

bea

La sostenibilità dei sistemi di welfare, in Europa e in Italia, è oggetto di ampio dibattito. Il testo descrive gli assetti istituzionali, i sistemi di *governance* e l'allocazione delle risorse in Francia, Germania, Italia e Regno Unito. Le politiche per la non autosufficienza sono oggetto di un approfondimento specifico che rappresenta sia la dimensione macro delle *policy* e delle risorse, sia quella micro della progettazione dei servizi e dei percorsi degli utenti. L'analisi dei modelli di intervento locali è stata realizzata con interviste sul campo ai soggetti della committenza pubblica, del sistema di offerta e della *voice* degli utenti nell'ambito di quattro città: Marsiglia, Lipsia, Parma e Oxford.

L'analisi congiunta dei sistemi nazionali e del percorso di fruizione dei servizi permette di individuare in modo nitido le specificità del modello italiano e di dare conto dell'ampio spazio del welfare «autoprodotto» che ha dato vita, nel corso degli anni, a un vastissimo mercato della cura informale.

In tutti i paesi, tuttavia, la sostenibilità dei sistemi e l'espansione dei bisogni richiedono nuovi paradigmi di *policy* e di intervento. Aggiustamenti al margine o nuovi modi di finanziare le stesse prestazioni non sono sufficienti: è necessario un riposizionamento profondo dei servizi per dare spazio a nuove forme di connessione e di attivazione di risorse attorno a bisogni diffusi ed emergenti.

Giovanni Fosti è responsabile dell'Area Servizi Sociali e Sociosanitari presso il CERGAS, Università Bocconi. Professore a contratto nel corso di Economia e Management delle Amministrazioni Pubbliche presso l'Università Bocconi, docente della SDA Bocconi School of Management, dove, dal 2008 al 2013, ha diretto l'Executive Master in Management delle Amministrazioni Pubbliche. Svolge attività di ricerca sui temi degli assetti istituzionali, della *governance* e della strategia nelle Amministrazioni Pubbliche, con un focus sui sistemi di welfare e sui servizi sociali e sociosanitari.

Elisabetta Notarnicola è ricercatrice presso il CERGAS, Università Bocconi. I suoi interessi di ricerca si focalizzano sul management dei servizi sociali e socio-sanitari, in particolare sui temi della programmazione e della *governance* del sistema, oltre che sull'analisi dei servizi e delle *policy* di Long Term Care in Italia e in Europa.

CERGAS CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

CGIL
SPI
LOMBARDIA

ISBN 978-88-238-4436-0



9 788823 844360

€ 43,00

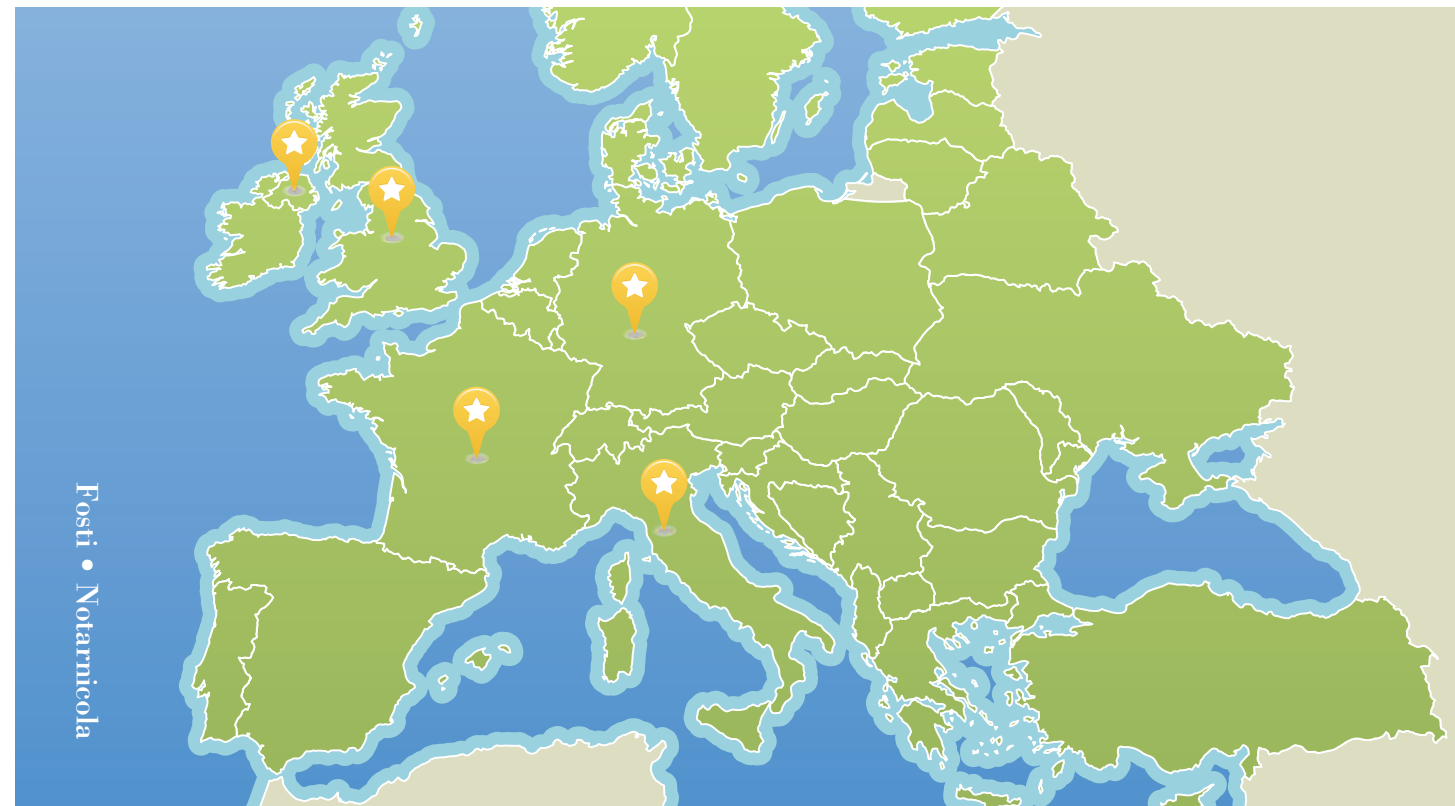
www.egeaonline.it

Il Welfare e la Long Term Care in Europa

a cura di
Giovanni Fosti
Elisabetta Notarnicola

Il Welfare e la Long Term Care in Europa

Modelli istituzionali e percorsi degli utenti



biblioteca dell'economia d'azienda



biblioteca dell'economia d'azienda







a cura di
Giovanni Fosti
Elisabetta Notarnicola

Il Welfare e la Long Term Care in Europa

Modelli istituzionali e percorsi degli utenti

 **Egea**

Copyright © 2014 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 - 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it - www.egeaonline.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.
Per altre informazioni o richieste di riproduzione si veda il sito www.egeaonline.it/fotocopie.htm

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: giugno 2014

ISBN 978-88-238-4436-0

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®

Copyright EGEA 2014
Vietata la riproduzione

Indice

Prefazione, di Stefano Landini, SPI-CGIL Lombardia pag. 15

Introduzione, di Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola 19

PARTE I – I sistemi di welfare

1. Francia, Germania, Italia, Regno Unito: obiettivi, criticità e scelte per un'analisi comparativa dei modelli di welfare	
<i>di Giovanni Fosti, Elisabetta Notarnicola e Stefano Tasselli</i>	23
1.1 Criticità di un approccio comparativo ai modelli di welfare di diversi paesi	24
1.2 La logica adottata nelle nostre analisi	26
1.3 Le risorse del sistema	28
1.3.1 La spesa di welfare nelle analisi comparative	28
1.3.2 La «regola dell'intervento»: un approccio bottom-up per la definizione della spesa di welfare	28
1.3.3 Il calcolo della spesa di welfare e la sua analisi	29
1.3.4 Uno sguardo d'insieme ai modelli di welfare	31
Bibliografia	32
2. Francia	
<i>di Ornella Larenza ed Elisabetta Notarnicola</i>	33
2.1 Carta d'identità del paese	33
2.2 Organizzazione dello stato e spesa pubblica	33
2.2.1 Articolazione delle funzioni pubbliche tra livelli di governo	33
2.2.2 La spesa delle Amministrazioni Pubbliche	34
2.3 Nascita ed evoluzione del sistema di welfare	35
2.4 I pilastri del welfare	37
2.4.1 Il sistema delle casse assicuratrici	37

2.4.2 L'assistenza sociale: <i>Aide e Action Social</i>	pag. 38
2.4.3 L'organizzazione generale del sistema	39
2.5 Modalità di finanziamento del sistema	40
2.5.1 Meccanismi di finanziamento	41
2.6 La spesa per il welfare	42
2.7 Non autosufficienza: quale organizzazione del sistema?	43
2.7.1 <i>Policy</i> e servizi previsti	43
2.7.2 <i>Governance</i> del sistema: chi decide	46
2.7.2.1 La <i>governance</i> del sistema: chi decide le <i>policy</i> per la non autosufficienza	47
2.7.2.2 La <i>governance</i> del sistema: chi decide il budget annuale per la non autosufficienza	48
2.7.2.3 La <i>governance</i> del sistema: chi decide gli investimenti in infrastrutture	48
2.7.2.4 Una visione complessiva sulla programmazione e gestione del settore ⁴⁸	
2.7.2.5 La <i>governance</i> del sistema: chi decide gli standard di assistenza e i criteri di accesso	49
2.7.3 Chi finanzia: spesa per la LTC e sua articolazione	50
2.7.3.1 La compartecipazione e la spesa privata <i>out of pocket</i>	51
2.7.4 Chi produce: caratteristiche del settore	52
2.7.4.1 La cura informale	52
2.7.4.2 L'assistenza integrativa	53
2.7.5 Copertura del bisogno	53
Bibliografia	55
3. Germania	
<i>di Francesco Longo ed Elisabetta Notarnicola</i>	59
3.1 Carta d'identità del paese	59
3.2 Organizzazione dello stato e spesa pubblica	59
3.2.1 Il sistema federale tedesco	60
3.2.2 Articolazione della spesa pubblica	61
3.3 Costituzione ed evoluzione del sistema di welfare	62
3.3.1 Le origini storiche	62
3.3.2 L'evoluzione recente	63
3.3.3 Le caratteristiche fondamentali del welfare tedesco	63
3.4 I pilastri del welfare tedesco	65
3.4.1 Il pilastro assicurativo	65
3.4.2 Il pilastro assistenziale	66
3.4.3 Uno sguardo d'insieme	66
3.5 Modalità di finanziamento del sistema	68
3.5.1 Il finanziamento del sistema assicurativo	68

3.5.2 Il finanziamento del pilastro assistenziale	pag. 69
3.5.3 Il finanziamento del sistema di welfare nel suo insieme	69
3.6 Spesa di welfare	71
3.6.1 Quanto vale la spesa tedesca per la protezione sociale?	71
3.6.2 Come si distribuisce la spesa sociale tra livelli di governo?	72
3.7 Non autosufficienza: il sistema tedesco per la cura degli anziani non autosufficienti	72
3.7.1 L'assicurazione per la non autosufficienza o <i>Long Term Care</i>	73
3.7.2 Quali servizi?	74
3.7.3 La <i>governance</i> del sistema di cura per la non autosufficienza degli anziani	76
3.7.3.1 La <i>governance</i> del sistema: chi decide le <i>policy</i> complessive per la non autosufficienza	77
3.7.3.2 La <i>governance</i> del sistema: chi decide il budget annuale per la non autosufficienza	78
3.7.3.3 La <i>governance</i> del sistema: chi decide gli investimenti e le dotazioni infrastrutturali	78
3.7.3.4 La <i>governance</i> del sistema: chi decide gli standard e i criteri di accesso	79
3.7.4 Chi finanzia: spesa per LTC e sua articolazione	79
3.7.4.1 La spesa pubblica per la non autosufficienza	79
3.7.4.2 La spesa privata per la non autosufficienza	80
3.7.4.3 Quali prestazioni per la non autosufficienza? Articolazione della spesa per interventi	81
3.7.5 Chi produce: caratteristiche del settore	84
3.7.5.1 <i>Governance</i> della produzione	84
3.7.5.2 I produttori	85
3.7.5.3 La cura informale: <i>caregivers</i> familiari e badanti	86
3.7.6 Copertura del bisogno	87
Bibliografia	88
4. Italia	
<i>di Andrea Rotolo</i>	93
4.1 Carta d'identità del paese	93
4.2 Organizzazione dello stato e spesa pubblica	93
4.2.1 Assetto territoriale e decentramento	93
4.2.2 Articolazione della spesa pubblica	95
4.3 Nascita ed evoluzione del sistema di welfare	95
4.3.1 Le origini storiche e la tendenza accentratrice	96
4.3.2 L'evoluzione recente: decentramento e riordino del sistema	97
4.4 I pilastri del welfare italiano	98
4.4.1 Il pilastro sanitario	98
4.4.2 Il pilastro assistenziale	99

4.4.3 Il pilastro previdenziale	pag. 99
4.4.4 Uno sguardo d'insieme	99
4.5 Modalità di finanziamento del sistema	101
4.5.1 Il finanziamento del pilastro sanitario	101
4.5.2 Il finanziamento del pilastro assistenziale	102
4.5.3 Il finanziamento del pilastro previdenziale	102
4.5.4 Il finanziamento del sistema di welfare nel suo insieme	103
4.6 Spesa di welfare	104
4.6.1 Quanto vale la spesa italiana per la protezione sociale?	104
4.6.2 Come si distribuisce la spesa tra i diversi livelli di governo?	105
4.7 Non autosufficienza: il sistema italiano per la cura degli anziani non autosufficienti	105
4.7.1 I servizi per la <i>Long Term Care</i> e l'invalidità	106
4.7.2 <i>Governance</i> del sistema: chi decide	108
4.7.3 Chi finanzia: spesa per LTC e sua articolazione	109
4.7.4 Chi produce: caratteristiche del settore	111
4.7.5 Copertura del bisogno	111
Bibliografia	114
5. Regno Unito	
<i>di Stefano Tasselli</i>	117
5.1 Carta d'identità del paese	117
5.2 Organizzazione dello stato e spesa pubblica	117
5.2.1 Il sistema britannico	118
5.2.2 Articolazione della spesa pubblica	119
5.3 Costruzione ed evoluzione del sistema di welfare	120
5.3.1 Le origini storiche	120
5.3.2 L'evoluzione recente	120
5.4 I pilastri del welfare britannico	123
5.4.1 Il pilastro sanitario	124
5.4.2 Il pilastro assistenziale	124
5.4.3 Il pilastro previdenziale	124
5.4.4 Uno sguardo d'insieme	125
5.5 Modalità di finanziamento del sistema	126
5.5.1 Il finanziamento del pilastro sanitario	126
5.5.2 Il finanziamento del pilastro assistenziale	127
5.5.3 Il finanziamento del pilastro previdenziale	127
5.5.4 Il finanziamento del sistema di welfare nel suo insieme	127
5.6 Spesa di welfare	128
5.6.1 Quanto vale la spesa britannica per la protezione sociale?	128
5.6.2 Come si distribuisce la spesa tra i diversi livelli di governo?	130

5.7 Non autosufficienza: il sistema britannico per la cura degli anziani non autosufficienti	pag. 130
5.7.1 I servizi per la non autosufficienza o <i>Long Term Care</i>	130
5.7.2 <i>Governance</i> del sistema: chi decide	133
5.7.3 Chi finanzia: spesa per LTC e sua articolazione	134
5.7.4 Chi produce: caratteristiche del settore	135
5.7.5 Copertura del bisogno	136
Bibliografia	138
6. Quattro paesi in comparazione	
<i>di Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola</i>	139
6.1 Le principali caratteristiche dei paesi: Pil, organizzazione dello stato, spesa pubblica e per interessi	139
6.2 Il welfare dei quattro paesi: assetto, scelte di finanziamento, spesa	146
6.3 La <i>Long Term Care</i> : spesa, prestazioni, tassi di copertura nei quattro paesi	152
6.3.1 La spesa per la LTC nei quattro paesi	152
6.3.2 Le prestazioni e i produttori	154
6.3.3 La copertura della popolazione	156
Bibliografia	159
PARTE II – Percorsi di LTC in quattro città	
7. Dai sistemi ai percorsi di <i>Long Term Care</i> nei servizi: premesse di <i>service management</i> e introduzione ai casi studio	
<i>di Giovanni Fosti, Francesco Longo ed Elisabetta Notarnicola</i>	163
7.1 Introduzione	164
7.2 <i>Service management</i> e settore pubblico: quali spazi di intersezione?	165
7.2.1 Cosa si intende per servizio?	166
7.3 Il sistema dei servizi per la non autosufficienza	169
7.3.1 L'analisi del percorso degli anziani nei servizi per la LTC in quattro città europee	170
7.3.2 I casi di studio: percorsi in quattro città europee	173
Bibliografia	176
8. Francia: il percorso nei servizi a Marsiglia	
<i>di Elisabetta Notarnicola</i>	179
8.1 Il quadro generale: il sistema dei servizi per gli anziani non autosufficienti	180
8.1.1 Servizi e prestazioni disponibili	180
8.1.2 Gli attori principali del sistema pubblico dei servizi	182
8.1.2.1 Gli attori del settore sanitario	183

8.1.2.2	Gli attori del settore sociale	pag. 183
8.1.2.3	Gli erogatori	184
8.2	Il caso della città di Marsiglia	185
8.2.1	Il sistema dei servizi della città	185
8.2.2	Gli attori principali del sistema pubblico dei servizi	188
8.3	Il percorso degli anziani nei servizi: assistenza e presa in carico a Marsiglia	189
8.3.1	Fase 1: informazione e primo contatto	190
8.3.1.1	Come avviene il primo contatto tra un potenziale utente (o la sua famiglia, o altri) e i servizi?	191
8.3.1.2	In che modo un potenziale utente arriva a richiedere informazioni?	192
8.3.2	Fase 2: selezione dell'utenza e accesso al servizio	192
8.3.2.1	Come si svolge il processo di valutazione del bisogno?	194
8.3.2.2	Il principale responsabile della valutazione ha anche responsabilità di budget rispetto ai servizi?	195
8.3.2.3	Nel caso di valutazione negativa (o insoddisfacente) l'utente/la famiglia ha possibilità di ricorso?	196
8.3.3	Fase 3: definizione del piano di cura	196
8.3.3.1	Come si svolge il processo di definizione del piano di cura?	197
8.3.3.2	Il piano è predefinito o ci sono degli elementi di flessibilità per i quali l'utente/famiglia può scegliere?	198
8.3.3.3	Il piano di cura viene rivisto?	199
8.3.4	Fase 4: erogazione del servizio	199
8.3.4.1	Esiste la possibilità di scegliere tra diversi erogatori?	200
8.3.4.2	Nel caso di prestazioni <i>cash</i> , con quali modalità viene erogata ed impiegata la prestazione?	201
8.3.4.3	Come viene regolato il <i>co-payment</i> ?	201
8.4	Relazioni tra i principali soggetti coinvolti nel sistema di erogazione del servizio	201
	Bibliografia	203
9.	Germania: il percorso nei servizi a Lipsia	
	<i>di Francesco Longo ed Elisabetta Notarnicola</i>	205
9.1	Il quadro generale: il sistema dei servizi per anziani non autosufficienti	206
9.1.1	Servizi e prestazioni disponibili	206
9.1.2	Gli attori principali del sistema pubblico dei servizi	208
9.1.2.1	Le casse mutue e le commissioni di valutazione per la LTC	208
9.1.2.2	Gli attori locali dell'assistenza sociale	209

9.1.2.3	Gli erogatori	pag. 209
9.2	Il caso della città di Lipsia	210
9.2.1	Il sistema dei servizi della città	210
9.2.2	Gli attori principali del sistema pubblico dei servizi	212
9.3	Il percorso degli anziani nei servizi: assistenza e presa in carico a Lipsia	213
9.3.1	Fase 1: informazione e primo contatto	214
9.3.1.1	Come avviene il primo contatto tra un potenziale utente (o la sua famiglia, o altri) e i servizi?	215
9.3.1.2	In che modo un potenziale utente arriva a richiedere informazioni?	216
9.3.2	Fase 2: selezione dell'utenza e accesso al servizio	216
9.3.2.1	Il principale responsabile della valutazione ha anche responsabilità di budget rispetto ai servizi?	219
9.3.2.2	L'utente e la sua famiglia partecipano in modo attivo al processo di selezione?	219
9.3.2.3	Nel caso di valutazione negativa (o insoddisfacente) l'utente/la famiglia ha possibilità di ricorso?	220
9.3.3	Fase 3: definizione del piano di cura	220
9.3.3.1	Come si svolge il processo di definizione del piano di cura?	221
9.3.3.2	Il piano è predefinito o ci sono degli elementi di flessibilità per i quali l'utente/famiglia può scegliere?	222
9.3.3.3	Gli utenti ricevono <i>counselling</i> ?	223
9.3.3.4	Il piano di cura viene rivisto?	223
9.3.4	Fase 4: erogazione del servizio	224
9.3.4.1	Esiste la possibilità di scegliere tra diversi erogatori?	225
9.3.4.2	Nel caso di prestazioni <i>cash</i> , con quali modalità viene erogata e impiegata la prestazione?	225
9.3.4.3	Come viene regolato il <i>co-payment</i> ?	226
9.4	Relazioni tra i principali soggetti coinvolti nel sistema di erogazione del servizio	226
	Bibliografia	229
10.	Italia: il percorso nei servizi a Parma	
	<i>di Andrea Rotolo</i>	231
10.1	Il quadro generale: il sistema dei servizi per gli anziani non autosufficienti	231
10.1.1	Servizi e prestazioni disponibili	232
10.1.2	Gli attori principali del sistema pubblico dei servizi	234
10.2	Il caso della città di Parma	234
10.2.1	Il sistema dei servizi della città	235

10.2.2	Gli attori principali del sistema pubblico dei servizi	pag. 238
10.3	Il percorso degli anziani nei servizi: assistenza e presa in carico a Parma	239
10.3.1	Fase 1: informazione e primo contatto	240
10.3.1.1	Come avviene il primo contatto tra un potenziale utente (o la sua famiglia, o altri) e i servizi?	240
10.3.1.2	In che modo un potenziale utente arriva a richiedere informazioni?	241
10.3.1.3	Informazione e primo contatto per i malati di Alzheimer	242
10.3.2	Fase 2: selezione dell'utenza e accesso al servizio	243
10.3.2.1	Selezione dell'utenza e accesso al servizio per i malati di Alzheimer	246
10.3.3	Fase 3: definizione del piano di cura	246
10.3.3.1	Definizione del piano di cura per i malati di Alzheimer	249
10.3.4	Fase 4: Erogazione del servizio	249
10.4	Relazioni tra i principali soggetti coinvolti nel sistema di erogazione del servizio	251
	Bibliografia	253
11.	Regno Unito: il percorso nei servizi a Oxford	
	<i>di Stefano Tasselli</i>	255
11.1	Il quadro generale: il sistema dei servizi per gli anziani non autosufficienti	257
11.1.1	Servizi e prestazioni disponibili	257
11.1.2	Gli attori principali del sistema pubblico dei servizi	260
11.2	Il caso della città di Oxford	263
11.2.1	Il sistema dei servizi della città	264
11.2.2	Gli attori principali del sistema pubblico dei servizi	265
11.3	Il percorso degli anziani nei servizi: assistenza e presa in carico a Oxford	266
11.3.1	Fase 1: informazione e primo contatto	267
11.3.1.1	Come avviene il primo contatto tra un potenziale utente (o la sua famiglia, o altri) e i servizi?	268
11.3.1.2	In che modo un potenziale utente arriva a richiedere informazioni?	268
11.3.2	Fase 2: selezione dell'utenza e accesso al servizio	269
11.3.3	Fase 3: definizione del piano di cura	272
11.3.4	Fase 4: erogazione del servizio	275

11.4 Relazioni tra i principali soggetti coinvolti nel sistema di erogazione del servizio	pag. 278
Bibliografia	279
12. Servizi a confronto: la <i>Long Term Care</i> in quattro città	
<i>di Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola</i>	281
12.1 Primo contatto con i servizi	282
12.2 Selezione dell'utenza e accesso al sistema pubblico	284
12.3 Definizione del piano di cura	286
12.4 Erogazione del servizio	288
12.5 Sintesi dei percorsi nei servizi	291
PARTE III – I modelli e i percorsi: l'Italia in controluce	
13. L'Italia in controluce	
<i>di Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola</i>	297
13.1 Il welfare italiano tra miti e realtà	298
13.2 I percorsi di <i>Long Term Care</i> : frammentazione e ricomposizione nei modelli di welfare locali	302
13.3 Implicazioni per le <i>policy</i> e per il management: finanziamento, prestazioni, servizio	305
13.4 Dalle prestazioni ai servizi, dall'erogazione alla connessione, dal deliberato all'emergente: verso un nuovo paradigma?	313
Bibliografia	319
Appendice. Schema logico per la rilevazione dei dati sui percorsi nei servizi degli anziani nei servizi nelle quattro città studio	321
Gli Autori	331

Prefazione

di Stefano Landini, Segretario Generale SPI-CGIL Lombardia

Lo stato di salute del nostro sistema di welfare è stato spesso oggetto di dibattito, in un periodo di crisi sociale ed economica in cui i sistemi pubblici devono essere in grado di corrispondere a fabbisogni sempre più complessi dei cittadini. Da un lato, si è fatta sempre più forte la necessità di aumentare il sostegno del welfare a copertura di una sempre maggiore fragilità; dall'altro, la necessità di revisione della spesa pubblica ha spinto verso la necessità di razionalizzazione ed efficientamento degli interventi. In particolare, gli interventi per la non autosufficienza, in relazione a fenomeni ormai consolidati, quali l'innalzamento dell'aspettativa di vita e l'aumento dell'incidenza di patologie croniche tra la popolazione adulta e anziana, si trovano di fronte a una richiesta di migliore gestione dei servizi e presa in carico delle persone. La combinazione di più fenomeni sociali ed epidemiologici ha, infatti, reso la «questione non autosufficienza» un tema centrale per la gestione del sistema socio assistenziale italiano, ma non solo: a livello europeo il dibattito sulla *Long Term Care* è presente in tutti gli stati membri.

In questo scenario, il Sindacato Pensionati della CGIL della Lombardia, sulla scia di una lunga tradizione, ha promosso la ricerca oggetto di questo libro con il CER GAS Bocconi per approfondire il dibattito sul sistema di welfare e sulle politiche per la *Long Term Care* e per mettere a disposizione di tutti gli addetti ai lavori una fotografia del sistema di welfare e dell'assistenza alla non autosufficienza, in particolare, dell'Italia e di altri tre paesi europei – Francia, Germania, Regno Unito –, con la convinzione che, da un'analisi sistematica di questo tipo, fosse possibile derivare alcune lezioni importanti per il nostro sistema e contribuire a focalizzare il dibattito sui temi più rilevanti e che possono dare concretamente corso a reali miglioramenti.

