

**“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 17

**Sistema informativo e monitoraggio per la realizzazione dei livelli
essenziali per la non autosufficienza**

di

Enza Caruso

Luglio 2010

1. Introduzione

In Italia le persone non autosufficienti con totale mancanza di autonomia secondo i dati Istat sono circa 2,7 milioni, di cui 2 anziani. Se si includono le persone che hanno bisogno di aiuto per svolgere attività essenziali (come alzarsi da una sedia o vestirsi) il numero sale a circa 7 milioni, il 13% della popolazione. I documenti previsionali di finanza pubblica ci ricordano che la non autosufficienza è un settore che necessiterà sempre più di risorse a causa soprattutto delle disabilità e delle patologie legate all'invecchiamento della popolazione. Come sono soddisfatti i diritti esigibili alla salute, al sostegno sociale ed economico nelle diverse aree del Paese? A quale definizione di fabbisogno dovrà rispondere il diritto all'assistenza dei soggetti non autosufficienti nel quadro del decentramento della nuova legge delega n.42/2009? Le risposte sono, ad oggi, complesse e deludenti: le informazioni disponibili sono parziali e restituiscono un'immagine sfocata della realtà; più spesso siamo noi ad essere strabici, proponendo interpretazioni basate su informazioni che descrivono solo una parte della storia; manca un sistema informativo coordinato tra i diversi livelli di governo che fornisca le informazioni necessarie per un'appropriata definizione di costi e fabbisogni. D'altro canto la rilevazione di flussi informativi nazionali (e sovranazionali) omogenei e completi costituisce un elemento indispensabile per la definizione e il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza.

Il presente contributo, partendo dalla necessità di pervenire ad una corretta misurazione dei costi e dei fabbisogni standard nel quadro della recente legge delega sul federalismo fiscale, è dedicato allo stato dell'arte dell'informazione disponibile nel settore sociale della non autosufficienza. Le pagine che seguono sono così organizzate.

Il secondo paragrafo affronta le problematiche connesse alla misurazione dei fabbisogni standard, concetto da legare al finanziamento dei bisogni secondo criteri di equità, e dei costi standard, concetto da legare alla produzione dei servizi secondo criteri di efficienza e appropriatezza.

Il terzo paragrafo ricostruisce il quadro generale della spesa sociale e pone l'accento sulle difficoltà a ricomporre le risorse e le prestazioni dedicate alla non autosufficienza, difficoltà non certo superate dall'*Indagine sugli interventi e sui servizi sociali dei Comuni* dell'Istat, di cui si evidenziano i limiti.

Il quarto paragrafo è dedicato alla progettualità dei nuovi flussi informativi nazionali nell'area socio-sanitaria che assumono come base di riferimento i beneficiari delle prestazioni.

Nel quinto paragrafo si esplora il campo informativo-progettuale dell'area socio-assistenziale.

Infine, l'ultimo paragrafo propone alcune considerazioni per la strutturazione del processo di monitoraggio all'interno del Patto di convergenza previsto dalla l. 42/2009.

Le conclusioni con alcune indicazioni di *policy* chiudono il presente contributo.

2. La definizione del fabbisogno e del costo standard: una questione controversa

Nel campo socio-assistenziale, a differenza di quanto accade nel settore sanitario, non esiste un fabbisogno definito a livello macroeconomico, fondamentalmente perché non è mai esistita una programmazione nazionale. La legge 328/2000 e il conseguente *Piano Nazionale degli interventi e dei servizi 2001-2003* erano specificatamente intesi a colmare questa lacuna. Da allora un acceso dibattito, stimolato dalla modifica del Titolo V della Costituzione, ha animato la scena per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni *sociali* da garantire su tutto il territorio nazionale, certamente non senza contraddizioni posto che la stessa Costituzione riserva la programmazione socio-assistenziale alla competenza esclusiva delle Regioni.

Ricomporre la spesa sociale per l'assistenza rivolta ai soggetti non autosufficienti rappresenta un'operazione che incontra notevoli difficoltà, e allo stato attuale l'informazione disponibile non è ancora in grado di fornire al *policy maker* un quadro completo capace di indirizzare le azioni delle Regioni per assicurare una corretta distribuzione delle prestazioni su tutto il territorio nazionale come richiesto dalla nostra Costituzione. Manca per dirla con parole un po' crude l'*elenco* delle prestazioni e con esso il *livello*, ovvero le misure che qualificano e quantificano il diritto all'assistenza¹. Per definire un fabbisogno standard, appropriato e rispondente a principi di equità, però i parametri non possono che essere rintracciabili sul campo a partire dalle risorse e dalle prestazioni attualmente ricomprese nelle politiche sociali. Le politiche per la non autosufficienza, su cui in questa sede si focalizza l'attenzione, presentano però una particolarità: sono trasversali tra i diversi livelli di governo e più specificatamente rappresentano un insieme congiunto tra funzioni risarcitorie di previdenza sociale, di competenza centrale, funzioni socio-sanitarie, di competenza concorrente tra lo Stato e le Regioni, e funzioni socio-assistenziali delegate all'autonomia delle Regioni secondo le preferenze delle comunità locali. Si tratta di un insieme che stenta ancora ad essere affrontato in forma coordinata.

La questione è complessa. Il dettato costituzionale prescrive che allo Stato spetta la funzione di definire i *livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali* di cui alla lett. m) e le *funzioni fondamentali* di cui alla lett. p) dell'articolo 117, nonché di reperire le risorse adeguate sul lato finanziario per la loro garanzia su tutto il territorio nazionale. Si tratta di risorse che sottostanno alla dicitura dell'articolo 119, ovvero i *tributi ed entrate propri*, che insieme alle *compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio* e al *fondo perequativo senza vincoli di destinazione*, devono assicurare il *finanziamento integrale delle funzioni assegnate agli enti inferiori di governo*. In questa assegnazione rientrano le funzioni assistenziali per le quali, nonostante configurino un diritto esigibile su tutto il territorio nazionale, la Costituzione ne riserva il disegno di programmazione non già alla legislazione nazionale, bensì alla competenza regionale. Lo Stato, garante dei diritti esigibili, deve assicurare agli enti sub-centrali risorse adeguate per le funzioni loro assegnate e allo stesso tempo verificare che i livelli essenziali delle prestazioni siano soddisfatti ovunque ovvero, in caso negativo, eventualmente sostituirsi al potere locale secondo

¹ Sull'argomento un'ampia discussione sull'assetto definitivo della Costituzione, che non è esente da problemi si trova in Servizi Nuovi (2008).

quando prescritto nell'articolo 120 della Costituzione. Entro questo quadro deve essere circoscritto il processo di decentramento sancito dalla Costituzione riformata.

La recente legge delega in materia di federalismo fiscale in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione (l. 42/2009) costruisce una nuova (e complessa) architettura di finanziamento degli enti decentrati di governo, da realizzarsi senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica. Da un lato, il disegno della perequazione tra le diverse giurisdizioni è fortemente concentrato nell'individuazione delle fonti di copertura delle spese degli organi decentrati di governo, in sostituzione dei trasferimenti². Dall'altro, si annuncia il graduale superamento del finanziamento della spesa storica in favore del fabbisogno standard per i livelli essenziali delle prestazioni e per le funzioni fondamentali (art. 2, c. 2, lett. m). Allo stesso tempo, la legge delega sottolinea che il fabbisogno standard insieme al costo standard costituiscono il criterio per comparare e valutare l'efficacia e l'efficienza dell'intervento pubblico (art. 2, c. 2, lett. f). Il disegno del finanziamento dei LEP nel quadro della legge delega è accuratamente descritto da Bosi, Guerra e Silvestri in questo rapporto.

La determinazione del fabbisogno e del costo standard costituisce quindi una delle sfide più impegnative da affrontare nei prossimi mesi per l'attuazione del federalismo fiscale. Nella letteratura specialistica la perequazione e la quantificazione dei fabbisogni e dei costi standard sono materie assai dibattute [Boadway e Shah, 2007]. Sia sul piano teorico che sul terreno della prassi il dibattito distingue gli schemi di perequazione delle capacità fiscali, che possono configurarsi secondo logiche di tipo verticale o orizzontale, da quelli fondati sui fabbisogni di spesa e sui costi standard, per i quali uno schema di solidarietà orizzontale alla "Robin Hood" appare impensabile: in questa visione per i servizi che i governi locali devono necessariamente assicurare, il fabbisogno standard può essere determinato e controllato solo dal governo centrale e pertanto sia per ragioni redistributive che allocative la perequazione non può che essere verticale [Dafflon, 2007]. In linea con il dibattito della letteratura, la legge delega ha recepito queste argomentazioni.

È evidente che il livello di governo che decide lo standard si deve anche far carico delle risorse che lo assicurano. Nell'ambito delle risorse per le funzioni assistenziali, fino ad oggi lasciate alla libertà dei governi locali, diventa allora necessario definire il livello "essenziale" di assistenza che il governo locale, per mandato, deve necessariamente produrre. Una volta definiti i LEP (operazione non certo facile, ma sulla quale non ci concentra in questa sede), si tratta di capire come possono essere standardizzate le spese, ovvero come possono essere misurate le differenze oggettive nei costi di produzione dei servizi e nei bisogni da soddisfare. Differenze da cui necessariamente non si può prescindere per una corretta impostazione di un sistema di monitoraggio dei diritti esigibili.

Fabbisogni di spesa e costi possono infatti variare tra le diverse giurisdizioni per ragioni esogene al comportamento degli enti locali. Alti livelli di spesa possono associarsi ad esempio ad elevati livelli di output e di qualità dei servizi (riflettendo preferenze locali: si pensi per esempio al comune di Modena che dedica quasi la metà della spesa corrente alle politiche sociali), oppure essere determinati da inefficienze nell'allocazione dei fattori produttivi.

² Per l'architettura delle fonti di entrate si veda M.C. Guerra e S. Giannini (2009) e G. Arachi e A. Zanardi (2009).

Dal punto di vista metodologico le informazioni sulla spesa dovrebbero essere consegnate in maniera da permettere di isolare le componenti esogene che influenzano gli standard dalle quote attribuibili alle preferenze locali, cercando di identificare correttamente le inefficienze di produzione. Fabbisogni di spesa e costi di produzione non devono essere confusi e le differenze di spesa incorporano differenze in questi due fattori [Bird e Vaillancourt, 2005]. Il costo standard per unità di servizio deve infatti non solo riflettere un'efficiente allocazione dei fattori produttivi (input) ma anche incorporare quei fattori ambientali che esulano dal comportamento del governo locale, quali le caratteristiche geografiche del luogo di produzione o la densità della popolazione, contribuendo a spiegare le differenze nei costi di produzione tra le giurisdizioni. D'altro canto le differenze nei fabbisogni riflettono più propriamente le caratteristiche demografiche, sociali ed economiche della popolazione servita che non è uniformemente distribuita tra i territori. La valutazione di queste differenze è estremamente importante nel campo dei servizi alla persona e soprattutto per l'allocazione della spesa sociale. Per esempio l'evidenza internazionale ha largamente provato la relazione che sussiste tra le condizioni di salute e il reddito delle persone: più si è ricchi meglio si sta. Così come è vero che la probabilità di divenire non autosufficienti aumenta con l'età.

Il fabbisogno standard dei LEP, come sostenuto da Bosi, Guerra e Silvestri in questo rapporto, potrebbe essere semplicemente definito come il prodotto dei costi standard per unità di servizio per le quantità standard da garantire moltiplicate per il numero dei beneficiari effettivi delle prestazioni. Il costo standard dovrebbe peraltro essere riferito ad un dato bacino di utenza, potenzialmente in grado di catturare eventuali economie di scala, anche tenendo conto di peculiarità locali.

Teoricamente, se le informazioni sugli output e sugli outcomes fossero raccolte in maniera accurata sarebbe possibile specificare una corretta funzione di costo per ogni funzione delegata agli enti sub-centrali di governo in grado di isolare l'inefficienza e da cui trarre un indice di fabbisogno [Reschovsky, 2007]. A partire da una funzione di produzione così specificata:

$$S_{ij} = g(X_{ij}, Z_{ij}) \quad [1]$$

che esprime il livello del servizio pubblico j fornito dalla giurisdizione i in funzione di un vettore di input X_{ij} e di un vettore di fattori ambientali Z_{ij} che contribuiscono a spiegare la relazione tra gli input e gli output, è possibile derivare una funzione di costo

$$E_{ij} = f(X_{ij}, P_{ij}, \varepsilon_{ij}) \quad [2]$$

che specifica la relazione tra la spesa del servizio pubblico E_{ij} e le quantità X_{ij} e i prezzi degli input P_{ij} , controllando per un vettore di caratteristiche non osservate ε_{ij} che influenzano la spesa del governo locale, il cui livello elevato potrebbe essere determinato per esempio da inefficienze tecniche di produzione oppure da altri fattori che influenzano il fabbisogno. Risolvendo la [1] per X_{ij} e sostituendo nella [2] la funzione di costo può essere così rappresentata:

$$E_{ij} = h(S_{ij}, P_{ij}, Z_{ij}, \varepsilon_{ij}, u_{ij}) [3]$$

con u_{ij} termine di errore casuale. Ciò significa che per individuare correttamente una funzione di costo – possibilmente disaggregato per funzioni svolte – oltre ai dati di spesa che riflettono tra l'altro anche le preferenze, è necessario poter contare su dati di output S_{ij} .

Nella pratica, considerando che l'output è una variabile endogena che si determina simultaneamente con la spesa, il problema può essere risolto avvalendosi di stime a doppio stadio, dove la regressione al primo stadio cerca di spiegare le differenze nell'output ricorrendo sia a variabili strumentali quali il reddito, il gettito di tributi di scopo locali etc. sia ad indicatori che aiutano a spiegare le preferenze locali [Reschovsky, 2007]. Per i servizi sociali un utile indicatore può essere rappresentato dal tasso di occupazione femminile. L'inefficienza produttiva può essere invece colta attraverso stime più sofisticate, utilizzando le tecniche della frontiera stocastica o della Dea (*Data envelopment analysis*) che tuttavia restano fortemente sensibili alla specificazione delle variabili nel modello.

