ex-Ipab o di enti religiosi, con necessità di ingenti investimenti e comunque di una progettualità più avanzata;

- ingresso nel sistema di nuovi soggetti erogatori privati in grado di anticipare le esigenze del mercato e mettere a disposizione nuove strutture adeguate ed a norma in grado di far fronte alla domanda socio-sanitaria.

Per interpretare correttamente i dati sull'offerta di servizi occorre aggiungere anche il tema delle liste d'attesa. I dati empirici raccolti ci forniscono un quadro di più diffusa presenza di liste d'attesa nelle regioni del nord come la Lombardia, il Veneto, il Piemonte ecc., ed anche in diverse regioni del Centro Italia. Meno notizie si hanno invece sulle regioni del sud. Si può pertanto dire che le liste d'attesa sono più importanti (anche perché in qualche caso sono monitorate) proprio nelle regioni in cui l'offerta è più solida.

La presenza di tutti questi elementi anche contraddittori rende complessa l'interpretazione dei fenomeni. E' probabile che l'offerta dei servizi sia in difficoltà o in ritardo di fronte ad un mercato che chiede con forza assistenza di qualità per gli anziani non autosufficienti e che trova, per contro, una rete di vecchie strutture come le case di riposo, costruite per anziani indifferenziati (sia autosufficienti che non autosufficienti), oggi abilitate formalmente per i soli autosufficienti e che tarda a riconvertirsi. C'è dunque un problema di domanda ed offerta che stentano ad incontrarsi pienamente perché chiedono ed offrono prestazioni diverse.

L'affermazione di taluni secondo cui la bassa offerta dei servizi, peraltro in trasformazione, possa costituire una concausa del contenimento dei ricoveri può essere accolta cautamente, ma non va sopravvalutata. Peraltro, si tratta più di un effetto che di una causa. Altresì invece incide molto di più il fenomeno delle Assistenti familiari, che ha permesso a migliaia di anziani non autosufficienti di rimanere al proprio domicilio. In tal senso parliamo di numeri straordinari: sono state stimate 770.000 assistenti familiari che si occupano di non autosufficienti, quasi tutti anziani (precisamente, il doppio degli anziani ospitati nelle strutture residenziali). Da aggiungere che, risulta ancora non adeguatamente analizzata, la tendenza delle regioni del sud che mantengono un livello di offerta di servizi molto bassa che spesso tende anche a decrescere. C'è pertanto da chiedersi se sono le rette che gli utenti devono pagare ad indurre le famiglie residenti in regioni meno ricche di altre a deprimere l'offerta di servizi. Possiamo supporre che c'è sicuramente un'incidenza di questi elementi, anche se non abbiamo dati rigorosi a supporto di questo orientamento e del suo peso. Questa caratteristica delle regioni del sud è uno degli elementi che contribuisce ad una distribuzione dei posti letto molto diversificata nelle varie regioni. Ne consegue nel territorio italiano una possibilità di accesso alle prestazioni residenziali molto differenziata.

In questo quadro di luci ed ombre, le famiglie continuano a farsi carico della metà (47%) delle spese per l'assistenza residenziale, mentre il Servizio sanitario fornisce un contributo ancora insufficiente anche laddove la legge richiederebbe un impegno finanziario maggiore. Una situazione economicamente insostenibile per gli assistiti, tenuto conto che nella maggior parte dei casi le rette di degenza superano l'importo delle pensioni degli anziani ospitati nelle strutture. Globalmente si osservano rette complessive di degenza che variano da 50 a 145 euro, con una quota di partecipazione richiesta all'ospite che varia dai 30 ai 65 euro, non sempre in proporzione alla retta complessiva.

Da ultimo, risultano troppo diverse le differenze territoriali nelle procedure di accesso e di valutazione degli anziani che non possono essere più assistiti al loro domicilio. Ogni anziano dovrebbe avere il diritto ad essere valutato da una unità valutativa multidimensionale che, con l'ausilio di strumenti di valutazione omogenei in tutto il territorio nazionale, elabora il Piano

assistenziale individualizzato (PAI). La stessa Unità valutativa dovrebbe contribuire ad individuare la struttura più adatta per le necessità dell'anziano e quindi monitorare periodicamente l'andamento del PAI. Questo percorso, ormai ampiamente condiviso dalla letteratura, non trova alcun riscontro nella pratica.

2. Le ipotesi di cambiamento e le loro ragioni

Nel complesso, il sistema residenziale appare condizionato da una carenza di normativa centrale capace di indirizzare in maniera coerente la corretta evoluzione dell'offerta, in rapporto alla effettiva domanda ed alla appropriatezza ed equità del servizio. Si pone inoltre il problema della ulteriore riqualificazione di posti letto per autosufficienti in posti per non autosufficienti, con le necessità connesse al recupero del patrimonio edilizio ed alla tradizione assistenziale delle ex-Ipab.

Un programma di questo tipo non può essere tuttavia avviato senza affrontare il tema delle risorse finanziarie necessarie per questo percorso di riqualificazione, per sostenere la spesa delle rette delle nuove strutture (tendenzialmente più elevate) e per definire le modalità di partecipazione alla spesa degli ospiti.

Negli ultimi anni, su un obiettivo di razionalizzazione ed omogeneizzazione dell'offerta, sono stati prodotti due documenti che riteniamo debbano costruire le basi per una evoluzione della discussione. Si tratta del documento sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali della commissione LEA (2007) e del decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 sui flussi ministeriali, frutto del lavoro del Progetto Mattoni.

I due strumenti tracciano le basi per una razionalizzazione del settore basato su due principi fondamentali:

- 1) la classificazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali in alcune semplici classi a diverso contenuto sanitario, cui corrispondono differenti standard assistenziali e parametri di accreditamento;
- 2) l'adozione di strumenti di analisi del case-mix che consentano il monitoraggio dell'assistenza, una eventuale ulteriore differenziazione oggettiva delle classi di prestazioni degli standard e delle tariffe, l'alimentazione di un flusso informativo nazionale.

I due documenti giungono a soluzioni condivise dalla regioni per quanto riguarda l'assistenza agli anziani, ma rimangono generici sul settore dei disabili, ove registrano oggettive difficoltà ad uscire dallo schema delle strutture di taglio "riabilitativo" extraospedaliero autorizzate ai sensi dell'art. 26 della L.833/78. L'idea di fondo del presente capitolo è quella di dare applicazione ai contenuti principali del documento LEA sull'assistenza residenziale e semiresidenziale (con qualche piccola variante) valutandone gli aspetti applicativi e i costi, insieme all'obiettivo di ridurre gli oneri a carico delle famiglie (obiettivo illustrato specificatamente nel cap.11).

I punti di riferimento della proposta sono i seguenti:

- a) favorire il completamento della riconversione delle case di riposo che ospitano non autosufficienti in case/residenze protette. Valutare l'opportunità di porre dei limiti alla costruzione di nuove case di riposo per autosufficienti;
- b) ipotizzare un aumento dei soli posti letto per non autosufficienti ma in modo assai più contenuto di quanto proposto nel documento sulla residenzialità della Commissione Ministeriale sui LEA (rinviando nel tempo il raggiungimento di tali parametri);
- c) modificare le quote di partecipazione alla spesa delle strutture residenziali. L'ipotesi è quella di un provvedimento di modificazione della suddivisione degli oneri in cui la sanità si faccia carico di percentuali di costo più elevate per ridurre gli oneri delle famiglie come indicato al cap. 11.;
- d) definire le modalità di accesso attraverso la valutazione multidimensionale, stabilire chi fa le valutazioni successive e gli aggiustamenti del programma assistenziale individualizzato (lo fa la struttura residenziale o l'UVM) e soprattutto codificare gli strumenti di valutazione atti anche a stabilire i percorsi assistenziali degli assistiti.

Dunque, in base a quanto sinora esposto ed affermato si prospettano 4 ipotesi, che è possibile ordinare secondo una logica di coerenza e gradualità:

- 1. nessun cambiamento;
- 2. "la modifica delle regole del gioco", costituita da tutte le modifiche relative all'assistenza residenziale proposte nel cap.11 e relative alla ripartizione dei costi delle strutture;
- 3. "sviluppo dell'offerta a 3 anni", che prevede essenzialmente la riconversione delle strutture per autosufficienti in strutture per non autosufficienti;
- 4. "lo sviluppo dell'offerta residenziale".

Profilo ipotesi 1. Nessun cambiamento. In questa ipotesi non si prevedono mutamenti nell'offerta dei servizi residenziali e nelle regole di ripartizione della spesa. Rimangono quindi i problemi relativi ad un basso livello dell'offerta, soprattutto per gli anziani non autosufficienti e ad una ripartizione della spesa che pesa troppo sull'assistito e la sua famiglia. Il mantenimento della situazione attuale è l'unica soluzione che non può essere sostenuta nel medio e lungo termine dato che il costante aumento degli anziani ed in particolare di quelli con le età più avanzate richiede un perenne aumento dell'offerta assistenziale per i non autosufficienti (Cfr. Tab.4). L'ipotesi 1, pertanto, se realmente praticata porterebbe ad un costante ed insopportabile aumento delle liste d'attesa e delle rette (forte domanda e scarsità dell'offerta); risultati che vanno in senso contrario rispetto a quelli necessari ed auspicati.

Tab. 3 - Griglia valutativa dell'ipotesi 1: "Nessun cambiamento"

Dimensione	Punti di forza e punti di debolezza
Finanza pubblica	Non ci sono maggiori costi
Efficacia	Aumento delle lista d'attesa. Efficacia ridotta.
Equità	Attuale sistema contraddistinto da un livello molto basso di equità
Differenze territoriali	Mantenimento delle ampie differenze esistenti fra le varie regioni.
Fattibilità	Non richiesto alcuno sforzo organizzativo per il mantenimento dell'attuale sistema
Welfare futuro	Incapacità dell'attuale offerta di servizi di far fronte al futuro aumento del numero degli anziani non autosufficienti.

Profilo ipotesi 2. "La modifica delle regole del gioco". In questa ipotesi sono presenti tutte le modifiche relative all'assistenza residenziale proposte nel cap.11 (RSA con quota sanitaria al 60%, quota sanitaria al 70% per i disabili gravi indipendentemente dalla struttura di ricovero, fasi intensive ed estensive a carico della sanità). Per questo profilo si rinvia a quanto illustrato in proposito nel cap.11 (sulla ripartizione della spesa) della presente ricerca (Cfr. Tab.4).

Tab. 4. Nuova proposta di ripartizione degli oneri sociali e sanitari

Prestazione	Norma nazionale		proposta
	Quota sanitaria	Quota sociale	
Tutte le strutture di cura e recupero per anziani non autosufficienti	100% Nella fase intensiva ed estensiva	0% Nella fase intensiva ed estensiva	1. Conferma delle percentuali. 2. Occorre definire la durata delle fasi intensive ed estensive. Convenzionalmente si può stabilire che esse durino complessivamente 60 giorni.
RSA anziani non autosufficienti	50% Nella fase di lungoassistenza	50% Nella fase di lungoassistenza	1. Modifica delle percentuali: 60% a carico della sanità e 40% a carico del sociale. Dato che il 50% di quota sanitaria viene riconosciuta nelle Residenze protette parrebbe logico aumentare la quota in strutture dai contenuti sanitari più impegnativi.
Residenze/case protette per anziani non autosufficienti	50% Nella fase di lungoassistenza	50% Nella fase di lungoassistenza	1. Conferma delle percentuali.
Strutture residenziali per disabili gravi	70% Nella fase di lungoassistenza	30% Nella fase di lungoassistenza	1. Conferma delle percentuali. 2. Per la fase estensiva (quella intensiva non ricorre) si può convenzionalmente stabilire che, in caso di dimissione dall'ospedale e da strutture residenziali, l'assistenza semiresidenziale fornita nei 45 giorni successivi, non preveda la quota sociale. 3. Prevedere una fase transitoria (in attesa della riorganizzazione delle strutture) affinché le percentuali indicate vengano applicate a tutti i disabili gravi (con certificazione di cui alla L. 104/1992) indipendentemente dalla struttura di ricovero.

Fonte: cap.11

Nel complesso, questa ipotesi si pone come obiettivo prioritario quello di migliorare l'equità nell'applicazione regionale dei LEA sociosanitari, di ridurre i costi degli assistiti e di perseguire l'effettiva rispondenza dei costi alla loro natura sociale o sociosanitaria. Infatti, la proposta considera allo stesso modo disabili nelle stesse condizioni di gravità, ma che per ritardi organizzativi sono collocati in strutture diverse. Inoltre, in questo modo si riducono giustamente anche gli oneri a carico dell'anziano e del disabile grave che pagherebbe rispettivamente il 40% della spesa nelle RSA ed il 30% in qualunque struttura per disabili. Gran parte del suo impatto economico nel futuro dipende dal livello di sviluppo delle RSA; è infatti evidente che se le Regioni dovessero decidere di privilegiare in futuro lo sviluppo delle RSA rispetto alle Residenze Protette, l'impatto economico della riforma sarà proporzionalmente più alto in relazione al tasso di crescita delle RSA. Tale tendenza sarà però contenuta dagli effetti dei provvedimenti previsti per le strutture per disabili gravi che, sviluppano tutti i loro effetti immediatamente per poi ridurli gradualmente nel tempo, mano a mano che i disabili gravi trovano la giusta collocazione nelle strutture ad essi dedicati.