I sistemi di welfare di Francia, Germania, Italia e Regno Unito sono descritti, nella prima parte del testo, attraverso alcune variabili ritenute chiave: la *governance*, l'articolazione della spesa pubblica e, per la non autosufficienza, l'organizzazione manageriale del sistema (allocazione delle responsabilità, dei

meccanismi decisionali, delle modalità di finanziamento e gestione dei servizi), oltre alle caratteristiche dei principali interventi. I quattro paesi mostrano distinti impianti di welfare basati su mix tra i pilastri fondamentali peculiari (assicurativi e assistenziali); questo fa sì che la composizione delle fonti di finanziamento sia diversamente basata su componente fiscale o previdenziale, con diversi livelli di ricomposizione delle fonti. La spesa pubblica pro capite per il welfare è più alta in Francia (10.011 euro pro capite) e Germania (9.008 euro pro capite), ma più bassa nel Regno Unito (7.303 euro pro capite) e in Italia (7.055 euro pro capite), con una prevalenza generale della spesa per le pensioni, ma una diversa distribuzione tra gli altri interventi. I sistemi di *Long Term Care* per la non autosufficienza hanno caratteristiche molto diverse nei quattro paesi, con uno schema assicurativo dedicato in Germania, un focus molto forte sull'integrazione con il sistema di cure sanitarie intermedie nel Regno Unito e una sostanziale assenza di una politica quadro unitaria in Francia e in Italia. In termini di intensità assistenziale, il sistema italiano manifesta un comportamento diverso dagli altri paesi, con la spesa pubblica pro capite più bassa tra i quattro paesi considerati (Francia euro 841 pro capite, Germania euro 912 pro capite, Italia euro 558 pro capite, Regno Unito euro 963 pro capite) e una quota maggiore di anziani in carico al sistema pubblico, con una conseguente intensità assistenziale per anziano in carico più bassa.

Nella seconda parte si analizzano le caratteristiche dei sistemi di offerta dei servizi per la non autosufficienza in quattro città europee, adottando una prospettiva manageriale, per esplorare quali siano le leve critiche per la buona gestione dell'assistenza, passando per l'esperienza vissuta dagli utenti. I quattro casi studio – Marsiglia (Francia), Lipsia (Germania), Parma (Italia), Oxford (Regno Unito) – sono stati costruiti con l'obiettivo di ricostruire il funzionamento del sistema di erogazione dei servizi, ripercorrendo il percorso che un anziano non autosufficiente (o la sua famiglia con lui) compie dal momento in cui percepisce un bisogno di assistenza e lo esprime al sistema pubblico, fino all'inclusione nel sistema e all'erogazione dei servizi o prestazioni a cui può accedere. In questo modo, è stato possibile ricostruire i sistemi dal basso, con una visione complessiva di tutte le prestazioni sociali e sociosanitarie a cui accedono gli anziani non autosufficienti, superando la visione per rami di intervento o per singole amministrazioni competenti.

Il confronto tra i percorsi nei servizi nelle quattro città evidenzia con forza come il tema della frammentazione e ricomposizione degli interventi sia critico a livello europeo, al livello locale come anche al livello nazionale. La difficoltà che i cittadini sperimentano nell'accesso al sistema pubblico è enfatizzata dalla dispersione dei luoghi, delle informazioni, ma anche della frammentazione degli interventi, delle fonti di finanziamento, delle competenze. I casi mostrano, però, che alcuni meccanismi manageriali possono facilitare la ricomposizione e, quindi, la fruibilità del sistema per l'utente, mentre altri pos-

sono enfatizzarne la frammentazione e la complessità. Poiché sistemi più o meno fruibili discriminano in funzione delle «capacità di accesso», invece che sulle esigenze reali degli utenti, l'analisi dei percorsi nei servizi pone in discussione uno dei cardini del sistema di welfare: l'equità che è in grado di proporre ai propri cittadini.

L'elemento che differenzia maggiormente i quattro percorsi analizzati sembra proprio essere il disegno della fase di selezione e valutazione dell'utenza – di fatto, la porta di accesso al sistema pubblico – e la conseguente definizione del piano di cura. All'interno dei sistemi, il modo in cui gli utenti vengono selezionati, prima e presi in carico, poi, determina in modo significativo quali e quanti cittadini accedono al sistema e l'articolazione dell'assistenza tra interventi formali e informali, pubblici e privati. I sistemi che sono riusciti a semplificare e omogeneizzare il processo di selezione hanno guidato e razionalizzato la scelta degli utenti da includere nel sistema. La comparazione mostra, poi, anche come sia possibile organizzare la definizione del piano di cura sulla singola persona, piuttosto che sui diversi canali di finanziamento, ottenendo una visione complessiva delle risorse e riuscendo a includere nella programmazione anche le risorse spese privatamente dalle famiglie.

La ricerca, nel complesso, unisce tre elementi – la *governance*, la spesa, il management – che letti in un quadro di insieme sono gli ingredienti della ricetta che determina il funzionamento o il malfunzionamento di un sistema di welfare, e di quello italiano in modo specifico: gli snodi critici da risolvere si trovano all'intersezione tra questi tre fattori, ognuno dei quali è profondamente interdipendente rispetto agli altri. La parte conclusiva del libro propone alcune considerazioni e spunti di riflessione, che, all'incrocio tra assetti istituzionali, governo della spesa e modelli di gestione, pongono il tema dell'innovazione dei modelli di servizio e del superamento dei paradigmi tradizionali di intervento pubblico.

Introduzione

di Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola

Nel corso degli ultimi anni, il sistema di welfare del nostro paese è stato sottoposto a molteplici fonti di stress. L'evoluzione della struttura sociale del paese e dei bisogni della popolazione si è combinata con la crisi degli ultimi anni, dando vita a nuove esigenze e nuove domande. L'area delle politiche per la *Long Term Care* è emblematica della frizione tra espansione dei bisogni, ri-articolazione della domanda e difficoltà di risposta degli interventi pubblici. Gli interventi per gli anziani non autosufficienti, proprio in ragione della loro emblematicità, sono stati, quindi, oggetto di specifico approfondimento.

L'analisi comparativa presentata nel testo ha una duplice ambizione. Da un lato, l'obiettivo di sviluppare un metodo originale per la comparazione dei modelli di welfare, che combini la rappresentazione delle dimensioni macro (trattate nella prima parte del testo) con un approfondimento dei modelli di gestione dei servizi (oggetto della seconda parte). Dall'altro, il confronto dei quattro paesi invita a trarre delle implicazioni per le *policy* e il management nel nostro paese.

Lo scenario che emerge è quello di sistemi che, nel loro insieme, faticano a reggere l'urto di domande sempre più ampie, complesse e differenziate.

Le prospettive più classiche di definizione delle *policy*, fondate su paradigmi di tipo prestazionale/individuale, non sono in grado di reggere il passo dell'espansione della domanda e delle aspettative di qualità dei servizi espresse dalla popolazione. Si afferma l'esigenza di superare la logica prestazionale e di identificare una *value proposition* originale e innovativa per la non autosufficienza. Non prestazioni, quindi, ma servizi, che riconoscano e si confrontino con esigenze più complesse delle persone, mobilitando attorno ad esse risorse sottovalutate e invisibili per i modelli tradizionali di intervento.

Si affaccia un paradigma più «contemporaneo» e meno «fordista», che riconosca l'opportunità di fondare la progettazione degli interventi sulle esigenze delle persone e riveda i presupposti dell'intervento pubblico. In questa

prospettiva, la capacità di risposta che può emergere dalla valorizzazione delle connessioni esistenti (e da creare) tra gli attori, è di molto superiore a quella derivante dallo sforzo di ripetere, in quantità sempre maggiore, prestazioni sempre uguali a loro stesse, progressivamente più costose e meno efficaci.

La ricerca è stata fortemente voluta dalla SPI CGIL della Lombardia ed è stata condotta con un costante confronto man mano che emergevano i dati e le analisi prendevano forma. Claudio Dossi, Responsabile Welfare della SPI CGIL della Lombardia, ha condiviso tutte le fasi della ricerca; Stefano Landini, Segretario Generale della SPI CGIL della Lombardia, ha avuto cura e attenzione verso le nostre analisi, valorizzandole in più occasioni pubbliche; Ivan Pedretti, Segretario Nazionale SPI CGIL, ha interloquuto con attenzione con il nostro lavoro.

Siamo grati anche ai numerosi *practitioner* ed esperti che, in quattro città europee, hanno preso parte alle interviste realizzate per la seconda parte di questa ricerca. Hanno risposto con grande disponibilità e generosità al nostro invito e ci hanno offerto elementi di analisi ricchi e stimolanti.

Abbiamo coinvolto nella ricerca alcuni colleghi stranieri, che hanno discusso le nostre analisi per confortarci su quanto emergeva gradualmente o per segnalarci elementi critici, lacune, aspetti evolutivi, di cui non eravamo stati in grado di tenere conto: grazie per questo a Corinne Grenier, Cergam Laboratory, Université Aix Marseille; Frank Bönker, Saxonian University of Cooperative Education; Stephen Sinclair, Glasgow Caledonian University.

In una fase intermedia di discussione e prima *disclosure*, Simone Bagliolini e Cristiano Gori sono stati *discussant* attenti e puntuali. Con Simone e Cristiano le frequenti occasioni di confronto e collaborazione rappresentano sempre una opportunità piacevole e generativa.

Infine, i capitoli di questo testo sono frutto del lavoro di un gruppo di autori che ha «incrociato le tastiere», con geometrie differenti, molti momenti di confronto, *live* o a distanza; da parte nostra, abbiamo curato la pubblicazione di un lavoro corale: pur assumendoci la responsabilità delle parzialità e delle lacune, vogliamo ringraziare Andrea, Francesco, Ornella e Stefano per averlo costruito con noi.

«La crisi c'entra con noi. O, meglio ancora, parla di noi. Ed è per questo che va ascoltata¹». Vogliamo cogliere l'invito di Mauro Magatti e Chiara Giaccardi: questo libro è un tentativo di porsi in ascolto della realtà, tra dati di sistema e il racconto di chi la realtà la definisce giorno per giorno operando in prima persona. Lo sforzo è stato provare a capire il cambiamento in corso e immaginare strade non ripetitive per andare oltre. Ci auguriamo che possa essere utile, per le intuizioni che propone, con le lacune e i limiti che lo attraversano.

¹ Magatti M., Giaccardi C., *Generativi di tutto il mondo unitevi!*, Milano, Feltrinelli, 2014.

PARTE I

I sistemi di welfare

1. Francia, Germania, Italia e Regno Unito: obiettivi, criticità e scelte per un'analisi comparativa dei modelli di welfare

di Giovanni Fosti, Elisabetta Notarnicola e Stefano Tasselli

L'analisi comparativa tra i sistemi di welfare in Francia, Germania, Italia e Regno Unito rappresenta un tentativo di confrontare le strategie adottate nei quattro paesi per rispondere a una molteplicità di esigenze dei propri cittadini, che, in modo tutt'altro che univoco, possono essere aggregate attorno alla voce «welfare».

Un approfondimento specifico è dedicato alle *policy* per la *Long Term Care*, che, negli ultimi anni, si stanno imponendo sull'agenda dei *policy maker* nazionali e locali.

Le strategie adottate dai diversi paesi sono rappresentate in relazione ad alcune dimensioni ritenute chiave per la descrizione dei sistemi di welfare: l'assetto istituzionale, i meccanismi di finanziamento, i processi di definizione delle *policy* e delle strategie, gli strumenti di management.

Risorse, modelli istituzionali, meccanismi di finanziamento e di regolazione sono letti anche in relazione ai livelli di offerta che i differenti paesi offrono per soddisfare i bisogni della propria popolazione.

La comparazione si articola su più livelli: il rapporto tra livello locale e livello centrale, i flussi finanziari rispetto all'offerta di servizi reali, la spesa pubblica rispetto alla spesa *out of pocket*.

L'auspicio è offrire un contributo di analisi e di metodo per lo sviluppo di analisi comparative dei modelli di welfare, con la consapevolezza di alcuni limiti che caratterizzano l'approccio adottato.

Molti dei dati presentati in questo volume sono stime o frutto di triangolazioni di fonti o di rielaborazioni su dati sintetici secondari (si veda il § 1.3). altresì, molti dei dati proposti sono frutto di aggregazioni e ricomposizioni che non hanno un comune denominatore nei quattro paesi, per ragioni sia politologiche, che culturali, che, banalmente, di dotazione di sistemi informativi. In Ita-

lia, a titolo di esempio, non esistono rilevazioni formali *ad hoc* sul tema del *ca-regiving*. In Gran Bretagna, invece, sì. Proporre teoria sulla base di dati che, per loro stessa natura, sono confrontabili solo nei loro ordini di grandezze – e, spesso, non nel singolo dettaglio – rende quanto meno azzardato ogni sforzo di astrarre eccessivamente oltre il livello pionieristico e descrittivo.

Le pagine che seguono danno, quindi, conto delle principali criticità nello svolgimento dell'analisi comparativa e delle scelte di metodo adottate.

1.1 Criticità di un approccio comparativo ai modelli di welfare di diversi paesi

La comparazione dei sistemi di welfare di diversi paesi si deve confrontare con alcune criticità.

Le principali *issues* che alimentano il dibattito possono essere sintetizzate nei seguenti punti:

- **L'oggetto.** In letteratura manca una definizione univoca e onnicomprensiva di cosa si intenda per «welfare», e di quale sia la differenza precisa tra welfare e altri concetti connessi, ma differenti, tra cui, per esempio, «tutela sociale» o «assistenza sociale o comunitaria» (per una discussione approfondita, leggere Bouget, 2003). La prima ragione di questa inconsistenza è di carattere disciplinare. I sociologi si sono principalmente concentrati sul «welfare» come il prodotto storicistico di una società, che decide di redistribuire la ricchezza producendo servizi (tipicamente finanziati dalla tassazione generale e di natura pubblica e universalistica) con l'obiettivo di ridurre le diseguaglianze e di creare coesione sociale. Il welfare va, così, inteso come il prodotto tangibile di un «contratto sociale», con cui tutti i cittadini, sulla base della loro possibilità censitaria, contribuiscono a servizi di utilità collettiva. Nell'interpretazione del concetto di welfare, è in questa direzione, per esempio, che si colloca il dibattito sul capitale sociale come «spirito di una comunità», sviluppato recentemente sia da Putnam (1995), che da Portes (2000). Ma quella di welfare come strumento attuativo del capitale sociale non è l'unica visione disciplinare possibile. I politologi focalizzano, per esempio, la loro attenzione prevalentemente sulle ragioni teleologiche che guidano la creazione di un modello di welfare, giungendo a una visione più frammentata, in cui le singole politiche – lette nel loro specifico contesto istituzionale e nella loro evoluzione storica – diventano, spesso, il punto privilegiato di osservazione. Prospettiva ancora differente è quella degli economisti, per cui il *focus* di osservazione può variare, dall'efficacia dell'effetto redistributivo di una specifica politica al legame tra spesa per il welfare e contributo allo sviluppo economico. La varietà degli approcci disciplinari, della loro im-

postazione epistemologica, dei loro punti di osservazione e delle metodologie utilizzate, rende, quindi, difficile la definizione di un costrutto concettuale unitario e univocamente condiviso. La seconda ragione dell'inconsistenza è di carattere esclusivamente politico e ideale. Per gli osservatori di ispirazione social-democratica, il welfare è, tendenzialmente, letto, in una cornice istituzionalista, come il prodotto sociale di un percorso storico di evoluzione sociale e come il lascito per garantire equità sociale in una comunità. Da una prospettiva liberale, invece, la lettura parte, sovente, da una chiave interpretativa realista: il welfare è un prodotto sociale, con cui la parte più abbiente della società – tipicamente, il ceto dominante – mantiene la *pax* sociale, dedicando a funzioni di utilità sociale risorse che sarebbero state ugualmente investite per garantire l'ordine sociale e lo *status quo*. In sintesi, nel nostro approccio alla comparazione dei sistemi di welfare, prendiamo atto dell'assenza di un concetto condiviso di welfare nella letteratura.

- **I confini.** Il concetto di welfare non è univocamente condiviso, né per area disciplinare, né per interpretazione normativa e politologica. Di conseguenza, tale incertezza si riflette in letteratura nella parallela impossibilità di definire confini (*boundaries*) chiari per distinguere cosa sia welfare e cosa no, e cosa includere nel momento in cui si adotta una prospettiva empirica all'analisi e alla raccolta del dato. In Putnam, per esempio, le attività catecumenali delle chiese evangeliche e battiste, il controllo e l'omogeneizzazione sociale garantiti dai tornei di bowling e la leva militare obbligatoria sono potenti *driver* di welfare nella società americana degli anni Cinquanta e Sessanta. E sono *driver* potenzialmente associabili all'azione pubblica, dal momento che la leva militare è finanziata pubblicamente e le attività appena menzionate erano, spesso, sussidiate o incentivate fiscalmente dai singoli stati. Ma come valorizzare tali attività? Come raccogliere dati che siano omogenei? E come comprendere quali attività rappresentino welfare e quali debbano essere tenute al di fuori del perimetro?
- **Le diversità.** Così come non esiste omogeneità su cosa sia parte del welfare e cosa ne resti al di fuori. Questo è tanto più vero, quanto più si considera che i diversi paesi sono differenti tra loro (si vedano, per esempio, i modelli proposti da Esping Andersen, 1990). In un contesto istituzionale spesso guidato da una *path-dependency* storico-antropologica, e con un ruolo limitato delle istituzioni sovra-nazionali, porre criteri omogenei per rappresentare concetti implicitamente disomogenei è rischioso. Si rischia, infatti, di produrre teoria che allarghi eccessivamente la cintura lakatosiana (in uno sforzo inclusivo) o che, al contrario, restringa il minimo comun denominatore al punto da adottare un approccio atomistico (che rap-

presenta, spesso, l'errore più tipico delle prospettive economiche alla valutazione delle politiche). Quindi, semplicemente, riconosciamo che i sistemi di welfare in diversi paesi possono essere differenti – e difficili da ricondurre a un denominatore comune – semplicemente perché essi *sono* differenti (Annesley, 1996). Il che, beninteso, non significa rinunciare allo sforzo comparativo, ma approssimare la comparazione con un chiaro *disclaimer* dei limiti teorici e interpretativi che essa comporta.

- **L'atomizzazione.** Il frutto di tale inconsistenza è stato una predominanza, nella letteratura empirica, di un *focus* esclusivo su temi specifici, quali l'impatto delle politiche pubbliche sulla disegualianza di genere (Lewis, 1998) o l'impatto delle riforme del mercato del lavoro sul benessere della popolazione (Bertola *et alii*, 2001). Se, da un lato, è stato preponderante lo sforzo di produrre teoria, pur in assenza di chiare barriere di definizione condivise, dall'altro, l'atomizzazione ha riguardato la componente empirica dell'osservazione.

Nel nostro lavoro di ricerca, partendo da una prospettiva puramente descrittiva e di osservazione, abbiamo provato a concentrarci su una definizione il più possibile estensiva di cosa sia welfare, limitando, però, la nostra attenzione esclusivamente alla raccolta e all'analisi del dato, e senza voler dare una lettura teorica delle evidenze raccolte.

1.2 La logica adottata nelle nostre analisi

Partendo da un approccio empirico di raccolta, analisi e interpretazione del dato, abbiamo, così, focalizzato l'attenzione su quattro oggetti principali di analisi:

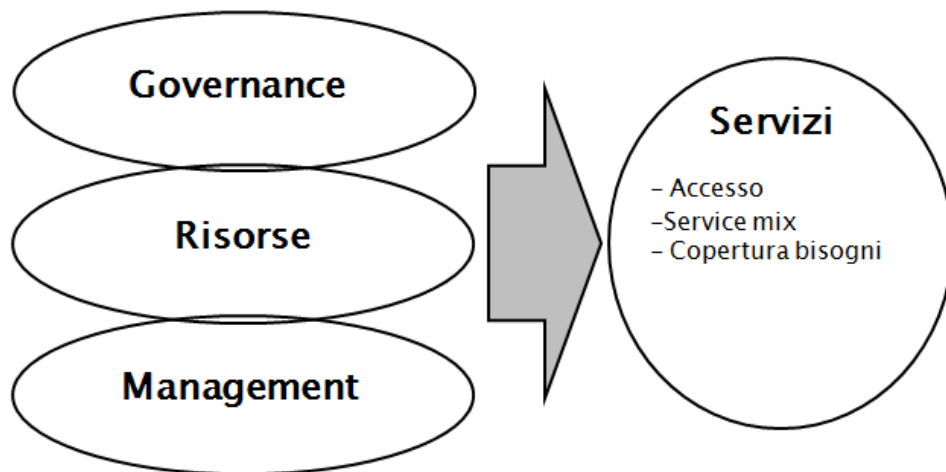
- *La governance del sistema.* Siamo partiti dalle seguenti domande che hanno spinto la nostra analisi empirica: quando parliamo di welfare, quali attori (pubblici e privati) sono coinvolti? Che relazioni hanno tra loro? E quali sono le loro responsabilità peculiari all'interno del sistema? La nostra premessa è che – per comprendere quali siano i servizi di welfare, come vengano erogati e quale utilità abbiano per gli utenti – sia doveroso analizzare da chi siano prodotti e chi ne abbia la responsabilità istituzionale.
- *Le risorse del sistema.* Una volta definiti quali sono gli attori del sistema, diventa fondamentale analizzare non soltanto quali siano le loro responsabilità istituzionali, ma quale il loro grado di autonomia finanziaria. Quali sono, perciò, le risorse complessive del sistema? Come vengono ripartite tra i diversi attori? Con che logica, e soprattutto,

coerentemente con le responsabilità istituzionali dei medesimi attori? Ci siamo focalizzati, nello specifico, sulla divisione delle risorse tra livello centrale e livello locale e sulla scomposizione delle risorse messe in campo dagli attori pubblici e dagli attori privati (la spesa *out of pocket* delle famiglie).

- *Il management del sistema.* Una volta compreso chi ha la responsabilità istituzionale del sistema, e chi detiene le risorse, abbiamo analizzato chi gestisce le risorse e con quali meccanismi. Domande importanti, in questo terzo passaggio logico, sono: c'è coerenza tra *governance*, meccanismi di finanziamento ed erogazione dei servizi? I servizi sono erogati in maniera congiunta dalle diverse istituzioni/attori o con logiche di separazione istituzionale?
- *I servizi.* Sulla base di tali premesse, quali sono i servizi offerti ai cittadini, ossia l'*output core* del sistema di welfare? Nello specifico, ci siamo focalizzati su tre domande empiriche sulla base dei dati a disposizione: quali sono i meccanismi di accesso ai servizi (per esempio, sono correlati ai bisogni o definiti con la logica del *first in – first served*, sono definiti con criteri oggettivi o lasciati alla discrezionalità degli operatori, vi è un accesso unico integrato o accessi differenti per i differenti servizi)? Qual è il mix di servizi a disposizione dei cittadini? Erogati da quali attori? E, da ultimo, ma più importante, qual è la capacità di tali servizi di dare risposta ai bisogni? Con quali gradi di intensità dell'assistenza?

Tali oggetti di analisi sono sintetizzati in Figura 1.1.

Figura 1.1 La logica di analisi



1.3 Le risorse del sistema

Coerentemente con l'impostazione generale della nostra analisi, anche con riferimento alle risorse impiegate per il welfare nei paesi caso di studio, è stato adottato un approccio «originale» che permettesse di avere dati non tanto statisticamente e scientificamente inoppugnabili, quanto, piuttosto, elementi che facilitassero l'interpretazione e la comprensione dei sistemi.

1.3.1 *La spesa di welfare nelle analisi comparative*

Negli ultimi decenni, le analisi comparative riguardanti i sistemi di welfare si sono focalizzate, soprattutto, su elaborazioni sulla spesa sociale (Amenta ed Hicks, 2012). L'utilizzo di analisi statistiche a partire da dati aggregati tratti da ampi database internazionali, come, per esempio, ESSPROSS (Eurostat) e SOCX (Ocse)¹, è stato, però, più volte criticato, sulla base di alcuni limiti individuati sia rispetto alla significatività dell'utilizzo esclusivo di dati di spesa per la comprensione delle dinamiche dei sistemi di welfare (Pedersen, 2007), sia rispetto alla validità e comparabilità dei dati disponibili in quel tipo di database internazionale (De Deken, Kittel, 2007). Un modo alternativo per effettuare analisi comparative più accurate consiste nel basare l'analisi della spesa su ambiti di *policy* simili (Castles, 2009; Kuitto, 2011) o rivolte agli stessi target sociali (se non, addirittura, a singole politiche).

1.3.2 *La «regola dell'intervento»: un approccio bottom-up per la definizione della spesa di welfare*

Sulla base delle considerazioni sin qui riportate, sia rispetto al concetto di welfare che si vuole indagare e alla finalità della ricerca, ma anche con riferimento alle problematiche presentate circa l'utilizzo dei dati, l'analisi della spesa di welfare dei diversi paesi è stata condotta tramite un approccio analitico a partire da dati disaggregati da fonti originali nazionali.

Il metodo implementato si basa su una riclassificazione della spesa di welfare a partire dai singoli interventi e politiche, basato su uno studio approfondito dei quattro sistemi di welfare. In questo modo, sono state identificate sette aree di *policy*², ovvero:

¹ I database ESSPROSS e SOCX mettono a disposizione serie storiche di dati aggregati per un ampio set di paesi europei e non solo, rielaborati a partire dai dati forniti annualmente dai ministeri competenti e dagli uffici statistici nazionali.

² Le aree sono state individuate a partire dalla classificazione adottata dai paesi in analisi ma anche da quanto condiviso a livello europeo, a partire dalle definizioni Eurostat che propone: *Sickness and Healthcare; Disability; Old Age; Survivors; Family and children; Unemployment; Housing; Social Exclusion.*

- pensioni;
- Spesa Sanitaria;
- lavoro, disoccupazione e incidenti sul lavoro;
- politiche abitative;
- interventi per minori e famiglia;
- interventi per esclusione sociale e povertà;
- non autosufficienza e invalidità.

Sulla base delle sette aree individuate, si è proceduto a definire, per ogni paese, quali fossero gli interventi destinati a ognuna, in modo da poter ricostruire la spesa aggregata per ogni area, sommando la spesa per singoli interventi ritenuti afferenti a una determinata area.

Un esempio relativo all'Italia può chiarire il metodo seguito: la spesa per le persone non autosufficienti, dovuta all'Indennità di Accompagnamento erogata dall'INPS, non è stata imputata all'area delle pensioni (come nelle statistiche ufficiali), ma a quella per non autosufficienza e invalidità. Allo stesso modo, la spesa per interventi sociosanitari destinati ad anziani e disabili (per esempio, per l'Assistenza Domiciliare Integrata, ADI, o per le Residenze Sanitarie Assistenziali, RSA) non è stata imputata all'area Spesa Sanitaria, ma, ancora una volta, a quella non autosufficienza e invalidità.

1.3.3 *Il calcolo della spesa di welfare e la sua analisi*

Il calcolo e l'analisi della spesa di welfare è stata svolta, quindi, seguendo cinque fasi:

- ricognizione delle politiche e degli interventi esistenti nei diversi paesi e conseguente attribuzione a una delle sette aree, sulla base delle finalità perseguite e dei destinatari raggiunti;
- reperimento dei dati di spesa per ciascuna politica e intervento da fonti nazionali (istituti statistici nazionali, rapporti governativi ufficiali o di istituti di ricerca) per l'anno 2012, 2011 o per l'ultimo disponibile;
- calcolo della spesa complessiva per area, attraverso la somma della spesa per i singoli interventi attribuibili a ciascuna;
- calcolo della spesa totale di welfare per ciascun paese;
- validazione dei dati e dell'analisi, attraverso la consultazione di un esperto dei sistemi di welfare di ognuno di paesi analizzati.