Difficilmente però le informazioni sono raccolte in forma accurata e ciò impedisce di stimare in forma appropriata la funzione di costo. Per ovviare al problema si può sostituire la stima della funzione di costo con la stima della funzione di spesa. In altre parole, la spesa pro capite per ciascuna funzione svolta dal governo locale viene regredita in funzione di variabili diverse dall'output. La specificazione della funzione di spesa può essere quindi descritta come:

$$E_{ij} = k(P_{ij}, Z_{ij}, F_{ij}, u_{ij}) [4]$$

dove F_{ij} indica il vettore delle variabili che contribuiscono a spiegare le preferenze locali di una maggiore produzione per un dato servizio pubblico j (e.g. livello del reddito, base imponibile, gettito associato ai tributi locali superiore a quello standard etc.), mentre nel termine di errore si scarica anche il diverso grado di efficienza dei singoli enti rispetto a quello medio. In una funzione di spesa è comunque difficile separare le variabili che influenzano la domanda standard da quelle che invece sono indicative delle preferenze del governo locale. Il problema della misura del fabbisogno di spesa standard nella pratica viene superato tenendo fisse le stime al livello medio del vettore F_{ij} e facendo variare quelle dei vettori P_{ij} e Z_{ij} secondo il loro valore effettivo in modo da riflettere nello standard solo le componenti dei costi e dei bisogni fuori dal controllo degli enti locali (e.g. popolazione sopra i 65 anni per i servizi per non autosufficienti) [Reschovsky, 2007 e Shah, 1996].

Implicitamente, abbiamo sopra descritto due tecniche che in forma *feasible* permettono nella prassi di misurare i fabbisogni standard sia in termini relativi rispetto ad un valore medio sia in valori assoluti a partire dai dati di spesa (che nel caso italiano non possono inizialmente che essere quelli di spesa storica). Tali tecniche sono note come *Regression based cost approach* (RCA) nel

caso della stima di una funzione di costo, e *Representative expenditure system* (RES) per la stima dell'equazione di spesa, ciascuna delle quali presenta pregi e difetti.

Per esempio, il primo metodo soffre di problemi di endogeneità ma permette di includere tra le variabili specificate oltre ad indicatori di domanda anche indicatori di offerta capaci di catturare le economie o diseconomie di scala.

Il secondo metodo invece identifica un sistema rappresentativo di spesa sotto l'ipotesi che la produzione avvenga a costi unitari costanti (implicitamente si assume l'assenza di economie di scala). Detto in altri termini, il fabbisogno standard non è altro che la spesa procapite media corretta per quei fattori esogeni che oggettivamente incidono strutturalmente sui costi e sui bisogni (fattori ambientali o caratteristiche demografiche, sociali e economiche). La perequazione del fabbisogno standard avviene per differenza rispetto al fabbisogno standard medio. Un risultato che può essere ottenuto in maniera più sofisticata e accurata mediante regressione [Shah, 1996].

Esistono tuttavia ulteriori metodi per standardizzare i fabbisogni che prescindono dai dati di spesa, e proprio per questo consentono solamente di relativizzare lo standard. Se le informazioni per comparare le diverse giurisdizioni sono fortemente limitate, l'approccio da seguire potrebbe essere quello delle *Variabili ad hoc*, fondato sul giudizio di esperti che definiscono quali fattori di input bisogna considerare per produrre un dato output nel modo più efficiente ed efficace possibile. Il metodo si traduce nelle *best practices* ma si allontana dal criterio dell'efficienza economica che richiede l'incorporazione tra le variabili dei fattori ambientali oltre che la considerazione di bisogni diversificati da zona a zona [Reschovsky, 2007]. Per questo finisce per dipendere fortemente dalla contrattazione politica. Se, diversamente, le informazioni sono numerose e fortemente correlate la varianza del fabbisogno può essere meglio spiegata con la tecnica statistica dell'*Analisi delle componenti principali*, assumendo i residui come pesi delle variabili rilevanti per la costruzione dell'indice relativo dei bisogni.

In sintesi, le metodologie RCA e l'aggregazione statistica delle variabili rilevanti applicano un approccio *top-down* che richiede però una mole sufficiente di informazioni da associare ai fabbisogni di spesa. D'altra parte la metodologia RES e la costruzione delle *best practices* adottano l'approccio *bottom-up* utilizzato particolarmente quando gli indicatori disponibili sono pochi [Dafflon e Mischler, 2007]. Resta il grosso limite in quest'ultimo approccio della mancata considerazione delle possibili economie di scala nella valutazione ottimale dei servizi da produrre. Nel dibattito tra gli economisti italiani interessati alla materia non sembra evidenziarsi una convergenza [Muraro, 2008]. Petretto nel suo intervento di presentazione al Rapporto 2009 della finanza pubblica italiana, ha sottolineato le divergenze di veduta per la determinazione di costi e fabbisogni standard.

Qualsivoglia metodologia si intenda utilizzare per definire fabbisogni e costi standard è fondamentale che sia capace di controllare sia le preferenze locali che i disincentivi ad una produzione efficiente in ragione della perequazione. E, in ogni modo, le variabili devono essere prima di tutto disponibili, e dunque accuratamente selezionate in relazione alle funzioni da svolgere, linearizzate per entrare correttamente nei modelli, controllate nei loro effetti nel tempo.

L'accuratezza delle informazioni necessarie per misurare costi e fabbisogni standard, in un contesto di decentramento delle funzioni e delle risorse ad esse assegnate, è oramai diventata una questione cruciale che richiede un forte coordinamento tra i diversi livelli di governo, ma soprattutto estrema

trasparenza per la condivisione dei dati. Diversamente il rischio di commettere errori nel separare i fattori esogeni dalla X-inefficienza e dalle preferenze locali che impattano sui livelli di spesa appare molto elevato.

Nel disegno della legge delega 42/2009 il problema delle informazioni e della corretta rilevazione contabile secondo criteri omogenei assume un ruolo determinante. Il disegno della perequazione e della misurazione dei costi e fabbisogni standard è rintracciabile nella legge. Per le funzioni essenziali delle Regioni (entro cui rientrano i LEP della sanità, dell'istruzione e dell'assistenza) il fabbisogno finanziario deve essere ancorato al costo standard (art. 8 c. 1 lett. b), mentre per le spese riferite alle funzioni fondamentali degli Enti locali (entro cui rientra la spesa sociale) il fabbisogno standard (art. 11 c. 1 lett. b) è più genericamente determinato per la spesa corrente sulla base di un indicatore di fabbisogno finanziario e per la parte capitale sulla base di indicatori infrastrutturali. Più specificatamente la spesa corrente è calcolata come valore standardizzato della spesa al netto degli interessi (art. 13 c. 1 lett. c), computato secondo una quota uniforme per abitante corretta tenendo conto di fattori oggettivi di diversità (ampiezza demografica, caratteristiche territoriali, con particolare riferimento alla presenza di zone montane, caratteristiche demografiche, sociali e produttive dei diversi enti). In altre parole, sembrerebbe trattarsi per ciascun ente di una spesa procapite media nazionale corretta per i fattori ambientali e di bisogno che aiutano a spiegare le differenze tra le diverse giurisdizioni. La legge delega sottolinea poi che nella definizione del fabbisogno standard i coefficienti di correzione devono essere individuati attraverso tecniche statistiche a partire dai dati di spesa storica dei singoli Enti, tenendo conto anche della spesa relativa ai servizi esternalizzati o svolti in forma associata (art. 13 c. 1 lett. d). Il *totale* dei fabbisogni standard (di parte corrente e di parte capitale) va quindi perequato per differenza con le entrate standardizzate, calcolate cioè ad aliquota e base imponibile standard. La rappresentazione economica analitica del disegno è stata accuratamente formulata da Petretto [2009] nella sua *matematica (ipotetica) della legge delega sul federalismo fiscale*. Tuttavia, non è chiaro nella legge se il *totale* dei fabbisogni si possa calcolare come somma dei fabbisogni per singole funzioni.

Si tratta di una disaggregazione non escludibile.

Il recente rapporto dell'Isae *Finanza pubblica e Istituzioni* di giugno 2009, prendendo come base di riferimento i Certificati di conto consuntivo rilevati dal Ministero dell'interno ha provato a simulare il fabbisogno di spesa standard da assumere come *benchmark* per i Comuni appartenenti alle Regioni a statuto ordinario. L'esercizio di stima, definito nello stesso rapporto un'analisi sommaria, parte dal presupposto che le variabili utilizzate non permettono di discriminare gli Enti né sulla base delle prestazioni offerte e loro qualità, né in funzione delle preferenze locali. Ciò impedisce di definire una funzione di costo e di rilevare le inefficienze.

L'esercizio di fatto si riduce nel regredire la spesa pro-capite E_i^3 in funzione del vettore delle caratteristiche esogene Z_i^4 e di una *proxy* delle preferenze espresse dall'autonomia

³ La spesa è stata definita al netto degli interessi, dei contributi e trasferimenti correnti da parte della regione di appartenenza senza vincoli di destinazione per le funzioni delegate e vincolata per effetto di trasferimenti specifici da parte dell'Ue o organismi internazionali, e delle spese straordinarie che hanno carattere occasionale.

⁴ Il vettore delle caratteristiche esogene include indicatori demografici (inversa della popolazione, anziani sopra i 65 anni, convivenze e densità abitativa), indicatori economici (tasso di occupazione nel settore manifatturiero,

impositiva⁵. Quest'ultima in quanto variabile endogena (per la simultaneità tra le decisioni di spesa e di entrata) ha reso necessaria una regressione a due stadi⁶. Il valore di *benchmark* per ciascun ente è pertanto ottenuto sommando il prodotto dei coefficienti stimati per il valore delle variabili esplicative significative⁷. Le stime indicano che i Comuni della Lombardia, dell'Emilia Romagna, del Piemonte della Toscana dovrebbero ridurre la loro spesa storica, insieme a Campania e Basilicata. Un dato che sembra ricordare lo storico effetto della redistribuzione delle risorse a favore del Centro-Nord [Pisauro, 2009]. Ma le stime non sono in grado di indicare se ciò dipenda da fattori di inefficienza o da una migliore qualità e quantità dei servizi erogati, facendo venir meno il principio di comparazione e valutazione dell'azione pubblica secondo criteri di efficienza e efficacia (art. 2, c.2, lett. f). La mancanza di questo controllo vanifica le stime.

Ancor più grave è il fatto che nell'esercizio della stima del fabbisogno standard dei Comuni non si procede ad una disaggregazione per singole funzioni di spesa (procedura per esempio utilizzata nel Regno Unito, cfr. Shah, 2007), per l'inaffidabilità dei dati, seppure la legge non la esclude. L'aspetto più problematico della riforma continua infatti ad essere costituito proprio dalla necessità di organizzare un sistema coordinato e condiviso di rilevazione dei dati secondo definizioni e classificazioni omogenee, che non può limitarsi ai soli dati contabili o ambientali o ancora alle caratteristiche demografiche e socio-economiche, ma deve entrare nel merito della produzione dei servizi ovvero degli input, degli output e degli outcomes delle singole funzioni delegate agli Enti locali, per permettere di valutare anche il grado di efficienza tecnica ed economica.

È importante sottolineare, nel quadro della legge delega, che costi e fabbisogni standard insieme agli obiettivi target dei LEP e delle funzioni fondamentali assumono un ruolo di *benchmark* all'interno di un Patto di convergenza. Qualora in sede di monitoraggio si accerti il non raggiungimento degli obiettivi fissati, lo Stato dovrebbe predisporre un *Piano per il conseguimento degli obiettivi di convergenza* volto ad accertare le cause degli scostamenti e a stabilire le azioni correttive da intraprendere (art. 18). Come definire questo *benchmark* di spesa verso cui far convergere le diverse realtà è allo stato attuale una questione controversa, soprattutto in ragione del fatto che in esso si accavallano sia la definizione dei costi standard propria del LEP che quella del fabbisogni standard da assumere per le funzioni fondamentali degli enti locali.

Al di là degli approcci adottati sembrerebbe utile cominciare a mettere insieme tutte le risorse dedicate alla non autosufficienza – la spesa storica, da cui inizialmente non si può prescindere – indipendentemente dal livello di governo cui è affidata la gestione della spesa, ovvero quella di competenza centrale legata alle indennità di accompagnamento, quella sanitaria di

occupati nel settore alberghi e ristoranti, unità locali procapite, abitazioni procapite), indicatori territoriali (superficie territoriale, dummy per mondanità dei comuni) e indicatori di contesto istituzionale (dummy per comune capoluogo).

⁵ Per le preferenze locali sono considerate le entrate tributarie procapite al netto del gettito della compartecipazione Irpef, assimilabile ad un trasferimento statale, e la somma degli utili netti delle aziende partecipate e dei dividendi di società analoghe e altri proventi dell'Ente.

⁶ Le entrate tributarie procapite riferite alle preferenze locali sono state pertanto strumentate con il reddito imponibile medio relativo al gettito di compartecipazione Irpef.

⁷ Da osservare che probabilmente in questa regressione poteva essere più corretto definire lo standard di ciascun ente applicando la metodologia RES, ovvero mantenendo la *proxy* delle preferenze locali a valore medio e facendo variare le Z_i .

competenza delle Asl per l'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare, e quella più propriamente assistenziale conferita ai Comuni.

Il vantaggio di questa riunificazione consisterebbe nel trattare la materia della non autosufficienza in forma coordinata tra i diversi livelli di governo. In tal modo, le risorse, da considerare come fabbisogno definito a livello macroeconomico, dovrebbero essere indirizzate attraverso il Patto e i Piani di convergenza verso un'opportuna e *vincolante* riallocazione: si dovrebbero cioè indurre le Asl, in particolare quelle del Sud ad ampliare i servizi per i non autosufficienti evitando che la loro spesa ricada sull'ospedaliera come spesso avviene, e gli Enti locali, a ristrutturare la composizione delle spese per le funzioni fondamentali con opportuni vincoli e adempimenti (e.g. le funzioni generali a Sud). Resta tuttavia di estrema importanza indirizzare l'azione di governo all'interno del Patto di convergenza verso l'associazione dei Comuni per la fornitura di servizi sociali che per poter operare in modo efficiente ed efficace necessitano di rivolgersi ad un numero ottimale di beneficiari, cercando di sfruttare i fattori di scala.

A sostegno di questa tesi, aiuta prendere ad esempio il patto di stabilità sanitario, ovvero l'insieme dei vincoli e degli adempimenti sanciti con l'intesa del 23 marzo del 2005 (e successive modificazioni) che ha permesso di recuperare efficienza nel settore. Patto che vincola il finanziamento a criteri di premialità (97% del finanziamento ex-ante) e penalità (innalzamento delle aliquote delle addizionali ai massimi livelli e restrizioni dei finanziamenti) e che sta producendo buoni risultati nella ristrutturazione della spesa sanitaria con la verifica ex-post nei tavoli di monitoraggio [Caruso e Dirindin, 2008 e 2009].

3. Quale informazione è allo stato attuale disponibile per il policy maker?

Il presente paragrafo tenta di ricomporre le risorse per la funzione che interessa il sostegno per la non autosufficienza. Sul piano macroeconomico, per finalità sovranazionali, la Ragioneria generale dello Stato perviene a definire il perimetro della non autosufficienza mettendo insieme trasferimenti monetari e *in kind* forniti dai diversi livelli di governo. Si tratta di poste che a rigore dovrebbero essere rintracciate nei conti Sespros di contabilità nazionale. Un esercizio che però incontra non poche difficoltà.