La proposta è facilmente realizzabile dato che non richiede significative trasformazioni organizzative ed avrebbe il merito di aumentare sensibilmente l'equità del sistema riducendo le differenze territoriali approvando delle disposizioni che diverse regioni hanno già deliberato (Cfr. Tab. 5).

Tab. 5 - Griglia valutativa dell'ipotesi 2: "La modifica delle regole del gioco"

Dimensione	Punti di forza e punti di debolezza
Finanza pubblica	I maggiori costi ammontano a circa 378 milioni di euro (312 per l'aumento della quota sanitaria delle RSA per anziani e 66,2 milioni di euro per i disabili gravi).
Efficacia	Riduzione dei costi a carico degli assistiti. Percezione di maggiore giustizia da parte degli assistiti.
Equità	Maggiore equità: il trattamento ricevuto dagli assistiti è rapportato alle condizioni di salute.
Differenze territoriali	Riduzione delle differenze fra le regioni, generalizzando alcuni interventi già attuati in numerosi territori.
Fattibilità	Le proposte sono realizzabili abbastanza facilmente, non richiedono trasformazioni organizzative.
Welfare futuro	L'impatto nel futuro dipende dal livello di sviluppo delle RSA per anziani. L'impatto dei provvedimenti relativi ai disabili gravi dovrebbe ridursi nel tempo.

Profilo ipotesi 3. Sviluppo dell'offerta a 3 anni: riconversione più che sviluppo. Il livello di offerta dei servizi residenziali italiani è piuttosto basso. Inoltre, esso ha dimostrato una notevole stabilità complessiva dovuta all'effetto "contenimento" prodotto dall'esplosione del fenomeno delle assistenti familiari e da un importante processo di trasformazione interna che sta portando alla riconversione delle strutture residenziali per autosufficienti in quelle per non autosufficienti. Infine, il basso livello dell'intervento pubblico (vedi cap.11) nel pagamento delle rette non ha sostenuto lo sviluppo delle strutture neanche fino all'obiettivo della soddisfazione delle liste d'attesa. Così assistiamo in Italia, per la verità soprattutto del centro nord, ad un fenomeno originale dove il livello dell'offerta è spesso bassa, ci sono significative liste d'attesa, ma il mercato non sembra interessato a soddisfare questa domanda. Evidentemente il settore è ritenuto ancora immaturo e con regole ancora insufficienti ad invogliare adeguati investimenti.

Se guardiamo alle tendenze europee (Cfr. Tab. 6), inclusi alcuni paesi mediterranei, comprendiamo bene come il livello dell'offerta sia destinato a crescere tanto più in Italia, dove i servizi formali di altro tipo per gli anziani non autosufficienti sono ancora piuttosto fragili.

Tab. 6. Anziani assistiti formalmente in strutture residenziali in Europea.

posizione	Nazione	% anziani assistiti in strutture residenziali		posizioni	Nazione	% anziani assistiti in strutture residenziali	
		anno	%			anno	%
1	Belgio	2004	8,1	11	Regno Unito	2004	4,2
2	Svezia	2006	6,8	12	Spagna	2006	4,0
3	Olanda	2008	6,8	13	Irlanda	2006	3,9
4	Portogallo	2005	6,7	14	Germania	2006	3,7
5	Islanda	2006	6,6	15	Austria	2003	3,6
6	Svizzera	2005	6,5	16	Italia	2005	3,0
7	Francia	2004	6,3	17	Finlandia	2006	2,2
8	Norvegia	2006	5,6	18	Grecia	2001	1,0
9	Danimarca	2006	5,4				
10	Lussemburgo	2006	4,3		Europa media non comparata		4,9

Note: il dato del Belgio considera impropriamente anche eventuali ospiti con età 60-64 anni; i dati del Portogallo si riferiscono ai posti letto.

Fonte: Pesaresi 2005, Istat, 2008, Eco-Santé OECD 2006; Imsero 2006, OECD (2005, 2007, 2009), Corens (2007), Barros & De Almeida Simoes (2007), De Boer (2006); Ministry Netherlands (2008), Ireland government (2008).

La nostra ipotesi per il futuro assume come obiettivo strategico quello indicato dalla commissione LEA nel documento “ Prestazioni residenziali e semiresidenziali” (2007), ma la ritiene lontana. Si tratta di uno scenario futuro verosimile che però ha bisogno del lungo periodo per essere raggiunto. Nel medio periodo è probabile che proseguiranno le tendenze attuali che vedono una costante riduzione delle residenze assistenziali che si riconvertono in residenze/case protette o, in misura minore, in RSA. In sostanza, la previsione, nel medio periodo, è quella del completamento del processo di riconversione delle strutture che da residenze collettive per anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti passano a quelle per non autosufficienti; un processo che si sta sviluppando già da qualche anno.

Dunque, in questo scenario si ipotizza che nei prossimi 3 anni non si verifichino delle modificazioni significative nell'offerta quantitativa complessiva di posti letto per le strutture residenziali per anziani, ma che invece all'interno di queste si realizzino modificazioni significative nella tipologia delle strutture con un aumento importante dei moduli RSA riservati ai malati di Alzheimer, che passerebbero da 0,3 posti letto per 1.000 abitanti a 1,6. Si tratta di un aumento molto importante che le dinamiche del nostro mercato per la verità non sarebbero in grado di implementare come nuove strutture, ma che intendiamo proporre perché si tratta soprattutto di dare riconoscimento ad una presenza di malati gravi di Alzheimer già ospiti delle strutture residenziali.

Anche in questo caso si tratta di accompagnare un processo di riconversione di strutture e di loro qualificazione per assistere in modo adeguato i malati di Alzheimer.

Tab. 7. Posti letto per 1.000 anziani. Situazione attuale e previsioni per il futuro.

	Commissione LEA anziani Fra 5 anni	Commissione LEA anziani A regime	Situazione al 2005	Nostra ipotesi fra 3 anni (ipotesi 3)	Nostra ipotesi fra 6 anni (ipotesi 4)
RSA	6,7	8,4	8,0	8,3	8,3
RSA Alzheimer	5,0	6,2	0,3	1,6	3,0
Residenze/case protette	20,0	25,0	8,2	9,8	15,0
Residenze assistenziali	-	-	6,4	3,2	2,0
TOTALE	31,7	40,0	22,9	22,9	28,3

L'altra grande trasformazione comporterà il dimezzamento dei posti letto delle residenze assistenziali che, proseguendo l'attuale perentoria tendenza, potrebbe passare dagli attuali 6,4 posti letto per 1.000 anziani a 3,2. Ovviamente, alla riduzione delle residenze assistenziali corrisponde un aumento dell'offerta (RSA e residenze protette) per gli anziani non autosufficienti (Cfr. Tab. 7).

Rispetto alla situazione attuale, questa ipotesi avrebbe un costo aggiuntivo per le casse pubbliche, pari a 889 milioni di euro (Cfr. Tab. 9). Occorre però rammentare che metà circa della spesa - pari a 312 milioni - riguarda l'aumento della quota sanitaria delle RSA che passa dal 50 al 60% come già esposto nell'ipotesi 2 ed incluso anche in questa ipotesi.

Questa proposta non deve essere sottovalutata. L'aumento di posti letto per gli anziani non autosufficienti risponde infatti alla principale necessità del settore residenziale. E' in questo segmento assistenziale che si accumulano le liste d'attesa. Inoltre, l'intervento previsto migliora la qualità e l'equità del sistema, permettendo ad un maggior numero di anziani oggi ospitati impropriamente in residenze assistenziali, una assistenza modellata sulle necessità dei non autosufficienti. Questo intervento non modifica il quadro regionale, dato che non prevede una crescita complessiva della rete residenziale, ma provvede solo a riconvertirla. In buona sostanza, chi ha pochi letti, continuerà ad averli. Le differenze si ridurranno invece sul fronte qualitativo, permettendo alle regioni oggi in ritardo, di avanzare nella riconversione delle residenze assistenziali. Teniamo conto che ci sono ancora regioni dove tali strutture sono ancora prevalenti.

L'ipotesi 3 per essere realizzata ha bisogno di investimenti e di norme che accompagnino il percorso di riorganizzazione; naturalmente la qual cosa richiede tempo e lungimiranza politica. Si tratta però di un percorso ineludibile per un sistema di welfare moderno che intenda rispondere ai bisogni dei cittadini più fragili.

Tab.8. Griglia valutativa dell'ipotesi 3: “La riconversione dell’offerta residenziale”

Dimensione	Punti di forza e punti di debolezza
Finanza pubblica	Maggiore spesa di 889 milioni, incorporando buona parte della ipotesi 2 (relativa alle RSA).
Efficacia	L’aumento di posti letto per non autosufficienti risponde alla principale necessità. L’intervento è pertanto efficace.
Equità	Migliora l’equità dato che un maggior numero di anziani non autosufficienti o con Alzheimer vengono ospitati in strutture dedicate.
Differenze territoriali	Le differenze territoriali quantitative non si riducono in modo significativo. Quelle qualitative invece dovrebbero ridursi.
Fattibilità	Il processo di riconversione ha bisogno di investimenti e di norme che accompagnano il percorso.
Welfare futuro	Passaggio obbligato che migliora il sistema di welfare con un costo sopportabile nel tempo.

Profilo ipotesi 4. Sviluppo dell’offerta residenziale. Solo con l’esaurimento della fase di riconversione (ipotesi 3) si registrerà una vera e propria crescita dei posti letto complessivi per la residenzialità per gli anziani, ma viste le tendenze e le politiche specifiche attuali, tale crescita sarà moderata.

La presente proposta di sviluppo dell’offerta si avvicina a quella del documento sull’assistenza residenziale della Commissione LEA (2007), seppur dislocando l’obiettivo un po’ più in là nel tempo. Per questo si ipotizza una crescita dell’offerta residenziale che raggiunga fra 6 anni la dimensione di 28,3 posti letto ogni 1.000 anziani. Può sembrare un aumento contenuto ma in realtà, rispetto al livello attuale, si tratta di una crescita del 24%, da ottenere in 3 anni e dunque con tassi di sviluppo non certo ordinari. A confermare l’ipotesi, seppur induttivamente, ci sono diversi elementi primo fra i quali la lunga stabilità dell’offerta nel corso degli anni, il ridotto interesse delle regioni per lo sviluppo di questo settore, il basso livello di partecipazione pubblica alla spesa, le incertezze della legge nello stabilire gli obblighi dei beneficiari dell’assistenza. Tutti elementi questi che rallentano le dinamiche di mercato.

La crescita prevista riguarda soprattutto le residenze/case protette, che passano da 9,8 dell’ipotesi 3 a 15 posti letto ogni 1.000 anziani, beneficiando in parte anche della costante riduzione e riconversione delle residenze assistenziali. Una crescita assai significativa viene prevista anche per i moduli Alzheimer delle RSA, che potrebbero raggiungere i 3 posti letto per mille anziani, assorbendo in gran parte il tasso di crescita delle RSA per anziani. Rispetto alla situazione attuale, questa ipotesi avrebbe un costo aggiuntivo per le casse pubbliche, pari a 2.168 milioni di euro (Cfr. Tab. 9). Ma occorre rammentare che circa 312 milioni sono relativi all’aumento della quota sanitaria delle RSA, che passa dal 50% al 60%, così come prospettato nell’ipotesi 2 che è stata introitata nella presente proposta.

Tab. 9. La maggior spesa sanitaria nelle ipotesi 3 e 4. (p.l. per mille anziani. RSA al 60%)

Strutture	Situazione p.l. al 2005 (p.l. per 1.000 anziani)	Nostra ipotesi p.l. fra 3 anni (ipotesi 3) (p.l. per 1.000 anziani)	Maggior spesa sanitaria ipotesi 3 (mln di euro)	Nostra ipotesi p.l. fra 6 anni (ipotesi 4) (p.l. per 1.000 anziani)	Maggior spesa sanitaria ipotesi 4 (mln di euro)
RSA	8,0	8,3	378	8,3	378
RSA Alzheimer	0,3	1,6	404	3,0	815
Residenze protette	8,2	9,8	279	15,0	1.213
Residenze assistenziali	6,4	3,2	-172	2,0	-237
TOTALE	22,9	22,9	889	28,3	2.168

Fonte: I calcoli sulla spesa futura sono stati realizzati dal CAPP.

Da sottolineare che, si tratta di un intervento di sicura efficacia, perché interviene direttamente sulle liste d'attesa, assai significative soprattutto nelle regioni del nord. Va comunque ribadito che l'assistenza residenziale per gli anziani non autosufficienti deve essere considerata come il setting assistenziale residuale, da utilizzare solo quando non è possibile assistere la persona al suo domicilio, da considerare sempre il regime assistenziale da privilegiare.

Tab. 10. Griglia valutativa dell'ipotesi 4: "Lo sviluppo dell'offerta residenziale"

Dimensione	Punti di forza e punti di debolezza
Finanza pubblica	Maggiore spesa di 2.168 milioni annui, incorporando buona parte della ipotesi 2 (quota sanitaria delle RSA al 60%).
Efficacia	Aumenta l'efficacia perché si interviene sulle liste d'attesa.
Equità	Può aumentare l'equità nell'accesso alle strutture se si introducono norme per sviluppare l'offerta soprattutto nelle regioni del sud.
Differenze territoriali	Possono ridursi le differenze territoriali se si introducono norme per sviluppare l'offerta soprattutto nelle regioni del sud.
Fattibilità	Legata soprattutto al reperimento delle risorse aggiuntive.
Welfare futuro	Aumenta il peso delle patologie croniche ed invalidanti nell'epidemiologia. Conseguentemente anche il welfare deve pensare ad una diversa ripartizione delle risorse per far fronte a questa necessità emergente.