Ai fini dell'analisi, si adatteranno due diverse prospettive sulla spesa (riepilogate in Figura 1.2): ci si riferirà, infatti, sia alla spesa complessiva del sistema, che include la spesa per tutte le aree considerate, sia alla sola spesa per non au-

tosufficienza e invalidità, con la finalità di comparare l'intensità dell'assistenza per anziani non autosufficienti e persone disabili nei diversi sistemi.

Figura 1.2. Scomposizione della Spesa di welfare in Aree e perimetri

AREA DI INTERVENTO	Finalità e destinatari
Pensioni	Interventi rientranti nei regimi previdenziali (di vecchiaia, anzianità e reversibilità)
Spesa sanitaria	Interventi sanitari per adulti e minori al netto della spesa per anziani non autosufficienti e disabili
Lavoro, Disoccupazione e Incidenti sul lavoro	Politiche attive e passive per i lavoratori
Politiche abitative	Interventi a sostegno dell'alloggio
Interventi per famiglie e minori	Interventi per minori (a rischio di esclusione sociale e non), giovani e famiglie
Interventi per esclusione sociale e povertà	Interventi per l'inclusione sociale (non riconducibili a nessuna altra categoria);
Non autosufficienza e Invalidità	Interventi sociali e sanitari per la non autosufficienza di anziani e disabili

Il metodo di calcolo proposto e adottato presenta, allo stesso tempo, vantaggi e svantaggi, in parte già citati. L'utilizzo di dati da fonti nazionali consente una migliore comprensione delle scelte e delle peculiarità dei sistemi, arrivando a un altissimo livello di dettaglio. Questo permette di comprendere la rilevanza e l'intensità di ogni politica e area di intervento (confrontando la spesa pro capite o la spesa per destinatario, quando possibile), oltre che di includere la spesa di tutti i livelli di governo (centrale, regionale - intermedio e locale, oltre che istituti diversi per la sicurezza sociale) e analizzare la loro partecipazione rispetto ai diversi interventi.

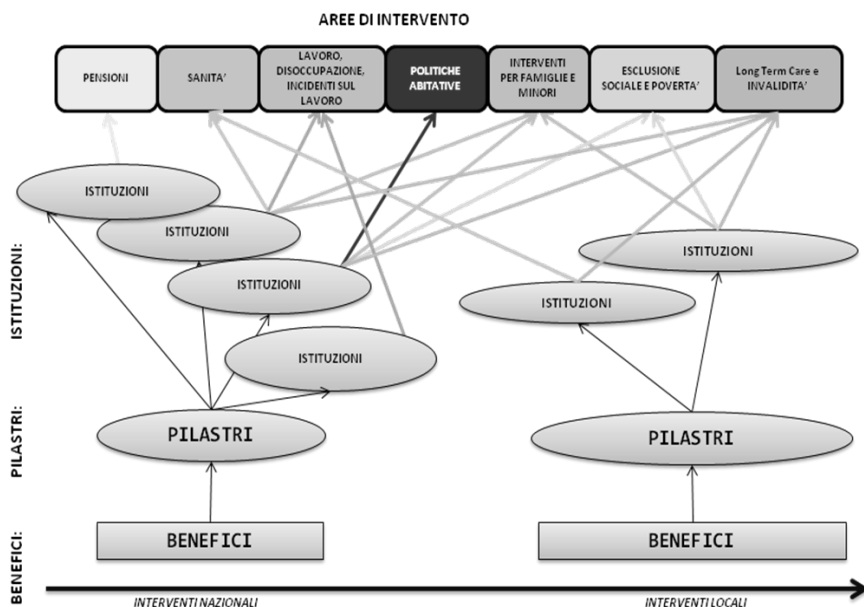
Rimangono, però, alcune problematiche legate alla comparabilità dei dati quando le diverse fonti si riferiscono ad anni diversi o presentano diversi livelli di dettaglio; a questo si aggiunge il tema del *double accounting*, nel momento in cui fonti diverse adottano tecniche di rilevazione diverse per i vari livelli di governo. L'utilizzo della spesa totale facilita il confronto immediato tra paesi, ma ripropone quanto già detto sull'utilizzo di macro-aggregati per l'analisi di *policy* complesse e il rischio di eccessive semplificazioni.

La «regola dell'intervento» consente di comprendere le risorse allocate a differenti gruppi target e di riconoscere l'intensità delle risorse allocate per gli utenti. Tuttavia, non garantisce sempre una piena comparabilità perché alcune semplificazioni possono essere necessarie nell'aggregazione delle risorse.

1.3.4 Uno sguardo d'insieme ai modelli di welfare

Ognuno dei quattro paesi sarà rappresentato attraverso un richiamo preliminare ai dati fondamentali relativi al contesto economico, sociale e demografico, e alle caratteristiche principali dell'organizzazione dello stato. I modelli di welfare saranno descritti con riferimento ai pilastri, agli interventi e ai destinatari, distinguendo il livello locale da quello centrale. Per uno sguardo d'insieme del modello di rappresentazione adottato per i sistemi di welfare e per i calcoli relativi alle risorse, si veda la Figura 1.3.

Figura 1.3 Benefici, pilastri, istituzioni e aree d'intervento: uno sguardo d'insieme



Bibliografia

Amenta E., Hicks A. (2012) «Research Methods», in Castles F.G., Leibfried S., Lewis J., Obinger H., Pierson C., (edited by) (2012), *The Oxford Handbook Of The Welfare State*, Oxford University Press: Oxford, pp. 105-120.

Bertola, G., Blau, F. D., & Kahn, L. M. (2001), «Comparative analysis of labor market outcomes: lessons for the US from international long-run evidence», *National Bureau of Economic Research* n° 8526.

Bouget, D. (2003), «Convergence in the social welfare systems in Europe: from goal to reality», *Social Policy & Administration*, 37(6), 674-693.

Castles, F. G. (2009), «What Welfare states do: a disaggregated expenditure approach», *Journal of Social Policy*, 38(1), 45-62.

De Deken, J., & Kittel, B. (2007), «Social expenditure under scrutiny: The problems of using aggregate spending data for assessing Welfare state dynamics», in Clasen J., Siegel N.A., (edited by), (2007), «Investigating Welfare State Change: The Dependent Variable Problem», in *Comparative Analysis*, Cheltenham: Edward Elgar Publishing, pp. 72-104.

Esping-Andersen, G. (1990), *The three worlds of welfare capitalism*, vol. 6, Cambridge: Polity press.

Kuitto, K. (2011), «More than just money: Patterns of disaggregated Welfare expenditure in the enlarged Europe», *Journal of European Social Policy*, 21(4), 348-364.

Lewis, J. E. (1998), *Gender, social care, and welfare state restructuring in Europe*, Ashgate Pub Ltd.

Masini, C. (1960), trad. italiana *L'organizzazione del lavoro nell'impresa*, vol. 1, Milano, Giuffrè.

Pedersen C.G., (2007), «More than data questions and methodological issues: theoretical conceptualization and the dependent variable problem in the study of Welfare reform», in Clasen J., Siegel N.A., (edited by) (2007), «Investigating Welfare State Change: The Dependent Variable Problem», in *Comparative Analysis*, Cheltenham: Edward Elgar Publishing, pp. 13-23.

Portes, A. (2000), «Social capital: Its origins and applications in modern sociology». In Lesser, Eric L., (edited by), *Knowledge and Social Capital*. Boston: Butterworth-Heinemann, 43-67.

Putnam, R. D (1995), «Bowling alone: America's declining social capital», *Journal of democracy*, 6(1), 65-78.

2. Francia

di Ornella Larenza ed Elisabetta Notarnicola

2.1 Carta d' identità del paese

La Francia è uno dei paesi più grandi d' Europa, con circa 65,3 milioni di abitanti (Insee, 2013¹). La sua struttura demografica è simile a quella degli altri paesi che compongono questo studio, con il 25 per cento circa della popolazione con meno di 20 anni e il 17 per cento con più di 65 anni, eccezion fatta per il tasso di fertilità totale, che supera i 2 figli per donna (Eurostat, 2013). Questo fattore viene in parte spiegato da politiche sociali per la famiglia, che storicamente hanno avuto una connotazione pro-natalità molto evidente (Saraceno, 2011).

2.2 Organizzazione dello stato e spesa pubblica

L'organizzazione dello stato francese è molto simile a quella dello stato italiano, avendo questi, in comune, una tradizione amministrativa di tipo napoleonico. Esistono, pertanto, quattro livelli di governo: lo stato centrale, le regioni (27 in totale, 22 regioni continentali e 5 d'oltremare - *Rom*), i dipartimenti (101) e i comuni (circa 36.000).

2.2.1 *Articolazione delle funzioni pubbliche tra livelli di governo*

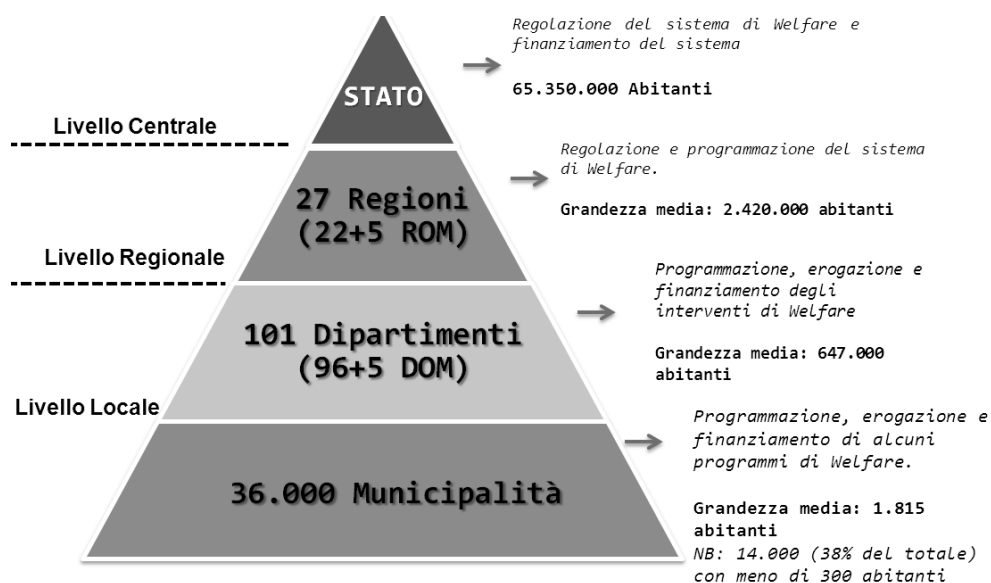
Il livello centrale, lo stato, o *État*, con riferimento al sistema di protezione sociale, provvede sia alla definizione delle politiche che alla regolazione del sistema nel suo complesso, anche con riferimento alle modalità di finanziamento e alla gestione della spesa.

A partire dal 1982 il sistema ha subito una serie di riforme amministrative volte a decentrare, a livello locale, una serie di competenze, tra cui, in modo parti-

¹ Dati ufficiali disponibili sul sito web di Insee (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Ultima visita 27/02/2013 <http://www.insee.fr>

colare, quelle relative alle politiche sociali. Questo ha prodotto una forte frammentazione delle responsabilità (Laurent *et alii* 2010). Le regioni sono riconosciute come enti di rango costituzionale, ma senza potere legislativo. Gli enti di livello intermedio, i dipartimenti, hanno assunto nel tempo la titolarità di diverse funzioni amministrative, ma occupano, a oggi, una posizione centrale sia rispetto al finanziamento di alcuni interventi di welfare che rispetto all'erogazione e programmazione degli stessi, in particolare con riferimento a *Aide e Action Social*. Il livello locale, oggi protagonista di fenomeni di aggregazione dei comuni per la gestione di servizi territoriali (si vedano, per esempio, le *communauté d'agglomération, communauté de communes*, ecc. ...), condividono con i dipartimenti la responsabilità circa *Aide e Action Sociale* e altri interventi di tipo assistenziale.

Figura 2.1 Competenze nel sistema di Welfare e dimensioni dei diversi livelli di governo



2.2.2 La spesa delle Amministrazioni Pubbliche

La spesa pubblica totale corrisponde a circa il 56 per cento del Pil nazionale annuale e, nel 2011, è stata pari a 17.118 euro pro capite (Insee, 2011). Con questi valori, la Francia si posiziona tra i paesi occidentali, e non solo, con l'incidenza di spesa pubblica più alta sul Pil. Guardando alla sua distribuzione tra livelli di governo, lo stato centrale ha speso, nel 2011, 6.800 euro pro capi-

te² (pari a circa il 22 per cento del Pil pro capite), il livello locale e regionale circa 3.500 euro pro capite (Insee, 2011). I restanti 8.100 euro pro capite sono stati spesi dalle Istituzioni della protezione sociale. È necessario precisare che il sistema delle casse tipico della protezione sociale francese - di cui si parlerà nei paragrafi successivi - viene considerato, nella reportistica ufficiale francese, come un livello di governo a sé stante, coerentemente con il fatto che si tratta di enti autonomi con un proprio bilancio.

Il 50 per cento circa della spesa pubblica è destinato alla produzione di interventi di welfare, il 6 per cento circa al rimborso del debito pubblico e il 43 per cento circa ad altre funzioni.

2.3 Nascita ed evoluzione del sistema di welfare

La storia del sistema di welfare francese è quella di un welfare nato con una connotazione eminentemente bismarckiana. Si trattava, in origine, di un sistema assicurativo che legava l'accesso alla protezione sociale allo status di lavoratore. In seguito, ha progressivamente integrato alcuni elementi del welfare assistenziale, introducendo misure volte a coprire dai rischi sociali quella parte di popolazione più fragile che non ha accesso alle casse assicurative, perché non ha, per esempio, una posizione lavorativa stabile o è disoccupato (Adecri, 2008; Gallouj e Gallouj, 2009).

Il sistema francese affonda le sue radici nei primi decenni dell' Ottocento quando iniziarono a costituirsi le prime mutue assicuratrici per alcune categorie di lavoratori (*société de secours mutuels*) che divennero obbligatorie a partire dal 1889. Parallelamente (dal 1893), comparvero anche alcune politiche pubbliche rivolte a categorie sociali considerate particolarmente fragili (gli orfani, le vedove, i malati cronici, ecc ...), che prevedevano delle iniziative di assistenza sociale puntuali, in assenza di un vero e proprio sistema di welfare.

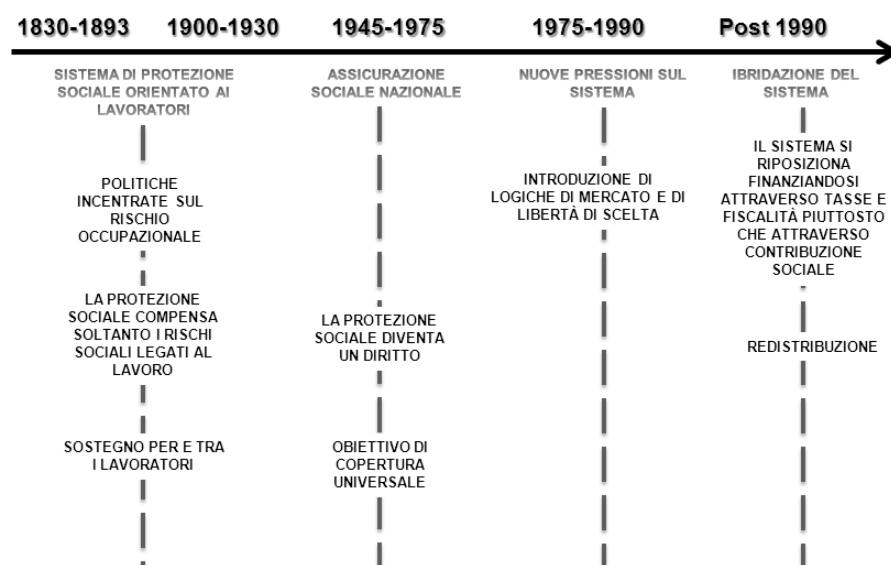
A partire dal Novecento, le diverse politiche e gli schemi assicurativi già esistenti iniziarono a essere messi a sistema con l'istituzione di assicurazioni previdenziali uniche per categorie di lavoratori (1910) e la costituzione di assicurazioni sanitarie e per l'invalidità obbligatorie. Fu nel secondo dopoguerra che iniziò a configurarsi, però, un vero e proprio sistema nazionale: nel 1945, con Pierre Laroque e il Consiglio Nazionale della Resistenza (*Conseil National de la Resistance*) fu emanato il corpus normativo fondativo del sistema così come lo conosciamo oggi, sia per i principi di fondo, che per la struttura di *governance*, che per le modalità di finanziamento. Il tentativo fu quello di creare un sistema che fosse il più possibile equo e tendesse a una copertura universale, eliminando le differenze esistenti fino a quel momento tra le diverse categorie professionali.

² Rispetto alla distribuzione della spesa pubblica tra livelli di governo, non è stato possibile depurare completamente la spesa dai trasferimenti tra livelli di governo, problematica riscontrata anche dall'Istituto statistico francese, Insee. Per semplicità, la spesa pubblica per debiti finanziari è stata completamente imputata al livello centrale.

Fino agli anni Settanta, il sistema ha continuato ad ampliarsi e consolidarsi fino a che non sono emersi i primi segnali di instabilità finanziaria. A partire dal 1975, il livello dei benefit è andato via via abbassandosi, mentre, allo stesso tempo, venivano attuate alcune manovre di ridefinizione dei meccanismi di finanziamento del sistema. A partire da quel momento fino ad oggi, i più grandi interventi sul welfare francese sono stati volti a garantire la stabilità finanziaria complessiva, prima con la riforma del 1995-*Plan Juppé*-, poi con l'introduzione di una nuova modalità di finanziamento, la *Contribution Sociale Généralisée*.

Il sistema di welfare francese è, dunque, il frutto di un'evoluzione graduale della concezione di stato sociale (*Etat Providence*). Questo è, infatti, nato in risposta all'esigenza di coprire i rischi sociali tipicamente prodotti dalla società industriale (disoccupazione, infortuni sul lavoro). Nel tempo, ha contemplato nuovi rischi (salute, povertà, non autosufficienza, ecc.), secondo un'accezione più in linea con l'obiettivo di diffondere il benessere sociale (piuttosto che il benessere individuale). Tra gli elementi distintivi del sistema di welfare francese si trovano sicuramente il suo carattere fortemente natalista e familista. La Francia ha, infatti, incentivato la formazione e l'accrescimento della famiglia come unità sociale fondamentale (Daly, 2010) sin dai primi del Novecento, prima favorendo esplicitamente la maternità con assegni familiari e forme di tassazione agevolata e, successivamente, investendo in servizi materno infantili e, più in generale, nella conciliazione famiglia-lavoro.

Figura 2.2 Storia, origine e fondamenti del sistema di welfare



Attualmente, il sistema francese, come molti sistemi di welfare di origine bismarckiana, sta attraversando una fase piuttosto critica. La contrazione dei posti di lavoro e il fiorire di forme di lavoro atipico, a cui corrisponde un minore livello di protezione sociale, pongono seri interrogativi sul senso complessivo del sistema. L'obiettivo di alcune riforme attuate negli ultimi anni (si veda l'introduzione della copertura sanitaria universale CMU) è quello di ridurre la dualizzazione tra inclusi ed esclusi dal sistema (Pallier, 2010), secondo un principio sostanzialmente diverso da quello che aveva ispirato la fondazione delle casse assicurative e molto più vicino al concetto di cittadinanza sociale (Marshall, 1950) tipico dei sistemi di welfare universalistici.

2.4 I pilastri del welfare

Dalla sua storia si comprende come il sistema francese, ieri come oggi, si basi su due pilastri fondamentali: la *Sécurité Sociale*, ovvero il sistema assicurativo delle casse e l'assistenza sociale per le fragilità con l'*Aide*, e l'*Action Sociale*. L'incidenza sul sistema complessivo della parte assicurativa è notevole: l'87 per cento della spesa di welfare complessiva è gestita da questo pilastro, mentre il 13 per cento dalla parte assistenziale.

2.4.1 *Il sistema delle casse assicuratrici*

Dalla *Sécurité Sociale* promanano gran parte degli interventi a copertura dei quattro rischi sociali fondamentali : quelli legati al superamento dell'età lavorativa, cui si sofferisce con le pensioni, quelli legati alla salute, quelli legati al contesto familiare e, quindi, alla tutela dei minori, e quelli legati alla perdita del lavoro. A ognuno dei quattro rischi è associata una Cassa Assicurativa separata e del tutto autonoma. Per il rischio malattia, la *Caisse Nationale Assurance Maladie* (CNAM) gestisce due schemi assicurativi separati, uno obbligatorio, a cui è iscritto circa il 75 per cento dei francesi, e uno integrativo, a cui è possibile iscriversi oltre determinati limiti di reddito. La CNAM è, inoltre, responsabile dell'erogazione della CMU (*Couverture maladie universelle*), una prestazione rivolta ai cittadini che non sono coperti da altra assicurazione sanitaria. Il rischio vecchiaia è gestito tramite la *Caisse Nationale Assurance Vieillesse* (CNAV), mentre i rischi legati al contesto familiare (politiche di sostegno alla famiglia, di conciliazione, servizi per l'infanzia..) sono controllati dalla *Caisse Nationale Assurance Famille*, l'unica le cui prestazioni non sono legate alla condizione lavorativa dell'assicurato. Il rischio disoccupazione è amministrato, a livello nazionale, attraverso l'*Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce* (UNEDIC), un organismo indipendente che vigila sul rispetto degli accordi relativi alle indennità di disoccupazione dei lavoratori dipendenti del settore privato, come negoziati tra le parti sociali. L'accompa-

gnamento al lavoro, e in generale le politiche attive, sono, invece, gestite attraverso il *Pôle Emploi* e le sue agenzie territoriali.

2.4.2 *L'assistenza sociale: Aide e Action Social*

Diverse tipologie di prestazioni di natura monetaria e interventi in natura che si rivolgono ai cittadini che versano in condizioni di fragilità, anche temporanea, sono gestite, a livello locale, principalmente, tramite l'*Aide* e l'*Action Sociale*. Il primo racchiude la maggior parte degli interventi e delle risorse dell'assistenza sociale ed è caratterizzato da prestazioni che i dipartimenti devono, per legge, erogare a favore dei cittadini richiedenti. Al contrario, l'*Action sociale* racchiude quegli interventi di assistenza sociale facoltativi erogati, per lo più, dai comuni e solitamente non sottoposti ad alcuna regia da parte di un livello di governo sovraordinato. Da un punto di vista terminologico, tuttavia, spesso si usano *Aide* e *Action sociale* in modo intercambiabile.

All'*Aide Sociale* partecipa anche lo stato centrale, finanziando alcune misure nell'ambito delle politiche per la non autosufficienza e della sanità (come la copertura sanitaria universale - CMU), introdotte per attuare una perequazione tra i diversi dipartimenti e le diverse fasce di popolazione (Drees, 2011b).

Gli interventi finanziati a titolo di *Aide Sociale* sono rivolti a quattro grandi aree di utenza: anziani, disabili, minori e povertà/esclusione sociale (Tabella 2.1). Queste aree, di fatto, costituiscono i quattro macro blocchi di competenze dei dipartimenti nell'ambito delle politiche sociali e socio-sanitarie. In particolare, la spesa per povertà ed esclusione sociale copre, sostanzialmente, il reddito minimo e rappresenta il 28 per cento della spesa complessiva per l'*Aide Sociale*, gli interventi in favore degli anziani non autosufficienti valgono il 26 per cento del totale della spesa, che, per il 70 per cento, è relativa all'erogazione della principale misura pubblica (*Allocation Personnalisée Autonomie*) di non autosufficienza (si veda più avanti, al paragrafo 3.7 per una trattazione più approfondita di questa misura). Alle restanti aree viene, invece, destinato rispettivamente il 25 per cento (minori) e il 21 per cento (disabili) delle risorse (Drees, 2010, 2011c).

Tabella 2.1. Spesa dei dipartimenti per assistenza sociale nel 2010

AIDE SOCIALE: spesa per area di utenza	Spesa in milioni di Euro
Anziani	6.626
Disabili	5.496
Minori e giovani	6.510
Povertà ed esclusione sociale	7.369
totale	26.000 circa

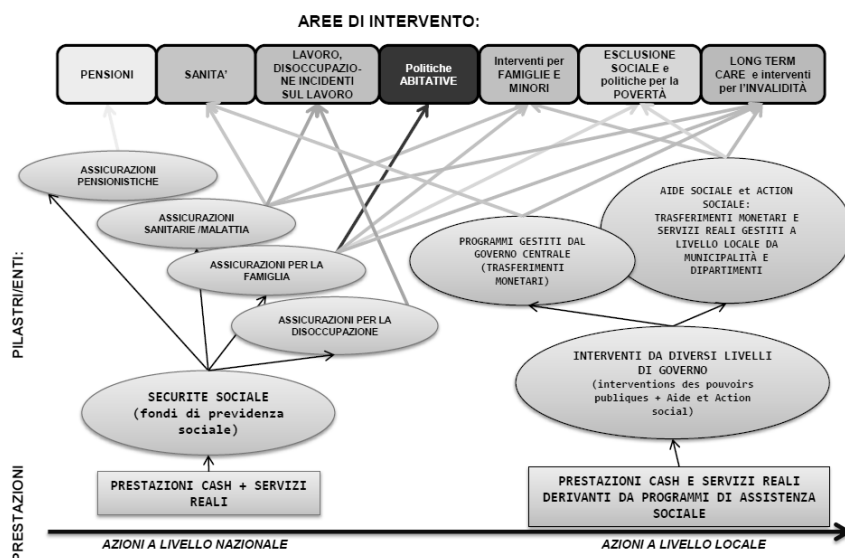
La spesa pro capite per *Aide e Action Sociale*, nella Francia continentale, presenta una variabilità ampia tra territori e segnala l'esistenza di posizionamenti molto diversi, non tanto tra Dipartimenti, quanto, piuttosto, a livello comunale.

Guardando alla distribuzione della spesa pro capite per *Aide e Action Sociale* nei diversi dipartimenti, il valore della mediana (cioè il valore centrale della distribuzione se si ordinassero in modo crescente i singoli valori di spesa pro capite per dipartimento) è di 397 euro pro capite (quindi metà dei territori francesi registra una spesa inferiore e l'altra metà superiore a 397 euro pro capite) all'interno di un *range* che varia da un minimo di 290 euro pro capite a un massimo di 608 euro pro capite. Tuttavia, in alcuni dipartimenti la spesa pro capite per *Aide e Action Sociale* varia dal 55 per cento all'85 per cento della mediana. In altri, invece, essa varia tra il 115 per cento e il 145 per cento della mediana. Benché le ragioni di questo divario non siano indagate, queste evidenze (Drees, 2010) mettono in luce potenziali iniquità tra gli abitanti di territori diversi.