Più dettagliatamente, per il livello centrale di governo si considerano i trasferimenti monetari collegati alle indennità di accompagnamento erogate dall'Inps. Per il livello regionale di governo (le Asl) si valutano le poste della spesa sanitaria rintracciabili nei modelli LA riferite al 100% dell'assistenza semiresidenziale, residenziale e della lungodegenza e al 90% dell'assistenza ambulatoriale e domiciliare, dell'assistenza psichiatrica e dell'assistenza ai tossico-dipendenti e alcolisti⁸. Bisogna sottolineare però che i modelli LA sono spesso costruiti a tavolino spalmando secondo percentuali definite la spesa rilevata nei modelli CE le cui voci non permettono di identificare con precisione la spesa che si vuole far ricomprendere nell'area della *Long term care*. Infine, per il livello locale di governo (prevalentemente i Comuni) in mancanza di informazioni dettagliate che impediscono di delimitare la non autosufficienza nei conti Sespros ci si serve dei trasferimenti in denaro degli enti decentrati (in buona parte riconducibili alle indennità di

⁸ Per maggiori dettagli metodologici si rimanda a RGS [2008] e Aprile e Vestri [2006, 2009].

accompagnamento gestite dalle Regioni a statuto speciale), delle prestazioni residenziali riservate agli ospiti che ricevono un significativo contributo pubblico socio-assistenziale nei presidi residenziali, e infine per le rimanenti prestazioni in natura non residenziali mediante il ricorso all'*Indagine sulle condizioni di salute* dell'Istat (la multiscopo) che rileva l'assistenza domiciliare di natura non esclusivamente sanitaria.

Ma cosa accade se dal livello aggregato della spesa ci si addentra nel merito delle differenze territoriali per le funzioni specificatamente assegnate agli Enti locali? Le informazioni disponibili, allo stato attuale, sono quelle rilevate dall'Istat con l'*Indagine sugli interventi e sui servizi sociali dei Comuni singoli e associati* che tuttavia soffre ancora di gravi lacune che non permettono di delimitare l'area della non autosufficienza.

Facciamo allora un passo indietro. Uno sguardo ai conti Sespros ci mostra che in dieci anni a fronte di una dinamica nominale del Pil pari al 32%, la spesa pubblica per la protezione sociale, pari a circa 367 miliardi nel 2007, è cresciuta del 36%. A ben vedere, lo scostamento è spiegato principalmente dalla difficoltà di comprimere la spesa sanitaria e dalle maggiori risorse dedicate all'assistenza (+45%). In termini di incidenza, le prestazioni previdenziali pesano sul totale della protezione sociale pubblica per il 66% nel 2007 contro il 71% nel 1997. L'incidenza della previdenza sul Pil non ha invece subito modificazioni restando invariata al 15,8%. Un quadro diverso caratterizza invece sanità e assistenza. La prima, come classificata dall'Istat, è passata nella composizione della spesa pubblica per la protezione sociale dal 22 al 26% con un'incidenza sul Pil dal 4,9 al 6,2%. La seconda dal 7 all' 8% in termini di protezione sociale e dal 1,5 al 1,9% in termini di Pil. Resta il fatto che la spesa per l'assistenza continua, come lo era 10 anni fa, ad essere fortemente squilibrata verso le prestazioni monetarie pensionistiche, in particolare quelle legate alle invalidità civili⁹. Queste ultime, come è noto, sono concentrate nel Sud del Paese e fungono spesso da vero e proprio ammortizzatore sociale. Tuttavia, questi dieci anni hanno assistito anche ad una crescita delle prestazioni sociali assistenziali monetarie (diverse dalle pensioni) erogate principalmente a livello centrale¹⁰ e in misura minore a livello locale, e delle prestazioni in natura prevalentemente erogate a livello locale, che complessivamente secondo i conti Sespros sono più che raddoppiate da 4,6 mld nel 1997 a 10 mld nel 2007, evidenziando una crescita di otto decimi di punti percentuali in termini di incidenza sulla protezione sociale (da 2% a 2,8%) e di tre decimi di punti sul Pil (da 0,4% a 0,7%).

⁹ L'accertamento della condizione di invalido civile è stata trasferita alle Regioni.

¹⁰ Occorre, sottolineare che buona parte dell'incremento della prestazioni monetarie registrate nella poste *Altri assegni e sussidi* sono erogate a livello centrale, incorporando sia gli assegni di maternità e per i tre figli disposti con la finanziaria del 2000, sia gli assegni una tantum per i nuovi figli nati disposti dalle finanziarie successive.

Tab. 1 - Prestazioni di protezione sociale - Istituzioni delle Amministrazioni pubbliche (mln di euro) - Anni 1997 e 2007

FUNZIONE E TIPO DI PRESTAZIONE	1997	1997 %PS	1997 %Pil	2007	2007%PS	2007%Pil	Var 97-07
SANITA'	51.885	22,2	4,9	94.678	25,8	6,2	45,2
<i>Prestazioni sociali in natura</i>	<i>51.885</i>	22,2	4,9	<i>94.678</i>	25,8	6,2	45,2
<i>corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market:</i>	<i>18.729</i>	8,0	1,8	<i>38.876</i>	10,6	2,5	51,8
- Farmaci	6.016	2,6	0,6	11.579	3,2	0,8	48,0
- Assistenza medico-generica	3.436	1,5	0,3	6.052	1,6	0,4	43,2
- Assistenza medico-specialistica	1.596	0,7	0,2	3.666	1,0	0,2	56,5
- Assistenza osped. in case di cura private	4.418	1,9	0,4	9.187	2,5	0,6	51,9
- Assistenza protesica e balneotermale	2.855	1,2	0,3	4.107	1,1	0,3	30,5
- Altra assistenza	408	0,2	0,0	4.285	1,2	0,3	90,5
<i>corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market:</i>	<i>33.156</i>	14,2	3,2	<i>55.802</i>	15,2	3,6	40,6
- Assistenza ospedaliera	26.121	11,2	2,5	43.704	11,9	2,8	40,2
- Altri servizi sanitari	7.035	3,0	0,7	12.098	3,3	0,8	41,8
PREVIDENZA	165.684	70,9	15,8	243.139	66,3	15,8	31,9
<i>Prestazioni sociali in denaro</i>	<i>165.684</i>	70,9	15,8	<i>243.139</i>	66,3	15,8	31,9
- Pensioni e rendite	148.869	63,7	14,2	216.380	59,0	14,1	31,2
- Liquidazioni per fine rapporto di lavoro	4.539	1,9	0,4	8.297	2,3	0,5	45,3
- Indennità di malattia, per infortuni e maternità	2.857	1,2	0,3	5.823	1,6	0,4	50,9
- Indennità di disoccupazione	3.477	1,5	0,3	4.831	1,3	0,3	28,0
- Assegno di integrazione salariale	843	0,4	0,1	833	0,2	0,1	-1,2
- Assegni familiari	4.244	1,8	0,4	6.427	1,8	0,4	34,0
- Altri sussidi e assegni	855	0,4	0,1	548	0,1	0,0	-56,0
ASSISTENZA	16.072	6,9	1,5	29.061	7,9	1,9	44,7
<i>Prestazioni sociali in denaro</i>	<i>12.119</i>	5,2	1,2	<i>22.145</i>	6,0	1,4	45,3
- Pensione sociale	1.862	0,8	0,2	3.733	1,0	0,2	50,1
- Pensione di guerra	1.356	0,6	0,1	1.095	0,3	0,1	-23,8
- Pensione agli invalidi civili	7.375	3,2	0,7	12.933	3,5	0,8	43,0
- Pensione ai non vedenti	768	0,3	0,1	1.008	0,3	0,1	23,8
- Pensione ai non udenti	123	0,1	0,0	161	0,0	0,0	23,6
- Altri assegni e sussidi	635	0,3	0,1	3.215	0,9	0,2	80,2
<i>Prestazioni sociali in natura</i>	<i>3.953</i>	1,7	0,4	<i>6.916</i>	1,9	0,5	42,8
<i>corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market</i>	<i>1.733</i>	0,7	0,2	<i>2.846</i>	0,8	0,2	39,1
<i>corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market</i>	<i>2.220</i>	1,0	0,2	<i>4.070</i>	1,1	0,3	45,5
TOTALE PROTEZIONE SOCIALE	233.641	100,0	22,3	366.878	100,0	23,9	36,3
PIL nominale	1.048.766			1.535.540			31,7

Fonte: ISTAT

All'interno dei conti della protezione sociale, ai fini delle comparazioni internazionali è diventato necessario individuare le risorse dedicate alla spesa per la non autosufficienza. Secondo la definizione data dall'Ocse [2006], la spesa *Long term care* (LTC) include tutti quegli interventi rivolti a persone "dipendenti" (disabili o persone anziane) che non sono in grado di compiere, con continuità, le normali attività della vita quotidiana senza un aiuto esterno. Nelle classificazioni internazionali queste attività possono essere definite come *Activities of daily living* (ADLs), intese come autonomia nella tutela della cura della persona (mangiare, vestirsi, lavarsi e così via), oppure come *Instrumental activities of daily living* (IADLs), ovvero come autonomia nel provvedere alla cura della propria dimensione domestica, sociale o anche economica (dal prepararsi un pasto, alla capacità di andare a fare la spesa, fino alla capacità di amministrare risorse economiche).

Entro questa cornice, lo stesso manuale *System of health accounts* (SHA) traduce l'intervento pubblico, che assume contenuti di natura sia sanitaria che socio-assistenziale, come la sintesi di due forme di trasferimenti erogabili a qualsiasi livello di amministrazione: monetari e *in kind* (prestazioni socio-sanitarie o socio-assistenziali in natura)¹¹.

Con riguardo al sistema italiano, la spesa LTC stimata dalla Ragioneria generale dello Stato¹² [2008] ammonta per il 2007 complessivamente a 25,6 miliardi di euro pari all'1,7% del Pil (per i 2/3 attribuibile agli anziani con più di 65 anni), e somma tre componenti: la componente sanitaria a carico del SSN, come sopra definita, con un'incidenza pari al 49%; le indennità di accompagnamento erogate dall'Inps agli invalidi civili, ciechi e sordomuti che pesano per il 42% e i cui criteri di erogazione sono indipendenti non solo dai requisiti reddituali/patrimoniali ma anche da vincoli di utilizzazione; e, in forma residuale, gli interventi socio-assistenziali erogati a livello locale agli anziani e ai disabili che si traducono principalmente in prestazioni in natura (del tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare), e in minima parte in prestazioni monetarie, come per esempio i *voucher* e gli assegni di cura. Ne deriva che il 90% della spesa è rappresentato dalle prime due componenti che incidono rispettivamente per 0,8 e 0,7 punti percentuali di Pil.

In particolare, se il 12% dell'intera spesa sanitaria, ovvero circa 12,5 miliardi, è attribuibile secondo le stime della RGS alla componente sanitaria LTC, quest'ultima è costituita al 70% da prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari rivolte ad anziani e disabili con profili di consumo concentrati nella popolazione con più di 75 anni. Ciò vale anche per la quasi totalità dei trasferimenti monetari riferibili alle indennità di accompagnamento rivolti agli invalidi civili e ai ciechi. Le previsioni della RGS al 2060 stimano che queste due componenti insieme dovrebbero registrare un incremento di 1,5 punti percentuali di Pil, determinando un'incidenza che si porterebbe al 3% del Pil.

Maggiori difficoltà risente la delimitazione del perimetro della componente locale della spesa LTC, ovvero quell'insieme eterogeneo di prestazioni erogate prevalentemente dai Comuni, in forma diretta o anche attraverso servizi esternalizzati, quantificata in maniera imprecisa nelle poste contabili della funzione *assistenza* in corrispondenza degli eventi *invalidità* e *vecchiaia* nei conti Sespros della Contabilità nazionale. Più specificatamente, si tratta di 2,7 miliardi nel 2007 secondo

¹¹ Al riguardo si veda OCSE [2008] che nella classificazione funzionale SHA della spesa per LTC include principalmente 3 categorie: componente sanitaria relativa ai servizi di cura tutelare, componente sociale di servizi *in kind* come categoria più ampia di quella IADL (inclusendo per esempio anche i servizi speciali di educazione scolastica per i portatori di handicap), e infine componente monetaria collegabile alle condizioni di salute.

¹² Nell'ambito della RGS, l'ispettorato IGeSpeS svolge le funzioni di monitoraggio della spesa per le prestazioni sociali sia a livello nazionale che internazionale, valutando l'impatto del processo di invecchiamento sulla finanza pubblica.

gli ultimi dati pubblicati dall'Istat, che confluiscono nella voce *assistenza sociale*, dove si collocano le prestazioni in natura residenziali e non residenziali, e in quella *altri assegni e sussidi*, dove troviamo i trasferimenti monetari. Occorre precisare che la classificazione della spesa dei Comuni dedicata all'assistenza non permette di articolare l'ammontare complessivo delle spese per singole funzioni di intervento e a tal fine la Contabilità nazionale ricorre a stime in funzione degli occupati per branche di attività economiche legate all'assistenza sociale.

Per la previsione di questa terza componente invece la RGS procede come prima premesso, proiettando il profilo di spesa per età e per sesso dei trasferimenti locali legati alla non autosufficienza, dei contributi socio-assistenziali degli ospiti in strutture residenziali, e infine stimando dalla Multiscopo dell'Istat le prestazioni domiciliari di natura non esclusivamente sanitaria. Tali proiezioni indicano il raddoppio dell'incidenza di questa componente che si attesterebbe nel 2060 allo 0,3% del Pil e che insieme alle altre componenti precedentemente indicate estenderebbe la spesa pubblica per LTC complessivamente dall'attuale 1,7 al 3,3% del Pil¹³.

Articolando il quadro per macro funzioni, è facile verificare come la spesa LTC sia fortemente squilibrata verso le prestazioni monetarie (circa il 50% della spesa LTC a favore degli anziani sopra i 65 anni). Nella composizione per servizi sull'intera popolazione non autosufficiente prevale la spesa per l'assistenza domiciliare, mentre considerando solo la popolazione anziana il peso della spesa dell'assistenza residenziale, più costosa, supera quello dell'assistenza domiciliare (cfr. Tabella2).