L'aumento dell'offerta residenziale di per sé non è in grado di ridurre le differenze territoriali e di migliorare l'equità nell'accesso alle prestazioni se non vengono messe in campo delle norme che garantiscano uno sviluppo dell'offerta soprattutto nelle regioni del sud. Le regioni meridionali hanno oggi una dotazioni di strutture residenziali molto contenuta, che deve essere sviluppata più delle altre regioni per ridurre le differenze territoriali. La riduzione delle differenze territoriali ed il miglioramento dell'equità nell'accesso ai servizi sono ottenibili solo con delle politiche specifiche che passino attraverso la Conferenza Stato-Regioni e che vedano, per esempio, la definizione di alcuni livelli minimi di offerta dei servizi residenziali.

La fattibilità complessiva dell'intervento è legata al reperimento delle risorse, che superano i due miliardi di euro all'anno. Una cifra impegnativa che occorre reperire con una riduzione della

spesa ospedaliera o con un aumento delle risorse a disposizione. D'altronde, sempre più importanza stanno assumendo le patologie croniche ed invalidanti, costringendo anche l'organizzazione sanitaria ad un diverso riparto delle risorse come naturale conseguenza delle modificazioni che avvengono nella società. La maggior spesa, pertanto va ricollocata all'interno della spesa sanitaria come il naturale aggiustamento che deriva dalle mutate condizioni della popolazione, che ha meno bisogno di cure per acuti e più bisogno di cure per post-acuti e per cronici.

Sintesi delle quattro ipotesi: il complesso di tutte e quattro le ipotesi prevede una maggiore spesa sanitaria di 2.234 milioni di euro annui¹ (Cfr. Tab. 11) che andranno a sostenere soprattutto la crescita dei servizi. Spesa che si può ridurre in modo significativo nel caso di adozione solo di alcune delle ipotesi prospettate.

Tab. 11. Le stime di maggior spesa sanitaria delle 4 ipotesi

Ipotesi	Maggior Costo Sanitario (mln. Euro)	Note
1. Nessun cambiamento	0	
2. La modifica delle regole del gioco	378	Il calcolo comprende circa 312 milioni per l'aumento della quota sanitaria delle RSA per anziani e 66,2 milioni di euro per i disabili gravi.
3. La riconversione dell'offerta residenziale	889	Il calcolo comprende circa 312 milioni relativi all'aumento della quota sanitaria delle RSA che passa dal 50% al 60% presentata nell'ipotesi 2.
4. Lo sviluppo dell'offerta residenziale	2.168	Il calcolo comprende circa 312 milioni relativi all'aumento della quota sanitaria delle RSA che passa dal 50% al 60% presentata nell'ipotesi 2.

Fonte: la stima è stata realizzata a cura del CAPP di Modena.

2.1. Il riequilibrio dell'offerta

Nell'offerta dei servizi residenziali, si registrano differenze straordinarie fra le regioni italiane (Cfr. tab.2) ed altrettante ve ne sono all'interno delle singole regioni. Otto regioni sembrano aver già raggiunto l'obiettivo complessivo posto nell'ipotesi 4 (2,83 posti letto per 100 anziani) ma in realtà tutte le regioni devono aggiustare la propria dotazione di posti letto tenuto conto dei sub-obiettivi specifici che ripartiscono i posti letto attesi nelle varie tipologie di strutture (Cfr. Tab.7).

Tutte le regioni sono dunque coinvolte, anche se in modo diverso, nel processo di riequilibrio dell'offerta residenziale che per poter essere davvero armonico dovrebbe essere guidato a livello nazionale. Ma è possibile oggi una politica nazionale per riequilibrare l'offerta?

La prima possibilità deriva dalla definizione di standards minimi di offerta all'interno dei LEA e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). Per quel che riguarda i LEA, come è noto, in nessun caso sono stati previsti livelli minimi di offerta per i servizi sanitari anche se una indicazione culturalmente importante ma non vincolante viene proposta dalla Commissione nazionale LEA nel documento dal titolo "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" (2007). In tale

¹ Di cui 2.168 milioni di euro relativi alla ipotesi 4 a cui si aggiungono 66, 2 milioni di euro relativi alla modifica delle quote sanitarie per l'assistenza residenziale per i disabili.

documento, però, gli obiettivi da raggiungere appaiono così elevati (posti letto pari al 4,27% degli anziani) da apparire improponibili nel breve e medio periodo per tutte le regioni del sud. Per quel che riguarda invece i LEPS, sarebbe opportuna una loro definizione che tocchi anche gli aspetti relativi ai livelli di offerta minimi. A nostro avviso gli eventuali livelli di offerta dovrebbero riguardare solo i non autosufficienti dato che i livelli auspicabili di offerta dei servizi residenziali per gli autosufficienti dovrebbero tendere verso lo zero. Occorre inoltre rilevare che i posti letto per non autosufficienti sono ripartiti fra il sociale (residenze/case protette) e il sanitario (RSA) per cui una programmazione che non tenga conto di tutte le strutture sarebbe del tutto inutile. A complicare il problema ci sono poi i diversi modelli regionali di organizzazione dell'offerta residenziale che in alcuni casi hanno privilegiato lo sviluppo delle Residenze protette, in altri casi delle RSA ed in altri casi ancora nessuna delle due.

La strada della definizione nazionale di standard minimi di offerta è, pertanto, di grande complessità ed incertezza. Altra cosa è invece la definizione dei livelli minimi di offerta a livello regionale sia per la specifica competenza legislativa regionale, sia per l'omogeneità organizzativa regionale e per la auspicabile presenza delle informazioni sulle liste d'attesa. Ma l'esercizio solitario di questa potestà non porta ad un riequilibrio nazionale dell'offerta come i tanti atti regionali in materia hanno dimostrato.

Rimane da risolvere, infine, il nodo se sia più opportuno stabilire dei livelli minimi di offerta uguali per tutti o diversificati per singola regione. Nella tre seguenti tabelle abbiamo provato a simularne gli effetti assumendo come obiettivi quelli di dettaglio dell'ipotesi 4².

Simulazione 1: *crescita delle 10 regioni più lontane dall'obiettivo.*

La prima simulazione, prevede che le 10 regioni più lontane dall'obiettivo crescano di una percentuale doppia (+36%) rispetto a quella delle altre 10 regioni (+19%). In questo caso sarebbero chiamate a crescere di oltre un terzo le regioni del Centro Italia Toscana, Umbria e Lazio e tutte le regioni del sud con esclusione del Molise. Nessuna regione del nord è in questo gruppo. Il risultato sarebbe il raggiungimento dell'obiettivo nazionale con una dotazione differenziata di posti letto delle varie regioni ma con una riduzione dell'ampiezza di tali differenze (Cfr. Tab. 12). I tassi di crescita previsti in particolare per le regioni del sud appaiono però improbabili tenuto conto che alcune di esse, in questi ultimi anni, hanno visto addirittura ridurre la loro offerta di servizi.

² Ipotesi a 6 anni. 2,83 posti letto per cento di cui 0,83% RSA, 0,3% RSA Alzheimer, 1,5% RP, 0,2% RA.

Tab. 12. Simulazione 1: sviluppo delle 10 regioni più lontane dall'obiettivo

Regioni	Posti letto 2005				Posti letto a 6 anni				
	Residenze assistenziali	Residenze socio sanitarie (RP)	RSA	Totale	Residenze assistenziali	Residenze socio sanitarie (RP)	RSA	RSA alzheimer	Totale
Piemonte	24.085	13.311	6.092	43.488	3.810	28.575	15.812	5.715	53.912
Valle d'Aosta	53	728	148	929	83	621	344	124	1.172
Lombardia	1.653	2.790	50.668	55.111	4.965	37.234	20.603	7.447	70.248
Bolzano/Bozen	0	2.958	548	3.506	328	2.462	1.362	492	4.645
Trento	19	0	4.721	4.740	428	3.210	1.776	642	6.056
Veneto	6.471	23.026	4.921	34.418	3.113	23.348	12.919	4.670	44.050
Friuli-Venezia Giulia	2.263	7.437	1.709	11.409	1.019	7.642	4.229	1.528	14.418
Liguria	718	8.962	2.732	12.412	1.067	7.999	4.426	1.600	15.091
Emilia-Romagna	8.469	17.773	2.149	28.391	2.470	18.528	10.252	3.706	34.955
Toscana	3.180	1.689	10.783	15.652	1.579	11.842	6.553	2.368	22.342
Umbria	631	1.281	286	2.198	221	1.661	919	332	3.133
Marche	3.430	3.120	1.479	8.029	694	5.202	2.879	1.040	9.815
Lazio	7.541	1.070	4.109	12.720	1.366	10.242	5.667	2.048	19.322
Abruzzo	1.219	2.036	799	4.054	404	3.030	1.677	606	5.717
Molise	281	1.022	20	1.323	111	830	459	166	1.565
Campania	3.889	643	1.020	5.552	568	4.260	2.357	852	8.036
Puglia	3.777	2.587	301	6.665	691	5.182	2.867	1.036	9.776
Basilicata	387	248	0	635	62	467	258	93	881
Calabria	628	340	1.157	2.125	213	1.601	886	320	3.020
Sicilia	3.713	4.235	910	8.858	890	6.678	3.695	1.336	12.599
Sardegna	1.565	365	1.184	3.114	332	2.494	1.380	499	4.705
Nord-ovest	26.509	25.791	59.640	111.940	9.924	74.429	41.184	14.886	140.423
Nord-est	17.222	51.194	14.048	82.464	7.360	55.197	30.542	11.039	104.138
Centro	14.782	7.160	16.657	38.599	3.860	28.946	16.017	5.789	54.612
Sud	10.181	6.876	3.297	20.354	2.049	15.369	8.504	3.074	28.995
Isole	5.278	4.600	2.094	11.972	1.223	9.171	5.075	1.834	17.303
TOTALE	73.972	95.621	95.736	265.326	24.415	183.113	101.322	36.623	345.473

Fonte: elaborazione CAPP di Modena su dati Istat.

Simulazione 2: crescita differenziata delle regioni.

Nella simulazione 2, tutte le regioni sono state portate alla dotazione standard di 2,83 posti letto per 100 anziani con esclusione delle regioni che già hanno raggiunto questo livello e che, pertanto, hanno mantenuto il livello attuale. I tassi di crescita delle regioni italiane sono estremamente differenziati. In questo caso l'effetto nelle aree del centro Italia e soprattutto del sud sarebbe ancora più dirompente. In Campania, Basilicata e Calabria i posti letto si quintuplicherebbero mentre in Puglia, Sicilia e Sardegna si triplicherebbero. In Umbria, Lazio e Abruzzo si supererebbe abbondantemente il raddoppio dei posti letto. Nel nord del paese, invece, l'aumento sarebbe inferiore al 6% (Cfr. Tab. 13). L'impatto di questa ipotesi nelle regioni del sud rende improbabile la sua piena applicazione tenuto anche conto che questa porterebbe addirittura a superare l'obiettivo nazionale complessivo di circa 40.000 posti letto.

TAB. 13. Simulazione 2: crescita differenziata delle regioni

Regioni	Posti letto 2005				Posti letto a 6 anni				
	Residenze assistenziali	Residenze socio sanitarie (RP)	RSA	Totale	Residenze assistenziali	Residenze socio sanitarie (RP)	RSA	RSA alzheimer	Totale
Piemonte	24.085	13.311	6.092	43.488	3.202	24.013	13.287	4.803	45.304
Valle d'Aosta	53	728	148	929	70	522	289	104	985
Lombardia	1.653	2.790	50.668	55.111	4.172	31.289	17.313	6.258	59.032
Bolzano/Bozen	0	2.958	548	3.506	276	2.069	1.145	414	3.903
Trento	19	0	4.721	4.740	360	2.697	1.493	539	5.089
Veneto	6.471	23.026	4.921	34.418	2.616	19.620	10.857	3.924	37.017
Friuli-Venezia Giulia	2.263	7.437	1.709	11.409	856	6.422	3.554	1.284	12.116
Liguria	718	8.962	2.732	12.412	896	6.722	3.719	1.344	12.682
Emilia-Romagna	8.469	17.773	2.149	28.391	2.076	15.569	8.615	3.114	29.374
Toscana	3.180	1.689	10.783	15.652	1.739	13.040	7.215	2.608	24.601
Umbria	631	1.281	286	2.198	417	3.130	1.732	626	5.906
Marche	3.430	3.120	1.479	8.029	709	5.318	2.942	1.064	10.033
Lazio	7.541	1.070	4.109	12.720	2.233	16.746	9.266	3.349	31.594
Abruzzo	1.219	2.036	799	4.054	568	4.257	2.356	851	8.032
Molise	281	1.022	20	1.323	140	1.051	582	210	1.983
Campania	3.889	643	1.020	5.552	1.860	13.948	7.718	2.790	26.314
Puglia	3.777	2.587	301	6.665	1.494	11.209	6.202	2.242	21.147
Basilicata	387	248	0	635	237	1.778	984	356	3.355
Calabria	628	340	1.157	2.125	755	5.662	3.133	1.132	10.683
Sicilia	3.713	4.235	910	8.858	1.859	13.943	7.715	2.789	26.306
Sardegna	1.565	365	1.184	3.114	639	4.790	2.651	958	9.037
Nord-ovest	26.509	25.791	59.640	111.940	8.339	62.546	34.609	12.509	118.003
Nord-est	17.222	51.194	14.048	82.464	6.185	46.384	25.666	9.277	87.511
Centro	14.782	7.160	16.657	38.599	5.098	38.233	21.156	7.647	72.134
Sud	10.181	6.876	3.297	20.354	5.054	37.905	20.974	7.581	71.514
Isole	5.278	4.600	2.094	11.972	2.498	18.733	10.366	3.747	35.343
TOTALE	73.972	95.621	95.736	265.326	27.173	203.801	112.770	40.760	384.505

Fonte: elaborazione CAPP di Modena su dati Istat.