2.4.3 *L'organizzazione generale del sistema*

La programmazione generale del sistema è compito del governo centrale e, in particolare, di due ministeri: il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali e il Ministero delle Finanze. Particolarità del sistema francese è quella di aver previsto, per facilitare e mantenere il controllo sulla tenuta finanziaria complessiva del sistema, l'approvazione di una sorta di «legge finanziaria» del sistema di protezione sociale: ogni anno vengono effettuate dai ministeri competenti, in collaborazione con gli altri grandi enti del sistema, delle previsioni di costi e ricavi complessivi del sistema, che vengono poi approvati dal Parlamento. Tale norma consente di effettuare delle previsioni di spesa più realistiche e coerenti ai vari livelli del sistema, nel rispetto dell'autonomia gestionale dei diversi attori del sistema. L'esistenza dei due pilastri fondativi succitati, distinti per organizzazione e *ratio* degli interventi, non ha evitato l'articolazione del sistema in una molteplicità di canali non sempre coerenti nell'insieme, laddove lo stesso bisogno è spesso preso in carico da soggetti diversi, in assenza di coordinamento tra questi. In particolare, tutte le aree di intervento (a eccezione delle pensioni e affini) vedono una commistione tra prestazioni afferenti al ramo assistenziale e prestazioni del ramo assicurativo.

Figura 2.3. Uno sguardo d'insieme sul sistema francese



2.5 Modalità di finanziamento del sistema

Il finanziamento del sistema si basa in particolare su quattro diverse fonti:

- **I contributi previdenziali.** Le casse assicurative sono finanziate principalmente tramite il pagamento di contributi da parte dei singoli cittadini, come lavoratori e datori di lavoro. Nel 2010, il 64 per cento del finanziamento del sistema proveniva da contributi di questo tipo.
- **La fiscalità generale.** Nel 2010, il 24 per cento circa del sistema era finanziato dalla fiscalità generale e, in particolare, dalla *Contribution Sociale Generalisée*. Quest'ultima è un tributo destinato a finanziare il sistema di protezione sociale, sebbene non sia vincolato alla copertura di uno specifico rischio o intervento.
- **Trasferimenti.** Il 10 per cento delle risorse proviene dal budget dei diversi livelli di governo.
- **Altre imposte.** Circa il 2 per cento del sistema è finanziato da altre fonti, quali ad esempio accise e tasse su alcool, tabacchi, ecc...

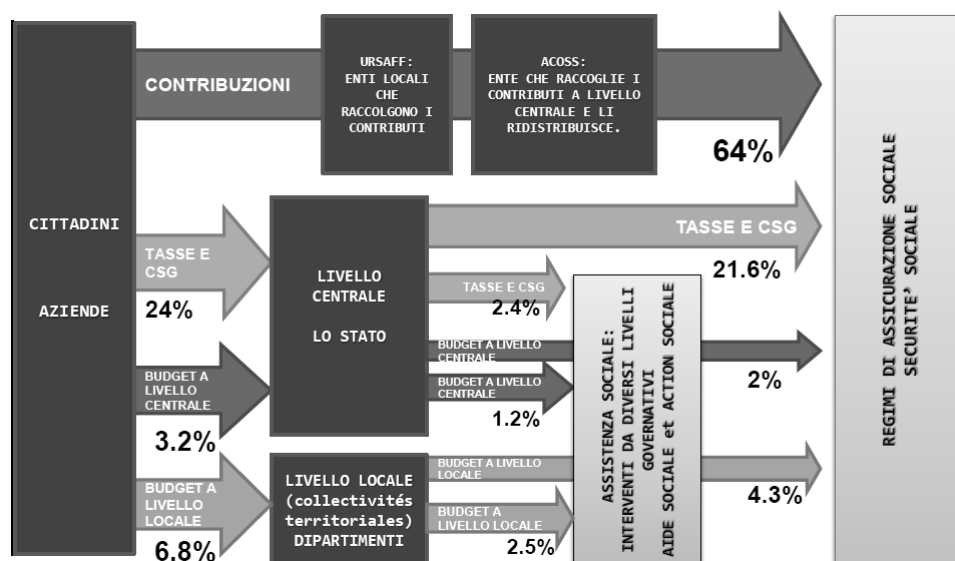
Anche se ancora oggi più del 50 per cento del sistema è finanziato da contributi assicurativi, a partire dagli anni Novanta è stato avviato un processo di riforma volto ad aumentare il peso della fiscalità generale tra le fonti di finan-

ziamento del sistema di welfare francese, con un chiaro intento redistributivo. Questo è avvenuto, inizialmente, con l'introduzione della *Contribution Sociale Généralisée*, imposta personale il cui imponibile è calcolato sui redditi personali, cui, in seguito, è stata aggiunta un' imposta, la *Contribution au remboursement de la dette sociale*, dedicata al pagamento del debito pubblico contratto per il finanziamento del sistema di protezione sociale (Drees, 2012c).

2.5.1 Meccanismi di finanziamento

Il sistema di assistenza sociale viene finanziato tramite risorse del budget degli enti locali, del governo centrale e, quindi, dell' imposizione fiscale generale. Le risorse complessive per gli interventi vengono gestite, a livello locale, dai comuni e dai dipartimenti, che erogano, poi, le prestazioni. Più complessa è, invece, la mappa dei flussi che finanziano il sistema assicurativo. Ogni cassa viene finanziata principalmente tramite i contributi dedicati versati dai cittadini. I contributi del regime generale³ (il regime assicurativo principale) vengono raccolti e gestiti, in prima battuta, da agenzie territoriali dette *Ursaff*, che, successivamente, li trasmettono a un' agenzia nazionale, l' *Accoss*, con il compito di attuare una perequazione tra territori e rischi, prima di ridistribuire nuovamente le risorse alle casse (Drees, 2010).

Figura 2.4. Distribuzione delle fonti di finanziamento per i diversi interventi



³ Il più importante tra i regimi assicurativi che sono organizzati in diversi regimi per diverse categorie professionali.

2.6 La spesa per il welfare

Applicando il metodo presentato nel capitolo 1, i dati utilizzati per il calcolo della spesa di welfare del sistema francese sono stati reperiti all'interno del sistema statistico della protezione sociale francese (Drees⁴). Tramite tale fonte, i dati più recenti e disponibili, al momento della trattazione erano quelli contenuti nel rapporto pubblicato nel 2012, *La Protection Sociale en France et en Europe*, che riporta dati consuntivi di spesa del sistema di protezione sociale riferiti all'anno 2010, presentati secondo tre aggregazioni: per rischi sociali, per enti gestori delle risorse e per tipologia di intervento.

La spesa totale per la protezione sociale è stata, nel 2010, pari a circa 650 miliardi di euro, che corrispondono a una spesa pro capite di 10.011 euro. Il 43 per cento della spesa è stato destinato a pensioni di anzianità e vecchiaia (278 miliardi di euro e 4.225 euro pro capite), il 26 per cento alla sanità (172 miliardi e 2.644 euro pro capite), circa il 9 per cento a politiche del lavoro e un ulteriore 9 per cento alle politiche per la famiglia (rispettivamente 57 miliardi e 871 euro pro capite e 58,7 miliardi e 899 euro pro capite). La spesa per la *Long Term Care* è stata di 55 miliardi circa (poco meno dell'8 per cento con 841 euro pro capite), quelle per povertà ed esclusione sociale di 16 miliardi circa (239 euro pro capite e il per cento del totale) e quella per le politiche abitative di circa 17 miliardi (262 euro pro capite e 3 per cento del totale).

Complessivamente la spesa pubblica per il welfare corrisponde al 58,48% della spesa pubblica complessiva e al 33 per cento circa del Pil. Alla spesa pubblica è possibile aggiungere anche una stima della spesa privata *out of pocket*⁵ per la sanità e la LTC: aggiungendo la spesa privata di circa 690 euro pro capite (di cui 333 euro pro capite di spesa sanitaria e 357 euro pro capite per la LTC), la spesa complessiva (pubblica e privata) di welfare raggiunge quota 10.701 euro pro capite.

Guardando alla distribuzione della spesa tra livelli di governo, vediamo come, nel suo complesso, questa sia gestita, per il 92 per cento, dal livello centrale (85 per cento dalle casse e 7 per cento dal governo centrale per interventi di assistenza sociale) e per il restante 8 per cento dal livello locale. Guardando alla sola non autosufficienza, il 60 per cento della spesa viene gestita dalle casse assicuratrici, il 14 per cento dal governo centrale e il 26 per cento dagli enti locali.

⁴ Dati ufficiali disponibili sul sito web di Drees (Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques), ultima visita 27/02/2013, <http://www.ecosante.fr/FRANFRA/3013.html>.

⁵ Ministère de l'Economie et des Finances, 2013. Si veda il § 7.4.

Tabella 2.2. Spesa pubblica complessiva per il welfare nel 2010

Aree di intervento:	Spesa di welfare complessiva per aree di intervento (milioni di €2010):	Spesa di welfare pro capite per aree di intervento (€2010):	Distribuzione della spesa per aree di intervento:
Pensioni di Anzianità e Vecchiaia	278.000 €	4.225 €	42,53%
Sanità	172.000€	2.644 €	26,31%
Interventi per la famiglia e l'infanzia	58.700€	899 €	8,98%
Interventi per la Non Autosufficienza	55.000 €	841€	8,41%
Politiche per il lavoro	57.000€	871 €	8,72%
Politiche per l'abitare	17.000 €	262€	2,60%
Politiche per la povertà e l'esclusione sociale	16.000 €	239 €	2,45%

2.7 Non autosufficienza: quale organizzazione del sistema?

Il sistema di welfare per la non autosufficienza è dato da un mix di diversi interventi che prevedono benefici monetari e in natura per anziani non autosufficienti e per giovani disabili (Joel *et alii*, 2010). Con riferimento, in particolare, all'assistenza agli anziani non autosufficienti, è possibile distinguere tra due macro tipologie di benefici pubblici disponibili: i trasferimenti monetari (per lo più assegni e agevolazioni fiscali), gestiti a livello centrale dallo stato e dalle casse assicuratrici, e i benefici definiti e amministrati a livello locale (servizi di diverso tipo, ma anche alcuni trasferimenti monetari), in parte dal sistema delle Agenzie Regionali di Salute, in parte dagli enti locali con competenze in ambito di politiche sociali, a seconda della finalità dell'intervento (Morange 2004).

2.7.1 Policy e servizi previsti

Gli interventi⁶ per gli anziani non autosufficienti previsti dal sistema francese sono molteplici e molto differenziati tra loro, tanto che difficilmente si può parlare di un sistema di benefici, quanto, piuttosto, di una serie di programmi con finalità e caratteristiche diverse (Le Bihan e Martin, 2010).

I principali interventi disponibili, descritti nei paragrafi a seguire, possono essere distinti in due grandi gruppi: i trasferimenti *cash* e i servizi in natura. È importante precisare che si descriveranno i principali interventi disponibili a

⁶ Da questo momento in poi, con il termine *non autosufficienza*, si farà riferimento esclusivamente agli interventi per gli anziani non autosufficienti e non a quelli per i giovani disabili a, meno che non sia esplicitamente indicato diversamente.

livello nazionale, ma che i singoli territori, al livello comunale e dei Dipartimenti, hanno una parziale autonomia nel ridisegnare alcune caratteristiche dell'offerta, potendo prevedere ulteriori interventi.

Tabella 2.3. Le principali prestazioni *cash* legate alla non autosufficienza

Prestazione	Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)	Aide Personnalisée au Logement (APL)	Aide Sociale pour les personnes âgées
Principale ente pubblico di riferimento	Dipartimento	Caisse d'Allocations Familiales (CAF)	Dipartimento
Descrizione	Contributo alle spese di cura per la non autosufficienza sia per soggetti a domicilio che in struttura	Contributo alle spese per l'alloggio (sia per chi vive in affitto che per chi è proprietario) anche per chi vive in casa di cura	Contributo alla copertura della tariffa alberghiera per coloro i quali non riescono a coprirlo autonomamente né con le risorse della propria famiglia
Condizioni per l'eleggibilità	Avere almeno 60 anni. Essere residente in Francia. Avere un'invaldit� tra il livello 1 e 4 della griglia AGGI	Risiedere in una struttura convenzionata della Francia Metropolitana. Possedere redditi inferiori ad una certa soglia	Possedere risorse insufficienti. La struttura deve essere abilitata. Avere pi� di 65 o 60 in caso di inabilit� al lavoro
Ammontare	Secondo il livello di non autosufficienza e di reddito, tra 1.216 e 540 €/mese nel 2011	Secondo il livello di reddito, tra 230 e 280 euro al mese nel 2011	Secondo il livello di reddito personale e della famiglia e dal tipo di struttura
Modalit� di pagamento al beneficiario	Versata mensilmente al beneficiario o alla struttura residenziale che lo ospita. Soggetta a rivalutazione nel caso	Versata mensilmente generalmente alla struttura residenziale che lo ospita. Il livello del sussidio � rivalutato annualmente	Versata direttamente alle strutture ospitanti il non autosufficiente

Tra i trasferimenti *cash*, tre sono i pi  diffusi e rilevanti per finalit , importo erogato e diffusione: la *Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)*, l'*Aide Personnalisée au Logement (APL)* e l'*Aide Sociale pour les personnes  g es (AS)* (Cergas, 2012). Il primo tra questi  , sicuramente, quello pi  importante ed   erogato ai cittadini di almeno sessant'anni che rispondono a determinati requisiti di non autosufficienza, con l'obiettivo di sostenere e compensare le spese per l'acquisto di prestazioni di cura e assistenza, sia a domicilio che in struttura. L'APA   gestita dal dipartimento, il suo importo varia tra un valore di cir-

ca 1.200 euro mensili e 540 euro mensili, a seconda del livello di non autosufficienza riconosciuta al beneficiario e del suo livello di reddito. Gli altri due trasferimenti, entrambi sottoposti al test dei mezzi⁷ (*means-tested*), intervengono a sostegno dell'abitare, il primo, e del reddito, il secondo.

I servizi in natura sono gestiti a livello locale e possono essere raggruppati nelle seguenti categorie:

- i servizi di cura domiciliare per l'assistenza sociale e il sostegno nelle attività della vita quotidiana;
- i servizi di cura domiciliare (*Aide soignante* e altri) per le cure sanitarie di tipo medico o infermieristico;
- i servizi residenziali «leggeri», come i centri diurni o forme di residenzialità innovative, come, per esempio, i *Foyers Logement* o le *Résidences avec services*, simili a gruppi di appartamenti o piccole comunità per soggetti lievemente non autosufficienti, provvisti di servizi di assistenza per i residenti;
- i servizi residenziali con una connotazione marcatamente sanitaria, come, per esempio, le *Unités de soins*.

Guardando al sistema dei servizi disponibili, nel complesso, è possibile immaginare un loro posizionamento lungo un *continuum* che va dai servizi poco formalizzati erogati nell'ambito della domiciliarità, ai familiari o ad altri *care-giver* informali, fino ai servizi molto formalizzati in strutture residenziali. In parallelo, è possibile seguire un altro *continuum* che ripercorre i diversi livelli di gravità della non autosufficienza: dalle situazioni più lievi, che richiedono assistenza per l'espletamento di poche attività della vita quotidiana, fino a quelle più complesse, che richiedono assistenza continuativa con una forte componente sanitaria. Idealmente, si prevede, quindi, che alle situazioni meno gravi corrispondano interventi poco formalizzati per i quali la capacità di autorganizzazione dell'utente e delle famiglie è alta, mentre all'opposto servizi molto formalizzati in strutture residenziali sono previsti per le situazioni più gravi (Joel *et alii* 2010).

Il livello di gravità è misurato a partire da una griglia di valutazione, l'AGGIR (*Autonomie Gérontologique groupes ISO ressources*), definita inizialmente con riferimento all'APA, ma oggi utilizzata anche per la valutazione del bisogno relativamente all'accesso ad altri servizi o trasferimenti e, in generale, come scala di riferimento per la non autosufficienza. La scala AGGIR misura, senza riferimento alla situazione economica reddituale della persona o della sua famiglia, la perdita di autonomia fisica nello svolgimento delle prin-

⁷ Con test dei mezzi si intende il fatto di condizionare l'accesso ad un beneficio a un livello specifico di redditi e/o patrimonio del soggetto richiedente.

cipali attività della vita quotidiana⁸. Si articola su sei livelli, dei quali il primo è considerato il più grave (persone anziane in stati vegetativi o confinate a letto), mentre il sesto, all'opposto, individua persone lievemente non autosufficienti per le quali non è prevista l'APA (Angus *et alii*, 2012). I soggetti lievemente non autosufficienti, anche se non eleggibili per l'erogazione di APA, se iscritti a una cassa assicurativa (malattia), possono chiedere a quest'ultima sussidi per accedere a servizi di assistenza e prestazioni sanitarie.

2.7.2 Governance del sistema: chi decide

I principali attori pubblici del sistema di governance sono (Le Bihan e Martin, 2006, 2011):

- lo stato centrale, con il Ministero degli affari sociali e della sanità, che ha competenze generali di regolazione e amministrazione del sistema;
- la CNSA (*Caisse Nationale de solidarité pour l'Autonomie*), un organo dell'amministrazione centrale che raccoglie gran parte dei fondi nazionali per la non autosufficienza e li riversa sui dipartimenti (per il finanziamento di una parte degli interventi da questi erogati) e sui servizi per la non autosufficienza finanziati dallo stato. Essa, inoltre, funge da agenzia nazionale per il coordinamento degli interventi e supporta gli altri enti pubblici nella ricerca, analisi e formazione sui temi della non autosufficienza;
- le casse assicuratrici dei diversi regimi (soprattutto la cassa malattia e la cassa previdenza) finanziatrici della CNSA;
- i dipartimenti, enti competenti per le politiche sociali e sociosanitarie a livello locale;
- le agenzie regionali per la salute (ARS);
- le *Maisons départementales des personnes handicapées* (MPDH), punti unici di accesso diffusi sul territorio e pensati per persone con disabilità, insieme ai CLIC (*Centre locale d'information et de coordination*) punti unici di accesso per l'orientamento delle persone anziane.

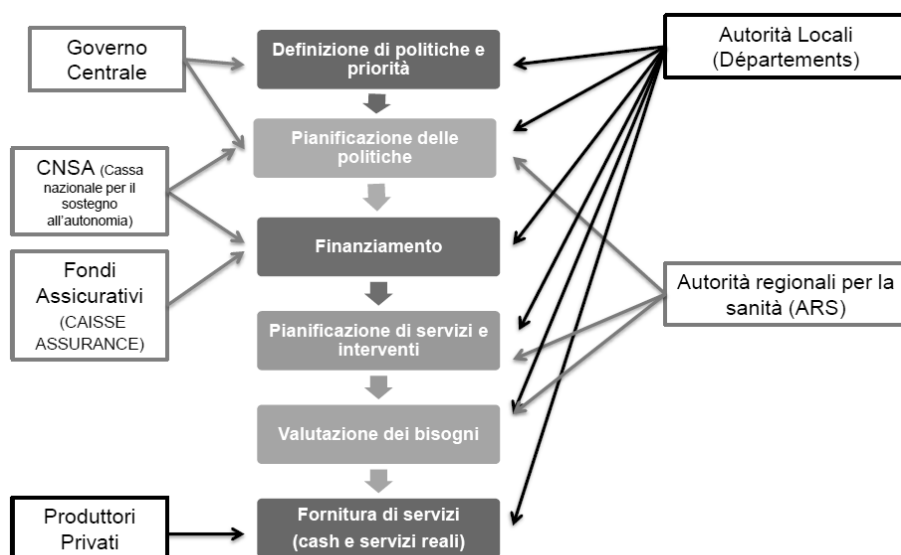
La distinzione tra pilastro assicurativo e pilastro assistenziale, valida per il welfare in generale, si replica anche in questo caso.

Guardando all'assetto complessivo del sistema, gli attori che hanno la maggior parte delle competenze e delle responsabilità sono, a livello locale, i dipartimenti e le agenzie regionali di salute. A livello centrale, invece, vengono definite le *policy* e la regolazione del sistema (dal ministero competente) e viene

⁸ Capacità di comunicare, capacità di orientarsi, cura della persona, alimentazione, spostamenti e capacità motorie di deambulazione, gestione del proprio tempo e delle proprie risorse economiche, cura e pulizia della casa, mantenimento delle terapie sanitarie previste, ecc. (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2013).

gestito il finanziamento complessivo degli interventi che riguardano tutto il territorio nazionale. Come già accennato, anche le misure legate alla non autosufficienza rientrano tra gli interventi di welfare oggetto di programmazione nella legge finanziaria sulla protezione sociale approvata ogni anno dal Parlamento (si veda sopra il ruolo della CNSA). Gli enti locali provvedono all'attuazione delle politiche nazionali e, in particolare alla regolazione e gestione del sistema dei servizi, rispetto agli standard di cura e assistenza, ai meccanismi di finanziamento, alla programmazione dei volumi di intervento e dei programmi specifici e alla regolazione dell'offerta.

Figura 2.5. La governance del sistema



2.7.2.1 La governance del sistema: chi decide le policy per la non autosufficienza

Come anticipato, le *policy* vengono definite a livello centrale. In particolare, il Ministero Francese per gli Affari Sociali e per la Sanità è molto attivo, negli ultimi anni (a partire dal 2010), nella produzione di studi riguardanti l'assetto generale del sistema per la non autosufficienza. È, infatti, prevista, entro il 2014, una riforma di riorganizzazione complessiva, che tarda, però, ad arrivare. A livello locale, le ARS e i dipartimenti definiscono i dettagli attuativi nella loro programmazione annuale e pluriennale. In particolare, nel definire gli stanziamenti di budget annuali, le ARS forniscono alcune indicazioni di *policy*, che diventano vincolanti anche per gli enti locali nell'erogazione delle presta-

zioni di *Aide Sociale*. Con riferimento a queste ultime, i dipartimenti mantengono, comunque, piena autonomia rispetto alla definizione delle caratteristiche delle prestazioni.

2.7.2.2 La *governance* del sistema: chi decide il budget annuale per la non autosufficienza

Se il finanziamento complessivo del sistema è monitorato dal livello centrale, quando il Parlamento definisce i budget di spesa annuale complessivi per i diversi interventi di welfare, altri attori pubblici hanno competenze specifiche circa la gestione delle risorse. La CNSA raccoglie le risorse nazionali dedicate al finanziamento della non autosufficienza (provenienti da imposte nazionali e da alcuni contributi specifici versati dai datori di lavoro), con le quali contribuisce a finanziare l' APA, la PCH (*Prestation compensatrice handicap*) e i servizi territoriali per la non autosufficienza, presidiando l'equa distribuzione delle risorse e degli interventi su tutto il territorio nazionale. Le ARS sono chiamate, insieme ai dipartimenti, a definire anno per anno il volume complessivo dei servizi da erogare nel territorio, individuando anche i volumi specifici per le diverse tipologie di servizio; contestualmente i dipartimenti definiscono gli stanziamenti di spesa per i programmi di assistenza sociale.

2.7.2.3 La *governance* del sistema: chi decide gli investimenti in infrastrutture

Anche la programmazione della dotazione di servizi e strutture viene fatta su due livelli, quello nazionale e quello locale. A livello nazionale, per i servizi con una componente di assistenza sanitaria, il ministero degli Affari Sociali e della Sanità definisce gli standard da rispettare in ogni regione in termini di numero di posti disponibili per abitante e di qualità degli interventi.

A livello locale, i dipartimenti e gli enti locali si occupano della programmazione dettagliata dei servizi, in raccordo con le ARS, con le quali concordano le dimensioni dell'offerta e il mix di servizi sul territorio. I costi di investimento in strutture sono sostenuti dagli enti gestori, al netto di specifici programmi di finanziamento in conto capitale, a favore di gestori che operano in territori con una sottodotazione di strutture (Chanu, Dupont Darras, 2008).

2.7.2.4 Una visione complessiva sulla programmazione e la gestione del settore

Volendo ripercorrere il processo di programmazione nel sistema per la non autosufficienza, è necessario integrare quello che accade nel settore puramente sociale (con le prestazioni di tipo assistenziale già citate) e nel settore sanitario,

con riferimento alle competenze delle ARS e a tutti i servizi sociosanitari (*médico-sociale*) (Chanu, Dupont Darras, *ibidem*). Il percorso di programmazione parte, quindi, a livello nazionale con la progettazione delle politiche e la definizione del budget annuale. La competenza passa poi, in primis, alle ARS-agenzie regionali della salute-, che provvedono, in prima istanza, a fare una programmazione complessiva, definendo ogni anno un Piano regionale della salute (*Schéma regional d'organisation social et médico-sociale, SROMS*), che viene sottoposto a un lungo processo di partecipazione da parte di tutti gli attori del territorio. Il Piano regionale include i target definiti per il settore sociale e sociosanitario, definendo i volumi di servizi e di risorse e gli interventi specifici da attuare nel periodo di riferimento; il piano viene costruito sulla base di un'analisi dei bisogni del territorio. Contemporaneamente, anche i dipartimenti sono chiamati a provvedere alla programmazione per gli interventi di loro competenza e lavorano, quindi, alla definizione di piani di intervento in ambito sociale, ma anche sociosanitario. L'assetto del sistema determina un potenziale rischio di duplicazione nella programmazione degli interventi, ma, allo stesso tempo, apre un ampio spazio di integrazione, a livello locale, tra ARS e dipartimenti.

Da questo derivano due temi che stanno diventando centrali nell'ambito della programmazione degli interventi sociali e socio-sanitari per la non autosufficienza in Francia:

- la necessità di un maggior coordinamento, tra attori pubblici ai vari livelli, tra interventi afferenti al sistema assicurativo e assistenziale e tra servizi diversi;
- la centralità crescente dell'analisi del bisogno come strumento per orientare i meccanismi di programmazione (Chanu, Dupont Darras, *ibidem*).

2.7.2.5 La *governance* del sistema: chi decide gli standard di assistenza e i criteri di accesso

Gli standard di assistenza e i criteri di accesso ai servizi e alle principali prestazioni monetarie (tra cui l'APA) sono diversi tra loro.

I criteri di eleggibilità per assegni e altri trasferimenti, siano essi APA o altri, sono definiti a livello nazionale e, pertanto, omogenei su tutto il territorio. Nel caso dell'APA, un primo criterio di accesso è basato sull'età (oltre i 60 anni), a cui segue una valutazione della persona e delle sue risorse per definire il livello di beneficio da concedere. Nel caso degli altri assegni (per esempio, *l'Aide Personnalisée au Logement*), la prima soglia è basata su requisiti di reddito, a cui segue una valutazione complessiva sul bisogno (diversa a seconda della finalità e delle caratteristiche della prestazione monetaria in questione),

gestita da commissioni multidisciplinari delle casse assicuratrici competenti. La valutazione multidisciplinare per l'accesso all'APA, basata sulla scala AGGIR già descritta, viene svolta da una commissione mista composta da medici nominati dalle ARS e da professionisti del settore sociale nominati dai dipartimenti.

2.7.3 *Chi finanzia: spesa per la LTC e sua articolazione*

Il finanziamento del sistema pubblico di protezione sociale per la non autosufficienza ricalca la struttura del doppio pilastro di welfare, valido per il sistema nel suo complesso. I cittadini contribuiscono al finanziamento del sistema tramite due diversi canali: il versamento di contributi alle casse assicuratrici per la parte destinata a prestazioni sanitarie, di invalidità e altre legate alla non autosufficienza; il pagamento di tributi destinati a coprire la spesa per prestazioni e servizi per la non autosufficienza (per lo più imposte sul reddito e *Contribution Sociale Generalisée*). Se il finanziamento tramite queste due fonti deriva, in un certo senso, da fondi destinati a questo tipo di interventi, i diversi livelli di governo finanziano il sistema con risorse proprie (ovvero, raccolte attraverso la fiscalità generale): è il caso del governo centrale, che finanzia direttamente alcune prestazioni *cash*, detrazioni fiscali e altro, e del livello locale, dove i dipartimenti partecipano con risorse del proprio bilancio al finanziamento dei servizi, ma anche dell'APA e delle prestazioni di *Aide Sociale*.