Tab. 2. Spesa LTC in % del Pil - Anno 2007

	Totale in % Pil	Totale Comp. %	65+ in % Pil	65+ Comp. %
Componenti				
Componente sanitaria	0,81	0,49	0,46	0,41
Indennità di accompagnamento	0,70	0,42	0,54	0,48
Altre prestazioni LTC	0,16	0,10	0,12	0,11
	1,66	1,00	1,13	1,00
Macrofunzioni				
LTC domiciliare	0,51	0,31	0,26	0,23
LTC residenziale	0,44	0,27	0,31	0,27
LTC prestazioni monetarie	0,71	0,43	0,55	0,49
	1,66	1,00	1,13	1,00

Fonte: RGS

¹³ Le proiezioni si basano su profili costanti o meglio prescindono da ipotesi di miglioramento dell'aumento della speranza di vita in buona salute.

Mettere insieme le tessere del mosaico che compongono la spesa dei diversi livelli di governo, da cui sono tratte le informazioni per la stima della spesa LTC, così come fa la Ragioneria generale dello Stato potrebbe non bastare se dal piano macroeconomico ci si volesse spostare sul piano microeconomico dell'informazione per la misurazione del fabbisogno e per il monitoraggio dei LEP da garantire su tutto il territorio nazionale.

E allora diventa necessario entrare nel merito delle differenze territoriali, tra le Regioni ed entro le Regioni. Differenze che interessano sia la sfera della spesa e del finanziamento delle prestazioni che hanno implicazioni sulla misura del fabbisogno standard, sia quella della produzione dei servizi i cui costi standard, a rigore, dovrebbero essere regolati da criteri di efficienza, efficacia ed appropriatezza.

E' utile al riguardo guardare alla sanità. Il settore sanitario rappresenta la punta avanzata del decentramento fondato sul riconoscimento delle diversità. Il fabbisogno sanitario, a garanzia dei LEA di tutta la popolazione, viene determinato a livello macroeconomico nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica, per poi essere ripartito per macro livelli di assistenza (prevenzione, assistenza territoriale, assistenza ospedaliera) e sotto-livelli, utilizzando il sistema capitaro ponderato, introdotto dalla l. 662/96, con pesi che tengono conto di indicatori di consumo per classi di età e di indicatori di bisogno. Il criterio del finanziamento degli Enti sub-centrali sottostante al fabbisogno nazionale determinato al livello macroeconomico, corrisponde dunque a una sorta di metodo RES (senza regressione) con correttivi normativi oggetto spesso di contrattazione politica. D'altro canto la produzione dei servizi deve rispondere a criteri di efficienza e appropriatezza delle cure ed è remunerata con il sistema tariffario che tuttavia non è sempre di facile applicazione e soprattutto non è applicato ai presidi ospedalieri alle dirette dipendenze delle Asl.

L'ingente ammontare di risorse pubbliche mobilitato dalla sanità, che oramai superano i cento miliardi di euro, ha reso da tempo necessario dotare il settore di un sistema informativo avanzato e in continuo miglioramento. Il sistema di monitoraggio della spesa sanitaria evidenzia tuttavia ancora forti carenze informative per le prestazioni socio-sanitarie, perché carente è stata la programmazione nazionale in quest'area che si interseca fortemente con quella socio-assistenziale, nonostante il mutamento dei bisogni legati all'invecchiamento abbia indirizzato il drenaggio di risorse dall'ospedaliera verso la distrettuale.

Che dire invece del settore socio-assistenziale? In quest'area, la determinazione di un fabbisogno macroeconomico non esiste e la spesa è governata in modo scoordinato per l'indifferenza del *policy maker* che si è dimostrata su due fronti. Sul primo, quello dei trasferimenti monetari erogati dal livello centrale (le indennità di accompagnamento pagate dall'Inps), se è vero che le informazioni rilevate permettono di conoscere puntualmente la distribuzione territoriale dei beneficiari (per numerosità e dimensione finanziaria), ciò non è servito ad indirizzare il *policy maker* verso la riorganizzazione di questi trasferimenti per un'allocazione più rispondente al grado di bisogno dei soggetti da tutelare (al riguardo si rimanda a Lamura e Principi in questo rapporto).

Sull'altro fonte, quello dell'assistenza sociale erogata a livello locale, invece, probabilmente a causa delle limitate risorse ad essa dedicate, si è trascurata a lungo la necessità di dotarsi di un sistema informativo e con esso anche della prerogativa di guidare l'azione politica, lasciando le amministrazioni locali libere di scegliere la quota di bilancio da riservare alla materia e con essa

l'allocazione territoriale delle risorse. Carenza informativa per un settore sofferente, ben chiara al momento del varo della l. 328/00 che, nel disciplinare una politica nazionale socio-assistenziale per la rete dei servizi, non poteva che limitarsi ad individuare le aree di intervento per i livelli essenziali di assistenza sociale, programmando nello stesso tempo un sistema informativo (art. 21 della l. 328/00) strettamente collegato a quello sanitario. Tale sistema informativo avrebbe dovuto costituire la base comparativa tra le Regioni ed entro le Regioni per verificare che i trasferimenti provenienti dal nuovo Fondo nazionale per le politiche sociali a favore degli enti decentrati fossero a titolo di cofinanziamento e non sostitutivi delle risorse dedicate all'assistenza, ma soprattutto la sua costruzione avrebbe dovuto essere funzionale all'introduzione di forme di monitoraggio, di verifica e di valutazione dei costi e dei risultati delle politiche assistenziali, oltre che sostenere il processo decisionale di tutti i livelli di governo nella lettura del fabbisogno.

Passi in avanti in questa direzione sono stati fatti con l'*Indagine sugli interventi e sui servizi sociali dei Comuni singoli e associati*, nata appunto per rimediare alle carenze informative.

L'indagine, ormai a regime, ha confermato, anche per il settore sociale, la nota frattura che caratterizza il nostro Paese. La tabella 3 raffronta per l'anno 2005 la distribuzione territoriale della spesa sanitaria complessiva, della spesa sociale erogata dai Comuni (riportando anche la sua incidenza sulla spesa corrente di competenza) e della distribuzione territoriale dei beneficiari dell'indennità di accompagnamento. Si osserva per la spesa sanitaria che il rapporto in termini pro-capite tra Bolzano (che spende di più) e la Calabria (la regione che spende meno) è pari a 1,4. Tale rapporto scende a 1,2 se il numeratore è sostituito con l'Emilia Romagna e addirittura a 1,1 se il termine di raffronto è rappresentato dalla Lombardia. Non si vuole entrare in questa sede nel merito della composizione della spesa sanitaria e della qualità delle prestazioni erogate che caratterizzano i modelli regionali di sanità, ma semplicemente mettere in evidenza che le differenze tra il Nord, il Centro e il Mezzogiorno del Paese in termini di spesa sanitaria non sono così accentuate come invece si può riscontrare sul fronte della spesa socio-assistenziale, dove il rapporto tra la regione che spende di più (Valle d'Aosta) e quella che spende di meno (sempre la Calabria) è addirittura di quasi 12 volte. Escludendo le Regioni a statuto speciale del Nord, si osserva che l'Emilia Romagna presenta una spesa 5,5 volte superiore a quella della Calabria, il rapporto scende a 4,5 se si considerano Toscana e Veneto, a 4 se si considera la Sardegna come eccezione tra le Regioni meridionali. In sintesi, la frattura tra le aree del Paese è fortemente accentuata: il coefficiente di variazione passa infatti da 0,1 nella distribuzione della spesa sanitaria a 0,8 in quella della spesa socio-assistenziale.

Per contro, se si guarda alla distribuzione dei beneficiari dell'indennità di accompagnamento – 1,7 milioni di persone di cui circa 1,3 percettori di pensioni diverse dall'invalidità civile, e 442 mila percettori di invalidità civile – si osserva, in rapporto alla popolazione, che la Calabria è superata solo dall'Umbria e che, eccezion fatta per il Molise, i beneficiari dell'indennità di accompagnamento sono prevalentemente concentrati nel Mezzogiorno d'Italia. Il coefficiente di variazione è in questo caso più contenuto, ovvero pari a 0,25, rispetto alla variabilità evidenziata dalla spesa sociale erogata a livello locale.

Tab. 3 - Spesa sanitaria pro-capite, Spesa sociale dei Comuni pro-capite (euro) e Beneficiari dell'Indennità di accompagnamento x 1000 ab. - Anno 2005

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Spesa sanità pro-capite (1)	% Spesa Sociale su spesa corrente	Spesa sociale pro-capite (2)	Beneficiari Accomp x 1000 ab.	Spesa sanitaria Ratio Regione- iesima /Calabria	Spesa sociale Ratio Regione- iesima /Calabria	Beneficiari Accomp. Ratio Regione- iesima/ Calabria
Piemonte	1.659	15,6%	128	25	1,16	4,74	0,62
Valle d'Aosta	1.821	21,2%	320	24	1,28	11,87	0,59
Lombardia	1.566	13,0%	104	23	1,10	3,86	0,58
Trentino - Alto Adige	1.877	18,8%	227	19	1,32	8,43	0,46
Bolzano - Bozen	2.047	n.d.	208	17	1,44	7,71	0,42
Trento	1.713	n.d.	246	20	1,20	9,12	0,49
Veneto	1.602	17,1%	120	24	1,12	4,45	0,60
Friuli - Venezia Giulia	1.648	17,8%	173	31	1,16	6,42	0,76
Liguria	1.827	9,9%	105	34	1,28	3,91	0,84
Emilia - Romagna	1.692	17,1%	149	29	1,19	5,51	0,73
Toscana	1.642	13,4%	121	30	1,15	4,47	0,75
Umbria	1.620	9,6%	81	47	1,14	3,02	1,16
Marche	1.539	12,1%	94	34	1,08	3,49	0,84
Lazio	1.912	12,0%	114	28	1,34	4,23	0,70
Abruzzo	1.725	8,2%	56	36	1,21	2,07	0,90
Molise	2.036	5,8%	42	27	1,43	1,55	0,66
Campania	1.669	5,3%	39	34	1,17	1,46	0,83
Puglia	1.514	6,9%	42	29	1,06	1,57	0,71
Basilicata	1.508	5,9%	41	31	1,06	1,52	0,76
Calabria	1.424	4,0%	27	40	1,00	1,00	1,00
Sicilia	1.558	9,4%	75	31	1,09	2,79	0,77
Sardegna	1.629	12,6%	110	37	1,14	4,09	0,91
Nord-ovest	1.621	13,4%	113	25	1,03	2,81	1,00
Nord-est	1.665	17,4%	146	26	1,06	3,64	1,05
Centro	1.753	12,3%	111	31	1,11	2,77	1,24
Sud	1.596	5,8%	40	33	1,01	1,00	1,33
Isole	1.576	10,2%	84	32	1,00	2,09	1,30
ITALIA	1.644	12,0%	98	29	1,04	2,44	1,17
ITALIA Valori assolti (mln di euro; persone)	96.327	-	5.741	171.248	-	-	-

Fonte: elaborazione su dati CE-SIS, Istat; Indagine sui comuni;

(1) Spesa sanitaria delle funzioni assistenziali sommate con i saldi della gestione straordinaria e con quelli dell'intramoenia

(2) Spesa sociale al netto della compartecipazione degli utenti e del SSN

Le differenze territoriali nella spesa locale socio-assistenziale sono ancora più marcate se si entra nel merito delle aree di intervento dell'indagine, recepite in ottemperanza alla l. 328/00, e delle tipologie di prestazioni. A titolo di esempio, per l'area *anziani* la Valle d'Aosta spende 62 volte più della Calabria, per i *disabili* Bolzano spende addirittura 66 volte di più. Anche escludendo le particolarità della spesa delle Regioni a statuto speciale del Nord, il rapporto Veneto/Calabria è di 12 a 1 in entrambe le aree, quello con l'Emilia Romagna di circa 9 a 1 per gli anziani e oltre 10 a 1 per i disabili. Sappiamo poi che nell'area anziani prevale l'assistenza domiciliare seguita dall'assistenza in strutture residenziali e in terzo luogo dai trasferimenti monetari locali, ma livelli e composizione sono molto diversificati da regione a regione e da zona a zona. Sintetizzando, nel Sud si spende poco, i Comuni non si associano per catturare economie di scala, si privilegia l'assistenza domiciliare socio-assistenziale, mentre gli assegni di cura e i buoni servizio a sostegno del lavoro di cura (lasciato alla responsabilità delle famiglie e delle donne in particolare) sono praticamente assenti, le strutture residenziali sono insufficienti e spesso non tutto il territorio è coperto dai servizi. A Nord, invece, si spende di più, all'assistenza domiciliare si affianca una notevole offerta di servizi residenziali, le famiglie ricevono sostegno nel lavoro di cura considerando che il 77% dei beneficiari dei *voucher* sono concentrati in Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, e le prestazioni sono diffuse sul territorio.

La forte variabilità nella produzione e nel finanziamento dei servizi sociali tra le Regioni, non si attenua all'interno delle Regioni stesse e all'interno dell'area dei distretti, e ciò dipende in misura rilevante dalle risorse che i bilanci comunali destinano alla spesa sociale. Al riguardo l'indagine Istat manca di tale elemento fondamentale tanto che comparare la spesa sociale di Modena, che vi destina circa la metà della spesa corrente in bilancio, con quella di Reggio Calabria non ha nessun senso. Mettere insieme Modena e Reggio Calabria non agevola la costruzione di un fabbisogno corretto ed appropriato perché non si tiene conto della quantità e della qualità delle prestazioni offerte che dipende dalle risorse impegnate nei bilanci degli Enti locali. Come prima sottolineato sarebbe invece opportuno separare le componenti esogene che influenzano i costi e i fabbisogni standard dalle spese attribuibili alle preferenze locali, cercando di isolare correttamente le inefficienze di produzione: ma per far ciò però è necessario tener conto degli output, ovvero di informazioni al momento non disponibili.

Per di più l'indagine Istat offre un quadro informativo incompleto. Con l'eccezione delle strutture residenziali, tra l'altro non classificate ma genericamente considerate, per le quali si rileva la cosiddetta spesa lorda includendo le quote di compartecipazione degli utenti e del SSN, i soggetti finanziatori non figurano nel quadro della produzione locale. L'indagine, inoltre, non delimita il perimetro della non autosufficienza e le risorse spese a tal fine si rintracciano tra le poste delle aree *anziani* e *disabili* con difficoltà e approssimazione.

Resta infine il grave limite nel nostro Paese di non riuscire a monitorare l'intera produzione locale dei servizi sociali, e con essa il suo finanziamento. Sfugge dal controllo difatti tutta quella spesa che non passa per l'attività o l'intermediazione dei Comuni, quale è per esempio quella collegata al grosso patrimonio delle ex-Ipab, come accuratamente si dimostra in Bosi, Guerra e Silvestri in questo rapporto. Il quadro della spesa sociale *locale* che ci restituisce l'*Indagine sugli interventi e sui servizi sociali dei Comuni* è quindi parziale, e andrebbe integrato con altre fonti informative quali quelle rappresentate dai bilanci delle ex-Ipab e da alcune voci del bilancio delle

Asl. In mancanza di una corretta valutazione delle risorse e della produzione complessiva nelle diverse realtà territoriali, la nostra visione per la determinazione di un fabbisogno standard per la non autosufficienza è strabica, e certamente non ci agevolano i 25,6 miliardi di spesa complessiva stimati dalla RGS.