Simulazione 3: stessa crescita percentuale per tutte le regioni.

Nella simulazione 3, tutte le regioni crescono della medesima percentuale (+23,5%) fino a raggiungere l'obiettivo nazionale di 2,83 posti letto ogni 100 anziani. In questo caso l'obiettivo nazionale verrebbe raggiunto ma rimarrebbero inalterate le grandi differenze delle regioni italiane (Cfr. Tab. 14).

Tab. 14. Simulazione 3: crescita delle regioni della medesima percentuale

regioni	2005				A 6 anni				
	Residenze assistenziali	Residenze socio sanitarie (RP)	RSA	Totale	Residenze assistenziali	Residenze socio sanitarie (RP)	RSA	RSA alzheimer	Totale
Piemonte	24.085	13.311	6.092	43.488	3.954	29.656	16.410	5.931	55.951
Valle d'Aosta	53	728	148	929	86	645	357	129	1.216
Lombardia	1.653	2.790	50.668	55.111	5.152	38.642	21.382	7.728	72.904
Bolzano/Bozen	0	2.958	548	3.506	341	2.555	1.414	511	4.820
Trento	19	0	4.721	4.740	444	3.331	1.843	666	6.285
Veneto	6.471	23.026	4.921	34.418	3.231	24.231	13.408	4.846	45.716
Friuli-Venezia Giulia	2.263	7.437	1.709	11.409	1.058	7.931	4.389	1.586	14.964
Liguria	718	8.962	2.732	12.412	1.107	8.301	4.593	1.660	15.662
Emilia-Romagna	8.469	17.773	2.149	28.391	2.564	19.228	10.640	3.846	36.277
Toscana	3.180	1.689	10.783	15.652	1.413	10.598	5.864	2.120	19.994
Umbria	631	1.281	286	2.198	198	1.486	822	297	2.804
Marche	3.430	3.120	1.479	8.029	720	5.399	2.988	1.080	10.186
Lazio	7.541	1.070	4.109	12.720	1.222	9.165	5.072	1.833	17.292
Abruzzo	1.219	2.036	799	4.054	362	2.712	1.501	542	5.116
Molise	281	1.022	20	1.323	115	861	476	172	1.624
Campania	3.889	643	1.020	5.552	508	3.812	2.109	762	7.192
Puglia	3.777	2.587	301	6.665	618	4.637	2.566	927	8.749
Basilicata	387	248	0	635	56	418	231	84	788
Calabria	628	340	1.157	2.125	191	1.433	793	287	2.703
Sicilia	3.713	4.235	910	8.858	797	5.976	3.307	1.195	11.275
Sardegna	1.565	365	1.184	3.114	298	2.232	1.235	446	4.210
Nord-ovest	26.509	25.791	59.640	111.940	10.299	77.244	42.742	15.449	145.733
Nord-est	17.222	51.194	14.048	82.464	7.638	57.284	31.697	11.457	108.076
Centro	14.782	7.160	16.657	38.599	3.553	26.648	14.745	5.330	50.276
Sud	10.181	6.876	3.297	20.354	1.850	13.872	7.676	2.774	26.172
Isole	5.278	4.600	2.094	11.972	1.094	8.208	4.542	1.642	15.485
TOTALE	73.972	95.621	95.736	265.326	24.434	183.256	101.402	36.651	345.744

Fonte: elaborazione CAPP di Modena su dati Istat.

Valutazioni

Ognuna delle ipotesi prospettate presenta criticità significative per cui non esiste una soluzione ottimale. Ci pare comunque opportuna una crescita differenziata che tenga conto dei diversi bisogni delle regioni; bisogni da verificare oltre che con le statistiche tradizionali anche con i dati sulle liste d'attesa. E' infatti probabile che, in questo campo, le regioni esprimano dei bisogni assistenziali quantitativamente diversi, che non sono però ben rappresentati dalle eccessive differenze nell'offerta di servizi residenziali delle regioni.

Un processo di questo tipo, con un quadro normativo come quello attuale, è molto difficile da gestire a livello nazionale. Occorrerebbe (1) un ruolo culturale autorevole dei Ministeri interessati, (2) la collaborazione attiva delle regioni italiane, (3) un sistema di monitoraggio dell'offerta e della domanda efficiente e tempestivo e (4) la possibilità di incentivare i percorsi virtuosi. I primi due dipendono dalla volontà politica non sempre interessata a questo settore

assistenziale. L'unico aspetto che ha invece registrato importanti passi avanti è quello dell'attivazione di un sistema informativo e di una banca dati delle prestazioni residenziali (approvato con il Decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali n. 17/12/2008) che, però, potrà dare i suoi primi frutti solo tra qualche tempo.

L'incentivazione finanziaria nazionale a favore del riequilibrio territoriale, infine, appare improbabile sul piano politico e difficile da realizzare su quello tecnico (il finanziamento nazionale della sanità è indistinto e la competenza organizzativa è delle regioni). E' dunque difficile pensare ad uno strumento incentivante da gestire a livello nazionale. Una manovra di questo tipo è invece possibile a livello di singola regione ma in questo caso il riequilibrio territoriale avviene fra le singole ASL di una regione e non fra le regioni. Pertanto, quello che possiamo fare oggi è costituito da alcune tappe di avvicinamento verso il riequilibrio territoriale caratterizzate dall'acquisizione di informazioni e dal completamento di processi che possano favorire le comparazioni fra le regioni e le politiche locali per il riequilibrio.

Anche se gli strumenti a disposizione non sono particolarmente efficaci, rimangono comunque degli spazi di azione anche per un governo nazionale; azioni da portare avanti con funzioni di coordinamento e di indirizzo culturale che possono aiutare a promuovere gli obiettivi indicati. Intanto, si può valorizzare il sistema di monitoraggio dei Lea al fine di verificare l'effettiva spesa regionale nel settore residenziale. C'è però da dire che, l'attuale sistema di monitoraggio che somma la spesa residenziale con quella semiresidenziale come se fossero assimilabili invece che alternativi, non rende facile l'interpretazione dei dati del monitoraggio dei LEA. Le cose dovrebbero migliorare sensibilmente con l'attivazione dei flussi informativi di cui al già citato D.M 17/12/2008. Diventa, inoltre, importante sostenere e completare il processo di riconversione delle residenze assistenziali (che ospitano anziani non autosufficienti) in residenze protette. Finché non si completa questo processo i dati delle regioni non saranno completamente attendibili e comparabili.

In diverse regioni la gran parte dei non autosufficienti sono ancora ospitati in case di riposo formalmente per autosufficienti per cui una parte importante dell'assistenza residenziale per non autosufficienti ci viene occultata. La riconversione darebbe un contributo importante anche sul fronte del miglioramento della qualità dell'assistenza residenziale dato che una casa/residenza protetta o una RSA possono garantire una assistenza più appropriata per un non autosufficiente. Per comprendere le reali necessità occorre, inoltre, avere i dati sulle liste d'attesa. Questi sono oggi disponibili solo in pochissime regioni del centro nord. Senza queste informazioni non siamo in grado di programmare i servizi e di verificare se per loro sono utilizzabili gli stessi obiettivi definiti a livello nazionale oppure se è necessario diversificare gli obiettivi.

Altro problema, infine, è quello dello standard di servizio e di assistenza nelle singole strutture. In questa ottica appare urgente giungere a criteri omogenei almeno per le principali tipologie di prestazioni indicate nel decreto dei flussi (R1, R2, R2D, R3) che corrispondono ai nuclei speciali per comi ed hospice, alle residenze sanitarie assistenziali, ai nuclei Alzheimer e alle residenze protette. E' necessario che ogni livello di prestazione sia espresso attraverso standard di servizio omogenei e regole coerenti.

Il lavoro su questi aspetti potrebbe dare un indispensabile contributo, non solo di tipo propedeutico, al riequilibrio territoriale.

2° parte: LO SVILUPPO DELL'OFFERTA DI SERVIZI SEMIRESIDENZIALI

3. I centri diurni

L'assistenza semiresidenziale si realizza nei centri diurni. Il Centro diurno è una struttura socio-sanitaria a carattere diurno che può essere destinata a disabili o ad anziani. Esso svolge funzioni di carattere socio-sanitarie, riabilitative e di mantenimento delle potenzialità e dell'autonomia socio-relazionale della persona.

Spetta alle regioni definire le funzioni dei centri diurni che sono comunque orientate, seppur con diversa intensità nelle varie regioni, a sviluppare i seguenti obiettivi:

- la permanenza a domicilio della persona disabile adulta o anziana, attraverso misure idonee a favorire il mantenimento nella propria abitazione o a contrastare il ricovero presso strutture residenziali;
- l'erogazione di prestazioni sanitarie e di riabilitazione atte a mantenere le condizioni di autonomia ed a rallentare il processo di decadimento fisico e psichico;
- il perseguimento del benessere fisico e relazionale attraverso un miglioramento delle condizioni di vita;
- la promozione del sostegno alla famiglia nella gestione dell'assistito totalmente o parzialmente non autosufficiente.

Il centro diurno deve garantire, oltre all'assistenza agli ospiti nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana, alcuni servizi e prestazioni quali l'assistenza infermieristica, la somministrazione dei pasti e lo svolgimento di attività aggregative, ricreative, culturali e di mobilitazione. In sostanza, si tratta di una forma intermedia tra il ricovero in strutture residenziali e l'assistenza domiciliare.

3.1. centri diurni per anziani

I centri diurni per anziani sono riservati ad anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti, generalmente ammessi dopo la valutazione della Unità valutativa multidimensionale. Da precisare che alcuni Centri diurni sono riservati agli anziani affetti dal morbo di Alzheimer. Per quel che riguarda l'uso di queste strutture, emerge la tendenza delle famiglie a ricorrere al centro diurno per interventi di sollievo, per periodi di riabilitazione e di recupero, o in modo non continuativo nei periodi di maggiore necessità, privilegiando sempre comunque la possibilità di permanenza a domicilio dell'anziano (Emilia Romagna, 1998).

I dati sui centri diurni per anziani sono scarsi ed incompleti. I dati raccolti, che purtroppo non coprono tutte le regioni italiane, segnalano la presenza, nel 2006, di 678 centri diurni per anziani che gestiscono 11.935 posti che hanno accolto 16.257 anziani (Cfr. Tab.15). Occorre però rilevare che mancano i dati di intere regioni del sud. Si tratta comunque di un settore che appare in costante seppur lenta crescita (50 centri in più ogni anno). I posti nei centri diurni per anziani sono

pari all'1,02 per mille anziani ma, come abbiamo visto, mancano i dati di diverse regioni del sud che, hanno invece una rete seppur modesta di servizi semiresidenziali, come risulta dai dati di spesa (Cfr. Tab. 15). Se teniamo conto delle sole regioni di cui possediamo i dati, la quota di posti sale a 1,29 posti per mille anziani ma questa quota non è ipotizzabile per le regioni del sud di cui mancano i dati (Cfr. Tab. 15). E' invece probabile che la stima più verosimile preveda per l'Italia un numero di posti attuali pari a 1,15 ogni mille anziani.

Sul tema dell'organizzazione di strutture le informazioni disponibili sono scarse. La ricettività dei centri varia molto fra una regione e l'altra (in genere comunque compresa fra i 5 e i 40 utenti), con una media è di 18 posti per struttura. Analogamente variano molto anche i minuti di assistenza garantita nei centri dagli operatori sanitari e sociosanitari.

Tab. 15. Centri diurni per anziani nelle regioni italiane. Anno 2006

Regioni	strutture 2006	Posti 2006	utenti 2006	p.l. per 1.000 anziani 2006	giornate per utente - 2006	spesa sanitaria per anziano 2006
Piemonte	18	254	375	0,26	102	9,89
Valle d'Aosta	14	131 (2004)	n.d.	5,18		4,27
Lombardia	211	4.599	7.044	2,47	113	35,19
Bolzano	10 (2004)	132 (2004)	240 (2004)	1,62 (2004)		95,85
Trento	15 (2001)	250	469	2,63		0,00
Veneto	58	858	1.412	0,93	114	26,36
Friuli V. G.	3	45	61	0,16	133	22,16
Liguria	21	350	410	0,82	123	5,81
E. Romagna	180	3.125	4.549	3,27	139	10,27
Toscana	107	1.399	1.122	1,66	116	10,05
Umbria	8	110	154	0,54	183	23,22
Marche	24	379		1,09	119	0,74
Lazio	3	208	318	0,20	210	84,06
Abruzzo	n.d.	n.d.	n.d.			4,94
Molise	n.d.	n.d.	n.d.			2,95
Campania	3	35	25	0,04	105	12,06
Puglia	n.d.	n.d.	n.d.		142 (2002)	3,02
Calabria	1	n.d.	n.d.			20,28
Basilicata	n.d.	n.d.	n.d.		183 (2002)	4,73
Sicilia	n.d.	n.d.	n.d.		67 (2004)	28,93
Sardegna	2	60	78	0,20	22	5,60
ITALIA	678	11.935	16.257	1,02-1,29	123	23,57

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero Salute (2005, 2008), Provincia di Bolzano (2004), Provincia di Trento (2002), Regione Emilia Romagna (2004), Regione Lombardia, regione Toscana, regione Valle d'Aosta (2005); Agenas (2009); regione Liguria DCR n.8/2008; Genova & Palazzo (2008).