Gli attori pubblici principali che intervengono nella gestione della spesa per la non autosufficienza (per anziani e disabili adulti) sono, quindi: il governo centrale, la CNSA, con un ruolo di coordinamento e di monitoraggio, oltre che di erogazione, le casse assicuratrici, il livello locale con i comuni, ma soprattutto i dipartimenti.

Nel 2011, la spesa pubblica complessiva per non autosufficienza è stata di circa 55 miliardi di euro, ovvero 841 euro pro capite. Di questa, la spesa per non autosufficienti anziani è stata di circa 20 miliardi, mentre quella per disabilità degli adulti di circa 35 miliardi di euro (*Ministère de l'Economie et des Finances*, 2013). Nel suo complesso, il 26 per cento è gestito e finanziato dai Dipartimenti, il 55 per cento dalle casse assicuratrici, il 14 per cento da fondi della CNSA e il 5 per cento dal governo centrale (CNSA, 2011).

Guardando alla tipologia di prestazioni erogate, il 38 per cento (323 euro pro capite) è stato speso per prestazioni *cash* (tra cui l'APA), il 44 per cento circa (368 euro pro capite) per servizi e prestazioni di tipo sanitario e il 18 per cento (circa 150 euro pro capite) per servizi e prestazioni sociali e sociosanitari dal livello locale dei Dipartimenti (Insee 2010, Joel *et alii* 2010, *Ministère de l'Economie et des Finances, ibidem*).

Come già detto, l'APA è la prestazione *cash* per il sostegno alla non autosufficienza più diffusa in Francia: nel 2011, i beneficiari sono stati 1.2 milio-

ni, ovvero l'8 per cento dei cittadini francesi ultra sessantenni. L'ammontare erogato varia in funzione dei livelli di non autosufficienza riconosciuti tramite la valutazione AGGIR: il 7,6 per cento dei beneficiari rientrano nel livello 1 (il più grave), il 27,5 per cento nel livello 2, il 19,6 per cento nel livello 3 e il 45 per cento circa nel livello 4 (il meno grave) (*Ministère de l'Economie et des Finances*, 2013). L'ammontare erogato tramite APA deve essere utilizzato dalle famiglie per l'acquisto di prestazioni di cura o per compensare la cura prestata da familiari a domicilio (fatta eccezione per il coniuge, che per legge non può essere «assunto» come *caregiver*): nel 2011, il 60 per cento dei beneficiari di APA l'ha utilizzata per assistenza a domicilio, mentre il 40 per cento per servizi in strutture residenziali e semiresidenziali (Drees, 2012). La spesa, di circa 5 miliardi di euro, nel 2011 è stata finanziata per meno di 2 miliardi da CNSA e per 3,5 miliardi dai Dipartimenti (CNSA, 2011).

2.7.3.1 La compartecipazione e la spesa privata *out of pocket*

Il livello di compartecipazione per il costo dei servizi è calcolato in base alla capacità reddituale dell'utente ed è definito e uniforme a livello nazionale. Il livello di compartecipazione è definito in sede di assegnazione dell'APA e si riferisce, quindi, a tutte le tipologie di servizi, domiciliari e residenziali, erogate con finanziamento pubblico. Dopo aver valutato il livello di non autosufficienza dell'anziano e aver definito, in base a questo, la tipologia e l'ammontare di prestazioni di cui è titolare l'anziano, viene calcolato sulla base di algoritmi nazionali il livello di compartecipazione dovuta e, per differenza, il finanziamento pubblico⁹. La spesa privata (compartecipazione richiesta più spesa *out of pocket* per il servizio) può raggiungere livelli molto alti nel caso dei servizi residenziali: a titolo di esempio, se in media la spesa delle famiglie per servizi al domicilio corrisponde a circa il 20 per cento del costo totale del servizio, nel caso dei servizi residenziali la spesa delle famiglie varia tra il 75 per cento e il 90 per cento del costo del servizio, con un intervento pubblico che copre mediamente tra il 25 per cento e il 10 per cento (*Ministère de l'Economie et des Finances, ibidem*).

Nel complesso, stimando la componente di compartecipazione e di spesa *out of pocket* privata pura delle famiglie francesi, è possibile calcolare che, alla spesa pubblica di circa 841 euro pro capite, si aggiungono circa 356 euro pro capite di spesa privata delle famiglie, pari a circa il 30 per cento della spesa complessiva di 78 miliardi di euro (*Ministère de l'Economie et des Finances, ibidem*).

⁹ Tutte le informazioni sulle modalità di calcolo della compartecipazione e sugli algoritmi utilizzati sono disponibili sul sito del Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.

Tabella 2.4 Articolazione della spesa totale per la non autosufficienza

SPESA PER <i>LONG TERM CARE</i>	TOTALE, milioni di €, 2010	€PRO CAPITE sulla popolazione totale, 2010
Spesa delle Autorità Locali	€9.803	€150
Spesa Sanitaria	€24.049	€368
Spesa per sicurezza sociale (benefici per invalidità, programmi di assicurazione per <i>Long Term Care</i> , assegni per disabilità e invalidità)	€21.108	€323
Spesa pubblica complessiva	€54.959	€841
<i>Di cui a livello centrale</i>	€45.157	€691
<i>Di cui a livello locale</i>	€9.803	€150
Spesa <i>out of pocket</i> stimata	€23.296	€356
Spesa Pubblica Totale + <i>out of pocket</i>	€78.255	€1.197

2.7.4 *Chi produce: caratteristiche del settore*

La programmazione dell'offerta di servizi disponibili sui territori viene fatta a livello locale, in raccordo tra i dipartimenti e le agenzie regionali della salute (ARS). La programmazione riguarda i volumi di attività da erogare anno per anno, la dotazione complessiva di servizi sul territorio e gli standard per i singoli produttori. I cittadini hanno libertà di scegliere i produttori o gestori dei servizi che preferiscono. I produttori pubblici sono oggi la minoranza (il 30 per cento circa) per i servizi domiciliari, dove il 66 per cento circa dei servizi sono gestiti da enti no profit, ma la maggioranza (il 54 per cento circa) per quelli residenziali dove il no profit gestisce il 28 per cento circa dei servizi e i provati for profit il 18 per cento circa (CNSA, 2012).

La dotazione di servizi è rimasta pressoché invariata dal 2003 al 2011 (Drees 2012b), con un numero di posti letto in strutture residenziali molto alto, pari a 135 posti ogni 1.000 anziani ultra settantacinquenni. Se, nel complesso, prevale la presenza di posti in strutture residenziali, il sistema di offerta di alcuni dipartimenti, all'opposto, si caratterizza per una prevalenza dei servizi di assistenza domiciliare piuttosto che residenziale, confermando ulteriormente l'esistenza di una certa eterogeneità nelle scelte di programmazione degli interventi a livello locale (Fansten, 2011).

2.7.4.1 La cura informale

Nonostante la grande disponibilità di strutture e servizi residenziali, nel sistema francese il 90 per cento degli anziani ultrasessantenni vive a casa, dove riceve assistenza e cura; di questi, il 50 per cento riceve assistenza solamente da un *caregiver* informale, un familiare o un amico. Il sistema di cura informale si compone di circa 3.5 milioni di *caregivers*, di cui almeno 300.000 prestano assistenza a tempo pieno a persone gravemente non autosufficienti. Di questi, l'85

per cento sono familiari e il 66 per cento donne (figlie o mogli) e hanno in media 70 anni (se coniuge) o 51 anni (se figlia o figlio) (Cnsa, 2012b). Alcune stime (Davin *et alii*, 2009) mostrano come in media, fatto 100 il bisogno di assistenza dell'anziano in termini di aiuto nello svolgimento di attività quotidiane, solo il 20 per cento di questo bisogno riceve risposta tramite il sistema formale dell'assistenza, il 30 per cento circa tramite il sistema informale, il 10 per cento tramite un mix del sistema formale e informale, e poco meno del 40 per cento non riceve alcuna risposta.

2.7.4.2 L'assistenza integrativa

Nel tempo, si sta consolidando, accanto al sistema pubblico, anche un sistema di copertura assicurativa integrativa per il rischio di non autosufficienza. Gli ultimi dati disponibili (*Association Française de l'Assurance*, 2011) parlano di circa 3 milioni di cittadini francesi che hanno già stipulato una forma assicurativa integrativa per una spesa annua di circa 2 miliardi di euro. La copertura include, per lo più, un' integrazione alla pensione di vecchiaia, un' integrazione alla copertura sanitaria e il pagamento di una rendita simile a quelle erogate nel caso delle assicurazioni sulla vita.

2.8 Copertura del bisogno

Rispetto alla copertura del bisogno e al livello di inclusività del sistema francese, sono disponibili diversi dati da letteratura scientifica di riferimento e da fonti statistiche ufficiali nazionali. Le due diverse fonti convergono in molti punti, ma si preferisce citare i dati statistici nazionali, essendo questi più precisi e accurati. Per citare alcuni dei più importanti lavori scientifici, Courbage e Plisson (2012) stimano che circa il 28 per cento della popolazione ultrasessantenne abbia bisogno di assistenza nella vita quotidiana e che circa il 24 per cento della popolazione adulta abbia una forma di disabilità; Salembier (2009) stima che solo il 20 per cento degli anziani che vivono a casa riceve qualche forma di assistenza formalizzata, mentre il 50 per cento riceve esclusivamente assistenza dalla propria rete familiare.

Guardando ai dati ufficiali, è possibile arrivare a una stima del tasso di copertura del bisogno. I dati utilizzati sono quelli resi disponibili dal Ministero dell'Economia e delle Finanze nell'ambito di un progetto di valutazione della qualità della CNSA (*Ministere de l'Economie et des Finances*, 2013). Nel 201,1 i cittadini francesi ultrasessantenni con limitazioni nella vita quotidiana e limitazioni funzionali (a livelli di gravità e intensità) erano circa 3.115.000, pari al 23,6 per cento della popolazione ultrasessantenne. Assumendo il numero di

anziani che ricevono l'APA¹⁰ come il numero totale degli anziani non autosufficienti in carico al sistema pubblico, è possibile affermare che, nel 2011, solo il 38,5 per cento degli anziani non autosufficienti (1.200.000 beneficiari di APA) fosse in carico al sistema pubblico (stime simili sono state utilizzate in altre sedi, come, per esempio, da Duée e Rebillard, 2006). Rapportando il numero totale degli assistiti (anziani non autosufficienti in carico e disabili adulti in carico per un totale di 2.156.600 persone circa) alla spesa pubblica totale per non autosufficienza (54.959 milioni di euro), è possibile calcolare una spesa annua per assistito pari a circa 25.475 euro e una spesa mensile per assistito di circa 2.100 euro, sebbene questo calcolo sia puramente indicativo e sconti di alcune approssimazioni che derivano dalle stime utilizzate.

Tabella 2.5. Il tasso di copertura del bisogno

Tasso di prevalenza della non autosufficienza (A)	23,62%
Popolazione over 60 in Francia (B)	13.186.000
Numero stimato di over60 anni non autosufficienti (AxB)	3.115.000
Numero di beneficiari APA	1.200.000
% Di popolazione over 65 anni con bisogno di LTC inclusa in un programma di LTC	38,5%

¹⁰ È stato usato il numero di beneficiari di APA come *proxy* della popolazione anziana inclusa nel sistema, in quanto si tratta della prestazione più diffusa sul territorio (similmente all'italiana Indennità di Accompagnamento). Si può, quindi, assumere che i cittadini non autosufficienti di almeno 60 anni, beneficiari di altre prestazioni, siano contemporaneamente anche beneficiari di APA. Il rischio di questo approccio è quello di considerare cittadini che siano beneficiari di prestazioni assistenziali, ma non di APA, e, quindi, di sottostimare il numero complessivo degli utenti in carico.

Bibliografia

Adecri (2008), *The French Social Protection System*.

Angus D., Grenier C., St.Pierre M., Gambarelli F., Dubois A. (2012), *Supporting seniors at home through integrated Health care: Canada and France compared*, ATINER's Conference Paper series.

Association Francais de l'Assurance, Données Clés 2011.

Beland D., Hansen R. (2000), «Reforming the French welfare state: solidarity, social exclusion and the three crisis of citizenship», *West European Politics*, vol. 23, n. 1, pp.47-64.

Chanu P., Dupont Darras S. (2008), *La planification du secteur social et médico-social, fiche pratiques de gestion*, Uniopss (disponibile al link :http://www.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2008/03_mars_2008//4189_4_Laplanification.pdf).

CNSA (2011), *Rapport de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*.

CNSA (2012), *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*.

CNSA (2012b), *Rapport d'activité 2011*.

Courbage C., Plisson M. (2012), «Financing Long Term Care in France», in: Costa font J., Courbage C., (edited by) (2012), *Financing Long Term Care in Europe. Institutions, markets, models*, London, Palgrave.

Daly M. (2010), «Families versus states/markets», in F.G. Castles, S. Leibfried, J. Lewis, H. Obinger and C. Pierson (eds), *The Oxford Handbook of Comparative Welfare States*, Oxford: Oxford University Press, pp. 139-51.

Davin B., Paraponaris A., Verger P. (2009), «Entre famille et marché : déterminants et coûts monétaires de l'aide formelle et informelle reçue par les personnes âgées en domicile ordinaire», *Management & Avenir* 6/2009 (n° 26), p. 190-204.

DRESS (2010), *Les Comptes de la Protection Sociale 2009*.

DRESS (2011), *Les Comptes de la Protection Sociale 2010*.

DRESS (2011b), *Les Depenses d'Aide Sociale Departementale en 2009*.

DREES (2011c), *Enquete Aide sociale 2010*.

DREES (2012), *La Protection Sociale en France et en Europe 2010*.

DREES (2012b), «L'hébergement offert en établissements pour personnes âgées», in *Dossier solidarité et santé*, n° 29.

DREES (2012c), *50 ans d'évolution de la structure de financement de la protection sociale*, n° 826.

Duée M., Rebillard C. (2006), *La dépendance des personnes âgées: une projection en 2040*, Données sociales-La société française, INSEE.

European Commission (2012), «Organization of Social Protection: Charts and descriptions», in Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Unit D/3, pp. 28-29.

Fansten M., (2011), *Project Pessis: promotion employers' social services organisations in social dialogue- National report France, Dg Employment, social affairs and inclusion UE*.

Fraisse L., Gardin L., Laidebeur C. (2010), «Local Welfare In France Housing, Employment And Childcare», *WILCO Publication*, n° 10.

Joel M.E., Dufour-Kippelen S., Duchene C., Marmier M. (2010), *The Long Term Care System for the elderly in France*, ENEPRI research report n° 77.

INSEE (2011), *Les comptes des administrations publiques en 2011*.

Gallouj C., Gallouj K. (2009), «The French Social Protection System», in Schubert K., Hegelich S., Bazant U., (edited by) (2009), *The Handbook of European Welfare Systems*, London, Routledge, pp. 3-28.

Le Bihan B., Martin C. (2006), «A comparative case study of care systems for frail elderly people: Germany, Spain, France, Italy, United Kingdom and Sweden», *Social Policy and Administration*, vol. 40, n.1, pp.26-46,

Le Bihan B., Martin C. (2010), «Reforming Long term Care policy in France: private-public complementaries», *Social Policy and administration*, vol. 44, n° 4, pp 392-410.

Le Bihan B., Martin C. (2011), «Il percorso francese verso una politica per la non autosufficienza: specificità, natura del processo e soggetti coinvolti», *La rivista delle Politiche sociali*, vol. 4.

Marshall T. H. (2006), «Citizenship and social class», in Pierson C. and Castles F. G. (eds), (2006), *The welfare state reader*, Cambridge: Polity, pp. 30-39.

Ministere De L'Economie Et Des Finances (2013), «Invalidité Et Dispositifs Geres Par La Cnsa», Programme De Qualité Et d'efficience.

Morange P. (2004), «Le secteur social et médico-social : Quelles évolutions pour quelle adaptation ?», *Documents d'information de l'Assemblée nationale, Assemblée nationale. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales.*

Morel N. (2006), «From subsidiarity to “Free choice”: child and elderly-care policy reforms in France, Germany, Belgium and Netherlands», *État et regulation social*, Report, 11-12-13 septembre 2006, CES Matisse Paris.

Palier B., (2010), «The dualization of the French Welfare System», in Palier B. (eds) (2010), *A long goodbye to Bismarck*, Amsterdam: Amsterdam University Press, pp. 73-99.

Salembier L., (2009), *Projection de population dépendante à l'horizon 2020 en Ile de France*, Insee Île-de-France.

Saraceno C. (2011), *Family Policies. Concepts Goals and Instruments*, Torino: Carlo Alberto Notebooks, n° 230.
<http://www.carloalberto.org/assets/working-papers/no.230.pdf>

Sitografia

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces.770/personnes-agees-autonomie.776/>
(ultima visita 27/02/2013)

Securité Sociale en France, <http://www.securite-sociale.fr/>
(ultima visita 27/02/2013)

Caisse Nationale de solidarité pour l'Autonomie,
http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=664
(ultima visita 27/02/2013)

Maisons départementale de personnes handicapées, <http://www.mdph.fr/>
(ultima visita 27/02/2013)

Clic, <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/construirePageLogin.do>
(ultima visita 27/02/2013)

3. Germania

di Francesco Longo ed Elisabetta Notarnicola

3.1 Carta d' identità del paese

La Repubblica Federale Tedesca è, tra i paesi oggetto di analisi, il più grande per estensione geografica, con una superficie di 357.121 km², e per numero di abitanti, circa 82 milioni nel 2011, il che la rende anche il paese più popoloso dell'Unione Europea. È caratterizzato da un modello urbanistico policentrico, con un alto numero di grandi città ben distribuite in tutto il paese (in particolare, ricordiamo Berlino, Amburgo, Monaco e Colonia, tutte con più di un milione di abitanti), e, in generale, dalla prevalenza di agglomerati urbani medio grandi. La struttura della popolazione presenta caratteristiche simili a quelle prevalenti nel continente europeo, con una distribuzione tra donne e uomini pari al 51 per cento e 49 per cento, il 18,2 per cento della popolazione con meno di 20 anni, il 20,6 per cento con più di 65 anni e il 5,4 per cento con più di 80 anni (Destatis, 2011).

3.2 Organizzazione dello stato e spesa pubblica

La Germania è una repubblica federale organizzata in tre distinti livelli di governo: il governo federale, le regioni, o *Länder*, e il livello locale stratificato su comuni e province (Ministero Federale degli Interni, 2009). Alla piramide degli enti territoriali si affianca la robusta ed estesa rete delle grandi assicurazioni sociali obbligatorie che coprono quasi tutti gli ambiti del welfare, in maniera simile al caso francese: la previdenza, la sanità, le politiche del lavoro, la non autosufficienza (vedi *infra*, § 4).

3.2.1 *Il sistema federale tedesco*

Il livello federale o centrale (ovvero il *Bund*) ha prevalentemente competenze legislative generali di esercizio del potere sovrano dello stato. Svolge, invece, la funzione amministrativa solamente con riferimento ad alcune tematiche esplicitamente enumerate in Costituzione (quali, per esempio, servizi amministrativi legati al Ministero degli Esteri, alle politiche fiscali, ecc.). Rispetto al sistema di welfare, al livello nazionale sono state definite le leggi fondamentali di istituzione del sistema, ovvero il corpo normativo di riferimento ed è qui che avviene la regolazione del sistema.

Il livello regionale, o statale, è costituito dai *Länder*, ovvero da regioni che sono in tutto e per tutto stati federali dotati di piena autonomia. Hanno prevalentemente competenze esecutive e attuative rispetto a quanto definito a livello nazionale, oltre ad alcune competenze legislative residuali. Possono essere molto diversi tra loro rispetto all'organizzazione interna e agli assetti istituzionali, in quanto dotati di piena autonomia anche su questi temi. In linea generale, è possibile distinguere tra *Länder*, con una vera e propria espressione territoriale, e Città Stato. Rispetto all'organizzazione del sistema di welfare, il livello regionale si occupa della messa in atto delle politiche, declinando le linee strategiche definite a livello nazionale e realizzando, così, un elevato livello di eterogeneità sul territorio (Zoli 2004).

Il livello locale si suddivide a sua volta in: livello distrettuale, con i *Kreis* o *Landkreis*, simili alle provincie italiane, che hanno competenze amministrative, ma anche di gestione di servizi; e il livello locale in senso stretto, con i comuni, divisi in *Gemeineinden*, *Kommune*, *Stadte* e *Kreisfreie Stadte* a seconda delle dimensioni, del portafoglio di competenze istituzionali e dello statuto. Le competenze locali includono, tra le altre, l'urbanistica, la costruzione e gestione di infrastrutture, la regolazione dei servizi sociali e sanitari locali, l'organizzazione dei servizi pubblici di interesse generale. Nella maggior parte dei *Länder*, diverse competenze regionali sono state delegate al livello locale, tanto che, complessivamente, è possibile affermare che circa l'80 per cento delle funzioni regionali è svolto dal livello locale. Rispetto al sistema di welfare, il livello locale gestisce operativamente i servizi e le politiche con un ampio margine di autonomia, producendo, anche a questo livello, un'ampia eterogeneità tra territori rispetto alle modalità di attuazione (Bönker e Wollmann, 2006).

Figura 3.1 L'organizzazione dello stato



3.2.2 Articolazione della spesa pubblica

La spesa pubblica totale corrisponde a circa il 45 per cento del Pil nazionale annuale: nel 2011, è stata pari a 14.235 euro pro capite. Guardando alla sua distribuzione tra livelli di Governo, lo stato centrale ha speso 4.710 euro pro capite, i *Länder* e il livello locale 6.471 euro pro capite e il sistema degli enti della protezione sociale (le casse sociali) 6.261 euro pro capite ¹ (Destatis, 2011). Guardando, invece, alla distribuzione per funzioni, il 57 per cento è dedicata alla funzione di protezione sociale, il 12 per cento a servizi pubblici generali, il 10 per cento a educazione, ricerca e cultura, il 5 per cento alla copertura degli oneri del debito pubblico, il 5 per cento al pagamento delle pensioni e il restante 11 per cento ad altre funzioni quali, per esempio alla sicurezza nazionale, ecc.

Data l'organizzazione dello stato, è interessante anche osservare il sistema di prelievo fiscale e, quindi, le modalità di finanziamento dei diversi livelli di governo, ognuno dotato di autonomia finanziaria e fiscale. Il livello centrale raccoglie, tramite il prelievo fiscale generale, risorse che ridistribuisce ai *Länder*, attuando una perequazione sia verticale che orizzontale, sia con trasferimenti correnti svincolati rispetto al loro utilizzo, sia con trasferimenti in conto capitale per specifici investimenti. A sua volta, il livello regionale, che raccoglie

¹ Rispetto alla distribuzione della spesa pubblica tra livelli di governo, non è stato possibile depurare completamente la spesa dai trasferimenti tra livelli di governo, che, come si vedrà, sono cospicui. Per semplicità, la spesa pubblica per debiti finanziari è stata completamente imputata al livello centrale.

ulteriori risorse tramite la propria imposizione fiscale, ridistribuisce le risorse tra i diversi enti del proprio territorio che hanno autonomia rispetto alla imposizione locale. Analizzando le entrate per diversi livelli di governo, si nota come la combinazione tra l'esistenza di imposte nazionali, regionali, locali e di contributi previdenziali uniti al sistema di redistribuzione tra livelli di governo, faccia sì che si realizzi un equilibrio tra spese a entrate per ognuno di questi: le entrate del livello centrale sono state, nel 2011, pari a 4.557 euro pro capite, quelle del livello regionale e locale 6.300 euro pro capite e quelle del sistema degli enti della protezione sociale (le casse sociali) 6.436 euro pro capite (Destatis, 2011).

3.3 Costituzione ed evoluzione del sistema di welfare

Il sistema tedesco è tradizionalmente incluso tra i sistemi classificati come Bismarckiano e corporativo e viene spesso etichettato come conservatore (Esping Andersen, 1990). Sebbene le origini del sistema siano certamente da ricercare in questa impostazione, la sua evoluzione più recente mostra una traiettoria di sviluppo diversa.

3.3.1 *Le origini storiche*

L'istituzione formale del sistema di protezione sociale risale al 1881 con quella che può essere definita la Magna Charta del welfare tedesco che istituì il primo programma di assicurazione obbligatoria per lavoratori (inizialmente per gli operai dell'industria metallurgica e manifatturiera) (Hegelich e Meyer, 2009) che garantiva una forte assistenza per tutti i rischi sociali connessi al lavoro. L'obiettivo del sistema era, quindi, quello di tutelare il sistema produttivo, garantendo ai lavoratori di poter partecipare al mercato del lavoro e di essere sostenuti nel momento in cui avessero dovuto abbandonarlo.

Tra il 1945 e il 1975, la Germania si ritrovò non solo con un paese, ma anche con un sistema sociale interamente da ricostruire. La Seconda Guerra Mondiale, infatti, aveva fortemente impoverito il sistema e la nascita della Repubblica Federale Tedesca fu l'occasione per iniziare il processo di estensione della copertura del welfare, che diventò, così, sempre più inclusivo, con una marcata impostazione verso l'economia sociale di mercato. Nel 1957, venne attuata e implementata una prima riforma strutturale del sistema pensionistico che introdusse il sistema contributivo. Da quel momento e fino alla metà degli anni Settanta, il sistema poté beneficiare anche di una costante crescita economica (Oleari, Patacchia, Spizzichino, 2001).

Nel 1961, venne introdotto accanto al sistema assicurativo puro anche un sistema di assicurazione sociale: da quel momento, fu fissato un livello minimo di assistenza universale anche per coloro che erano impossibilitati a contribuire. Da allora, andarono progressivamente ad aggiungersi diversi pro-

grammi di assistenza sociale rivolti a tutti i rischi (anzianità, invalidità, disoccupazione, incidenti sul lavoro, malattia) che portarono alla definizione di livelli minimi di assistenza garantita su questi fronti (Boadu 2011).

3.3.2 *L'evoluzione recente*

Gli anni Settanta, con le crisi petrolifere e la conseguente decrescita economica, segnarono un momento di ripensamento del sistema, che fino ad allora aveva visto una continua espansione. Diverse misure di ridefinizione dei benefit previsti furono attuate con due principali obiettivi: ridurre l'incidenza totale del sistema, divenuta insostenibile; riallocare parte della spesa a politiche attive e passive del lavoro, in modo da sostenere il tessuto economico nazionale. Nel 1976, con il *Konzertierte Act*, si agì profondamente anche sul diritto del lavoro e si definirono le modalità di partecipazione dei lavoratori e dei sindacati, valide tutt'oggi, che si basano su un estensivo utilizzo del principio concertativo tra le parti sociali

Con la caduta del Muro di Berlino e la riunificazione delle due «Germanie», la nuova Germania Unita si trovò a dover assimilare e omogeneizzare due sistemi di protezione sociale che avevano caratteristiche molto diverse perché basate su bisogni e tessuti sociali totalmente differenti. Il sistema della Germania dell'Ovest fu esteso e adottato su tutto il territorio, accompagnato da un innalzamento del livello di contribuzione richiesto ai cittadini per garantire la sostenibilità del sistema e attuare una redistribuzione a favore dei nuovi *Länder*.