4. La programmazione socio-sanitaria e la necessità di definire flussi informativi coerenti

Ancora più falsato è il quadro delle informazioni se si entra nel merito della definizione dei bisogni e della classificazione delle prestazioni in tutta quell'area che è a cavallo tra il sociale e il sanitario, i cui riferimenti normativi si trovano nell'art. 3-septies del d.lgs. 502/92¹⁴ e s.m.i., nel dpcm 14.2.2001 sull'integrazione socio-sanitaria¹⁵, e nel dpcm 29.11.2001 che ha provveduto a definire i LEA della sanità.

Vige in quest'area una forte eterogeneità regionale nelle modalità di autorizzazione, organizzazione e erogazione dei servizi. Nei diversi ambiti territoriali non esiste ancora un flusso informativo su scala nazionale delle prestazioni erogate, né un modello omogeneo di classificazione delle strutture. Per esempio la denominazione di RSA tra le strutture residenziali assume significati diversi e mal definiti rispetto alle case di riposo, alle residenze protette, alle strutture di lungo degenza etc., ostacolando una definizione appropriata dei LEP. Tra l'altro, nell'ambito residenziale gli standard quantitativi di offerta sono di difficile definizione poiché la domanda varia territorialmente in ragione di diversi fattori socio-economici e culturali e, soprattutto, è spesso inespressa in presenza di inadeguatezza e carenza dei servizi, restando condizionata all'offerta esistente delle strutture e alla disponibilità dell'assistenza domiciliare informale prestata in particolare dalle donne, soprattutto nel Sud del Paese.

Secondo la rilevazione Istat sui presidi socio-assistenziali (che non distingue tra quelli socio-sanitari o meramente sociali), i posti letto occupati da anziani ospiti in strutture residenziali ammontano a circa 230 mila a fine 2005, ovvero in media circa 20 pl x 1000 anziani di età superiore a 64 anni¹⁶. La variabilità territoriale anche in questo caso è molto elevata: dai 49 pl

¹⁴ L'art. 3-septies introdotto con il d.lgs. 229/99 distingue le prestazioni socio-sanitarie di particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria a carico delle Asl, le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria assicurate dalle Asl e ricomprese nei Lea, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di competenza dei Comuni.

¹⁵ Il decreto i criteri di finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie. Le quote che rientrano nei LEA sono a carico del SSN; per la parte restante, di competenza dei Comuni, è lasciata alla regione la definizione della partecipazione alla spesa da parte degli utenti nel rispetto della normativa sull'Isee. In particolare, per la non autosufficienza legata agli anziani il SSN si fa carico del 100% dell'assistenza in fase intensiva e delle prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva. Nelle forme di lungoassistenza residenziali e semiresidenziali il SSN copre il 50% del costo complessivo riconducibile alla retta dei servizi rispondenti agli standard regionale (o in alternativa il costo del personale sanitario e il 30% dei costi dell'assistenza tutelare), il restante 50% è a carico dei Comuni fatta salva la compartecipazione degli utenti prevista dalla normativa regionale e comunale. Per l'assistenza domiciliare il SSN si fa carico del 100% delle prestazioni medico-specialistiche-infermieristiche-riabilitative legate all'Adi e del 50% dell'assistenza domiciliare tutelare. L'assistenza domiciliare domestica è invece di competenza dei Comuni.

¹⁶ Secondo le indicazioni dell'UE lo standard di riferimento dell'offerta dovrebbe essere tra i 50-60 pl x 1000 anziani.

occupati a Trento, ai 4,5 della Campania, con un numero di pl del Nord che prevale sul Centro, che a sua volta prevale sul Mezzogiorno.

In ragione della forte integrazione tra le competenze sociali e quelle sanitarie, nel corso 2007 nell'ambito del Ministero della salute, la Commissione per la definizione e l'aggiornamento dei LEA¹⁷, ha prestato particolare attenzione al riordino delle prestazioni residenziali e semiresidenziali rivolte ai soggetti non autosufficienti.

Queste prestazioni sono state trattate con riferimento a quattro tipologie di utenti – anziani non autosufficienti; persone disabili giovani e adulte; persone con patologie psichiatriche; persone con patologie terminali – per ciascuna delle quali si è provveduto a fornire un'appropriata definizione delle prestazioni nonché una loro specifica classificazione.

Con riguardo all'area delle prestazioni residenziali e semiresidenziali rivolte agli anziani non autosufficienti, su cui la programmazione nazionale in passato è stata più carente, la Commissione ha proceduto a definire l'assistenza non in termini di singoli atti, bensì come *“il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio all'interno di idonee unità d'offerta accreditate”*¹⁸. Queste ultime sono intese come unità organizzative di risposta assistenziale che operano in strutture residenziali volte a fornire determinati livelli di assistenza e accreditate per specifiche funzioni¹⁹.

L'accesso alle prestazioni residenziali da parte degli utenti (dall'ospedale per gli acuti, da una struttura di post-acuzie o dal domicilio) dovrebbe essere regolato dai principi generali di universalità, equità ed appropriatezza. L'intensità della cura dei pazienti dovrebbe fondarsi su criteri oggettivi di valutazione multidimensionale (VMD), omogenei almeno su scala regionale (cosa che allo stato attuale non è), capaci di misurare il case-mix assistenziale in relazione ai bisogni dell'utente (sanitari, assistenziali, tutelari, psicologici e socio-economici) e alle sue variazioni nel tempo. La misura delle prestazioni dovrebbe essere valutata in termini di *giornata di assistenza* e la durata delle stesse non dovrebbe essere interpretata come indefinita ma prevedere la possibilità di reinserimento a domicilio in caso di recupero.

La valutazione multidimensionale a livello di Asl dovrebbe rappresentare la base del flusso informativo dei dati regionali e nazionali dell'assistenza residenziale e semiresidenziale. Le prestazioni ad esse riferite sono state quindi riclassificate in sei codici di attività che ne compongono i profili di offerta, in corrispondenza dei quali sono stati definiti gli standard qualificanti i servizi che costituiscono un requisito fondamentale per la qualità dei diritti esigibili, ovvero utili per la costruzione di indicatori di verifica finalizzati al monitoraggio dei Lea. La tabella 4 riporta lo schema implementato dalla Commissione LEA per alimentare il nuovo flusso

¹⁷ Nell'intesa del 23 marzo 2005, al fine di migliorare le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del SS, è stato stabilito che la definizione e il continuo adeguamento nel tempo dei contenuti informativi del NSIS, compresi i flussi informativi finalizzati alla verifica degli standard dei Lea, sono affidati alla Cabina di regia. La Cabina di regia è l'organo preposto alla *governance* del progetto Mattoni per la realizzazione del NSIS. Il progetto, che coinvolge direttamente le Regioni, oltre che il Ministero della salute, si articola in 15 aree e ha l'obiettivo di riordinare i sistemi informativi sanitari (classificazioni, codifiche, etc.) delle Regioni per garantire con un linguaggio comune la confrontabilità delle informazioni. La Commissione LEA oggetto del presente paragrafo ha predisposto il riordino dell'assistenza residenziale semiresidenziale e domiciliare nell'ambito del Mattone 12.

¹⁸ In corsivo è riportata la definizione recepita nel DM 17.12.2008 (si veda dopo).

¹⁹ È auspicabile che ogni struttura residenziale ottenga l'accreditamento per più livelli assistenziali e sia quindi sia organizzata in più nuclei.

informativo nazionale a supporto del monitoraggio e della programmazione nazionale e regionale concepito con la logica dell'omogeneità delle prestazioni.

La Commissione LEA si è spinta anche nel tentare di simulare un fabbisogno strutturale di offerta residenziale individuando uno standard nazionale pari 42,7 pl x 1.000 anziani. Tale fabbisogno è stato “corretto” in funzioni di indicatori ritenuti significativi²⁰ e quindi definito per ciascuna Regione con un *range* che varia da un massimo di 53,3 pl per la Liguria ad un minimo di 36,8 pl per la Campania. Sotto l'ipotesi di una copertura dell'80% del fabbisogno strutturale in 5 anni, l'impatto economico è stato stimato in circa 12,6 miliardi di euro ripartibili tra utenti e SSN in funzione delle modalità di attribuzione degli oneri in uso presso le singole Regioni. Tuttavia, la Commissione non ne ha ritenuto opportuno l'immediata applicabilità, in ragion del fatto che le Regioni non sono propense ad accettare standard di offerta definiti a livello nazionale senza che sia prima entrato a regime un sistema informativo sulla residenzialità e, soprattutto, senza che siano state definite le risorse disponibili per garantire LEA omogenei su tutto il territorio nazionale.

Tab. 4. Classificazione, standard qualificanti ed indicatori delle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti

Codice	Descrizione non autosufficienza	Standard	Indicatori (*)
R1	Prestazioni in Unità di Cure Residenziali Intensive per tipologie di pazienti in stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.	Guardia medica: h 24 Assistenza medica: 300 minuti / die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min	Numero p.l. per 1.000 anziani Numero di assistiti Tasso occupazione annuo medio N. pz in lista di attesa Durata media attesa
R2	Prestazioni in Unità di Cure Residenziali Estensive per tipologie di pazienti con elevata necessità di tutela sanitaria (cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc).	Assistenza medica: 160 minuti / die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 45 min	Numero p.l. per 1.000 anziani Numero di assistiti Tasso occupazione annuo medio N. pz in lista di attesa Durata media attesa
R2D	Prestazioni erogate in Nuclei Alzheimer a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui è richiesto un trattamento estensivo di carattere riabilitativo, riorientamento e	Assistenza: 120 minuti / die per nucleo Infermiere h 12 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 36	Numero p.l. per 1.000 anziani N. pz in lista di attesa Durata media attesa

²⁰

Tali indicatori riguardano la % di anziani che vivono soli su popolazione di riferimento compresa tra i 65 e 74 anni o dai 75 anni in su; la % di anziani con più di 75 su popolazione totale; la % di anziani poveri sul totale di anziani.

	tutela personale in ambiente "protesico".	min	
R3	Prestazioni in Unità di Cure Residenziali di Mantenimento per pazienti che necessitano di lungoassistenza, anche di tipo riabilitativo, che richiedono trattamenti con bassa necessità di tutela sanitaria.	Assistenza medica: 80 minuti / die per nucleo Infermiere h 8 Assistenza globale > 100 min. Assistenza infermieristica > 20 min	Numero p.l. per 1.000 anziani N. pz in lista di attesa Durata media attesa
SR	Prestazioni Semiresidenziali – Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni	Staff: Infermiere, OSS, Animazione Assistenza globale > 50 min.	Numero p.l. per 1.000 anziani N. pz in lista di attesa Durata media attesa
SRD	Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile.	Staff: Infermiere, OSS, Psicologo Terapia cognitiva e orientamento Assistenza globale > 80 min.	Numero p.l. per 1.000 anziani N. pz in lista di attesa Durata media attesa

Fonte: Ministero della Salute (2007)

(*) Ulteriori indicatori sono:

- tasso di occupazione medio dei posti letto accreditati;
- n. di nuove ammissioni annue su popolazione,
- n. Giornate di degenza su popolazione;
- durata media della degenza;
- % di ospiti provenienti da degenza per acuti;
- % di ospiti provenienti da unità di lungodegenza/riabilitazione;
- % di ospiti provenienti dal domicilio;
- % di ospiti dimessi e reinseriti a domicilio.

Nel merito delle ex-Ipab che in molte Regioni interessano più del 70% dell'offerta di servizi rivolti agli anziani, prevalentemente non autosufficienti, la Commissione LEA ha sottolineato per esse la necessità di adeguarsi agli standard strutturali ed operativi delle residenze sanitarie, pena la rinuncia a questa funzione di assistenza.

Un analogo percorso è stato seguito per il riordino dei LEA domiciliari che sono strettamente integrati con i servizi sociali dei Comuni. Per l'assistenza domiciliare di competenza sanitaria si è infatti cercato di caratterizzare i profili di cura domiciliare in funzione del bisogno, individuando criteri uniformi di eleggibilità, principali prestazioni, indicatori di verifica per il monitoraggio dei LEA e relativi costi.

Al riguardo, la Commissione ha provveduto a riallocare le cure domiciliari esclusivamente nei LEA dell'assistenza distrettuale, articolandole in tre tipologie: prestazionali, integrate e palliative.

Ne ha ribadito i requisiti fondamentali di accesso dettati non solo dalla non autosufficienza o fragilità ma anche da un adeguato supporto familiare o informale. Ha inoltre rimarcato che, come disposto dal decreto sull'integrazione socio-sanitaria, la presa in carico nei suoi aspetti essenziali deve caratterizzarsi per la valutazione multidisciplinare del paziente, attraverso sistemi standardizzati in grado di sintetizzare il quadro clinico-funzionale-sociale, finalizzata all'elaborazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), da monitorare periodicamente in funzione dei risultati.

La sintesi dei requisiti delle cure domiciliari è riportata nella tabella 5.