In Emilia Romagna i centri diurni sono aperti mediamente 281 giorni all'anno, per 6 giorni la settimana, con un orario medio di funzionamento giornaliero di 10,35. Nella maggior parte delle strutture della Provincia di Bolzano si possono ottenere anche i servizi del bagno e di pedicure ed un terzo degli utenti ne usufruisce (Bolzano 2004).

Ancora, per quel che riguarda le caratteristiche dei beneficiari sono disponibili solo i dati della provincia autonoma di Bolzano che nel 2003 ospitava soprattutto donne anziane (63%), con più di 75 anni (78%). Un ulteriore dato riguarda la "degenza" media, che in Italia nei centri è di 123

giornate annue; tenuto conto che per ogni posto passano 1,4 anziani all'anno, otteniamo un basso tasso di utilizzo delle strutture, che appunto nel 2003 in Emilia Romagna era del 68%. Infine, va ricordato che, 85 centri diurni su 678 sono interamente dedicati ai malati di Alzheimer; si tratta di circa 1.689 posti, pari al 14% del totale (Cfr. Tab. 16).

Tab. 16. Centri diurni per anziani affetti da demenza o Alzheimer

Regione	Centri diurni	posti
Liguria		336
Toscana	23	314 (stima)
Piemonte	14	304
Lazio	10	252
Emilia Romagna	12	193
Lombardia	7	154
Marche	7	115
Valle d'Aosta	1	12
Umbria	9	
Trento	1	
Abruzzo	1	
Totale	85	1.680

3.2. I centri diurni per disabili

Il quadro sui centri diurni per disabili risulta anch'esso largamente incompleto. I dati forniti dal ministero della Salute non sono affatto esaurenti ed anche se integrati con altre fonti non forniscono una rappresentazione adeguata della realtà. Da precisare che, nel lavoro si è tenuto conto dei centri per disabili fisici e psichici, escludendo invece quelli per i soggetti psichiatrici.

I dati raccolti evidenziano la presenza di 1.162 centri diurni per disabili, che gestiscono 21.257 posti (Cfr. Tab. 17). Ciò che colpisce di più nei dati del Ministero della Salute è che nella maggioranza delle regioni il numero degli utenti è inferiore ai posti, mentre sarebbe dovuto accadere il contrario. Nella logica di funzionamento dei centri diurni il numero degli assistiti avrebbe dovuto essere superiore al numero dei posti. Se questo non accade può significare che la domanda di servizi è inferiore all'offerta. Occorre anche rilevare che i dati del ministero della Salute sono diversi da quelli raccolti dall'Istat nei comuni italiani, che invece assistono nelle strutture semiresidenziali 27.343 utenti disabili (Istat, 2009). Una spiegazione a questa differenza potrebbe essere ricondotta alla presenza di due tipologie di servizi semiresidenziali per disabili. Un centro diurno per disabili "leggeri" dove le ASL non partecipano alla spesa, ed una tipologia per disabili "gravi" dove invece è prevista la partecipazione alla spesa da parte delle ASL.

Rimane comunque l'impressione di una complessiva incompletezza dei dati a disposizione che lascia sul campo margini significativi di incertezza.

Tab. 17. Centri diurni per disabili (fisici + psichici) nelle regioni italiane. Anno 2006

Regioni	strutture	Posti	utenti	giornate per utente
Piemonte	101	1.808	1.747	172
Valle d' Aosta	1	12	15	135
Lombardia	226	5.490	5.014	200
Bolzano (2005)	28	727*	568	
Trento	47	712	788	
Veneto	281	5.242	5.293	188
Friuli-V. G. (2005)	27	880*	800	90
Liguria	7	114	98	131
E. Romagna	197	2.832	2.748	207
Toscana	1042	542	505	158
Umbria	50	543	641	129
Marche	48	741	375	166
Lazio	19	157	478	41
Abruzzo (2005)	20	428*	389	
Molise (2005)	7	126*		
Campania	8	158	203	143
Puglia	14	230	319	158
Calabria	3	204	148	324
Basilicata	7	126*		
Sicilia	4	40	42	148
Sardegna	11	145	103	156
ITALIA	1.162	21.257	19.274	183

Nota: * posti stimati sulla base delle strutture esistenti e tenendo conto della dimensione media nazionale dei centri.
Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero Salute (2008), Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2006); CSV Basilicata, sito web; Regione Marche sito web <http://orps.regione.marche.it/leggeventiserv> ; Provincia di Trento (2006); regione Emilia Romagna (2008).

4. Le ipotesi di cambiamento

Si prospettano 4 ipotesi che puntano ad un contenuto sviluppo del settore.

Le ipotesi:

1. nessun cambiamento rispetto alla situazione attuale;
2. si modificano le quote di ripartizione della spesa relative all'assistenza semiresidenziale per anziani prevedendo due tipologie di servizio: una per anziani non autosufficienti ed un'altra per gli anziani parzialmente non autosufficienti (come indicato al cap.11);
3. crescita dell'offerta dei centri diurni per anziani fino a 1,50 posti per mille anziani entro il 2012;
4. crescita dell'offerta dei centri diurni per anziani fino a 1,87 posti per mille anziani entro il 2015;

Profilo ipotesi 1: nessun cambiamento. Nella nostra ipotesi abbiamo stimato l'esistenza di 13.906 posti nei centri diurni per anziani, pari all'1,15 posti per anziano. Il costo complessivo

stimato è di 233.613.324 euro, di cui 116.806.662 euro a carico della sanità e 116.806.662 euro a carico del sociale.

In questa ipotesi non si registrano mutamenti ma si prevede che tutte le regioni recepiscono il decreto sui LEA del 2001 con la relativa ripartizione dei costi delle prestazioni sociosanitarie. L'immutabilità è pertanto del tutto apparente dato che allo stato attuale solo 9 regioni hanno recepito in modo organico, seppur con modificazioni, l'allegato 1C del DPCM 29/11/2001. Le altre regioni si sono limitate ad atti settoriali, alcuni dei quali relativi anche ai centri diurni. Come è noto, la normativa nazionale prevede una ripartizione dei costi dei centri diurni per anziani non autosufficienti al 50% fra il sociale e il sanitario, adottata dalla maggioranza delle regioni. In altri casi, le regioni hanno approvato delle quote sanitarie superiori che possono arrivare fino al 75% (Cfr. Tab.18).

Tenuto pertanto conto della grande disomogeneità delle situazioni attuali, il recepimento dell'allegato 1C del DPCM 27/11/2001 da parte di tutte le regioni per quel che riguarda i centri diurni per anziani, può portare ad una compensazione tra maggiori e minori costi. Occorre comunque rammentare che i costi relativi al recepimento del Decreto sui LEA sono già finanziati con il riparto annuale del Fondo sanitario nazionale.

Tab. 18. I costi del centro diurno per gli anziani a carico del SSN nelle regioni italiane

Prestazioni semiresidenziali	Lazio, Liguria, Piemonte, Puglia, Sardegna, Umbria, Veneto	Calabria Toscana
Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità, ivi compresi interventi di sollievo alla famiglia.	50%	dal 50% al 75%

L'assistenza semiresidenziale per disabili.

Molto più complessa la situazione dei centri diurni per disabili, dove i posti sono 21.563 (pari allo 0,45% della popolazione 0-64 anni) e la spesa sanitaria all'anno è stimata di 253.576.038 euro, mentre quella sociale è 108.675.445 euro. La norma nazionale da recepire stabilisce che gli oneri per i disabili gravi siano ripartiti per il 70% al settore sanitario e per il 30% al settore sociale.

Gli orientamenti regionali per l'assistenza semiresidenziale ai disabili, sono quanto mai diversificati. Da una parte troviamo la Liguria e la Sardegna i cui Servizi sanitari si fanno carico per il 100% del costo del servizio, percentuale che scende al 70% per l'assistenza dei disabili gravi in Puglia, Sardegna e Umbria.

Altre regioni ripartiscono invece gli oneri in relazione alla fase assistenziale. Nella fase intensiva ed estensiva, in Umbria e Toscana, tutti gli oneri sono a carico del SSN; mentre in Piemonte le strutture ad alta intensità assistenziale sono per il 70% a carico della sanità, mentre le strutture a media intensità assistenziale lo sono per il 60%.

Molto più complessa è la suddivisione degli oneri nella fase di lungoassistenza. In Toscana e Veneto le prestazioni diagnostiche e terapeutiche sono per il 100% a carico del SSN, mentre le altre prestazioni (riabilitative, educative e di socializzazione) sono a carico della sanità per il 67,5% in Veneto e dal 60% al 75% (in base alla gravità e al grado di autonomia) in Toscana. Invece, tutte le prestazioni gravano sul SSN per il 50% in Piemonte e dal 60% al 75% in Calabria. Infine, in

Umbria la quota a carico delle ASL è solo il 40% per i centri diurni per minori disabili (Cfr. Tab. 15).

Volendo trovare una sintesi si può affermare che l'orientamento prevalente delle regioni per l'assistenza semiresidenziale dei disabili pone a carico del SSN il 100% dei costi nella fase intensiva ed estensiva, mentre nella fase di lungoassistenza tale percentuale oscilla fra il 60% e il 75% del totale (Cfr. Tab.19).

Tab. 19. I costi dell'assistenza semiresidenziale per i disabili a carico del SSN nelle regioni

Prestazioni	Lazio Sardegna	Calabria	Veneto	Toscana	Piemonte	Umbria	Liguria	Puglia
Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative.	100%						100%	
Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative (Toscana: no socioriabilitative) <u>nella fase intensiva</u> . (Piemonte: centri diurni socio-terapeutici riabilitativi).		100%		100%	70%		100%	
Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative, <u>nella fase estensiva</u> (Piemonte: tutte le prestazioni delle strutture a media intensità assistenziale: CAD).		100% possibile compartecipazione alla spesa dell'utente nei limiti dell'assegno di accompagnamento fino al 20% del costo complessivo.		Fino al 100%	60%		100%	
Prestazioni riabilitative, educative e di socializzazione <u>nella fase di lungoassistenza (compresi i servizi di sollievo alla famiglia)</u> (Veneto: CEOD). (Piemonte: tutte le prestazioni delle strutture di intensità assistenziale di base: laboratori, centri di lavoro guidato).		dal 60% al 75% in base alla gravità e al grado di autonomia	67,5%	dal 60% al 75% in base alla gravità e al grado di autonomia	50%			
Prestazioni diagnostiche e terapeutiche nella fase di lungoassistenza (CEOD).			100%	100%				
Centro socio-riabilitativo ed educativo diurno per minori disabili						40%		

Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative per disabili gravi (Umbria: Centro socio-riabilitativo ed educativo diurno)	70%					70%		
Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative per disabili gravi								70%
Prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento per non autosufficienti								50%

Fonte: Bibliografia

In conclusione, il recepimento dell'allegato 1C del DPCM 27/11/2001 da parte di tutte le regioni per quel che riguarda i centri diurni per disabili dovrebbe portar ad un leggero aumento dei costi tenuto conto delle attuali determinazioni regionali, ma occorre comunque rammentare che i costi relativi al recepimento del Decreto sui LEA, compresi eventuali maggiori costi, sono già finanziati con il riparto annuale del Fondo sanitario nazionale.

Il mantenimento della situazione attuale non risolve nessuna delle criticità indicate che sono relative ad una inadeguatezza dell'offerta nel settore degli anziani, a grandi differenze regionali nella distribuzione dei servizi e ad una forte disomogeneità (e quindi iniquità) nelle norme di accesso alle strutture semiresidenziali (Cfr. Tab. 120). Compito delle ipotesi successive è quello di puntare al superamento di queste criticità.

Tab. 20. Centri diurni: griglia valutativa dell'ipotesi 1: "Nessun cambiamento"

Dimensione	Punti di Forza e Punti di Debolezza
Finanza pubblica	L'intervento può determinare un leggero aumento della spesa che è già finanziato con il riparto nazionale del fondo sanitario
Efficacia	Non supera le criticità
Equità	Nessun impatto
Differenze territoriali	Riduzione le differenze territoriali
Fattibilità	Realizzabile con facilità
Welfare futuro	Non risolve i problemi

Profilo ipotesi 2: "modulazione dei centri diurni". Si modificano le quote relative all'assistenza semiresidenziale per anziani prevedendo due prestazioni al posto di quella attuale: assistenza semiresidenziale per anziani non autosufficienti che dovrebbe prevedere il 60% dei costi a carico della sanità e il 40% a carico del sociale; assistenza semiresidenziale per anziani parzialmente autosufficienti a rischio di istituzionalizzazione che dovrebbe prevedere il 40% dei costi a carico della sanità e il 60% a carico del sociale. Nella situazione attuale è prevista una sola tipologia di assistenza semiresidenziale per anziani non autosufficienti che disciplina una ripartizione degli oneri al 50% fra sanità e sociale. Nella realtà, nei Centri diurni vengono accolti

anche anziani che sono parzialmente autosufficienti e che per le loro condizioni sociali e sanitarie sono a rischio di istituzionalizzazione. Anzi, se scorriamo le delibere regionali che stabiliscono le caratteristiche organizzative dei centri diurni per anziani scopriamo che quelli che contemplano l'accoglienza dei soggetti parzialmente autosufficienti sono in larga maggioranza (Cfr. Tab.21).