Dagli anni Ottanta in avanti, il sistema abbandonò man mano il focus prevalente sulle principali politiche del lavoro e altri temi acquisirono centralità, modificando ancora di più nei fatti l'impostazione tradizionalmente corporativa del sistema. Si portò, infatti, l'attenzione prima sulle tematiche legate alla famiglia (su spinta dei governi Cristiano-Sociali capeggiati dalla CDU), poi alla non autosufficienza. Nel 1994, di gran lunga in anticipo sugli altri sistemi di welfare, il rischio della non autosufficienza (quinto rischio) venne riconosciuto come rischio sociale e non individuale, quindi da includere nel sistema di welfare, con l'istituzione di uno schema assicurativo dedicato.

Le ultime riforme degli anni 2000, che ampliarono ulteriormente il livello delle prestazioni minime garantite (riferite al pacchetto legislativo *Hartz*), portarono il sistema ad assomigliare sempre più a uno di impostazione liberale o comunitario e sempre meno ad uno corporativo (Seeleib Kaiser, 2007).

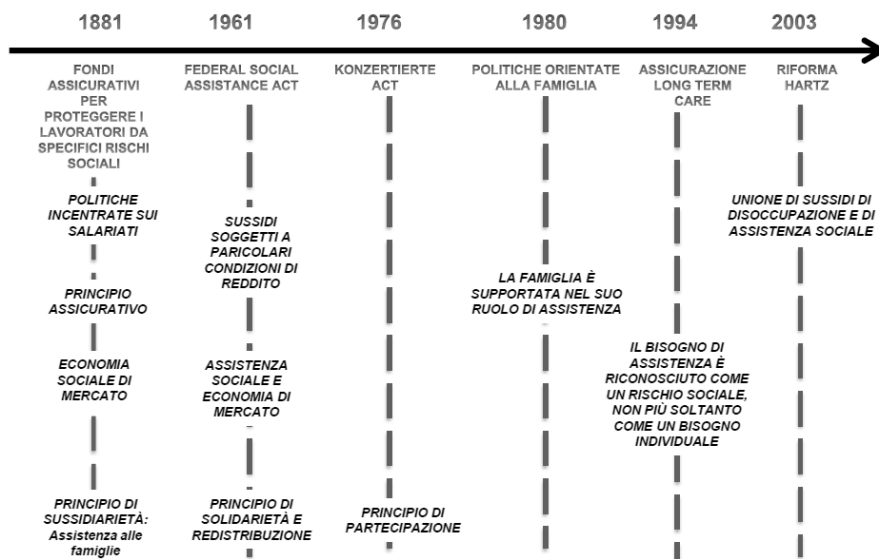
3.3.3 *Le caratteristiche fondamentali del welfare tedesco*

Alla luce della sua evoluzione storica, esistono due forti dicotomie nel sistema tedesco (Stiller, 2010), che dopo la Seconda Guerra Mondiale fu rifondato sul principio dell'economia sociale di mercato. In questa concezione, il centro del

sistema di welfare è il lavoro e la missione perseguita la tutela del lavoratore. Lo stato sociale è, quindi, chiamato a regolare le relazioni tra lavoratore e mercato del lavoro. La logica adottata è quella assicurativa (*Versicherungsprinzip*), che, di fatto, produce delle politiche incentrate sulla capacità salariale: il sistema era ed è finanziato tramite contributi diversi esplicitamente legati a diversi rischi sociali, e le prestazioni sono erogate su base contributiva. Parallelamente, si sono aggiunti, nel tempo, altri schemi che abbandonano la logica assicurativa in favore di una logica assistenziale, introducendo i concetti di solidarietà sociale e copertura universale. Quella che si realizza è, quindi, una forte mediazione tra queste due componenti, che, se da un lato tutelano il lavoratore e valorizzano la sua capacità contributiva, dall'altro introducono delle tutele minime diffuse e basate sul diritto di cittadinanza.

L'organizzazione dello stato in diversi livelli di governo autonomi ha prodotto la creazione di diverse agenzie e organi para-pubblici per l'amministrazione del sistema di welfare a livello regionale. Il ruolo di forte regolazione e garanzia del settore pubblico è rimasto nel tempo. Contemporaneamente, il principio di sussidiarietà, sancito anche in Costituzione, ha fatto sì che la partecipazione di associazioni, istituzioni no profit e, in ultima istanza, della famiglia (la *community* nella sua interezza) fosse percepita come fondamentale e parte costituente del sistema.

Figura 3.2 Storia, origine e fondamenti del sistema di welfare



3.4 I pilastri del welfare tedesco

Il sistema di welfare tedesco, così come per la maggior parte dei sistemi europei, si basa su due pilastri fondamentali: il pilastro assicurativo e il pilastro assistenziale (Ministero Federale del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2008, 2011[a] e 2011[b]).

3.4.1 *Il pilastro assicurativo*

Circa l'80 per cento delle prestazioni di protezione sociale deriva dal pilastro assicurativo, ovvero da uno degli schemi di assicurazione sociale obbligatoria. Tutti i cittadini tedeschi² hanno l'obbligo di sottoscrivere, scegliendo tra i fondi esistenti, uno schema di assicurazione per ognuno dei cinque rischi previsti. Esistono cinque diversi schemi assicurativi:

- gli schemi pensionistici: *Gesetzliche Rentenversicherung*, con diversi fondi, che sono solitamente organizzati per diverse categorie professionali;
- gli schemi per incidenti sul lavoro: *Gesetzliche Unfallversicherung*;
- gli schemi per la disoccupazione: *Gesetzliche Arbeitslosenversicherung*. Questi sono direttamente controllati dall'Agenzia per il Lavoro del Ministero del Lavoro, che sostituisce i fondi assicurativi;
- gli schemi sanitari: *Gesetzliche Krankenversicherung*. Esiste una molteplicità di fondi organizzati sia per diverse categorie professionali che su base territoriale (generalmente coincidono con i *Länder* o stati federali);
- gli schemi per la non autosufficienza: *Pflegeversicherung*. Questi fondi sono parte dei più grandi fondi sanitari, ma sono gestiti separatamente.

I ministeri competenti a livello nazionale definiscono il livello contributivo, le caratteristiche delle prestazioni e i criteri di esigibilità, oltre che la regolamentazione dei fondi assicurativi. Questi sono di natura sia pubblica che privata, hanno piena autonomia nella gestione dei propri fondi e sono soggetti sia alla regolamentazione dei Ministeri, che al controllo di una agenzia dedicata (*Bundesversicherungsamt*) che ha funzioni simili a una autorità garante. I fondi sono sottoposti a una rilevante perequazione tra i contributi raccolti e i rischi dei loro iscritti rispetto alla media dei rischi nazionali, con la finalità di ridistribuire tra *Länder* con caratteristiche socio-economiche diverse le risorse per la pro-

² L'obbligo alla sottoscrizione di assicurazioni sociali vale per tutti i cittadini entro alcuni limiti di reddito. Per cittadini che percepiscono redditi superiori o particolari categorie professionali non vale l'obbligo, ma rimane la possibilità di sottoscrivere assicurazioni integrative. Allo stesso modo, per cittadini con redditi al di sotto di uno standard fissato esiste una forma di copertura garantita.

tezione sociale. Per lo stesso motivo, ricevono finanziamenti anche direttamente dal governo centrale, seppur in minima parte. Questo garantisce nei fatti, un sistema uniforme di risorse per abitante, pesati per i loro rischi, ricomponendo un sistema apparentemente frammentato e disomogeneo. Pertanto, l'esistenza di diversi fondi tra cui i cittadini possono scegliere non deve lasciare intendere l'esistenza di un mercato di concorrenza privata tra questi ultimi, in quanto i diritti garantiti sono omogenei

3.4.2 *Il pilastro assistenziale*

Accanto agli schemi assicurativi, esistono diverse politiche e interventi gestiti dal livello sia regionale e locale che nazionale, svincolati dalla logica contributiva, in quanto finanziati tramite il prelievo fiscale. Anche se, inizialmente, si trattava di programmi nati con una logica di semplice integrazione al reddito, nel tempo sono andati ampliandosi, includendo oggi interventi molto diversi. A livello centrale includono: le politiche per la famiglia (*Kindergeld, Kinderzuschlag e Elterngeld*), dai congedi parentali, alle detrazioni e deduzioni fiscali per figli a carico, agli assegni familiari; le politiche abitative (*Wohngeld*). A livello locale, includono tutti gli interventi socio assistenziali per adulti in situazione di disagio, per disabili, per minori svantaggiati e, in generale, tutti quegli interventi che hanno l'obiettivo di favorire l'inclusione sociale (Bahle 2003). A questi, si aggiungono i servizi per l'infanzia e la formazione professionale. Tra gli interventi più importanti, sicuramente ritroviamo la *Sozialhilfe* (Evers *et alii* 2011).

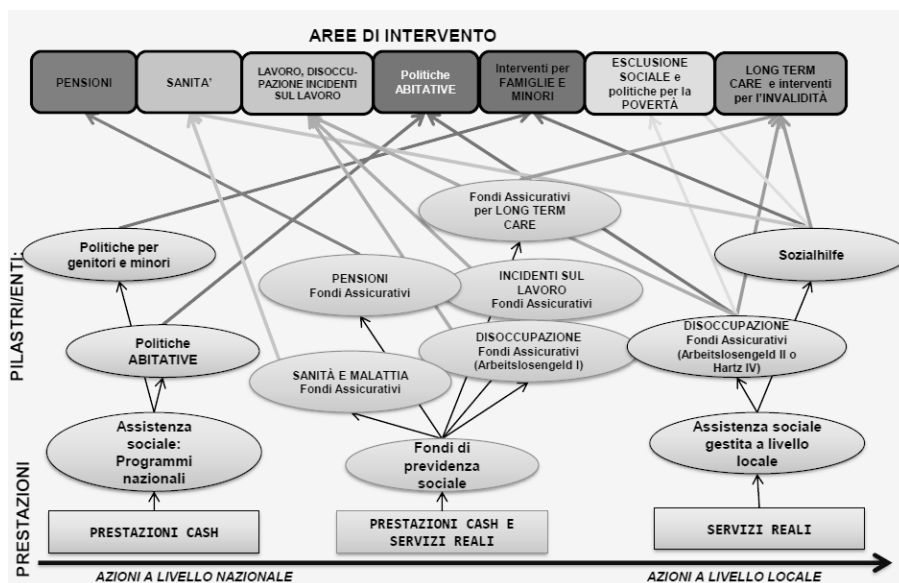
3.4.3 *Uno sguardo d'insieme*

Abbandonando la distinzione tra pilastri e considerando i diversi filoni di politiche articolate per aree di intervento, è possibile ricostruire il quadro del sistema di welfare tedesco. Considerando le sette aree di *policy* sociale, è possibile, quindi, ricostruire quali tipi di prestazioni sono previste, a quali pilastri fanno riferimento e da quali istituzioni sono gestite:

- le pensioni (di anzianità, vecchiaia e reversibilità) sono prestazioni *cash*, che fanno riferimento esclusivamente ai fondi pensione che gestiscono la raccolta dei fondi e l'erogazione delle prestazioni;
- la sanità è a sua volta gestita dai fondi dedicati principalmente su base assicurativa. Le prestazioni sanitarie possono essere erogate direttamente dalle strutture convenzionate o sulla base di schemi di rimborsi. Lo schema di assistenza sociale gestito al livello locale interviene laddove esista la necessità di integrare la contribuzione versata dal lavoratore;

- le prestazioni legate a lavoro, disoccupazione e incidenti sul lavoro vengono gestite ed erogate dal livello centrale, con il ministero competente e i fondi assicurativi gestiti da quest'ultimo. Interviene il livello locale in situazioni di povertà e necessità di integrazione al reddito;
- le politiche per il sostegno abitativo è gestito principalmente dal livello centrale. I sussidi ricadono invece sul livello locale;
- tra le politiche per la famiglia, detrazioni, deduzioni e le varie forme di incentivi sono gestiti dal livello centrale. I servizi reali sono invece gestiti dal livello locale;
- la povertà e l'inclusione sociale, per quanto riguarda l'erogazione sia di sussidi che di servizi reali, sono gestite dal livello locale;
- tutto quello che riguarda la non autosufficienza (e disabilità) per qualsiasi classe di età, siano essi assegni o servizi reali, è gestito dalle assicurazioni dedicate con lo stesso schema degli interventi sanitari. Allo stesso modo, il livello locale interviene con l'erogazione di integrazioni al reddito in caso di necessità.

Figura 3.3 Uno sguardo d'insieme sul sistema tedesco



3.5 Modalità di finanziamento del sistema

La suddivisione tra pilastro assicurativo e assistenziale si ritrova anche rispetto alle modalità di finanziamento del sistema. Queste possono essere individuate in: contributi assicurativi pagati dai lavoratori, contributi assicurativi pagati dai datori di lavoro, risorse dello stato centrale dalla fiscalità generale, dei *Länder* e degli enti locali dal proprio budget.

3.5.1 *Il finanziamento del sistema assicurativo*

Il finanziamento del sistema assicurativo (che, come anticipato, vale circa l'80 per cento delle prestazioni di welfare del sistema complessivo) avviene principalmente tramite tre canali. Uno di questi è residuale rispetto agli altri ed è costituito dai finanziamenti che i fondi assicurativi ricevono dal governo centrale per finalità perequative o per specifici investimenti. Le fondamentali fonti di finanziamento rimangono, quindi, i versamenti contributivi versati in egual misura da lavoratori e datori di lavoro. Le amministrazioni pubbliche di ogni livello, in quanto datori di lavoro, a loro volta versano la quota contributiva prevista per i propri dipendenti. Quello che è importante sottolineare è che, ai cinque diversi schemi assicurativi, corrispondono altrettanti prelievi contributivi, che rimangono perfettamente distinti perché specificatamente dedicati, in maniera vincolata, al rischio per cui sono stati raccolti. Per esemplificare, prendendo il caso di un lavoratore dipendente di reddito medio, questi dovrà versare dalla propria busta paga, oltre alle imposte generali, un contributo per l'assicurazione pensionistica, uno per l'assicurazione incidenti sul lavoro, uno per l'assicurazione disoccupazione, uno per l'assicurazione sanitaria e uno per l'assicurazione contro la non autosufficienza. I suoi contributi vengono poi raddoppiati per ogni fondo dal datore di lavoro. Questo esempio permette di sottolineare la specificità del sistema tedesco, che, essendo fondato su un sistema assicurativo, ha istituito e mantenuto nel tempo dei canali di finanziamento dedicati e separati per ogni ambito del sistema di welfare. Il sistema di contribuzione sociale così configurato, frammentato per categorie di rischi e suddiviso tra lavoratore e datore di lavoro, rende spesso inutilizzabili i confronti sulla pressione fiscale sul costo del lavoro tra i diversi paesi, rischiando di sottostimare gli oneri del welfare tedesco e di sopravvalutare la pressione di sistemi di welfare basati prevalentemente sulla sola contribuzione fiscale.

3.5.2 *Il finanziamento del pilastro assistenziale*

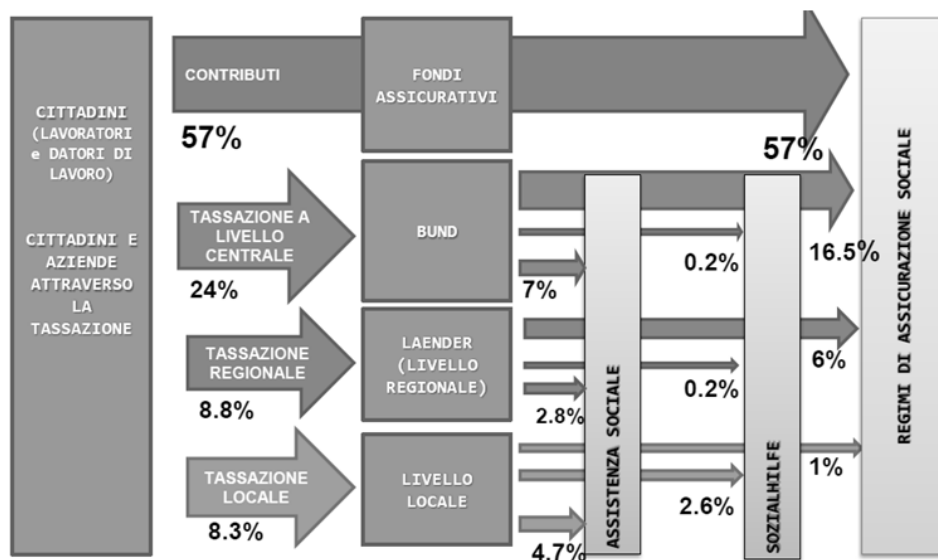
Data la sua natura, la logica del finanziamento del pilastro assistenziale (che riunisce diversi interventi fino a coprire circa il 20 per cento delle prestazioni di welfare) è completamente opposta. Non esistono, in questo caso, dei finanziamenti dedicati alle singole politiche, che vengono quindi finanziate dal budget indistinto dei diversi livelli di governo. Ogni livello di governo, in base alle sue competenze e alle sue politiche, provvede al finanziamento degli interventi, deliberando propri specifici stanziamenti di bilancio. Data la logica dei trasferimenti tra livelli di governo, i *Länder* ricevono finanziamenti per gli interventi socio assistenziali dal governo centrale e a loro volta trasferiscono risorse al livello locale con la stessa finalità (Brandsen, Segnestam, 2011).

3.5.3 *Il finanziamento del sistema di welfare nel suo insieme*

Diverse fonti di finanziamento contribuiscono, quindi, al sistema nel suo complesso seguendo meccanismi e flussi differenti.

Il 57 per cento del finanziamento complessivo del sistema deriva dal pagamento di contributi assicurativi da parte dei lavoratori e dei datori di lavoro, il restante 43 per cento dal budget dei diversi livelli di governo e, quindi, dall'imposizione fiscale, dall'indebitamento o altro. È il livello centrale (*Bund*) a contribuire maggiormente al sistema (24 per cento del totale) con il livello regionale dei *Länder* e il livello locale, che contribuiscono, poi, rispettivamente, con l'8,8 per cento e l'8,3 per cento. Se i contributi assicurativi vengono versati direttamente ed esclusivamente alle Assicurazioni Sociali e da questi gestiti e utilizzati per l'erogazione di prestazioni, il finanziamento da budget pubblico, in parte, confluisce sui fondi assicurativi sociali stessi (per i finanziamenti in conto capitale e i contributi versati dalle amministrazioni per i propri dipendenti) e, in parte, viene utilizzato per i diversi programmi qui sintetizzati alla voce Assistenza sociale. Di quest'ultima, evidenziamo, per la sua rilevanza, il programma della *Sozialhilfe*, mostrando in Figura 3.4 il mix delle fonti di finanziamento (Ministero Federale del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2011c).

Figura 3.4 Distribuzione delle fonti di finanziamento per i diversi interventi



Guardando separatamente al mix delle fonti di finanziamento dei due pilastri del sistema, emerge chiaramente come questi seguano due logiche molto diverse: il primo si basa su contributi e flussi di finanziamento dedicati e vincolati, il secondo trae finanziamenti dal budget degli enti pubblico tramite le fonti tradizionali.

Nelle Tabelle 3.1 e 3.2 è possibile vedere la distribuzione delle fonti di finanziamento per i diversi schemi assicurativi esistenti e per alcune delle principali politiche dell'assistenza sociale (Fonte dei dati: Sozialbudget 2011).

Tabella 3.1 Fonti di finanziamento del pilastro assicurativo

	FONDI PENSIONE	FONDI SANITARI	FONDI NON AUTOSUFFICIENZA	FONDI INCIDENTI SUL LAVORO	FONDI DISOCCUPAZIONE	FONDI PER SPECIFICHE CATEGORIE PROFESSIONALI
CONTRIBUTI DAI DATORI DI LAVORO	29,34%	29,15%	31,16%	71,78%	35,17%	33,13%
CONTRIBUTI DAI LAVORATORI	35,13%	67,45%	64,40%	12,09%	36,89%	26,06%
TRASFERIMENTI BUND- STATO CENTRALE	30,34%	1,00%	0,24%	2,49%	23,43%	16,13%
TRASFERIMENTI LAENDER- LIVELLO REGIONALE	2,01%	0,79%	0,86%	0,59%	0,86%	21,19%
TRASFERIMENTI DAL LIVELLO LOCALE	1,02%	1,07%	1,10%	11,96%	1,16%	0,80%
ALTRE FONTI	2,16%	0,54%	2,24%	1,09%	2,49%	2,69%

Tabella 3.2 Fonti di finanziamento del pilastro assistenziale

	SISTEMA DELL'ASSISTENZA SOCIALE	POLITICHE PER L'INFANZIA E CONGEDI PARENTALI	POLITICHE PER IL SOSTEGNO ALL'ISTRUZIONE	INTERVENTI DI REDDITO MINIMO GARANTITO	POLITICHE ATTIVE E PASSIVE PER IL LAVORO	SOZIALHILFE
CONTRIBUTI DAI DATORI DI LAVORO	0,29%	0,00%	0,00%	0,00%	83,13%	0,00%
CONTRIBUTI DAI LAVORATORI	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TRASFERIMENTI BUND- STATO CENTRALE	39,39%	18,72%	96,40%	77,08%	16,47%	6,24%
TRASFERIMENTI LAENDER- LIVELLO REGIONALE	18,68%	17,94%	3,60%	0,00%	0,40%	14,10%
TRASFERIMENTI DAL LIVELLO LOCALE	41,64%	63,34%	0,00%	22,92%	0,00%	79,66%

3.6 Spesa di welfare

3.6.1 *Quanto vale la spesa tedesca per la protezione sociale?*

Il metodo presentato nel capitolo 1 per il calcolo della spesa pubblica di welfare è stato adottato anche per il caso tedesco. I dati utilizzati per l'analisi della spesa di welfare sono quelli resi disponibili dal Ministero Federale per il Lavoro e le Politiche Sociali tedesco sul suo sito e sul sito dell'Istituto statistico tedesco (*Destatis*)³. I dati sono stati analizzati a livello disaggregato e poi riaggregati per area di intervento utilizzando i dati disponibili nel report ministeriale *Sozialbudget*, riferito all'anno 2011 e contenente tutti i dati sul sistema di protezione sociale tedesco, includendo, quindi, sia le spese delle assicurazioni sociali, sia la spesa dei diversi livelli di governo. La spesa complessiva per il welfare per il 2011 è stata di 736.815 milioni di euro (il Pil tedesco, nello stesso anno, era di circa 2.592 miliardi di euro), ovvero il 28 per cento del Pil, pari a 9.007 euro pro capite. La spesa, prescindendo dalle fonti di finanziamento e dagli assetti istituzionali, ma guardando al target per area di intervento, era distribuita per il 40 per cento a pensioni di anzianità e vecchiaia (296.869 milioni di euro e 3.629 euro pro capite), per il 31 per cento circa a interventi sanitari (232.859 milioni di euro e 2.847 euro pro capite), per il 11 per cento a interventi per la famiglia e l'infanzia (81.531 milioni di euro e 997 euro pro capite), per il 6 per cento alla non autosufficienza e per il 4,2% a invalidità (43.502 milioni di euro e 31.134 milioni di euro per 912 euro pro capite in totale), per il 4,6 per cento al lavoro (34.273 milioni di euro e 419 euro pro capite), per il 2 per cento circa a politiche abitative (15.000 milioni circa di euro e 184 euro pro capite) e per il restante 0,2 per cento, pari a 1.500 milioni di euro e 19 euro pro capite, a politiche di contrasto alla povertà ed esclusione sociale. La somma degli inter-

³ Ultima visita ai siti effettuata in data 27/02/2013.

venti per non autosufficienza e invalidità vale 74 miliardi di euro circa, come è possibile vedere in Tabella 3.3.

Tabella 3.3 Spesa pubblica complessiva per il welfare nel 2011

Aree di intervento:	Spesa di welfare complessiva per aree di intervento (milioni di €-2011):	Spesa di welfare pro capite per aree di intervento (€-2011):	Distribuzione della spesa per aree di intervento:
Pensioni di Anzianità e Vecchiaia	296.869 €	3.629 €	40%
Sanità	232.859 €	2.847 €	31%
Interventi per la famiglia e l'infanzia	81.531 €	997 €	11%
Interventi per la Non Autosufficienza	74.636 €	912 €	10,2%
Politiche per il lavoro	34.273 €	419 €	4,6 %
Politiche per l'abitare	15.000 €	184 €	2%
Politiche per la povertà e l'esclusione sociale	1.500 €	19 €	0,2%

3.6.2 *Come si distribuisce la spesa sociale tra livelli di governo?*

Guardando al sistema nel suo complesso, il 97 per cento delle risorse viene gestito a livello centrale prevalentemente attraverso i fondi assicurativi sociali obbligatori. In particolare, l'81 per cento della spesa è gestita dai fondi assicurativi per i cinque schemi rischi obbligatori e complementari; il 16 per cento è invece gestito a livello centrale perché si riferisce a politiche o interventi che afferiscono a questo livello. Solo il 3 per cento della spesa totale è gestito dal livello locale in senso stretto. Restrungendo alla sola non autosufficienza e invalidità, il 69 per cento è gestito al livello centrale dai fondi assicurativi dedicati, solo il 2 per cento da politiche nazionali, che sono poco rilevanti in questo settore, e il 29 per cento da interventi gestiti a livello locale.

3.7 **Non autosufficienza: il sistema tedesco per la cura degli anziani non autosufficienti**

Anche rispetto al sistema di welfare per la non autosufficienza si ripropone l'articolazione su due pilastri (Rothgang 2007): quello assicurativo vede l'esistenza di uno schema sociale obbligatorio dedicato in modo esclusivo e specifico alla non autosufficienza (*Pflegegeld*) e rappresenta un unicum a livello europeo; quello assistenziale include diverse misure afferenti, che si attivano quando, al bisogno di cura derivante dalla non autosufficienza, si aggiunge un

bisogno di sostegno dovuto a una fragilità sociale o economica (Angermann e Eichstort 2012, Rothgang 2010, Schulz 2010, Schulz 2012).

3.7.1 *L'assicurazione per la non autosufficienza o Long Term Care*

L'esistenza di uno schema assicurativo sociale per la non autosufficienza⁴ semplifica, nei fatti, la descrizione, ma anche l'articolazione generale del sistema tedesco (Arzn, Sacchetto *et alii*, 2007). L'istituzione dell'assicurazione per la Long Term Care ha, infatti, comportato alcuni benefici, tra cui spiccano l'individuazione di un'unica fonte di finanziamento, la predisposizione di un quadro regolatorio chiaro su tutto il territorio nazionale, la definizione di standard di qualità minimi uniformi su tutto il territorio e la definizione di un *panel* di servizi disponibili per tutti gli utenti del sistema. L'assicurazione sociale per la Long Term Care, infatti, è definita sulla base di tre tipologie di servizi e una scelta fondamentale: tutti gli utenti, una volta riconosciuti come aventi diritto alle prestazioni, sono chiamati a compiere una scelta determinante e caratterizzante tra prestazioni *cash* o servizi reali. Gli utenti, quindi, definito e accertato il livello della gravità della condizione di non autosufficienza che automaticamente definisce il valore della prestazione a cui avranno diritto, sono chiamati a scegliere se riceverla come assegno *cash*, sotto forma di servizi di diversi tipi o di un mix dei due.