Tab. 5. Profili di cure domiciliari

Profilo	Descrizione	Standard	Indicatori
1. Cure domiciliari prestazionali	Prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato, spesso di tipo riabilitativo, che non presuppongono la presa in carico del paziente, né una valutazione multidisciplinare, bensì sono erogate perché il paziente presenta limitazioni funzionali che impediscono l'accesso ai servizi ambulatoriali.	Natura del bisogno: clinico funzionale; Intensità CIA=GEA/GdC (*) - Durata media - Impegno assistenziale: Infermiere (15-30') Riabilitazione (30') Medico (30') Operatività del servizio: 5gg su 7 8 ore die	-
2. Cure domiciliari integrate	Prestazioni medico-infermieristiche-riabilitative già definite nell'ADI la cui cura domiciliare è caratterizzata da un Piano Assistenziale Individuale (PAI) che presuppone una valutazione multidimensionale e la presa in carico del paziente con carattere di continuità ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (1° livello) o 6 giorni (2° livello)	Natura del bisogno: clinico funzionale sociale; Intensità CIA=GEA/GdC (*) 1° livello=fino a 0,30 2° livello=fino a 0,5 Durata media - 180 gg Impegno assistenziale: Infermiere (30-45') Riabilitazione (45') Medico (30-45') Operatore socio-sanitario (60-90') Dietista (30') Operatività del servizio: 1° livello=5 gg su 7; 8 ore die 2° livello=6 gg su 7; 10 ore die	- N. assistiti >= 65 anni / pop >= 65 anni =3,5% - N. assistiti >= 75 anni / pop >= 75 anni =7%

		da lun a ven; 6 ore die sabato;	
3. Cure domiciliari palliative	Prestazioni caratterizzate da elevata complessità e intensità del bisogno di cura definita nel PAI, rivolte a malati terminali, portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata, pazienti con necessità di nutrizione artificiale o di supporto ventilatorio invasivo, pazienti in stato vegetativo.	<p>Natura del bisogno: clinico funzionale sociale;</p> <p>Intensità CIA=GEA/GdC (*)</p> <p>3° livello > 0,50</p> <p>Malati terminali > 0,60</p> <p>Durata media</p> <p>3° livello=90 gg</p> <p>Malati terminali=60gg</p> <p>Impegno assistenziale:</p> <p>Infermiere (60')</p> <p>Riabilitazione (60')</p> <p>Medico (60')</p> <p>Psicologo (60')</p> <p>Operatore socio-sanitario (60-90')</p> <p>Dietista (60')</p> <p>Operatività del servizio:</p> <p>3° livello=7 gg su 7; 10 ore die da lun a ven; 6 ore die sabato e festivi; pronta disponibilità medica dalle h 8 alle h. 20</p> <p>Malati terminali =7 gg su 7; 10 ore die da lun a ven; 6 ore die sabato e festivi; pronta disponibilità medica dalle 24 ore</p>	<p>- N. malati assistiti a domicilio deceduti per tumore / N. malati deceduti per tumore per anno >=45%;</p> <p>- N. annuo di giornate di cure palliative per malati assistiti a domicilio deceduti per tumore</p> <p>- N. malati con tempo massimo di attesa tra segnalazione e presa in carico < 3 gg / N. malati curati a domicili con assistenza conclusa =80%</p>

Fonte: Ministero della Salute (2006)

(*) GEA= giornata effettiva assistita

GdC = giornate di cura (durata PAI)

CIA= coefficiente di intensità assistenziale

Il lavoro della Commissione LEA ha poi introiettato l'esperienza di alcune Regioni, che hanno identificato profili di costo medio mensile²¹ per gruppi omogenei di pazienti attraverso indicatori di complessità, di intensità assistenziale e durata del piano di cura, al fine di stimare le tariffe standard in funzione del case-mix dei differenti profili di cura utilizzabili per definire le risorse necessarie a garantire i LEA domiciliari. Un tipico approccio delle *best practices*.

²¹ Il costo medio mensile è ottenuto moltiplicando i valori di intensità assistenziale (CIA) per l'indicatore di complessità (GEA)*30gg.

Le due relazioni della Commissione LEA sono estremamente importanti non solo perché hanno dato centralità alla problematica della necessità di definire, classificare e qualificare con standard le prestazioni di offerta dei servizi sanitari in forma omogenea, dalla cui soluzione dipende il monitoraggio dei diritti esigibili secondo criteri di appropriatezza, ma anche perché costituiscono due esempi di valutazione del fabbisogno strutturale dell'assistenza residenziale e dei costi standard dell'assistenza domiciliare, fondati sulle *variabili ad hoc*, prescindendo dalla spesa storica che le diverse amministrazioni destinano a questi due importanti comparti di spesa sociale.

Tralasciando l'approccio utilizzato, in realtà le due relazioni hanno aperto un varco che permetterà di fare un grande passo in avanti nell'informazione necessaria per monitorare l'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare, e il recente dm 17.12. 2008 ne costituisce l'espressione. Il decreto infatti, nel recepire i due documenti della Commissione LEA, ha disciplinato l'istituzione di un sistema informativo nazionale per la *governance* delle due aree, fatto rientrare tra gli adempimenti del patto di stabilità sanitario cui le Regioni sono obbligate ai fini delle quote di finanziamento integrativo ai sensi dell'intesa del 23 marzo 2005. I nuovi flussi si inseriscono infatti nel *Sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali* (SIISI) nell'ambito del NSIS, che rappresenta la base di supporto per il monitoraggio, a tutti i livelli del SSN, dell'attività dei servizi, con particolare riferimento al volume di prestazioni, alle valutazioni delle caratteristiche dei beneficiari e dei loro *pattern* di trattamento.

Ma i nuovi flussi possono costituire un supporto fondamentale per la definizione di costi e fabbisogni standard, per la definizione di una possibile funzione di costo che come precedentemente sottolineato necessita di relazionare la spesa E_{ij} con gli output S_{ij} , oltre che con le variabili che permettono di isolare i fattori ambientali e le caratteristiche demografiche e socio-economiche Z_{ij} e con le variabili associabili alle preferenze locali F_{ij} . Una funzione di costo, cioè, in grado di guidare l'attività gestionale dei servizi secondo criteri di efficienza nell'uso delle risorse.

Nello specifico dell'assistenza residenziale e semiresidenziale erogata ad anziani o persone non autosufficienti, il nuovo sistema dettaglia le informazioni su tre dimensioni: per assistito, per struttura e per prestazioni. Più in particolare, i contenuti informativi da trasmettere al sistema nazionale sono distinti in due tracciati: il primo alimentato dai dati anagrafici dell'assistito e della struttura erogatrice, dai dati delle prestazioni erogate secondo la classificazione per codici di attività riportata nella tabella 4 e da tutte le informazioni riferite all'ammissione dell'assistito (data, struttura di provenienza, soggetto da cui parte l'iniziativa di inserimento, sue motivazioni e ripartizione della tariffa per quota SSN e per quota utente) e alla sua dimissione (data, tipologia etc.); il secondo gruppo è invece oggetto della valutazione o rivalutazione multidimensionale dei bisogni dell'assistito ed entra nel merito delle sue caratteristiche clinico-funzionali, sociali ed economiche.

Con riguardo ai flussi informativi dell'assistenza domiciliare sanitaria e socio sanitaria i contenuti informativi, anche in questo caso, sono suddivisi in due tracciati: l'uno riferito a tutti gli eventi sia della presa in carico del paziente (dai dati anagrafici del paziente, all'Asl erogante, al soggetto richiedente la presa in carico etc.), sia della valutazione della sua autonomia e dei suoi bisogni assistenziali finemente dettagliati; l'altro relativo ai diversi eventi di erogazione

dell'assistenza domiciliare (per tipologia di operatore e tipologia di prestazioni), di sospensione dell'assistenza o sua rivalutazione o conclusione.

Il due flussi informativi istituiti con il dm 17.12.2008 dovranno entrare a regime entro il 2011 e a partire dal 2012 saranno oggetto degli adempimenti nei tavoli di monitoraggio centrali della sanità. Si sottolinea, infine, che la programmazione nazionale concertata in Conferenza Stato Regioni il 25 marzo 2009 ha individuato la non autosufficienza come una delle aree di utilizzo delle risorse vincolate del Fondo Sociale Nazionale per la realizzazione di obiettivi di carattere prioritario. I progetti da presentare in quest'area devono essere finalizzati: ad incrementare i punti unici di accesso per la presa in carico dei soggetti non autosufficienti; a potenziare l'adozione dei PAI negli ambiti dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale; ad omogeneizzare negli ambiti territoriali i criteri di valutazione multidisciplinare; nonché ad istituire un sistema informativo nell'ambito del NSIS per l'assistenza domiciliare e per l'assistenza residenziale e semiresidenziale secondo quanto previsto dal dm 17.12.2008.

È dunque diventato chiaro che al centro dell'informazione e della misura deve essere posto il beneficiario delle prestazioni, in quanto titolare del diritto alla tutela che la Costituzione gli riserva.

Monitorare i volumi di offerta delle prestazioni riservate alle persone e come conseguenza l'attività delle strutture, a gestione diretta o convenzionata, appare un'utile opportunità per quantificare e qualificare la spesa contabilizzata negli bilanci dei soggetti erogatori dell'assistenza.

Tuttavia, dal sistema informativo dell'assistenza domiciliare sono però escluse le prestazioni avente carattere puramente sociale, come l'assistenza domiciliare domestica. Ciò rappresenta un grave limite che rappresenta l'ennesima prova della mancanza di integrazione fra sociale e sanitario (i provvedimenti di cui sopra sono della sanità), particolarmente censurabile quando si parla di interventi integrati.

5. Oltre il socio-sanitario, quali informazioni e quali risultati per quali LEA per i non autosufficienti?

È evidente che il percorso seguito per il monitoraggio delle prestazioni all'interno del SSN si dimostra in continuo miglioramento interessando anche quell'area socio-sanitaria a lungo trascurata. Programmazione e costruzione di nuovi flussi informativi nell'ambito del NSIS vanno di pari passo perché i secondi rappresentano lo strumento per valutare il grado di efficienza nell'utilizzo delle risorse e di rispondenza dei servizi a bisogni della popolazione. Informazioni che catturano i singoli eventi permettono infatti di articolare forme di aggregazione dei dati che consentono di costruire indicatori di struttura, di processo e di esito necessari per la *governance* istituzionale, tecnica e politica, complessiva del sistema. Il fatto che la sanità, e con essa il socio-sanitario, sia materia di competenza concorrente Stato-Regioni agevola questo percorso.

Che dire invece sul piano più propriamente socio-assistenziale, materia di competenza legislativa esclusiva delle Regioni? La legge delega n. 42/2009 in materia di federalismo fiscale esplicitamente indica che il fabbisogno dei LEA sia predeterminato sulla base di costi standard fissati dalla legge dello Stato da erogare in condizioni di efficienza e di appropriatezza su tutto il territorio nazionale, ma le informazioni oggi disponibili per le funzioni assistenziali sono ancora

esclusivamente quelle disciplinate dalla l. 328/2000, riferite cioè alle aree di intervento, limitate per definizione.

La non autosufficienza come noto è però un'area ibrida in cui i contenuti di natura socio-assistenziale si intersecano con quelli di natura sanitaria. Per poter provvedere alla definizione dei costi standard sono necessarie informazioni puntuali, fondate su criteri omogenei tali da permettere comparazioni corrette tra le diverse realtà locali. Seguire e tenere il passo con la sanità diventa allora di estrema importanza per qualificare e quantificare in maniera omogenea la domanda di assistenza e l'offerta di prestazioni traducibile in servizi socio-assistenziali, ovvero per verificare che la spesa degli enti sia allocata in modo appropriato.

È quindi auspicabile che si superino i limiti dell'indagine Istat, raccogliendo anche per le prestazioni socio-assistenziali informazioni sulle prestazioni per un corretto monitoraggio dei diritti esigibili dei soggetti assistiti. Questa esigenza è adesso ben chiara non solo nelle linee guida della legge delega che ha previsto l'istituzione di una banca dati comprendente indicatori di costo, di copertura e di qualità dei servizi da utilizzare per definire costi e fabbisogni standard e per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi di servizio (art. 5, c.1, lett. g), ma anche al *policy maker* che nell'ambito del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, attraverso una convenzione con alcune Regioni che vede come capofila la Liguria, sta sperimentando la creazione di un Sistema informativo nazionale sui servizi sociali per la non autosufficienza (SINA) attualmente, in mancanza dei decreti attuativi della legge delega, fatto rientrare nell'ambito del sistema informativo di cui all'art. 21 della l. 328/2000.

La particolarità e l'ambizione del progetto SINA sta nel voler integrare su base individuale – i beneficiari delle prestazioni – tre principali fonti informative: le prestazioni sanitarie rilevate nell'ambito del NSIS del SSN; le prestazioni sociali erogate dagli Enti locali, cercando di identificare anche il sostegno prestato a livello familiare o attraverso il ricorso al mercato (e.g. assistenti familiari); e, infine, i benefici economici erogati dall'Inps associati alle indennità di accompagnamento o ad altri emolumenti riferibili alle invalidità.

Una tale ambizione richiede di costruire o riorganizzare a livello locale i sistemi informativi seguendo regole standardizzate per pervenire alla definizione di un flusso essenziale e comune per tutte le Regioni finalizzato alla costruzione omogenea di indicatori sia a livello nazionale per la verifica dei LEA che per il supporto della programmazione regionale.

In sostanza, si tratta di fare una ricognizione dei sistemi informativi locali sulla presa in carico dei pazienti, già operanti e spesso molto evoluti in alcune realtà regionali, e di ricondurli ad unità, indipendentemente dalle amministrazioni che li gestiscono; riconciliarli quindi con i nuovi flussi informativi nazionali in materia di residenzialità e domiciliarità nell'ambito del NSIS (dm 17.12.2008); e, infine, raccordarli con le informazioni localizzate presso l'Inps sugli accertamenti delle disabilità, sui trasferimenti monetari (indennità di accompagnamento e emolumenti legati alle invalidità) ad essi associati, nonché sulle condizioni economiche dei beneficiari delle prestazioni custodite nel sistema informativo dell'Isee.

L'Inps sarà l'istituzione centrale dove risiederà la nuova banca dati, ma il futuro flusso informativo essendo stato pensato come un flusso bidirezionale permetterà di far interloquire il centro con la periferia attraverso la collettivizzazione dell'informazione tra i diversi livelli di governo (centrale, regionale, distrettuale, comunale). In realtà, l'avvio del progetto dopo la

ricognizione dei sistemi informativi locali, prevede proprio l'immediata disponibilità delle informazioni centrali verso il livello locale, come base di partenza per determinare il fabbisogno informativo minimo e omogeneo. Se però è vero che generalmente le Asl già dispongono di sistemi informatizzati che assumono come unità di rilevazione i beneficiari delle prestazioni e non dovrebbero sussistere problemi per le componenti sanitarie e socio-sanitarie, di cui abbiamo già dettagliato i contenuti, ciò non è scontato per l'assistenza di competenza locale dei Comuni, né per quella riferita ad altri enti erogatori di prestazioni a favore dei soggetti non autosufficienti, quali appunto le ex-Ipab. Diventa, quindi, necessario nel campo socio-assistenziale adottare un nomenclatore comune come presupposto per l'identificazione dei volumi delle prestazioni offerte, tale da permettere la comparazione e la valutazione dei servizi locali che operano nelle diverse realtà territoriali. Al riguardo il più ampio tentativo di classificazione delle prestazioni socio-assistenziale è costituito dal *Nomenclatore nazionale degli interventi e servizi sociali* del CISIS che per quanto elenco di prestazioni ancora molto aggregato e sostanzialmente coincidente con le voci dell'Indagine sulla spesa sociale dei Comuni, costituisce una buona base di partenza, tra l'altro condivisa dalle Regioni, da dettagliare ulteriormente per l'area della non autosufficienza.