Questo ultimo dato non è il prodotto del caso, ma risponde ad una precisa necessità delle politiche per gli anziani (contrastare le istituzionalizzazioni). E' necessario pertanto prenderne atto ed assumerlo nelle politiche nazionali.

Infatti, l'attuale normativa nazionale presenta le seguenti criticità:

- non incentiva l'uso del centro diurno per anziani non autosufficienti al fine di contrastare il ricovero in strutture residenziali;
- non presta la necessaria attenzione alla categoria degli anziani parzialmente autosufficienti ed a rischio di istituzionalizzazione, che pur non avendo la necessità di prestazioni sanitarie pari a quelle dei non autosufficienti, abbisognano comunque di assistenza che eviti o rinvi il possibile ricorso alle strutture residenziali. Obiettivo questo ampiamente condiviso sia dal settore sanitario che da quello sociale. Anche in questo caso sarebbe logico prevedere un contributo della sanità alla copertura dei costi, seppur più basso, vista la migliore condizione degli anziani coinvolti.

La presente ipotesi di cambiamento recupera le criticità e le iniquità per diventare strumento di politica sanitaria e sociosanitaria, capace di intervenire per un uso più appropriato delle risorse, per il contrasto del rischio di istituzionalizzazione degli anziani, ed in definitiva per il miglioramento della loro qualità della vita. Inoltre, migliora l'effettiva rispondenza dell'attribuzione dei costi alla loro effettiva natura sociale o sanitaria e, nel contempo, riduce gli oneri a carico degli assistiti non autosufficienti. L'ipotesi è in parte ripresa dal Piemonte dove il Servizio sanitario si fa già carico del 70% dei costi dei centri diurni per i malati di Alzheimer.

Tab. 21. Il quadro normativo regionale dei centri diurni per anziani

Regione	Settore normativa	Denominazione	Utenza	Capienza min-max
Abruzzo	Sanità	Semiresidenze anziani	Anziani	0-30
Abruzzo	Sanità	Semiresidenze demenze	Soggetti con demenza senile	0-30
Bolzano	Sociale	Centro di assistenza diurna	Persone anziane che non son in grado di rimanere da sole al proprio domicilio	8-25
Calabria	sociale	Centri diurno assistenziale	Anziani con disagio sociale	0-20
Campania	Sanità	Centro diurno integrato per anziani	anziani affetti da demenza	20-25
E. Romagna	Sociale	Centro diurno dedicati per demenze	Anziani con demenza	15-20
E. Romagna	Sociale	Centro diurno per anziani	Anziani non autosufficienti	5-25
Lazio	Sociale	Struttura semiresidenziale per anziani	Anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	0-30
Lazio	Sanità	Rsa in regime di semiresidenzialità	Persone non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	0-30
Liguria	Sanità	Centro diurno di 2° livello	Anziani non autosufficienti con prevalente disturbo cognitivo	10-25
Liguria	Sanità	Centro diurno di 1° livello	Anziani in condizioni di limitata autonomia fisica senza prevalente disturbo cognitivo	10-25
Lombardia	Sociale	Centro diurno integrato	Anziani non autosufficienti o parzialmente	0-40

			non autosufficienti	
Marche	Sociale	Centro diurno per anziani	Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	0-25
Molise	Sociale	Centro diurno per anziani	Anziani	10-30
Molise	Sanità	Centro diurno Alzheimer	Anziani con Alzheimer	
Piemonte	Sociale	Centri diurno per anziani	Anziani autosufficienti	0-25
Piemonte	Sociale	Centro diurno integrato	Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	0-25
Piemonte	sanità	Centro diurno Alzheimer autonomo	Soggetti affetti da demenza	0-20
Puglia	Sociale	Centro diurno per anziani	Anziani	0-30
Sardegna	Socio sanitario	Centro diurno integrato	Soggetti non autosufficienti	
Sicilia	Sociale	Centro diurno per anziani non autosufficienti	anziani non autosufficienti	
Toscana	Sociale	Struttura residenziale per persone anziane	Anziani non autosufficienti, o in situazioni di disagio, o a rischio di isolamento o di perdita di autonomia	0-40
Trento	Sociale	Centro diurno per anziani	Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	
Trento	Sociale	Centro servizi	Anziani	
Trento	Sociale e sanitario	Centro diurno Alzheimer	Soggetti affetti da alzheimer	
Umbria	Sociale	Centro diurno	Anziani	
Umbria	Sanità	Centro diurno per Alzheimer	Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	
Valle d'Aosta	Sanità	Struttura semiresidenziale per alzheimer	Soggetti affetti da alzheimer	
Valle d'Aosta	Sociale	Centro diurno	Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	
Veneto	Sociale e sanitario	Centro diurno per anziani non autosufficienti	Anziani non autosufficienti	10-30

Note: Capienza: il dato 0 significa che la capienza minima non è stata indicata.

In questo caso la maggior spesa sanitaria non è facilmente stimabile per l'assenza dei dati necessari sulla quota di non autosufficienti e di parzialmente non autosufficienti presenti nei centri diurni³.

Ipotizzando che gli ospiti dei centri diurni per anziani, siano per due terzi non autosufficienti e per un terzo parzialmente non autosufficiente, si può stimare un maggior onere sanitario di 7 milioni di euro all'anno. Nel lungo periodo le conseguenze sulla spesa potrebbero essere addirittura positive per l'effetto di contenimento dei ricoveri in strutture residenziali. Tale proposta richiede però un intervento regionale di riorganizzazione dell'assistenza semiresidenziale richiedente tempi medi di realizzazione. Inoltre, la proposta risolve positivamente la situazione creata dalla normativa regionale che ha previsto nella maggioranza dei casi l'accesso ai centri diurni anche di soggetti parzialmente autosufficienti (Cfr. Tab. 21); aspetto quest'ultimo non previsto dalla normativa nazionale. In questo modo si va incontro agli indirizzi regionali – peraltro condivisibili – che per prevenire i rischi di istituzionalizzazione viene permesso l'accesso ai centri diurni anche di soggetti parzialmente autosufficienti ma con situazioni sociali di fragilità. Contrariamente, per i centri diurni per disabili, non si propone nessuna modifica della ripartizione dei costi. Le norme di riferimento –

³ La Tab. 6 che mostra i centri diurni autorizzati ad ospitare anziani parzialmente non autosufficienti, lascia desumere che in tali centri diurni la quota di tali soggetti sia significativa.

DPCM 14/2/2001 e DPCM 29/11/2001 – utilizzano le fasi dell’assistenza per la definizione della ripartizione della spesa fra i vari soggetti. Pur con delle eccezioni assai significative, tra cui proprio i centri diurni, la logica della ripartizione degli oneri prevede che nella fase intensiva ed estensiva sia il SSN a farsi carico integralmente degli oneri legati alle prestazioni da erogare, mentre la partecipazione ai costi da parte dell’utente o del comune è prevista nella fase di lungoassistenza dell’assistenza semiresidenziale per gli anziani ed i disabili.

In primo luogo, per dare coerenza e linearità al sistema occorre eliminare la quota sociale nelle fasi assistenziali intensive ed estensive dei centri diurni che sono caratterizzate dall’intento curativo/riabilitativo, rispetto alla fase della lungo assistenza caratterizzata dall’intento di mantenimento. Ma questa correzione da sola non basta. Purtroppo la norma non definisce chiaramente la durata delle singole fasi per cui occorre stabilirla per poter conoscere quando inizia la fase di lungo assistenza, quando sarebbero chiamati alla spesa anche i comuni e l’assistito. A questo proposito si può stabilire che:

- a) le fasi assistenziali intensive ed estensive sono a completo carico del Servizio sanitario;
- b) l’onere sociale per l’assistenza semiresidenziale per anziani va previsto solo nella fase della lungoassistenza. Per la fase estensiva (quella intensiva non ricorre) si può convenzionalmente stabilire che in caso di dimissione dall’ospedale e da strutture residenziali, l’assistenza semiresidenziale fornita nei 45 giorni successivi non prevede la quota sociale. La maggior spesa sanitaria stimata è di 1,1 milioni di euro, ipotizzando che solo il 15% degli utenti non provenga dal proprio domicilio;
- c) l’onere sociale per l’assistenza semiresidenziale per disabili gravi va previsto solo nella fase della lungoassistenza. Per la fase estensiva (quella intensiva non ricorre) si può convenzionalmente stabilire che in caso di dimissione dall’ospedale e da strutture residenziali, l’assistenza semiresidenziale fornita nei 45 giorni successivi non prevede la quota sociale. La maggior spesa sanitaria stimata è di 1,7 milioni di euro, ipotizzando che solo il 20% degli utenti non provenga dal proprio domicilio.

Questa ipotesi è presente anche nel cap.11 (“La ripartizione della spesa tra utenti e servizi”) della presente ricerca.

Tab. 22. Centri diurni: griglia valutativa dell’ipotesi 2: “Modulazione dei centri diurni”

Dimensione	Punti di Forza e Punti di debolezza
Finanza pubblica	9,8 milioni di euro.
Efficacia	Interventi più appropriati e quindi più efficaci. Più tutela per i soggetti a rischio di istituzionalizzazione.
Equità	Intervento più equo perché considera diversamente persone in condizioni differenti.
Differenze territoriali	Impegna tutte le regioni a riorganizzare l’assistenza semiresidenziale.
Fattibilità	Richiede una riorganizzazione dell’assistenza semiresidenziale. Tempi medi.
Welfare futuro	Effetti da verificare nel tempo. Se l’iniziativa incide, come previsto, sul rischio di istituzionalizzazione l’impatto sarà molto positivo.

Profilo ipotesi 3 e 4: “crescita dell’offerta dei centri diurni per anziani fino a 1,50 posti per mille anziani entro il 2012 e fino a 1,87 posti per mille anziani entro il 2015. Il documento della Commissione nazionale LEA dal titolo “Prestazioni residenziali e semiresidenziali” pone un obiettivo di 1,5 posti letto per mille anziani nei centri diurni per anziani da raggiungere in 5 anni. A regime l’obiettivo sale a 1,87 per mille anziani (Ministero Salute, 2007).

Su questo stesso fronte le previsioni programmatiche delle regioni non ci aiutano molto. Tre regioni hanno previsto uno standard rapportato agli anziani (ultrasessantacinquenni) che vanno da un minimo di 1,4 posti ogni mille anziani (Abruzzo), ad un massimo previsto di 5 posti (Campania e Molise). Altre due regioni hanno previsto uno standard rapportato agli ultrasettantacinquenni prevedendo 5 posti per mille (Bolzano e Veneto) che equivalgono a circa 2,5 posti per mille anziani (Cfr. Tab. 23). Infine, altre due regioni hanno previsto la dotazione a regime, ma solo per i centri diurni per Alzheimer: fabbisogno 0,83 posti per mille ultrasettantacinquenni (Liguria); fabbisogno 0,1 posti per mille anziani (Piemonte). Evidentemente, si tratta di standard troppo diversi fra loro, ma con una tendenza ad essere superiori a quelli del documento ministeriale.

Tab. 23. Il quadro normativo regionale dei centri diurni per anziani

Regione	Denominazione	Utenza	Standard posti
Abruzzo	Semiresidenze anziani	Anziani	0,7 posti per 1.000 anziani
Abruzzo	Semiresidenze demenze	Soggetti con demenza senile	0,7 posti per 1.000 anziani
Bolzano	Centro di assistenza diurna	Persone anziane che non son in grado di rimanere da sole al proprio domicilio	5 posti per 1.000 ab. oltre 75 anni (237 nel 2015)
Campania	Centro diurno integrato per anziani	anziani affetti da demenza	0,5 posti per 100 anziani
Liguria	Centro diurno di 2° livello	Anziani non autosufficienti con prevalente disturbo cognitivo	Fabbisogno di 1.726 posti pari allo 0,83% degli ultra75enni
Molise	Centro diurno per anziani	Anziani	0,3% degli anziani pari a 96 posti
Molise	Centro diurno Alzheimer	Anziani con alzheimer	0,2% degli anziani pari a 64 posti
Piemonte	Centro diurno Alzheimer autonomo	Soggetti affetti da demenza	0,1% anziani
Veneto	Centro diurno per anziani non autosufficienti	Anziani non autosufficienti	0,065% anziani fino a 75 anni + 0,44% anziani con più di 75 anni + 0,006% resto della popolazione pari a 2.421 posti.

Fonte: delibere regionali.

Purtroppo, i dati sulle liste d’attesa che potrebbero orientarci in questo quadro sono quasi inesistenti⁴. In questo quadro, ancora in transizione, decidiamo di assumere come punto di riferimento il documento della Commissione nazionale LEA dal titolo “Prestazioni residenziali e semiresidenziali” (2007). Si fissa dunque come obiettivo per i centri diurni per anziani quello di avere 1,50 posti ogni 1.000 anziani (18.138 posti) entro tre anni, ovvero entro il 2012, e di raggiungere 1,87 posti ogni mille anziani entro 6 anni e cioè entro il 2015 (22.612 posti). Si tratta di un obiettivo apparentemente contenuto, ma stanti i bassi livelli attuali di offerta, esso comporta un

⁴ Gli unici dati disponibili sono relativi alla regione Lazio dove le liste d’attesa sono presenti nel 25% delle strutture (Lazio, 2009) e alla provincia di Bergamo dove le liste d’attesa sono presenti nel 48% delle strutture (Sito web: SPI-CGIL).

aumento dell'offerta del 30% in tre anni e del 63% in 6 anni, tale da richiedere un impegno organizzativo significativo da parte delle regioni.