L'assicurazione per la non autosufficienza o LTC (o assicurazione di cura volendo dare una traduzione letterale al termine tedesco *Pflege*) è stata costituita e ideata sin dall'inizio come una sorta di ampliamento dell'assicurazione, già esistente da tempo, in ambito sanitario. Per questo, gli stessi fondi assicurativi, che devono in ogni caso mantenere una propria autonomia gestionale e finanziaria, sono nati dai già esistenti fondi assicurativi sanitari, di cui sono oggi una sorta di *spin off*. Ne consegue che, dall'adesione (obbligatoria nei termini già spiegati) dei cittadini a un determinato fondo assicurativo sanitario deriva automaticamente la loro adesione al rispettivo fondo per la non autosufficienza. Considerando la totalità degli iscritti nel 2010, si è raggiunta una copertura pressoché universale con 69,48 milioni di persone aderenti a un fondo obbligatorio e 9,5 milioni di persone, che, nonostante non sottoposte all'obbligo di assicurarsi, hanno comunque sottoscritto una assicurazione privata.

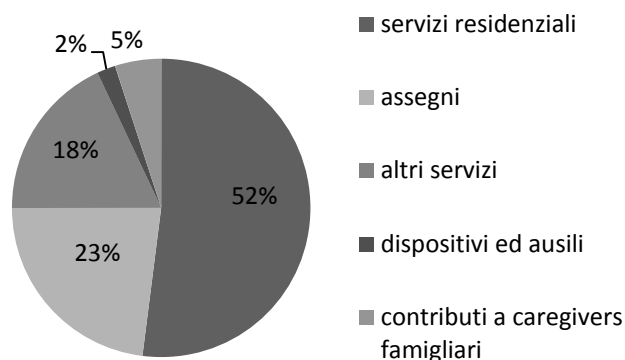
L'assicurazione si basa su uno schema *pay as you go* ed è cofinanziata al 50 per cento da lavoratori e datori di lavoro. Diminuzioni o aumenti di aliquota sono previste in base alla caratteristica dei nuclei familiari, dove chi non ha figli ed è solo è chiamato a contribuire di più (considerando diverse variazioni annue, il valore si assesta oggi, in media, al 1,95% a carico dei lavoratori).

⁴ Lo schema assicurativo riguarda persone non autosufficienti anziane, ma anche giovani e adulte per i casi di disabilità.

L'aliquota di contribuzione, così come il valore delle prestazioni erogate, sono uguali per tutti i fondi assicurativi e definiti da politiche nazionali. La logica assicurativa utilizzata è tale per cui le prestazioni non dipendono dal totale dei contributi versati da un individuo nella sua vita, ma, piuttosto, dall'attestazione di un bisogno di cura legato alla non autosufficienza. Le prestazioni sono erogate, quindi, indipendentemente dall'età, dal reddito e dai contributi versati dal singolo, ma solamente in funzione dei suoi bisogni di cura (nel 2010, l'83 per cento dei beneficiari era over sessantacinquenne, mentre solo il 17 per cento aveva meno di 65 anni).

Guardando, nel grafico sottostante (Figura 3.5) la distribuzione della spesa totale per diverse tipologie di intervento (dati aggiornati al 2007), vediamo come il 50 per cento circa sia stato utilizzato per servizi residenziali, il 23 per cento per assegni e il restante per altri tipi di servizi o fornitura di dispositivi o ausili. Il 5 per cento del totale della spesa è stato utilizzato per remunerare *caregivers* familiari (Destatis, 2012).

Figura 3.5 Distribuzione della spesa per non autosufficienza



3.7.2 Quali servizi?

Guardando ai servizi disponibili, distinguiamo:

- l'assistenza domiciliare, ovvero tutte le prestazioni di cura erogate al domicilio della persona non autosufficiente. In questo caso, l'anziano riceverà un voucher per l'acquisto di servizi, il cui valore varierà a seconda dell'intensità dell'assistenza necessaria. Esso potrà essere speso per l'acquisto di ore di assistenza da erogatori professionisti, ma anche per remunerare eventuali *caregivers* familiari che si occupano della cura dell'anziano. Parallelamente, esistono alcuni servizi definiti «di co-

munità», che prevedono forme condivise di assistenza molto leggera tra più anziani, per esempio, residenti nella stessa zona o quartiere (Angermann 2011);

- servizi diurni, simili a centri diurni che, in alcuni casi, possono essere anche case protette o appartamenti protetti;
- servizi residenziali, come case di riposo, comunità per anziani e altre tipologie. Nella maggior parte dei casi, hanno un altissimo livello di specializzazione rispetto alle caratteristiche degli anziani che accolgono. In questo caso, l'assicurazione per la non autosufficienza copre tutti i costi della retta legati alle prestazioni di cura e assistenza, ma lascia la componente alberghiera a carico degli utenti.

Accanto a questi, che sono i tradizionali servizi disponibili per gli anziani non autosufficienti, esistono altri servizi collaterali o di supporto, che rientrano, in ogni caso, tra quelli erogati sulla base dell'assicurazione sociale di LTC. Essi sono: interventi di sollievo, sia domiciliari che residenziali, che si attivano in momenti particolari della vita dell'anziano o della sua famiglia; fornitura di dispositivi medici, farmaci o altro materiale sanitario; servizi di sostegno al raggiungimento di autonomia nella vita quotidiana; servizi di *counselling* per i singoli individui e per i familiari.

Oltre ai servizi disponibili tramite il sistema assicurativo sociale, sono previste alcune prestazioni assistenziali per i casi in cui gli anziani non presentino solamente un bisogno di cura, ma anche la necessità di ricevere un sostegno economico in funzione del loro reddito. Rientrano in questa casistica le prestazioni monetarie, gestite a livello locale ed erogate dai comuni o dai distretti sociali intercomunali o provinciali appartenenti al programma *Sozialhilfe*, che integrano le prestazioni di cura.

Si è parlato fino a qui di anziani non autosufficienti trascurando la condizione di dipendenza che può verificarsi anche prima della vecchiaia e derivante da invalidità o disabilità acquisita o congenita. L'assicurazione per la non autosufficienza è rivolta a tutte le persone riconosciute come tali, indipendentemente dall'età. Lo stesso vale per le prestazioni della *Sozialhilfe*, a cui devono aggiungersi assegni di invalidità erogati dalle assicurazioni per infortuni sul lavoro e disoccupazione per compensare la perdita di remunerazione da lavoro determinata dalla non autosufficienza. In questo paragrafo e a seguire, per focalizzare l'analisi, si parlerà solamente e in modo specifico di ciò che riguarda gli anziani (over 65) non autosufficienti.

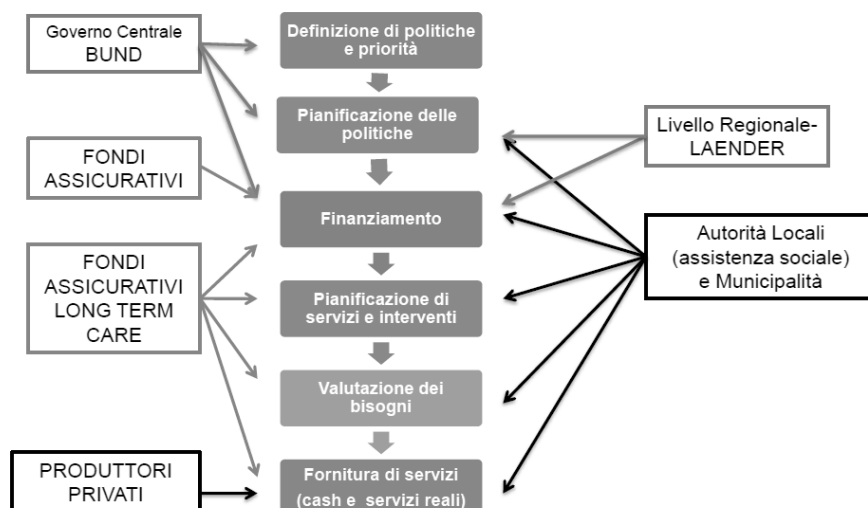
3.7.3 *La governance del sistema di cura per la non autosufficienza degli anziani*

Analizziamo l'assetto istituzionale della LTC degli anziani rispetto a tre grandi temi: la definizione delle *policy* (le decisioni), il finanziamento del sistema e l'erogazione delle prestazioni (una sintesi in Figura 3.6).

Gli attori istituzionali principali che intervengono sono: il governo centrale *Bund*, i governi federali *Länder*, i fondi assicurativi sociali (pensioni, sanitari e disoccupazione principalmente), il fondo assicurativo sociale per la non autosufficienza, gli enti locali competenti e gli enti gestori ed erogatori dei servizi.

Le politiche generali e le priorità strategiche vengono definite a livello nazionale, dove si stabilisce anche la regolamentazione delle assicurazioni sociali, il livello dei benefit da garantire, i criteri di accesso e il quadro regolatore complessivo (Reimat 2009). Le politiche vengono poi tradotte in piani attuativi da parte dei singoli *Länder* e, quindi, a livello degli enti locali (soprattutto per quello che riguarda il pilastro assistenziale). Il finanziamento è molteplice: alcuni trasferimenti derivano dal livello centrale (soprattutto per investimenti nel settore e per meccanismi di perequazione tra territori); i fondi assicurativi pensioni e per la disoccupazione finanziano diversi interventi legati all'invalidità, mentre i fondi sanitari finanziano le spese mediche e farmaceutiche; i fondi assicurativi sociali per la non autosufficienza sono la fonte principale e preferenziale degli interventi per la LTC. Gli interventi assistenziali sono finanziati, invece, dal livello regionale e dal livello locale con budget proprio.

La pianificazione dei servizi e degli interventi viene fatta dalle assicurazioni sociali per la non autosufficienza, dai *Länder* e dagli enti locali. In realtà, non esiste un meccanismo di integrazione istituzionalizzato tra la programmazione dei fondi assicurativi sociali e quella dei *Länder* ed enti locali. I processi di integrazione dei programmi avvengono in maniera contingente, anno per anno, nei singoli *cluster* territoriali, valutando i rispettivi volumi degli interventi. Anche la valutazione dei livelli di bisogno da garantire al singolo utente viene fatta sia dall'assicurazione sociale per la non autosufficienza che dagli enti locali di competenza, laddove ci sia la richiesta di un intervento anche assistenziale. Gli esiti dei due processi di valutazione sono tra di loro indipendenti e formalmente non correlati. I benefit e i servizi vengono poi erogati da produttori prevalentemente privati, in base al principio costituzionale tedesco che vede la produzione assegnata sussidiariamente a soggetti privati, storicamente soprattutto no profit, oggi spesso anche profit. Anche gli assegni monetari sono erogati dal livello locale per la parte assistenziale e dall'assicurazione per la parte assicurativa.

Figura 3.6 La governance del sistema

Rispetto al tema delle decisioni, sembra importante distinguere l'articolazione istituzionale rispetto ad alcuni temi centrali per il sistema: le *policy* nel loro complesso; il budget (o spesa annuale) per la non autosufficienza; gli investimenti in infrastrutture; la definizione degli standard e dei criteri di accesso, che sono gli oggetti dei prossimi paragrafi.

3.7.3.1 La governance del sistema: chi decide le *policy* complessive per la non autosufficienza

Le *policy* generali del sistema vengono definite dal livello centrale e poi dettagliate nella loro implementazione ed attuazione dai singoli *Länder* e dagli enti locali. A questo proposito, è importante sottolineare il ruolo delle associazioni di *advocacy*, molto forti nel sistema tedesco e che meritano di essere incluse tra gli attori istituzionali data la loro rilevanza. Le grandi associazioni di welfare tedesche (la Caritas tedesca e la sorella in ambito protestante *Diakonie* sono tra le più grandi) hanno un ruolo attivo sia come organizzazioni di coordinamento del settore, raccogliendo come un ombrello numerose piccole realtà diffuse sul territorio, sia come parte attiva del sistema, essendo tra i principali produttori di servizi e, quindi, con un forte peso e incentivo all'azione di *advocacy*. Come organizzazioni di rappresentanza, hanno un forte impatto di *policy* a tutti i livelli di governo, partecipando anche alle audizioni del Parlamento.

3.7.3.2 La *governance* del sistema: chi decide il budget annuale per la non autosufficienza

Rispetto alla spesa complessiva annuale, è importante ancora una volta distinguere tra componente assicurativa e componente assistenziale (Riedal, Kraus 2011).

La spesa annuale per la non autosufficienza, derivante da prestazioni erogate sulla base dello schema assicurativo, di fatto non viene fissata annualmente, ma scaturisce dal rapporto tra il numero di beneficiari per quell'anno e il costo standard delle singole prestazioni erogate. Questa spesa, a sua volta, non verrà coperta da stanziamenti preventivi e consuntivi, ma dal prelievo contributivo, che, a sua volta, è funzione del numero degli iscritti e del livello di contribuzione fissato. L'equilibrio tra spesa e fonti di finanziamento e la conseguente definizione di un budget annuale diventa, così, il risultato di un delicato gioco di equilibri su diversi fattori, uscendo dal tradizionale schema impegno-copertura valido per la spesa pubblica in generale. Difficilmente, nel sistema tedesco, si discute di stanziamenti e risorse necessarie per la spesa per la non autosufficienza. Il dibattito è spostato sull'aliquota di contribuzione assicurativa obbligatoria, che, dato il numero di contribuenti ed essendo considerato esogeno il numero dei beneficiari, è l'unico fattore disponibile per arrivare all'equilibrio. La decisione rispetto al livello di contribuzione spetta al governo centrale, che, regolamentando tutta la materia assicurativa, ha la facoltà di determinare anche gli standard di prestazioni da garantire. Queste ultime determinano a loro volta la spesa, creando, quindi, equilibrio tra entrate e uscite per le assicurazioni sociali.

Rispetto alla componente assistenziale, definite le politiche, la decisione sulla spesa spetta al livello dei *Länder*. Gli enti locali, fatta eccezione per alcune regioni del paese che hanno definito diversamente, di fatto hanno pochissimo potere decisionale rispetto alla spesa annuale. L'unica voce per loro disponibile riguarda gli interventi territoriali, che rappresentano una quota estremamente marginale del sistema.

3.7.3.3 La *governance* del sistema: chi decide gli investimenti e le dotazioni infrastrutturali

La principale responsabilità, circa il finanziamento e la pianificazione di investimenti nel settore, spetta ai *Länder*. È il livello regionali, infatti, a dover garantire sul proprio territorio la presenza di una dotazione infrastrutturale di strutture. La situazione registra notevoli differenze tra i sedici *Länder*: alcuni di questi finanziano (e, quindi, procedono alla pianificazione) direttamente gli interventi, altri, al contrario, erogano finanziamenti in conto capitale ai gestori dei servizi. Allo stesso tempo, i fondi assicurativi sociali hanno la responsabilità della programmazione dei volumi di produzione e di verificare che que-

sta sia coerente coi i servizi esistenti. Recentemente, a livello locale si sta diffondendo la pratica di costituire dei tavoli di discussione e analisi a cui partecipano gli enti locali, le assicurazioni e le associazioni di welfare per poter arrivare a una programmazione condivisa degli interventi, correlando il dato infrastrutturale con i volumi di attività.

3.7.3.4 La *governance* del sistema: chi decide gli standard e i criteri di accesso

Sia per la parte assicurativa che per quella assistenziale, come già specificato, i criteri d'accesso al sistema vengono definiti a livello nazionale nella regolazione generale del sistema. Le prestazioni assistenziali, basandosi su una logica di integrazione del reddito, vengono erogate sulla base di specifici criteri di reddito e patrimonio: questi sono fissati dalla normativa nazionale e vengono applicati a livello locale dai funzionari comunali (o di altri enti, quali i distretti, a seconda dell'ordinamento), che, con una logica di *compliance*, si limitano a verificare la presenza dei requisiti. Similmente, per le prestazioni assicurative, sono stati definiti dall'ordinamento nazionale dei criteri che stabiliscono l'esistenza della condizione di non autosufficienza⁵ e il suo livello di gravità. La valutazione viene fatta da una commissione socio-sanitaria indipendente e composta da membri afferenti a diverse istituzioni, che procede alla valutazione unendo elementi basati su scale di misurazione e sulle proprie competenze professionali. La componente amministrativa e operativa di supporto per la componente assicurativa è garantita dagli uffici locali delle assicurazioni sociali medesime.

3.7.4 *Chi finanzia: spesa per LTC e sua articolazione*

3.7.4.1 La spesa pubblica per la non autosufficienza

Come anticipato, il sistema di finanziamento per la non autosufficienza è misto e si appoggia su più di un pilastro. Guardando alla spesa totale pubblica per la non autosufficienza (includendo, quindi, tutti i tipi di prestazioni assicurative e assistenziali per invalidi anziani e adulti, non autosufficienti anziani e disabili), nel 2010 essa è stata pari a 74.636 milioni di euro, corrispondenti a 912 euro pro capite (Destatis 2011, Ministero della Salute 2012). Di questi, il 69 per cento deriva dalla spesa dei fondi assicurativi (per la non autosufficienza per tutti gli interventi specifici più la spesa di fondi sanitari, pensioni e disoccupazione per gli interventi connessi a malattie e altre tipologie di interven-

⁵ Il soggetto è valutato e considerato non autosufficiente, indipendentemente dalla sua età, quando necessità di aiuto nello svolgimento di almeno due attività della vita quotidiana e un'attività strumentale, per un periodo minimo e continuativo di sei mesi. Il livello di non autosufficienza riconosciuto dipende dalla frequenza con cui l'assistenza è richiesta e dalla sua intensità.

to sanitario e all'invalidità da lavoro), il 2 per cento dipende da interventi dello stato centrale e il 29 per cento da interventi assistenziali gestiti al livello locale. Distinguendo ulteriormente e riportando la questione in termini di spesa pro capite, essa corrisponde a una spesa di circa 277 euro pro capite gestita dal livello locale per interventi assistenziali di integrazione al reddito, a 619 euro pro capite di spesa derivante dalle assicurazioni sociali per non autosufficienza, aggiungendo anche le prestazioni per invalidità, e a soli 19 euro pro capite provenienti dalle assicurazioni sanitarie. Questo ultimo dato, che può sembrare strano alla luce di quanto accade in altri sistemi nazionali, è frutto dell'esistenza di uno schema di assicurazione per la non autosufficienza separato dagli altri e che è in tutto e per tutto parallelo a quello dell'assicurazione sanitaria. Questo fa sì che siano stati individuati non solo canali di finanziamento distinti e autonomi, ma anche che i confini tra i due settori siano stati ben definiti e articolati.

Tra i più importanti interventi assistenziali per la non autosufficienza, risalta sicuramente il programma della *Sozialhilfe*, che tra tutti è quello più significativo per il settore analizzato. Si tratta di un insieme di interventi assistenziali che hanno come obiettivo ultimo quello di andare a sostenere situazioni di fragilità che derivano, oltre che da una particolare condizione sanitaria o sociale, anche dal livello di reddito. La spesa per *Sozialhilfe*, che nel 2010 è stata di 25 miliardi di euro circa, è totalmente gestita dal livello locale ed è rivolta per la maggior parte (57 per cento) a interventi per i disabili, a interventi di sostegno al reddito per adulti in difficoltà (19 per cento) e per la restante parte a interventi per la non autosufficienza e la cura di particolari condizioni di dipendenza (24 per cento). Nel 2010, i beneficiari di questi programmi sono stati circa 320.000, di cui 71.000 circa over 65 (Destatis).

3.7.4.2 La spesa privata per la non autosufficienza

Per avere un quadro completo della spesa, è necessario considerare, oltre alla spesa pubblica, anche la spesa privata, o *out of pocket*, per la non autosufficienza. Se con spesa *out of pocket* si intende la spesa privata delle famiglie, al netto di tutti i trasferimenti ricevuti da soggetti pubblici, in mancanza di rilevazioni puntuali e precise a livello nazionale, essa non può essere altro che frutto di stime ed elaborazioni che corrono il rischio di essere sovra o sotto-stimate. Rifacendoci alle stime fornite a livello internazionale per il caso tedesco (Schulz 2010), proponiamo qui una stima della spesa *out of pocket* delle famiglie, considerando la casistica degli anziani non autosufficienti. Secondo Schulz (2010), è possibile calcolare questo valore a partire dalla spesa della assicurazione per la non autosufficienza. Considerando, infatti, che per tutti i livelli di dipendenza individuati è previsto che la prestazione erogata non copra il costo pieno dell'assistenza necessaria, è stato possibile stimare quale percentuale del servizio rimanga a carico delle famiglie. Fatta pari a cento la spesa

totale, l'autore ha calcolato che il 73 per cento di questa è coperta dalle prestazioni assicurative, mentre il 27 per cento rimane a carico delle famiglie. Riportando queste percentuali ai dati fin qui utilizzati, questo equivale a una spesa annua pro capite per abitante, pari a 81 euro da aggiungere alla spesa pubblica, per un totale di 993 euro pro capite.

Tabella 3.4 Articolazione della spesa totale per la non autosufficienza

SPESA PER LONG TERM CARE	TOTALE, Milioni di €, 2010	€ PRO CAPITE sulla popolazione totale, 2010
Spesa delle Autorità Locali	€ 22.655	€ 277
Spesa Sanitaria	€ 1.323	€ 16
Spesa per sicurezza sociale (benefici per invalidità, programmi di assicurazione per Long Term Care, assegni per disabilità e invalidità)	€ 50.658	€ 619
Spesa pubblica complessiva	€ 74.636	€ 912
<i>Di cui a livello centrale</i>	€ 51.981	€ 635
<i>Di cui a livello locale</i>	€ 22.655	€ 277
Spesa <i>out of pocket</i> stimata	€ 6.558	€ 81
Spesa Pubblica Totale + <i>out of pocket</i>	€ 81.194	€ 993

3.7.4.3 Quali prestazioni per la non autosufficienza? Articolazione della spesa per interventi

I beneficiari di prestazioni per la non autosufficienza ricevono un benefit in funzione dei propri bisogni di cura definiti dal livello di dipendenza (si veda anche la Tabella 3.5). Una volta accertata la titolarità alla prestazione ed effettuata la valutazione dei bisogni, la persona non autosufficiente, con i suoi familiari, predispone il proprio piano di cura insieme ai professionisti del fondo assicurativo sociale. Diverse scelte definiscono le caratteristiche del piano. Fissato il suo livello di gravità, la prima scelta che l'assistito è chiamato a fare riguarda la possibilità di ricevere servizi (in termini di servizi reali) oppure un ammontare equivalente di denaro sotto forma di assegno di cura. Ogni beneficiario, infatti, è libero di scegliere se ricevere servizi, assegni *cash* oppure una combinazione delle due possibilità. La scelta viene effettuata con un ruolo di *counseling* dei professionisti del fondo assicurativo sociale, ma dipende dalla volontà dell'assistito e della sua famiglia. La seconda scelta riguarda la tipologia di servizio tra cure domiciliari, servizi diurni o servizi residenziali. La terza scelta riguarda il produttore del servizio tra un *panel* di gestori convenzionati con il fondo assicurativo. Il sistema dei benefit è costruito in modo tale da incentivare le famiglie e gli individui verso la scelta di servizi reali. Infatti, l'ammontare delle prestazioni varia, oltre che per livelli di gravità della non au-

tosufficienza, anche per tipologia di prestazione ed è più basso nel caso della scelta del *cash* piuttosto che del servizio. In Tabella 3.5 si osserva come che il valore dell'assegno di cura *cash* sia sempre inferiore rispetto al valore dei servizi erogabili, per ognuno dei tre livelli previsti di non autosufficienza (Da Roit, Le Bihan 2010)

Tabella 3.5 Valore delle prestazioni

	Assegno di cura (importo mensile)	Assistenza domiciliare (importo mensile)	Centri diurni o servizi residenziali leggeri (importo mensile)	Case di cura servizi residenziali (importo mensile)
Livello I	€215	€420	€420	€1.023
Livello II	€420	€980	€980	€1.279
Livello III	€675	€1.470	€1.470	€1.470

La possibilità di ricevere le prestazioni della assicurazione per LTC dipende dal riconoscimento della condizione di dipendenza. Questo avviene, a prescindere da valutazioni sul reddito e sullo stato sociale, sulla base di una valutazione sanitaria assistenziale, che fissa il *cut off* per l'inclusione nel sistema nel numero di *Activity Daily Living* (ADL) per le quali la persona necessita di aiuto durante una giornata (Rothgang 2010):

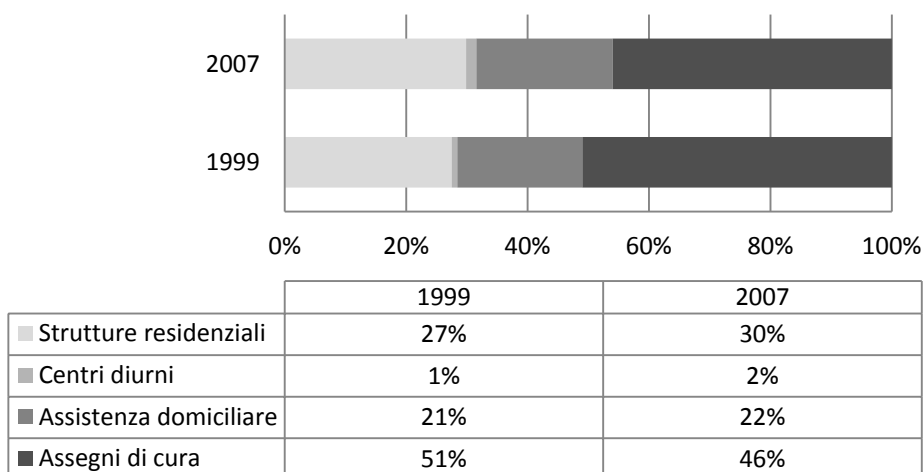
- si riconosce dipendenza al livello I (il più lieve) se è richiesta assistenza per almeno due ADL essenziali (nutrirsi, lavarsi, ecc...) per almeno 1,5 ore al giorno, oltre che per una attività strumentale (vestirsi, ecc...) per 75 minuti alla settimana;
- si riconosce dipendenza al livello II se è richiesta assistenza almeno tre volte al giorno per le attività quotidiane, per almeno tre ore al giorno e due volte alla settimana per la attività strumentali, per due ore totali;
- si riconosce dipendenza al livello III (il più grave) se è necessaria assistenza continuativa nell'arco della giornata con almeno 5 ore di cura per il sostegno nelle attività della vita quotidiana e per 4 ore settimanali per le attività strumentali.

Una recente riforma del sistema (2013) ha aggiunto altri due livelli: un livello base (o livello zero) per la non autosufficienza molto lieve che dà diritto a prestazioni minime; e un riconoscimento specifico per i malati di Alzheimer o di demenza.