All'interno del progetto SINA è stata inoltre inserita un'indagine pilota che assume come unità di rilevazione i Comuni, specificatamente intesa, attraverso l'invio presso gli Enti locali di rilevatori omogeneamente formati, a verificare la rispondenza dei sistemi informativi al fabbisogno minimo comune richiesto per la costruzione della nuova banca dati. Tale indagine è collegata all'indagine sulla spesa sociale dei Comuni. In sostanza, il questionario già inviato provvede ad identificare le disponibilità finanziarie per la non autosufficienza (nazionali, regionali e locali), la quantità e il profilo dei soggetti non autosufficienti, le prestazioni a tal fine erogate (sociali o socio-sanitarie) e la corrispondente spesa, le azioni promosse per favorire l'emersione del lavoro nero delle assistenti familiari, la compartecipazione alla spesa degli utenti, l'eventuale tariffazione delle prestazioni.

Se l'obiettivo è quello di identificare e valutare il sistema locale della non autosufficienza, limitarsi al solo coinvolgimento dei Comuni continua a dimostrarsi fuorviante. Il questionario in questione, opportunamente riformulato, dovrebbe interessare quanto meno anche le ex-Ipab, per dar conto delle risorse utilizzate e della produzione rivolta ai soggetti non autosufficienti.

Poiché il fine ultimo è quello di strutturare un sistema di raccolta delle informazioni per beneficiari delle prestazioni, le Regioni aderenti alla sperimentazione hanno il compito di presentare progetti per l'implementazione o l'adeguamento dei propri sistemi sulla non autosufficienza secondo un set minimo di fabbisogno informativo. Sul piano socio-sanitario si tratta di adeguarsi alle disposizioni del dm 17.12.2008. Sul piano più propriamente socio-assistenziale l'esigenza appare quella di considerare le *best practices* informative della presa in carico sociale sperimentate a livello locale senza tralasciare la verifica delle cure familiari o in loro sostituzione di quelle prestate dalle assistenti familiari, che costituiscono il sostegno principale per i bisogni della non autosufficienza.

In definitiva, auspicando che il progetto SINA non si areni, nel campo socio-assistenziale – troppo a lungo marginalizzato –diverrebbe possibile definire attraverso il nuovo flusso informativo gli standard quantitativi e qualitativi delle prestazioni da offrire indipendentemente dall'approccio che si vuole seguire. Se il riferimento vuole essere ad una funzione di costo diventa però necessario

riassestare l'indagine sulla spesa dei Comuni, o meglio non solo integrarla con le poste di cui è attualmente carente, ma anche con analoghe rilevazioni per gli altri attori coinvolti nel processo di produzione locale dei servizi sociali, in particolar modo quelli che si rivolgono ai soggetti non autosufficienti. Le nuove informazioni integrate sulla domanda e offerta delle prestazioni rappresenterebbero comunque un salto di qualità senza precedenti, fondamentale per il monitoraggio dei sistemi locali dei servizi sociali.

Queste rilevazioni microanalitiche sulle dimensioni di domanda, offerta costi e finanziamento dovrebbero rispondere alla valutazione di un modello completo [Bosi, Guerra e Silvestri, 2008; Servizi Nuovi, 2008] capace cioè sul piano tecnico-politico di azionare misure che evitino il sottodimensionamento dei LEP a livello territoriale. Logicamente misura e correzione non hanno nessun senso se non si dispone un notevole incremento di risorse da dedicare alla spesa sociale per i non autosufficienti, che non sono marginalmente ritagliabili dal settore sanitario, ma che necessitano di essere recuperate tra le funzioni sovradimensionate non solo a livello locale ma anche a livello centrale.

6. Oltre la natura tecnica, quella politica: quale modello per monitorare i diritti esigibili

La strada che si sta percorrendo sui sistemi informativi volge nella giusta direzione per improntare il sistema di monitoraggio dei LEP, a partire dal raccordo delle definizioni dei bisogni e delle classificazioni delle strutture, dei servizi e del dettaglio delle prestazioni.

Parlando un linguaggio comune nei sistemi informativi locali, regionali e nazionali diventa possibile censire il territorio e la sua rete di servizi, e valutarlo monitorandone, date le risorse spese e i servizi disponibili, la domanda espressa e gli interventi che la soddisfano. Attraverso opportuni indicatori di domanda, di offerta, di processo, di finanziamento a tutti i livelli di governo, si potrebbe giungere ad una più corretta comparazione tra le diverse realtà dei sistemi locali di *welfare*. Ma tutto ciò non basta per poter svolgere in forma appropriata le funzioni assegnate ai diversi livelli di governo: definire e monitorare i livelli essenziali delle prestazioni al livello centrale, programmare e coordinare le azioni sul territorio in risposta ai bisogni assistenziali al livello regionale, governare l'erogazione dei servizi secondo la corretta gestione delle risorse al livello locale.

Queste funzioni, infatti, sono fortemente interconnesse per la non autosufficienza, che si configura come un LEP molto particolare poiché la gestione della spesa attraversa tutti i livelli di governo. Pertanto, il fabbisogno non dovrebbe continuare ad essere trattato distintamente ma, come anticipato nel secondo paragrafo, necessita di un forte coordinamento "funzionale": la non autosufficienza appunto. Affrontare il problema per funzione eviterebbe di continuare a scaricare le responsabilità degli Enti locali sul governo della sanità – peraltro sotto pressione per le esigenze di finanza pubblica – e in particolare sulla spesa ospedaliera per RSA.

Se si vuole, peraltro, che i nuovi sistemi informativi che si stanno predisponendo, funzionali alla valutazione dell'intervento pubblico per la non autosufficienza, siano davvero pieni di contenuti sarebbe auspicabile che, al pari di quanto già avviene per il settore sanitario, si proceda all'avvio di

alcuni tavoli di monitoraggio, da far rientrare all'interno dei riferimenti del Patto di convergenza della legge delega.

Se da un lato è vero che la nuova veste dei trasferimenti deve affluire agli Enti locali senza vincolo di destinazione, in ragione della loro autonomia, dall'altro è anche vero che il vincolo si sposta sui livelli essenziali delle prestazioni, a garanzia dei diritti esigibili. È solo sulla base del contenuto forte dei livelli essenziali delle prestazioni che in forza della Costituzione, superando l'impasse delle vaghe aree di intervento identificate dalla l. 328/2000, può essere richiesto alle comunità locali, ovvero ai loro amministratori, di provvedere alla fornitura su tutto il territorio di servizi indispensabili seppur nel rispetto dei diversi bisogni locali.

E allora come strutturare il monitoraggio? La predisposizione di sistemi informativi per i beneficiari delle prestazioni monetarie e di servizio (l'output con parole un po' crude) rappresenta infatti solo la premessa del monitoraggio, che deve piuttosto entrare nel merito dei risultati (l'outcome) conseguiti dalle singole amministrazioni. Sicuramente il livello di governo centrale – lo Stato è il garante finale dei LEP – deve fare i suoi conti con i governi decentrati.

Nell'ambito dei decreti attuativi della legge delega sarebbe pertanto auspicabile entrare maggiormente nel merito del monitoraggio dei LEP, affrontando la questione nel *Patto di convergenza* dei costi e fabbisogni standard e degli obiettivi di servizio legati ai LEP e alle funzioni fondamentali con vincoli "forti" nelle norme di coordinamento dinamico da recepire nel disegno di legge finanziaria e in coerenza con gli obiettivi e gli interventi individuati nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Difatti, le *guidelines* della legge delega sottolineano che qualora in sede di monitoraggio²², effettuato in sede di Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica, si accertino scostamenti dagli obiettivi programmati, lo Stato attivi un *Piano di convergenza*, volto ad accertarne le cause ed ad individuare le azioni correttive da intraprendere, fornendo la necessaria assistenza tecnica e utilizzando il metodo delle migliori pratiche fra enti di pari livello.

Per il Governo centrale però prevedere di monitorare le funzioni degli oltre ottomila Comuni italiani verificandone gli output e gli outcomes di produzione appare impensabile e oltretutto non è auspicabile. Tanto più che il rapporto tra lo Stato e gli enti decentrati come sottolineato in Bosi, Guerra e Silvestri in questo rapporto, si configura come un contratto incompleto. Lo Stato non è in grado di definire tutte le modalità tecniche (vettore dei beni e servizi) per il raggiungimento del livello essenziale che di fatto resta condizionato alle scelte dei governi locali, ovvero al mix dei servizi territorialmente predisposti. Il Governo centrale può quindi solo attenuare il problema di asimmetria informativa di cui soffre, ex-post nella fase di monitoraggio. Ma a tal proposito parrebbe più appropriato strutturare il processo di monitoraggio dei LEP e delle funzioni fondamentali seguendo quel modello a cascata Stato/Regioni/Enti locali che stenta a decollare, cui la legge delega accenna quando apre alla possibilità di regole e vincoli concertati all'interno delle Regioni.

Indicativamente, a nostro avviso, il processo di monitoraggio dovrebbe essere articolato su due livelli. Il primo, da effettuare in sede di Conferenza permanente per il coordinamento

²²

Si osservi che la parola monitoraggio entra nel testo della legge delega una sola volta con riguardo al Patto di Convergenza di cui all'art.18.

della finanza pubblica (Stato *versus* Regioni) per verificare che il percorso di convergenza sia rispettato, o meglio che vincoli e adempimenti per una produzione di output essenziali secondo standard uniformi, funzionali ad una corretta definizione di costi e fabbisogni standard, siano rispettati. Il secondo, Regioni *versus* Enti locali che dovrebbe entrare finemente “dentro” il dettaglio non solo della misurazione di costi e fabbisogni e della qualità e quantità delle prestazioni offerte, ma anche più propriamente svolgere un’attività ispettiva degli aspetti amministrativo-gestionali e organizzativi che impattano sui risultati.

A tal proposito, appare utile qui richiamare l’esperienza inglese del CPA (*Comprehensive performance assessment*) quale strumento di controllo dell’attività degli enti locali e di valutazione delle loro *performance* affidato all’attività ispettiva di un’autorità indipendente (*Audit Commission*), descritto da Silvestri e Zuffi [2008]. Il meccanismo di valutazione si articola in quattro aree.

La prima, quella del *Corporate assessment*, si addentra nel merito della capacità di programmazione degli enti locali, le priorità, della capacità di sviluppare gli obiettivi, ovvero l’efficienza manageriale, e del loro grado di raggiungimento.

La seconda area giudica la gestione finanziaria delle risorse, *Use of resources assessment*, ma non si limita alla verifica al rispetto delle norme di contabilità e dell’equilibrio economico-finanziario annuale, piuttosto si concentra sulle manovre programmatiche strutturali che impattano sull’equilibrio di lungo periodo.

La terza area, quella del *Service assessment*, valuta invece il livello qualitativo e quantitativo dei servizi differenziando le politiche sociali (per l’infanzia e l’adolescenza e per la non autosufficienza), per le quali sono previste ispezioni specifiche di commissioni esperte in materia, dalle altre funzioni attribuite agli enti locali ispezionate dall’*Audit Commission*.

Le tre aree descritte sono valutate mediante punteggi che messi insieme alla fine sintetizzano il CPA. Infine, una quarta e ultima area, quella della *Direction of travel assessment*, racchiude i progressi conseguiti nelle tre aree precedenti e valuta la pianificazione strategica e la capacità dell’ente di concentrarsi sulle priorità.

Seppure il meccanismo non è esente da rischi – la possibilità di innescare comportamenti strategici in funzione dei punteggi di valutazione o la manipolazione degli indicatori – è istruttivo offrendo utili suggerimenti per l’implementazione degli obiettivi target dei LEP da assumere come *benchmarking* nel Patto di convergenza, e a maggior ragione per l’accertamento in sede di monitoraggio ex-post delle cause alla base delle discrepanze tra risultati e obiettivi del Governo centrale e delle necessarie azioni correttive da mettere a punto all’interno del Piano di convergenza.

La *necessaria assistenza tecnica* richiamata dalla legge delega, a nostro avviso, richiede però prioritariamente la formazione di valutatori esperti in grado di ispezionare l’attività degli enti locali. Si osservi che nel nostro Paese ancora oggi sia a livello locale che centrale, la valutazione è rimessa ai servizi di controllo interno: un’autovalutazione per intenderci. Tuttavia, obiettivi di servizio come *benchmarking* per i LEP e valutazione delle *performance* non sono sufficienti. Occorre innescare comportamenti virtuosi nell’attività degli enti decentrati di governo. Il Patto di convergenza nella sua *road map* deve poter prevedere la possibilità di vincolare il finanziamento agli obiettivi incentivando il rispetto dei target previsti per i LEP. Articolare, cioè, vincoli e adempimenti – come attualmente avviene nel rapporto Stato-Regioni per il patto di stabilità sanitario – secondo criteri premianti fondati sulla convergenza verso gli standard dei fabbisogni, delle quantità e della qualità

dei servizi in modo da indurre gli Enti locali ad una appropriata, efficiente ed efficace riallocazione delle risorse all'interno dei propri bilanci, e allo stesso tempo criteri sanzionatori rendendo costoso il mancato rispetto delle regole attraverso l'attivazione massima dell'autonomia impositiva locale in mancanza di adeguate manovre correttive, o addirittura provvedere al commissariamento obbligando a ristrutturare la spesa, come peraltro oggi avviene con Piani di rientro dei disavanzi della sanità. Tuttavia, in questo caso non si tratterebbe di contenere la spesa, quanto piuttosto aumentarla ed indirizzarla verso una maggiore quantità di servizi e una migliore qualità delle prestazioni secondo gli standard e gli obiettivi specifici fissati nel Patto e nei Piani di convergenza. Tutto ciò, si badi bene senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica. Detto in altri termini, i diversi livelli di governo che gestiscono la materia della non autosufficienza dovrebbero internalizzare i costi all'interno dei propri bilanci.

Un esercizio di ristrutturazione di non poco conto che necessita di essere affrontato con la dovuta assistenza tecnica, soprattutto perché la prassi della programmazione degli obiettivi e della valutazione dei risultati non è uniformemente diffusa tra le Regioni e men che meno tra gli Enti locali. Una vera e propria *spending review*, si direbbe nell'esperienza internazionale, ma senza andare troppo lontano i patti della sanità costituiscono oramai un'ottima prassi con l'attribuzione al processo di monitoraggio di un ruolo di centralità, con valenza politica oltre che tecnica. Prassi che necessita di essere maggiormente incisiva per i servizi socio-sanitari verso cui riallocare la spesa e che urge di un forte coordinamento con il piano socio-assistenziale delegato agli Enti locali. In questo quadro non dimentichiamo però che il livello di governo centrale dovrebbe fare i conti anche con se stesso, recuperando tra i suoi Stati di previsione le risorse necessarie per la riforma dell'indennità di accompagnamento.