Questa ipotesi ci porta a stimare che fra tre anni il maggior costo sanitario per i centri diurni per anziani sarà di 46.091.245; mentre, il maggior costo sociale sarà di 25.008.463 (nell'ipotesi è compresa oltre all'aumento dell'offerta anche la diversa ripartizione dei costi 60% e 40% di cui all'ipotesi 2). Fra sei anni il maggior costo sanitario sarà di 86.327.395, mentre il maggior costo sociale sarà di 59.934.860 (nell'ipotesi è compreso oltre l'aumento dell'offerta anche la diversa ripartizione dei costi 60% e 40% di cui all'ipotesi 2). Nel medio-lungo periodo l'effetto finanziario del maggior investimento potrebbe produrre dei risparmi significativi sul fronte delle eventuali spese per l'assistenza residenziale, per cui anche dal punto di vista dei costi l'intervento finanziario è sostenibile anche nel lungo periodo. L'impatto dello sviluppo dell'offerta semiresidenziale sarebbe positivamente accolto dall'utenza e dalle loro famiglie perché aumenterebbe l'assistenza e libererebbe le famiglie dall'onere quotidiano di vigilare ed assistere l'anziano non autosufficiente.

Inoltre, con l'aumento dei centri diurni si ridurrebbero i rischi di istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti i cui familiari di giorno lavorano e possono occuparsi del familiare solo dal pomeriggio. Un effetto positivo potrebbe registrarsi anche nella riduzione delle differenze territoriali, a patto che si trovi il meccanismo per garantire in tutte le regioni un livello minimo dei servizi. I tempi di realizzazione, come abbiamo visto, saranno medio-lunghi come sempre accade quando occorrono risorse finanziarie ed organizzative per realizzare nuove strutture.

Centri diurni per disabili

Il documento della Commissione nazionale LEA dal titolo "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" non fornisce alcuna indicazione sui centri diurni per disabili. Inoltre, in base ai dati in nostro possesso, non è facile ipotizzare nel breve e medio periodo un aumento dell'offerta dei servizi dato che, il numero complessivo degli utenti è più basso di un 10% circa del numero dei posti, e non abbiamo altri elementi come ad esempio le liste d'attesa⁵ per poter assumere decisioni in questa direzione (Cfr. Tab. 17). Si tenga conto che nei centri diurni, per la caratteristica del servizio, di norma il numero degli utenti dovrebbe superare il numero dei posti. Pertanto, visti i dati sull'utilizzo dei centri diurni per disabili non si ipotizza una crescita di tali strutture.

⁵ Gli unici dati disponibili sono relativi alla regione Lazio dove le liste d'attesa sono presenti nel 22% delle strutture (Lazio, 2009).

Tab. 24. Centri diurni: griglia valutativa dell'ipotesi 3 e 4: "Crescita dell'offerta di centri diurni per anziani"

Dimensione	Punti di Forza e Punti di Debolezza
Finanza pubblica	Maggior costo sanitario per i centri diurni per anziani: nel 2012 pari a € 46.091.245; nel 2015 pari a € 86.327.395. Maggior costo sociale per i centri diurni per anziani: nel 2012 pari a € 25.008.463; nel 2015 pari a € 59.934.860.
Efficacia	Impatto molto positivo sugli assistiti per il minor rischio di istituzionalizzazione e sulle famiglie, che durante il giorno sarebbero sgravate dell'onere dell'assistenza.
Equità	Impatto positivo perché aumenterebbero le possibilità per tutti di poter usufruire di questo servizio.
Differenze territoriali	L'adozione di obiettivi relativi all'offerta di servizi ridurrebbe nel tempo le differenze territoriali.
Fattibilità	L'aumento dell'offerta richiede uno sforzo organizzativo e finanziario delle regioni e tempi di realizzazione medio-lunghi.
Welfare futuro	Il welfare del futuro non può non avere a disposizione una rete adeguata di servizi semiresidenziali di assistenza agli anziani e di sollievo per le famiglie. Nel medio-lungo periodo l'effetto finanziario del maggior investimento potrebbe produrre dei risparmi significativi sul fronte delle eventuali spese per l'assistenza residenziale, per cui anche dal punto di vista finanziario l'intervento finanziario è sostenibile anche nel lungo periodo.

Sintesi sui Centri diurni

I centri diurni costituiscono un servizio utile per gli anziani non autosufficienti e per le loro famiglie, anche se ancora incidono poco nella realtà assistenziale italiana, raggiungendo solo un anziano su mille. Purtroppo si conosce ancora poco sulle singole esperienze regionali, per cui anche le valutazioni devono fermarsi ai pochi dati disponibili, che non riescono a definire uno o più modelli gestionali significativi di Centro diurno da affermare anche in altre regioni. Questi aspetti influiscono anche sulla precisione delle stime dei costi effettuate.

Si sono presentate due proposte di modificazione del sistema attuale che puntano ad ampliare la platea dei beneficiari (anche se di fatto questo già avviene) e ad uno sviluppo dell'offerta dei servizi per gli anziani, al fine di offrire una valida alternativa assistenziale all'ipotesi del ricovero in struttura residenziale e di offrire un sollievo importante alle famiglie degli utenti.

Il complesso delle proposte relative all'assistenza semiresidenziale prevede una maggiore spesa sanitaria complessiva di 88 milioni di euro annui, di cui 86,3 milioni di euro sono relativi ai centri diurni per anziani e 1,7 milioni di euro riguardanti invece i centri diurni per i disabili (Cfr. Tab. 25). In realtà questa spesa potrebbe costituire un ottimo investimento se, come è previsto, riuscirà a contenere i costi per i ricoveri degli anziani nelle strutture residenziali.

Tab. 25. Assistenza semiresidenziale: Le stime di maggior spesa sanitaria delle diverse ipotesi.

Ipotesi	Maggior Costo Sanitario (mln. Euro)	Note
1. Nessun cambiamento	0	L'intervento può determinare un leggero aumento della spesa che è già finanziato con il riparto nazionale del fondo sanitario
2. Modulazione dei centri diurni	9,8	Di cui 8,1 milioni di euro per i centri diurni per anziani e 1,7 per i centri diurni per disabili
3. Sviluppo dell'offerta a 3 anni	46,1	Solo centri diurni per anziani. Nell'ipotesi è compresa anche la diversa ripartizione dei costi 60% e 40% di cui all'ipotesi 2.
4. Crescita dell'offerta a 6 anni	86,3	Solo centri diurni per anziani. Nell'ipotesi è compresa anche la diversa ripartizione dei costi 60% e 40% di cui all'ipotesi 2.
Spesa massima	88	Comprensiva di tutte le ipotesi dell'assistenza semiresidenziale. Di cui 86,3 milioni di euro sono relativi ai centri diurni per anziani a cui si aggiungono 1,7 milioni di euro relativi ai centri diurni per i disabili.

Fonte: la stima è stata realizzata a cura del CAPP di Modena.

3° parte: VALUTAZIONI CONCLUSIVE SULLO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

5. Come tradurle in pratica

Le ipotesi di cambiamento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale comportano due campi di intervento: 1) la modificazione delle regole di ripartizione della spesa per i servizi; 2) lo sviluppo dell'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali.

Nel primo caso occorre modificare l'allegato 1C del DPCM 29/11/2001 sui LEA. Le relative procedure sono affrontate dettagliatamente nel cap. 11 a cui si rimanda, e che comunque prevedono la modifica dell'allegato 1C del DPCM 29/11/2001 sui LEA, da approvare in Conferenza Stato-Regioni e in Conferenza Stato-Città-Autonomie locali. L'attuazione spetta poi alle regioni che però, nell'esperienza attuale, si sono dimostrate nel complesso troppo lente. Per questo motivo risulterà decisivo il monitoraggio statale sullo stato di attuazione della normativa, per stimolare tutti ad un puntuale adempimento di quanto concordato. Le modificazioni normative regionali possono richiedere tempi relativamente brevi di recepimento inferiori all'anno e produrre immediatamente degli effetti finanziari.

Il secondo punto relativo allo sviluppo dell'offerta pone altri problemi relativi agli strumenti per incentivarlo e per orientarlo in maniera tale da ridurre le differenze territoriali. In questo caso la competenza è regionale, ma proprio perché lo sviluppo dell'offerta se non ben orientato può addirittura produrre effetti distorsivi, è bene che lo Stato mantenga un ruolo di "indirizzo tecnico" e di monitoraggio.

A livello centrale questi obiettivi sono perseguibili stabilendo – in accordo con le regioni – degli obiettivi quantitativi minimi di offerta dei servizi e legando al raggiungimento di questi obiettivi l'erogazione di una parte del finanziamento. Un ruolo centrale di questo tipo può essere svolto solo se questi obiettivi vengono legati all'adempimento dei LEA, altrimenti un ruolo efficace dello Stato non può essere svolto. Questo percorso permetterebbe alle regioni che oggi presentano un basso livello dell'offerta dei servizi di raggiungere un livello omogeneo ritenuto sufficiente in un certo periodo di tempo. Le altre regioni sarebbero libere di muoversi nella determinazione dei livelli di offerta, a patto di non scendere sotto il livello minimo predefinito.

Le modificazioni nell'offerta dei servizi hanno bisogno almeno del medio periodo per produrre effetti davvero significativi.

6. Sintesi conclusiva

Nel sistema attuale nell'assistenza residenziale e semiresidenziale permangono le seguenti criticità:

- basso livello dell'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali;
- elevata spesa familiare con particolare riferimento all'assistenza residenziale, a fronte di un basso livello di spesa pubblica, soprattutto sanitaria;
- qualche incoerenza nel complesso della normativa nazionale sulla ripartizione della spesa per i servizi sociosanitari e soprattutto significative differenze negli atti applicativi regionali.

Le proposte presentate puntano a superare queste criticità tenendo conto della loro praticabilità organizzativa e finanziaria. L'altra caratteristica che le contraddistingue è la modularità che permette alle proposte stesse di essere adottate singolarmente o sommandosi l'una all'altra in un percorso graduale e logico che si completa con l'adozione dell'ultima ipotesi. Di ogni ipotesi sono stati valutati gli effetti sull'utenza, nell'organizzazione dei servizi e nella finanza pubblica secondo uno schema uguale per tutti (Cfr. Tab. 26 e 27).

Tab. 26. Assistenza residenziale: Sintesi delle griglie valutative delle 4 ipotesi

Dimensione	Ipotesi 1: nessun cambiamento	Ipotesi 2: La modifica delle regole	Ipotesi 3: La riconversione	Ipotesi 4: Lo sviluppo dell'offerta
Finanza pubblica	Non ci sono maggiori costi.	I maggiori costi ammontano a circa 378 milioni di euro.	Maggiore spesa di 639 milioni di euro annui.	Maggiore spesa sanitaria di 2.115 milioni annui.
Efficacia	Aumento delle persone in lista d'attesa.	Riduzione dei costi a carico degli assistiti.	Aumenta l'efficacia perché l'aumento di posti letto per non autosufficienti risponde alla principale necessità.	Aumenta l'efficacia perché si interviene sulle liste d'attesa.
Equità	L'attuale sistema presenta un livello molto basso di equità	Maggiore equità perché il trattamento ricevuto dagli assistiti è rapportato alle condizioni di salute.	Migliora l'equità dato che un maggior numero di anziani non autosufficienti o con Alzheimer vengono ospitati in	Può aumentare l'equità nell'accesso alle strutture se si introducono norme per sviluppare l'offerta soprattutto nelle regioni del sud.

			strutture dedicate.	
Differenze territoriali	Si mantengono le ampie differenze esistenti fra le varie regioni.	Riduce le differenze fra le regioni dato che alcuni interventi sono già attuati da molte regioni.	Le differenze quantitative non si riducono in modo significativo. Quelle qualitative dovrebbero ridursi.	Le differenze territoriali possono ridursi se si introducono norme per sviluppare l'offerta soprattutto nelle regioni del sud.
Fattibilità	Nessuno sforzo organizzativo.	Le proposte non richiedono trasformazioni organizzative.	Il processo di riconversione ha bisogno di investimenti e di norme.	E' legata soprattutto al reperimento delle risorse aggiuntive.
Welfare futuro	Il mantenimento della situazione si scontrerebbe pesantemente con l'aumento costante del numero degli anziani ed in particolare di quelli non autosufficienti.	L'impatto nel futuro dipende dal livello di sviluppo delle RSA per anziani. L'impatto dei provvedimenti per i disabili gravi dovrebbe ridursi nel tempo.	Passaggio obbligato che migliora il sistema di welfare con un costo sopportabile nel tempo.	Aumenta il peso delle patologie croniche ed invalidanti. Conseguentemente anche il welfare deve pensare ad una diversa ripartizione delle risorse per far fronte a questa necessità emergente.

Tab. 27. Assistenza semiresidenziale: Sintesi delle griglie valutative delle 4 ipotesi

Dimensione	Ip. 1: nessun cambiamento	Ip.2: Modulazione centri diurni	Ip. 3 e 4: crescita dell'offerta
Finanza pubblica	L'intervento è già finanziato con il riparto nazionale del FSN	9,8 milioni di euro.	Maggior costo sanitario per i centri diurni per anziani: nel 2012 pari a € 46.091.245; nel 2015 pari a € 86.327.395. Maggior costo sociale per i centri diurni per anziani: nel 2012 pari a € 25.008.463; nel 2015 pari a € 59.934.860. Nulla per i centri diurni per disabili.
Efficacia	Non supera le criticità	Interventi più appropriati e quindi più efficaci.	Minor rischio di istituzionalizzazione e sollievo per le famiglie
Equità	Nessun impatto	Intervento più equo perché considera diversamente persone in condizioni differenti.	Impatto positivo perché aumenterebbero le possibilità di poter usufruire del servizio.
Differenze territoriali	Riduce le differenze territoriali	Impegna tutte le regioni a riorganizzare l'assistenza semiresidenziale.	L'adozione di obiettivi relativi all'offerta di servizi ridurrebbe nel tempo le differenze territoriali.
Fattibilità	Realizzabile con facilità	Richiede tempi medi per la riorganizzazione dei centri diurni.	L'aumento dell'offerta richiede uno sforzo organizzativo e finanziario delle regioni e tempi di realizzazione medio-lunghi.
Welfare futuro	Non risolve i problemi	Se l'iniziativa incide sul rischio di istituzionalizzazione l'impatto sarà certamente positivo.	La rete dei centri diurni è necessaria. Nel medio-lungo periodo l'effetto finanziario del maggior investimento potrebbe produrre dei risparmi significativi sul fronte delle eventuali spese per l'assistenza residenziale, per cui anche dal punto di vista dei costi l'intervento finanziario è sostenibile anche nel lungo periodo.

Il complesso delle proposte prevede una maggiore spesa sanitaria complessiva di 2.322 milioni di euro annui (Cfr. Tab. 25), il 20% circa dei quali andranno a ridurre gli oneri sostenuti dagli utenti dei servizi.

Tab. 28 – Le stime di maggior spesa sanitaria

Tipologia di Assistenza	Ipotesi	Maggior Costo Sanitario (mln. Euro)	Note
Residenziale	1. Nessun cambiamento	0	
Residenziale	2. La modifica delle regole del gioco	378	Di cui 312 milioni per l'aumento della quota sanitaria delle RSA per anziani e 66,2 milioni di euro per i disabili gravi.
Residenziale	3. La riconversione dell'offerta residenziale	889	Il calcolo comprende circa 312 milioni relativi all'aumento della quota sanitaria delle RSA, che passa dal 50% al 60% presentata nell'ipotesi 2.
Residenziale	4. Lo sviluppo dell'offerta residenziale	2.168	Il calcolo comprende circa 312 milioni relativi all'aumento della quota sanitaria delle RSA, che passa dal 50% al 60% presentata nell'ipotesi 2.
Residenziale	Spesa massima	2.234	Comprensiva di tutte le ipotesi dell'assistenza residenziale. Di cui 2.164 milioni di euro sono relativi alla ipotesi 4 a cui si aggiungono 66, 2 milioni di euro relativi alla modifica delle quote sanitarie per l'assistenza residenziale per i disabili.
Semi Residenziale	1. Nessun cambiamento	0	L'intervento può determinare un leggero aumento della spesa che è già finanziato con il riparto nazionale del fondo sanitario
Semi Residenziale	2. Modulazione dei centri diurni	9,8	Di cui 8,1 milioni di euro per i centri diurni per anziani e 1,7 per i centri diurni per disabili
Semi Residenziale	3. Sviluppo dell'offerta a 3 anni	46,1	Solo centri diurni per anziani. Nell'ipotesi è compresa anche la diversa ripartizione dei costi 60% e 40% di cui all'ipotesi 2.
Semi Residenziale	4. Crescita dell'offerta a 6 anni	86,3	Solo centri diurni per anziani. Nell'ipotesi è compresa anche la diversa ripartizione dei costi 60% e 40% di cui all'ipotesi 2.
Semi residenziale	Spesa massima	88	Comprensiva di tutte le ipotesi dell'assistenza semiresidenziale. Di cui 86,3 milioni di euro sono relativi ai centri diurni per anziani a cui si aggiungono 1,7 milioni di euro relativi ai centri diurni per i disabili.
Residenziale + Semi Residenziale	Spesa massima	2.322	Comprensiva di tutte le ipotesi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale.

Note: la stima è stata realizzata a cura del CAPP di Modena.

Nota metodologica sulle previsioni di spesa

A cura del CAPP dell'Università di Modena

La fonte principale dei dati per le simulazioni proposte è l'“Indagine sull'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia” dell'Istat, anni 2004 e 2005. Per le stime di spesa media mensile per utente, suddivise in quota sanitaria e quota sociale la fonte è Pesaresi (2008), che ha rielaborato i dati sulle tariffe e le rette pagate da SSN, Comune e utente per disabili adulti e anziani non autosufficienti, riportati nell'Indagine sull'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia, anno 2004. Il valore di spesa per utente nelle RSA è quello stimato nel capitolo sulla suddivisione della spesa (valore ponderato per anziani ospiti in RSA), mentre la spesa per posto letto nei nuclei alzheimer è stata posta pari a quella per RSA, aumentata di un 15% per tener conto delle maggiori spese di assistenza.

A differenza di altri lavori sull'argomento, in particolare Age.Na.S. (2009), si è scelto di non utilizzare i valori di spesa indicati nei modelli LA della rilevazione annuale sui LEA. I valori stimati da Pesaresi (2008) ci consentono infatti di ragionare non solo sulla spesa sanitaria, ma anche sulla spesa media complessiva per utente, tenendo conto della compartecipazione al costo da parte dell'utente e dei Comuni. Il risultato è però compatibile: la spesa sanitaria nazionale annua pro-anziano riportata dall'Age.Na.S. (2009) risultava di 253 euro al 2008, mentre nella nostra simulazione dello status quo al 2009 risulta un valore pari a 277 euro.

Nelle simulazioni proposte in questo capitolo si ragiona sul numero di posti letto e non sul numero di ospiti. Allo scopo di ottenere il costo annuo per posto letto, il primo passaggio è stato quello di stimare la spesa complessiva per tipo di presidio, moltiplicando il numero di ospiti al 31/12/2005 per la spesa media annua per utente, differenziata per tipo di presidio. Nel caso di ospiti con meno di 65 anni presenti in residenze socio-sanitarie per anziani o in residenze assistenziali per anziani, questi sono stati trattati come ospiti anziani, perché in queste situazioni le regole utilizzate dovrebbero considerarli allo stesso modo. La spesa complessiva per tipo di presidio, così ottenuta, è stata divisa per il numero di posti letto nello stesso anno (2005), ottenendo il costo medio per posto letto. Nel numero di posti letto in RSA, si è tenuto conto del totale dei posti considerando anche le RSA non per anziani, poiché nelle ASL vengono contabilizzate in modo indistinto.

La spesa totale per RSA non coincide perfettamente con quella stimata nel capitolo sulla suddivisione della spesa, perché si è differenziata la spesa per i nuclei alzheimer. Questa variazione non era stata introdotta nel precedente capitolo perché l'influenza di questa modifica sullo status quo è minima, visto che nella suddivisione attuale dei presidi il numero di posti letto in nucleo alzheimer è pari al 4,3% del totale dei posti letto in RSA.

Nella simulazione si è preso come punto di partenza lo scenario 3 proposto nel capitolo sulla suddivisione della spesa, ponendo la quota sanitaria per anziani ospiti in RSA pari al 60%. La variazione di spesa corrispondente alle varie ipotesi di riforma non comprende il maggior onere legato all'introduzione, nello status quo, di questa aumentata quota sanitaria, che va quindi considerato come un costo aggiuntivo a sé stante (circa 311 milioni di euro). La quota sanitaria è stata invece posta pari al 50% nelle residenze socio-sanitarie, mentre si è deciso di considerare anche una componente di spesa sanitaria nelle residenze assistenziali per anziani autosufficienti, pari al 26% del totale, per tenere conto delle situazioni di fatto che si verificano in alcune realtà (valore stimato da Pesaresi e Brizioli, 2009).

Tutti i valori sono stati riportati al 2009 utilizzando l'indice dei prezzi al consumo NIC (comprensivo dei tabacchi). Sempre per le ragioni esposte nell'introduzione, tutte le stime proposte nel capitolo sono di tipo statico.

Riferimenti Bibliografici

Agenas, Progetto di ricerca corrente: “*rilevazione dell’attuale spesa pubblica per l’assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard*”, sito web: www.assr.it (2009).

ASSR, *Regione per regione i dati 2002*, Monitor n.10/2004.

Bianchetti A.(2009), *Quali servizi per l’alzheimer?*, in Gori C. (a cura di), *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.

Corens D.(2007), *Health system review: Belgium*, Observatory on health systems WHO, Copenhagen.

D.P.C.M 21/5/2001, n. 308: “*Regolamento concernente “Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell’articolo 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328”*”.

Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2006), *Relazione al parlamento sui dati relativi allo stato di attuazione delle politiche per l’handicap in Italia – Anno 2004-2005*, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Roma.

Ministero della salute (2005), *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere – anno 2004*, Roma.

Ministero della salute (2008), *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere – anno 2006*, Roma.

Ministero della salute (2007) , *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, Ministero della salute, – Commissione nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza Roma.

Genova A., Palazzo F. (2008), *Il welfare nelle Marche*, Roma, Carocci.

Imsero, Informe (2006) – *Las personas mayores en Espana*, Imsero.

Istat (2002), *L’assistenza residenziale in Italia, Regioni a confronto – anno 1999*, Istat, Roma.

Istat (2004), *L’assistenza residenziale in Italia, Regioni a confronto – anno 2000*, Istat, Roma.

Istat (2005), *L’assistenza residenziale in Italia, Regioni a confronto – anno 2001*, Istat, Roma.

Istat (2005), *L’assistenza residenziale in Italia, Regioni a confronto – anno 2002*, Istat, Roma.

Istat, *La prima indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni – anno 2003*, Istat, Roma, 2005.

- Istat (2006), *L'assistenza residenziale in Italia, Regioni a confronto – anno 2003*, Istat, Roma.
- Istat (2007), *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia – anno 2004*, Istat, Roma.
- Istat (2007), *La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni – anno 2004*, Istat, Roma.
- Istat (2008), *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni – anno 2005*, Istat, Roma.
- Istat (2009), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati – anno 2006*, Istat, Roma.
- Istat (2008), *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia – anno 2005*, Istat, Roma.
- Istat (2009), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati – anno 2006*, Istat, Roma.
- OECD (2005), *Long term care policies for older people*, OECD, Paris.
- Mesini D., Pasquinelli S., Rusmini G., *Il lavoro privato di cura in Lombardia*, Istituto per la ricerca sociale, Milano 2006.
- Pesaresi F. (2004), “*L'accreditamento dei servizi lo fanno i comuni*”, in “Servizi sociali oggi”, n. 5; Rimini, Maggioli.
- Pesaresi F.(2005), *Tendenze internazionali nell'assistenza dell'anziano non autosufficiente*, in Gensini G.F., Rizzini P., Trabucchi M., Vanara F. (a cura di), *Rapporto Sanità 2005*, Bologna, Il Mulino.
- Pesaresi F.(2007), “*Le cure domiciliari per anziani in Italia*”, in “Prospettive sociali e sanitarie”, n.15.
- Pesaresi F., Brizioli E.(2009), *I servizi residenziali*, in Network Non Autosufficienza Gori C.(a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.
- Pesaresi F., Gori C.(2003), *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*, in “Tendenze Nuove”, n.4-5.
- Pesaresi F. (2006), *La suddivisione dei costi tra servizi sociali e servizi sanitari*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Bologna, Il Mulino.
- Pita Barros P., De Almeida Simoes J., *Portugal: Health system review*, Observatory on health systems and policies WHO, Copenhagen, 2007
- Provincia di Bolzano, *Statistiche sociali 2003*, Bolzano, 2004.
- Provincia di Trento (2002), *Il Fondo per la non autosufficienza in provincia di Trento*, Infosociale 4, Trento.
- Provincia di Trento (2006), *Il bilancio sociale 2006*, Infosociale 33, Trento.
- Regione Abruzzo: L.R. 10 /3/2008, n. 5: “*Un sistema di garanzie per la salute- Piano sanitario regionale 2008-2010*”.

Regione Emilia Romagna (2005), *Relazione sull'applicazione della deliberazione della Giunta regionale n. 1377/1999 – anno 2004*, Direzione generale sanità e politiche sociali, Bologna.

Regione Emilia Romagna (2007), *Relazione sull'attuazione della deliberazione della Giunta regionale n. 122/07*, Direzione generale sanità e politiche sociali, Bologna.

Regione Emilia Romagna (2008), *Presidi e servizi socio assistenziali e socio sanitari in Emilia Romagna – dati al 31/12/2006*, Sistema informativo delle politiche sociali, Bologna.

Regione Lazio (2009), *Primo rapporto sui servizi sociali del Lazio*, Roma.

Regione Toscana (2005), *Centri diurni per anziani*, Firenze.

Regione Valle d'Aosta (2005), *osservatorio per le politiche sociali – Primo rapporto*, Aosta.