7. Conclusioni

Nel contesto del decentramento delle funzioni e delle risorse ad esse assegnate, la legge delega n.43/2009, vincolando la perequazione dei LEP ai costi e ai fabbisogni standard e la loro misura al principio di comparazione e valutazione dell'azione pubblica secondo criteri di efficienza e efficacia, ha riportato al centro dell'attenzione la debolezza dei sistemi informativi nazionali. La definizione dei bisogni e la classificazione delle prestazioni e dei servizi risentono di una forte eterogeneità regionale. Mancano standard quantitativi e qualitativi di offerta. L'aspetto più problematico della riforma continua infatti ad essere costituito proprio dalla necessità di organizzare un sistema coordinato e condiviso di rilevazione dei dati secondo definizioni e classificazioni omogenee, che non può limitarsi ai soli dati contabili o ambientali o ancora alle caratteristiche demografiche e socio-economiche, ma deve entrare nel merito della produzione dei servizi ovvero degli input, degli output e degli outcomes delle singole funzioni delegate agli organi decentrati di governo.

Come definire costi e fabbisogni standard è una questione controversa nel dibattito della letteratura specialistica, ma nello stesso tempo una sfida impegnativa che la legge delega si propone. Qualsiasi metodologia si intenda adottare richiede che le rilevazioni sulla spesa siano

consegnate in modo da permettere di isolare i fattori esogeni che impattano sugli standard dalle inefficienze di produzione e dalla spesa collegabile alle preferenze dei governi locali. Diversamente il rischio di commettere errori nella misura di costi e fabbisogni standard appare molto elevato.

Nel gioco dei LEP definiti o da definire, tra le misure rientra il sostegno alla non autosufficienza. La spesa stimata dalla RGS per questa funzione ammonta complessivamente a 25,6 miliardi di euro e somma tre componenti: le indennità di accompagnamento di competenza centrale, la componente socio-sanitaria a carico del SSN e quindi delle Asl, e una componente socio-assistenziale di competenza prevalentemente dei Comuni difficilmente delimitabile. Questa spesa è governata in modo s coordinato non solo tra i livelli di governo, ma anche al loro interno.

Se infatti dal piano macroeconomico ci si sposta sul piano microeconomico dell'informazione per la misurazione di costi e fabbisogni e per il monitoraggio dei LEP da garantire su tutto il territorio nazionale, diventa necessario entrare nel merito delle differenze territoriali, che sono particolarmente accentuate sul terreno della spesa per l'assistenza sociale. In quest'area, la determinazione di un fabbisogno macroeconomico non esiste perché non è mai esistita una programmazione nazionale e la spesa in essa allocata è sempre stata lasciata alla libertà dei governi locali.

Inoltre, probabilmente a causa delle limitate risorse dedicate alla spesa per l'assistenza, si è trascurata a lungo la necessità di dotarsi di un sistema informativo nazionale e con esso anche della prerogativa di guidare l'azione politica. Passi in avanti in questa direzione sono stati fatti con *l'Indagine sugli interventi e sui servizi sociali dei Comuni singoli e associati*, che tuttavia presenta numerosi limiti e soprattutto fornisce un quadro parziale del finanziamento e della produzione locale. In ogni modo, se per la spesa sanitaria la divergenza in termini pro-capite tra la regione che spende di più e quella che spende meno è pari a 1,4 volte, essa sale a 12 volte per l'intera spesa socio-assistenziale, e addirittura a 62 volte per la quota sociale dedicata agli *anziani*. Si tratta di una forte variabilità nella produzione dei servizi che non si attenua all'interno delle regioni e dei distretti e che dipende in misura rilevante dalle quote dei bilanci comunali destinate alla spesa sociale e da quanto questa spesa viene fatta ricadere da un'impropria allocazione nel settore sanitario. Tutto ciò non agevola la definizione dei costi e fabbisogni standard soprattutto in ragione del fatto che la loro misurazione richiede la considerazione della quantità e della qualità delle prestazioni offerte: un'informazione incognita allo stato attuale.

In questa relazione si è voluto dare ampio spazio alla progettualità dei nuovi flussi informativi nazionali dell'area socio-sanitaria e socio-assistenziale. Con riguardo alla prima il grosso lavoro in seno alla Commissione per la definizione e l'aggiornamento dei LEA ha permesso di riordinare delle prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari di competenza sanitaria, in larga parte erogate ai soggetti non autosufficienti. Le relazioni della Commissione LEA sono estremamente importanti non solo perché hanno dato centralità alla problematica della necessità di definire, classificare e qualificare con standard e in forma omogenea le prestazioni dei servizi sanitari, dalla cui soluzione dipende il monitoraggio dei diritti esigibili secondo criteri di appropriatezza, ma soprattutto perché hanno aperto un varco che permetterà di fare un grande passo in avanti nell'informazione necessaria per monitorare i LEP associati alla non autosufficienza. Il recente dm 17.12. 2008 che ne costituisce l'espressione permetterà di rilevare a livello nazionale i volumi di offerta delle prestazioni riservate alle persone non autosufficienti, i loro *pattern* di trattamento e

come conseguenza l'attività dei servizi. Si tratta di un'utile opportunità per quantificare e qualificare la spesa contabilizzata negli bilanci. Tali flussi a regime possono costituire un supporto fondamentale per la definizione di costi e fabbisogni standard e per la definizione di una possibile funzione di costo in grado di guidare l'attività gestionale dei servizi secondo criteri di efficienza nell'uso delle risorse.

Porre al centro dell'informazione e della misura il beneficiario delle prestazioni, titolare del diritto alla tutela che la Costituzione gli riserva, e seguire il passo con la sanità è estremamente importante anche sull'altro fronte, quello più propriamente socio-assistenziale. In questa direzione volge l'ambizione del progetto SINA che sta tentando di strutturare un sistema informativo nazionale per le prestazioni socio-assistenziali da integrare sia con i nuovi flussi informativi socio-sanitari, sia con le informazioni riferite ai benefici legati alle invalidità che risiedono presso l'Inps.

Per completare il quadro informativo, a fini della definizione dei costi e dei fabbisogni standard è estremamente importante riassetare l'indagine sulla spesa dei Comuni. Integrarla cioè con le poste di cui è attualmente sprovvista, delimitare al suo interno la spesa per la non autosufficienza riordinando il nomenclatore delle prestazioni, ma soprattutto estenderla agli altri attori coinvolti nel processo di produzione locale dei servizi sociali, agevolando il processo di monitoraggio dei sistemi locali di produzione dei servizi sociali.

La cassetta degli attrezzi per la misura del sostegno alla non autosufficienza si sta riempiendo. Proprio per questo è fondamentale cominciare a mettere insieme tutte le risorse dedicate alla non autosufficienza – la spesa storica, da cui inizialmente non si può prescindere – indipendentemente dal livello di governo cui è affidata la gestione della spesa. Il vantaggio di questa riunificazione permetterebbe di cominciare a circoscrivere un fabbisogno macroeconomico e quella quota *uniforme per abitante corretta tenendo conto di fattori oggettivi di diversità* di cui la legge delega parla e verso cui i governi decentrati dovrebbero convergere.

Per essere più chiari, perché i nuovi sistemi informativi che si stanno predisponendo, funzionali alla valutazione dell'intervento pubblico per la non autosufficienza, siano pieni di contenuti è necessario procedere subito all'avvio di un accurato processo di monitoraggio dei LEP che deve assumere centralità all'interno di quel Patto di convergenza dei costi e fabbisogni standard e degli obiettivi di servizio legati ai LEP e alle funzioni fondamentali di cui parla la legge delega.

Un processo di monitoraggio che a nostro avviso non può essere limitato alla sede della Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica (Stato *versus* Regioni) per verificare blandamente che il percorso di convergenza sia rispettato, ma che necessita di entrare nel merito di una maggiore apertura alla possibilità di definire regole e vincoli all'interno delle Regioni, strutturando una vera e propria attività ispettiva sull'operato amministrativo, organizzativo e gestionale della finanza locale al fine di supportare con la *necessaria assistenza tecnica* l'avvicinamento verso i *benchmark* di spesa, di output e di qualità dei servizi per i LEP, valutandone le *performance*.

È evidente che il percorso di convergenza deve avvenire senza oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica e per questo necessita di essere accompagnato da vincoli "forti", internalizzando i costi ed evitando di innescare comportamenti di *common pool* e *soft budget constraint*. Si tratta dunque di favorire comportamenti virtuosi nella ristrutturazione della spesa verso gli obiettivi target dei LEP, esattamente come è stato fatto con il patto di stabilità sanitario, vincolando cioè il

finanziamento in sostituzione dei trasferimenti a criteri premianti e sanzionatori, aumentando o riducendo l'autonomia dei governi locali in funzione dei risultati conseguiti.

In conclusione, grazie ai nuovi flussi informativi e auspicando le necessarie correzioni di quelli esistenti, la rappresentazione distorta del presente della “funzione” al sostegno della non autosufficienza presenta buone probabilità di miglioramento. Sicuramente quando il dm 17.12.2008 entrerà a regime e il progetto SINA sarà veramente realizzato, la realtà che facciamo fatica ad osservare sarà meno falsata.

Tuttavia, pensare alla contemporaneità dei bisogni significa però anche chiedersi quanta parte della progettualità è adatta al presente. Se si vuole davvero evitare uno strabismo interpretativo è necessario andare oltre la fissità del presente e ragionare in termini di potenziale prospettiva di cambiamento, pensare cioè ad una più corretta redistribuzione e allocazione delle risorse pubbliche in funzione dei bisogni sociali effettivi e futuri, e in tal senso il sostegno alla non autosufficienza rappresenta una priorità. Non ci si può limitare ad osservare per esempio quanta parte del finanziamento dei servizi è a carico del sanitario, o del sociale o ancora del privato. Né limitarsi a constatare che i trasferimenti monetari spesso non assolvono la funzione loro affidata. È necessario andare oltre. Oltre la riproposta di soluzioni passate, superare le distorsioni e ancorare la produzione e il finanziamento degli interventi e servizi socio-sanitari e socio-assistenziali ai bisogni reali da soddisfare, di cui spesso i politici e gli stessi beneficiari sono cattivi interpreti.

Riferimenti bibliografici

- Aprile R. (2008), *The impact of ageing on health and long term care: the case of Italy*, in Fiscal Sustainability: analytical Developments and emerging policy issues, Roma, Banca d'Italia.
- Aprile R. e A. Vestri (2006), *La spesa pubblica per long term care in ambito EPG-WGA: definizione dell'aggregato, profili di spesa e dinamiche demografiche*, in “Sviluppo e sostenibilità dei sistemi sanitari: dinamiche demografiche e ambientali”, Conferenza AIES, Venezia, 16-17 novembre.
- Arachi G. e Zanardi A. (2009), *La perequazione delle Regioni e degli Enti locali*, in di M.C. Guerra e A. Zanardi (a cura di), *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2009*, Bologna, Il Mulino.
- Bird R. e F. Vaillancourt, (2005), *Expenditure –based equalization transfers*, in J. Martinez-Vazquez e B. Searle (a cura di), *Fiscal equalisation: challenges in the design of intergovernmental transfers*, New York, Springer.
- Blochlinger H. e C. Charbit (2008), *Fiscal equalisation*, in OECD “Journal Studies”, V. 2008, OECD.
- Boadway R. e A. Shah (2007), *Intergovernmental fiscal transfers – Principles and Practice*, The World Bank, Washington D.C.
- Bosi, P., M.C. Guerra, P. Silvestri (2008), *Le politiche per la non autosufficienza*, in M.C. Guerra e A. Zanardi, (a cura di), *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2008*, Bologna, Il Mulino.

- Capp, Cer, Servizi Nuovi (2003), *Diritti di cittadinanza delle persone anziane non autosufficienti*, Roma, Libertà.
- Caruso E. e N. Dirindin (2008), *La sanità nel 2007: tra piani e ripiani un'immagine positiva*, in M.C. Guerra e A. Zanardi (a cura di), *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2008*, Bologna, Il Mulino.
- 2009 *La sanità nel 2008: relazioni pericolose*, in M.C. Guerra e A. Zanardi (a cura di), *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2009*, Bologna, Il Mulino.
- Dafflon B. (2007), *Fiscal capacity equalisation in horizontal fiscal equalisation programs*, in Intergovernmental fiscal transfers – Principles and Practice, a cura di R. Boadway e A. Shah, The World Bank, Washington D.C.
- Dafflon B. e P. Mischler (2007), *Expenditure needs equalisation at local level*, in “Copenhagen Workshop”, 13-14 September.
- Guerra M.C. e S. Giannini (2009), *Articolazione e coordinamento territoriale delle imposte sui redditi e sulle imprese*, in M.C. Guerra e A. Zanardi (a cura di), *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2009*, Bologna, Il Mulino
- Gori, C. (a cura di) (2008), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci.
- ISTAT (2008), *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni*, Anno 2005, Statistiche in Roma, 26 giugno.
- ISAE (2009), *Finanza pubblica e Istituzioni*, Rapporto, giugno.
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali (2008a), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Parte seconda sezione I, Aggiornamento 2008, Roma.
- (2008b), *Progetto sperimentale per la creazione e implementazione di un sistema informativo nazionale sui servizi sociali per la non autosufficienza*, Convenzione tra Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e la Regione Liguria DGR 1873, Genova.
- Ministero della salute (2007) , *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriali domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, Roma.
- 2006, *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, Roma.
- OECD (2006), *Cost of care for elderly populations – Guidelines for estimating long term care expenditure*, Directorate for employment, labour and social affairs, DELSA-HEA-DIS.
- 2008, *Conceptual frame work and definition of long term care expenditure*, Health Division, SHA-REV.
- Muraro G. (2008), *Alla ricerca del costo standard*, lavoce.info, 14 ottobre.
- Petretto A. (2009), *La matematica (ipotetica) della legge delega sul federalismo fiscale*, mimeo.
- Pisauro G. (2009), *Federalismo fiscale, questione settentrionale e questione meridionale*, Italianieuropei, n.1.
- Ragioneria Generale dello Stato – Ministero dell'economia e delle finanze (2008), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – Aggiornamento 2008*, collana Studi e Pubblicazioni, Rapporto n. 10, Roma.

Reschovsky A. (2007), *Compensating local government for differences in expenditure needs*, in Boadway e A. Shah (a cura di), *Intergovernmental fiscal transfers – Principles and Practice*, Washington D.C., The World Bank.

Servizi Nuovi (a cura di) (2008), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali*, AUSER, novembre.

Shah A.

1996, *A fiscal need approach to equalisation*, Canadian Public Policy vol. 22, n.2.

2007, *Fiscal needs equalisation: is it worth doing? Lessons from international practices at local level*, “Working Paper”, World Bank.

Silvestri P. e F. Zuffi (2008), *La valutazione degli enti locali: il caso inglese del Comprehensive Performance Assessment*, in M.C. Guerra e A. Zanardi (a cura di), *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2008*, Bologna, Il Mulino.