La logica alla base del sistema è che, in linea generale, si deve sempre aiutare l'assistito a preferire, in sequenza, prima gli interventi che gli permettano di raggiungere un buon livello di indipendenza nella propria vita personale, poi i servizi di cura e assistenza al proprio domicilio, quindi periodi brevi di sollievo presso strutture residenziali, e solo in ultima istanza il ricovero perma-

nente presso strutture residenziali (Degrave, Nyssens 2012). Per questo, i fondi assicurativi sociali sono tenuti a fornire supporto e *counselling* alle famiglie per orientarle in una scelta in questa direzione. Guardando alla distribuzione della spesa dei fondi assicurativi per la LTC per il 2011 (circa 22 miliardi di euro per un totale di 2.460.000 beneficiari tra anziani non autosufficienti e disabili), si scopre che la maggior parte dei beneficiari preferisce ricevere assegni di cura piuttosto che servizi reali (il 53 per cento dei beneficiari ha ricevuto un assegno, mentre il 47 per cento servizi). Questo, considerando il fatto che gli assegni hanno un valore economico inferiore dei servizi, ha fatto sì che il 31 per cento della spesa dei fondi sia stata per il pagamento di assegni, mentre il 69 per cento per l'erogazione di servizi. Questo indica che, in media, all'aumentare della gravità del caso, si tende a privilegiare servizi reali invece che trasferimenti monetari, e viceversa. Questa preferenza dei cittadini tedeschi è stabile nel tempo, con un lieve spostamento di beneficiari dagli assegni di cura ai servizi dal 1999 a oggi. Anche se questa può essere considerata una caratteristica valida su tutto il territorio nazionale, esistono ampie differenze tra *Länder*. In genere, i *Länder* più ricchi osservano una preferenza di servizi reali e quelli più poveri, con il più alto tasso di disoccupazione e il più basso tasso di occupazione femminile, preferiscono il *cash*, considerando queste risorse come una forma di integrazione del reddito familiare. Per esempio, nel *Land* di Amburgo, nel 2007, solo il 36 per cento dei beneficiari riceveva assegni *cash* (Bode et alii 2011; Ministero della Salute 2012).

Figura 3.7 Preferenze dei beneficiari per i diversi tipi di benefit



L'erogazione dei servizi prevede sempre che ci sia una compartecipazione ai costi del servizio da parte dell'utente. Per i servizi residenziali, per esempio, non sono inclusi nell'ammontare pagato dall'assicurazione i costi alberghieri e di alcune prestazioni di assistenza; questo fa sì che gli utenti debbano pagare una cifra mensile media di circa 900 euro per il livello I (benefit di 1.023 euro e retta mensile media di 1.915 euro), 1.000 euro per il livello II (benefit di 1.279 euro e retta mensile media di 2.300 euro circa) e di 1.334 euro per il livello III (1.400 euro circa di benefit e 2.700 euro circa di retta mensile) (Bode et alii 2011; Schulz 2010).

È importante sottolineare che, anche nel caso di erogazione di assegni di cura e, quindi, di un trasferimento *cash* che non è sottoposto a vincolo nel suo utilizzo, l'anziano insieme con la sua famiglia, ugualmente con l'ausilio dei professionisti del fondo assicurativo sociale, redige un piano di cura in cui dovrà definire l'organizzazione della sua assistenza e, quindi, le modalità di utilizzo delle risorse che ha ricevuto. Il piano verrà poi utilizzato per effettuare controlli periodici, solitamente semestrali, per constatare che l'anziano riceva effettivamente l'assistenza e la cura di cui necessita, a prescindere dalla modalità che egli stesso ha definito.

3.7.5 *Chi produce: caratteristiche del settore*

La regolamentazione dello schema assicurativo sociale per la non autosufficienza ha previsto, sin dalla sua costituzione, che la produzione e la gestione dei servizi dovesse spettare ad attori privati, indistintamente for profit o no profit. Questo è dovuto al fatto che, nella Costituzione tedesca, è esplicitamente previsto il divieto per i soggetti pubblici di essere gestori e, quindi, produttori di servizi sociali, a meno di specifiche eccezioni e mancanza di alternative.

3.7.5.1 *Governance della produzione*

Gli attori coinvolti nella governance del settore di produzione dei servizi per la non autosufficienza sono: i fondi assicurativi, gli enti locali, i *Länder*, le commissioni di valutazione dei bisogni (MDK), le associazioni di welfare, i produttori stessi. I fondi assicurativi per la LTC sono i principali responsabili dell'organizzazione del settore; sono loro, infatti, che svolgono la funzione di committenza nell'ambito della regolazione fissata dal governo nazionale. Sono i fondi a negoziare con i produttori gli standard delle prestazioni (entro confini minimi uguali per tutti) e le tariffe per i servizi per stipulare, poi, contratti di servizio e convenzioni che fungono come una sorta di sistema di accreditamento. Gli enti locali, in raccordo con i *Länder* e, sempre più, con le associazioni di welfare, svolgono funzione di indirizzo e guida rispetto allo sviluppo del settore. Per esempio, definiscono la dotazione di servizi ottimale che deve essere raggiunta sul territorio, dando indicazioni circa la qualità dei servizi e il poten-

ziale sviluppo di soluzioni innovative alternative. Gli enti locali, in alcuni casi, possono anche essere gestori di servizi e, quindi, produttori. Le commissioni di valutazione, oltre a svolgere la funzione di *gate keeping* valutando e selezionando l'utenza che avrà poi accesso al sistema, svolgono anche il compito di garanti della qualità e di auditor dei produttori. I produttori sono gli erogatori del servizio e operano in virtù di un contratto di servizio (*Versorgungvertrag*) stipulato con il fondo assicurativo, che include i volumi di prestazioni remunerati e il contenuto dei servizi nei minimi dettagli (*Leistungskomplexe*).

3.7.5.2 I produttori

Gli utenti, definito il tipo di servizio più appropriato per loro, hanno piena libertà nel scegliere il produttore che preferiscono tra quelli contrattualizzati. Se consulenza e supporto all'utente e alle famiglie sono previsti rispetto alla scelta tra *cash* e servizi e tra tipologie di servizi, i fondi assicurativi hanno divieto esplicito di orientare i propri assistiti verso uno specifico produttore. Il settore della non autosufficienza è stato oggetto, più di altri settori pubblici, di un tentativo di realizzare un vero e proprio quasi mercato, in cui la competizione tra operatori fosse garanzia di tensione alla qualità del servizio (Henriksen, Smith, Zimmer, 2009). Sebbene non sia possibile stabilire se questo tentativo sia riuscito o meno, è possibile evidenziare che il settore, nel tempo, sia rimasto piuttosto stabile nel presentare caratteristiche differenti nei vari segmenti (Claudius 2006).

Nel segmento residenziale, infatti, si è mantenuta nel tempo la prevalenza di produttori dal settore no profit (il 55 per cento dei produttori): tradizionalmente, infatti, già prima della costituzione dello schema assicurativo, le case di cura o strutture simili erano gestite da istituti di origine caritatevole (*Caritas* o simili). Essi, oggi, sono dei grandissimi gruppi con strutture in tutto il paese. Accanto vi sono rimaste, poi, le associazioni filantropiche nate a livello locale per la riqualificazione di una singola struttura, in virtù di un fortissimo legame con il territorio. Il settore profit rappresenta, oggi, il 40 per cento e va aumentando la sua quota di mercato, assorbendo strutture gestite storicamente da soggetti no profit o da enti pubblici. Il segmento dell'assistenza domiciliare è, invece, un nuovo segmento di mercato che è nato ed è andato espandendosi dagli anni Novanta: in questo, i soggetti for profit sono il 62 per cento del totale contro il 37 per cento dei non for profit. In entrambi i segmenti, il pubblico ha una quota inferiore al 5 per cento (Bode *et alii* 2011, Bogedar *et alii* 2010, Hilbert *et alii* 2012).

Il settore dei servizi per la non autosufficienza è potenzialmente uno dei settori che vedrà nel prossimo futuro una forte espansione e potrà, quindi, essere utilizzato come volano occupazionale in tempo di crisi. Chi sono i lavoratori di questo settore? A oggi, sono per lo più persone con un livello di istruzione medio basso, salari al di sotto della media e status sociale molto basso. Nonostante il sistema della formazione professionale sia ben funzionante nel sistema educativo

tedesco, per questo settore mancano percorsi formativi riconosciuti e qualificanti; si sono stratificate, nel tempo, diverse modalità di riconoscimento delle diverse professionalità, con l'effetto di una sostanziale mancanza di standard nel settore. Questo ha permesso una continua compressione salariale, che i produttori hanno attuato in una logica di contenimento dei costi del sistema: se nel 2000 il costo per il personale rappresentava circa il 75 per cento del costo pieno di produzione di una struttura residenziale, oggi rappresenta il 50 per cento a parità degli altri fattori produttivi. Il numero degli occupati nel settore è andato, comunque, aumentando nel tempo, passando da circa 630.000 unità nel 1999, a 700.000 unità nel 2003 e a circa 900.000 unità nel 2010 (Hilbert *et alii* 2012).

3.7.5.3 La cura informale: *caregivers* familiari e badanti

Il numero dei *caregivers* informali (familiari, amici...) coinvolti nella cura di persone non autosufficienti segnala come questo stia diventando sempre più un fenomeno sociale rilevante. Le ultime rilevazioni statistiche disponibili (Destatis) ci dicono che, già nel 2002, 7 milioni di tedeschi (8 per cento della popolazione) svolgeva in modo sistematico attività quotidiane di cura verso propri familiari. I *caregivers* familiari sono, nel 28 per cento dei casi, coniugi, per il 32 per cento figlie o nuore e nel 10 per cento dei casi figli o generi; il 25 per cento ha più di 55 anni.

Gli schemi assicurativi per la LTC prevedono che possa esserci una forma di riconoscimento per i *caregivers* familiari e di compensazione per le prestazioni di cura che questi rendono. Questo prevede il pagamento dei contributi previdenziali e la possibilità di richiedere periodi di interventi di sollievo: nel 2009, 421.000 *caregivers* familiari hanno ricevuto dai fondi assicurativi il pagamento dei contributi previdenziali, in virtù del loro lavoro di cura, per un totale di 1 miliardo di euro. Il contributo mensile versato varia a seconda del livello di gravità dell'assistito e delle ore di cura settimanali prestate, che possono andare da un massimo di 28 ore a un minimo di 14 ore settimanali.

Accanto al sistema dei *caregivers* familiari si apre quello delle assistenti familiari o «badanti» (Colombo, Fujisawa 2009): il fenomeno nasce già negli anni Novanta parallelamente all'istituzione del sistema assicurativo e spiega, in parte, la preferenza delle famiglie per assegni di cura *cash* piuttosto che per i servizi. Di fronte a un evidente *care gap* determinato da una moltitudine di fattori, come, per esempio, il cambiamento del contesto sociale, l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche, ecc., le famiglie si sono organizzate (Colombo, Mercier 2012) sia per supplire al vuoto lasciato dal mercato formale, sia per provvedere alla cura dei propri familiari in quei casi in cui il servizio pubblico non sia sufficiente (Angermann e Stula 2011). Si è formato, in questo modo, un mercato nero o grigio di assistenti familiari composto da donne di mezza età provenienti prevalentemente da Ungheria, Polonia, Romania e Repubblica Ceca. Nel 2010, circa il 30 per cento degli anziani non autosufficien-

ti che vivono a casa ricevono cura da una «badante» del tutto o in parte irregolare, stimando un numero di 115.000 badanti (Bogedar *et alii* 2010).

3.7.6 Copertura del bisogno

Il numero totale delle persone che, potenzialmente, sono portatrici di bisogni di cura derivanti dalla non autosufficienza, è molto difficile da stimare. Recentemente, sono stati commissionati e prodotti per i ministeri federali competenti due studi⁶ che hanno elaborato stime e dato indicazioni di *policy*. Essi (basati su dati 2007) adottano una definizione di dipendenza piuttosto ampia rispetto ai requisiti necessari per essere considerati non autosufficienti, individuando una nozione di «bisogno di assistenza», che include anche le attività meramente strumentali della vita quotidiana (vestirsi, fare la spesa, gestire il proprio reddito...). È una nozione che più si avvicina molto di più al concetto di fragilità più che a quello di dipendenza. Pur essendo due studi distinti, sono stati condotti entrambi con l'obiettivo di calcolare la percentuale di popolazione che rimane esclusa dal sistema formale assicurativo e convergono verso un risultato molto simile, arrivando a stimare che, nel 2007, tra il 52 e il 56 per cento dei non autosufficienti era di fatto al di fuori del sistema assicurativo sociale.

Replicando il loro approccio e applicandolo ai dati 2011, arriviamo a calcolare il tasso di copertura del bisogno del sistema (Tabella 3.8). Considerando un tasso di incidenza della condizione di non autosufficienza per la popolazione over 65 del 30 per cento circa, è possibile affermare che il numero degli anziani non autosufficienti (o fragili, seguendo quanto detto sopra) era, nel 2010, pari a circa 5.100.000 persone. Rapportando a queste il numero di anziani over 65 beneficiari di prestazioni da assicurazione LTC per lo stesso anno, arriviamo a dire che il 40 per cento delle persone considerate potenzialmente non autosufficienti era di fatto incluso nel sistema di assistenza e cura.

Tabella 3.8 Il tasso di copertura del bisogno

Tasso di prevalenza della non autosufficienza (A)	30,27%
Popolazione over 65 in Germania (B)	16.844.000
Numero stimato di popolazione over 65 anni non autosufficiente (AxB)	5.098.679
Popolazione over 65 anni inclusa in un programma di Long Term Care	2.041.800
Percentuale di popolazione over 65 anni con bisogno di Long Term Care inclusa in un programma di Long Term Care	40,05%

⁶ *Prospects and constraints of self-contained living of people in need of help and care*, Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth (2007) e Ageing Working Group, European Commission (2009).

Bibliografia

Angermann A. (2011), *Eldercare Services In Europe – Home Care, Family Support And Domestic Services For Older People*, Observatory for Sociopolitical Developments in Europe.

Angermann A., Eichorst W. (2012), *Eldercare Services - Lessons from a European Comparison*, Working Paper n°. 6 of the Observatory for Sociopolitical Developments in Europe / IZA Research Report n° 45.

Angermann A. , Stula S. (2011), *Documentation of the International Conference Family-supporting Services in Europe: Current Challenges and Developments*, Observatory for Sociopolitical Developments in Europe.

Arzn M., Sacchetto R. *et alii* (2007), *The German Social Long-Term Care Insurance: Structure and Reform Options*, IZA Discussion Paper n°. 2625.

Bahle T. (2003), «The Changing Institutionalization of Social Services in England and Wales, France and Germany: is the Welfare State on the Retreat?», *Journal of European social policy*, vol. 13, pp-5-20.

Boadu P., Dierschke T., Paulsen F., Wolf A.C., Zimmer A., 2011, *City Report: Münster*, WILCO, publication n° 24.

Bode I., Chartrand S. (2011), *Home care provision in Germany. The state of things and recent developments, Care Regimes on the move in Europe*, Institute of Social Work and Social Welfare, Dpt. 2 , Universitaat Kassel.

Bogedar C., Kraemer B., Maucher M. (2010), *The changing labour market in Germany in time of crisis*, SOLIDAR PROJECT: decent work for all.

Bonker F., Wollman H. (2006), «Public sector reforms and local governments in Germany: the case of local social policy», in Hoffmann-Martinot V., Wollmann H., (edited by) (2006), *State and local government reforms in France and Germany. Divergence and convergence*, VS Verlag fur sozialwissenschafteten, Urban and regional research international, vol. 7.

Brandsen T., Segnestam O. (2011), *Comparative report*, WILCO_Publication n° 11.

Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (2008), *National strategy report. Social protection and Social inclusion 2008 – 2010* (downloadable from: <http://www.bmas.de/EN/Service/Publications/content.html>).

Bundesversicherungsamt (2010), *The position of the Bundesversicherungsamt under the laws regulating government organisations.*

Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (2011a), *Social security at a glance*, (downloadable from:
<http://www.bmas.de/EN/Service/Publications/content.html>)

Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (2011b), *Social security compass*, (downloadable from:
<http://www.bmas.de/EN/Service/Publications/content.html>)

Bundesversicherungsamt (2010), *The position of the bundesversicherungsamt under the laws regulating government organisations.*

Claudius P. (2006), «Co-operation between social service providers – A comparison between Germany and Greece», *Social work and society international online journal*, vol. 4, n° 1.

Colombo F., Fujisawa R. (2009), *The Long-Term Care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand*, OECD Health Working Papers n° 44.

Colombo F., Mercier J. (2012), «Help wanted? Fair and sustainable financing of Long-Term Care services», *Applied Economic Perspectives and Policy*, vol. 34, n° 2, pp. 316-332.

Da Roit B., Le Bihan B. (2010), «Similar and yet so different: cash for care in six European countries' Long Term Care policies», *The Milbank Quarterly*, vol. 88, n°3, pp.286-309.

Degrave F., Nyssens M. (2012), *Care regimes on the move. Comparing home care for dependant older people in Belgium, England, Germany and Italy*, Final Project report.

Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth (2007) e Ageing Working Group, European Commission (2009), *Prospects and constraints of self-contained living of people in need of help and care.*

Esping-Andersen, G. (1990), *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge: Polity press, vol. 6.

Evers A., Ewert B., Meißner, M., Wolf A. C., Zimmer A. (2011), *Local welfare systems as part of the German welfare state: housing, employment and child care*, WILCO Publication n°8.

Hegelich S., Meyer H. (2009), «Conflict, negotiation, social peace. The German welfare system», in Schubert K., Hegelich S., Bazant U., (a cura di) (2009), *The Handbook of European Welfare Systems*, Routledge.

Henriksen L., Smith S., Zimmer A. (2009), *At the eve of convergence? Social service provision in Denmark, Germany and the United States*, Annual research conference of the Association for Research on Nonprofit Organizations and Voluntary Action (ARNOVA), 19-21 November 2009, Cleveland, Ohio.

Hilbert J., Evans M., Galtschenko W. (2012), *National report Germany. Project Pessis: Promoting Employers' Social Services Organizations in Social Dialogue*.

Ministero Federale delle Finanze (2009), *Federationlländer financial relations on the basis of constitutional financial provisions*.

Ministero Federale degli Interni (2009), *The Federal Public Service* (disponibile sul sito www.bmi.bund.de).

Ministero Federale del Lavoro e delle Politiche Sociali (2008), *National Strategy Report. Social Protection and Social Inclusion 2008 – 2010*, sul sito: <http://www.bmas.de/EN/Service/Publications/content.html>

Ministero Federale del Lavoro e delle Politiche Sociali, (2011a), *Social Security at a glance*, sul sito: <http://www.bmas.de/EN/Service/Publications/content.html>

Ministero Federale del Lavoro e delle Politiche Sociali, (2011b), *Social Security Compass*, sul sito: <http://www.bmas.de/EN/Service/Publications/content.html>

Ministero Federale del Lavoro e delle Politiche Sociali, (2011c), *Sozialbudget 2011*.

Ministero della Salute (2012), *Selected facts and figures about Long Term Care in Germany*.

Oleari F., Patacchia L., Spizzichino L. (2001), *Il Welfare in Europa, elementi per un confronto*, Rivista studi Fondazione Zancan.

Reimat A. (2009), *Welfare regimes and Long-Term Care for elderly people in Europe*, IMPALLA-ESPAnet Joint conference.

Riedal M., Kraus M. (2011), *The organization of formal Long Term Care for the elderly. Results from 21 European country studies in the ANCIEN project*, Enepri research report n° 95.

Rothgang H., Igl G. (2007), «Long Term Care in Germany», *The Japanese Journal of social policy*, vol. 6, n° 1.

Rothgang H. (2010), «Social insurance for Long Term Care: an evaluation of the German model», *Social Policy and Administration*, vol. 44, n° 4, pp.436-460.

Schulz E. (2010), «The Long term care system for the elderly in Germany», *Enepri research report n°78*, Contribution to the WP1 of the ANCIEN project.

Schulz E. (2012), «Determinants of institutional Long Term Care in Germany», *Enepri research report n°115*, Contribution to the WP1 of the ANCIEN project.

Seeleib Kaiser M. (2007), *From Conservative to Liberal- Communitarian Welfare: Can the Reformed German Welfare State Survive?*, Barnett papers on social research, Department of Social Policy and Social Workbarnett House, Oxford.

Stiller S. (2010), *Ideational Leadership in German Welfare State Reform*, Amsterdam University press.

Zoli M. (2004), *I sistemi di Welfare State nei paesi dell'Unione Europea*, Luiss Lab on European Economics, LLEE Working Document n°1.

Report Missoc

Missoc (2006), *Long Term Care*, Missoc Info 02

Missoc (2005), *Health Care: users charges*, Missoc Info02

Missoc (2007), *Financing Social security in Germany*, Missoc Info02

Missoc (2008), *Families related policies and regulation*, Missoc Info02

Missoc (2011), *Your social security rights in Germany*, Missoc Info02

Sitografia

Deutsche Sozialversicherung Europavertretung, <http://www.deutsche-sozialversicherung.de>

Destatis, <https://www.destatis.de>

Deutsche sozialversicherung, <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/en/>

Ministero federale della salute,
<http://www.bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html>

Ministero degli Interni, http://www.bund.de/EN/Home/homepage_node.html

4. Italia

di Andrea Rotolo

4.1 Carta d' identità del paese

La Repubblica Italiana si estende su una superficie di 301.340 km² con una popolazione di circa 60.800.000 abitanti (con una densità di 201 abitanti per km²). L'Italia è storicamente caratterizzata dalla presenza di numerosi centri urbani di piccole e medie dimensioni (il numero medio di abitanti per comune è di 7.488) e di solo due grandi città sopra il milione di abitanti: Roma, la capitale, e Milano.

Le caratteristiche della popolazione ricalcano quelle della popolazione europea, con una pressoché equa distribuzione tra popolazione maschile e femminile (rispettivamente 49 per cento e 51 per cento), di cui il 19,9 per cento è al di sotto dei 20 anni, il 26,6 per cento sopra i 65 e il 5,9 per cento è sopra gli 80 anni (Istat, 2012¹).

4.2 Organizzazione dello stato e spesa pubblica

L'Italia è organizzata secondo tre livelli di governo: il livello centrale, quello regionale e quello locale.

4.2.1 *Assetto territoriale e decentramento*

Il livello centrale, cioè lo stato, a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, mantiene la potestà legislativa su alcune materie individuate dalla legge. Le restanti competenze sono state demandate al livello regionale: le 20 regioni (di cui 5 a statuto speciale) hanno, infatti, potestà legislativa generale e autonomia statutaria. Il terzo livello è quello locale, composto dalle province (attualmente 110), ente intermedio tra regioni e comuni, e i comuni stessi

¹ Dati ricavati dal sito <http://www.istat.it>, data ultimo accesso: 21 marzo 2013.

(8.092), che rappresentano la comunità di riferimento, di cui difendono gli interessi e promuovono lo sviluppo.

Il sistema di welfare italiano è, oggi, imperniato soprattutto attorno al ruolo di indirizzo, programmazione ed erogazione dei livelli regionale e locale. Lo stato mantiene, insieme a regioni e province, un ruolo ormai residuale nella programmazione e nel finanziamento dei servizi sociali, in particolare attraverso il riparto dei fondi nazionali destinati alle politiche sociali e a prestazioni specifiche.

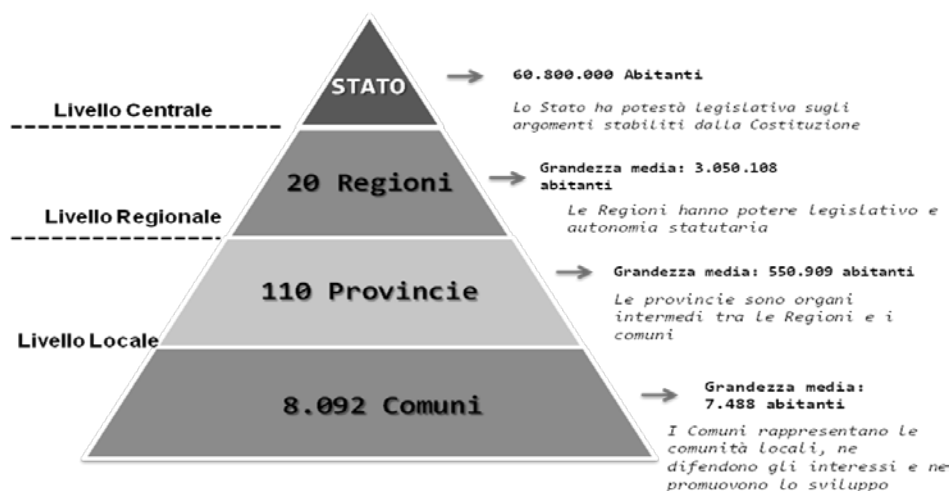
Alle regioni, dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, spetta, dunque, la funzione di programmazione sociale, che in precedenza era svolta dallo stato. Il livello regionale è altresì responsabile del trasferimento delle risorse finanziarie e, in quanto attore chiave del Sistema Sanitario Nazionale, riveste un importante ruolo per la partita sociosanitaria, per la quale è responsabile sia della programmazione, sia del finanziamento delle strutture residenziali e dei meccanismi di accreditamento delle strutture stesse.

L'ordinamento italiano prevede per le province un ruolo di supporto al livello locale nella programmazione degli interventi.

I comuni sono, oggi, i principali attori del sistema di welfare italiano e hanno il compito di programmare e gestire i servizi assistenziali. Per farlo, essi destinano una quota rilevante delle proprie risorse a quest'area di intervento. A seguito della legge 328/00, che ha riformato l'assistenza sociale in Italia, la collaborazione tra comuni è stata incentivata soprattutto con riferimento alla programmazione strategica, prevedendo lo strumento del Piano di Zona per la programmazione dei servizi sociali su un territorio (ambito sociale) sovramunicipale, che permettesse di superare la criticità relativa alle dimensioni medie ridotte degli enti locali italiani (Montanelli, Turrini, 2006).

Questi aspetti saranno ulteriormente approfonditi nei paragrafi successivi.

Figura 4.1 L'organizzazione dello stato



4.2.2 *Articolazione della spesa pubblica*

La spesa pubblica totale rappresenta il 50,6 per cento del Pil nazionale. Nel 2011, è stata pari a 13.154 euro. Di questa spesa, il 27,1 per cento rispetto al Pil (pari a circa 7.055 euro pro capite) rappresenta le risorse destinate al welfare, mentre la parte restante la spesa per altre funzioni (18,6 per cento del Pil, pari a 4.845 euro pro capite) e la spesa per interessi sul debito pubblico (4,8 per cento del Pil, pari a 1.254 per cento pro capite).

La spesa pubblica complessiva compete per il 25 per cento circa all'amministrazione centrale, percentuale che sale fino al 66 per cento se prendiamo in considerazione anche la spesa effettuata dagli enti previdenziali. La spesa pubblica delle amministrazioni locali impatta sul sistema, invece, per il restante 33 per cento circa.

La suddivisione della spesa pubblica per area funzionale, secondo le classificazioni adottate dal governo («Elementi per una revisione della spesa pubblica» – Rapporto Giarda, 2012; Lavoce.info²), evidenzia una predominanza della spesa per la sanità (pari al 37 per cento del totale), seguita dalla spesa per l'educazione (18 per cento) e da quella per «servizi generali» (13 per cento). La spesa per protezione sociale viene fatta corrispondere, in questa classificazione, al 5 per cento del totale.

Analizzando, invece, il lato delle entrate, circa il 56 per cento delle risorse viene raccolto a livello centrale e circa il 30 per cento dagli enti previdenziali. Le risorse incamerate a livello locale sono solamente il 13 per cento circa. Questi dati indicano una prima peculiarità del sistema pubblico italiano, ancora caratterizzato dalla forte incidenza del livello centrale sia a livello di spesa pubblica, sia, soprattutto, a livello di entrate. In particolare, gran parte dei tributi sono raccolti al livello statale, che poi provvede a trasferire alle regioni e, a cascata, agli enti locali. Inoltre, questo primo quadro delle risorse, mette già in evidenza il ruolo chiave rivestito dagli enti previdenziali.

4.3 **Nascita ed evoluzione del sistema di welfare**

Il sistema di welfare italiano è considerato, secondo la classificazione adottata da Esping Andersen (1990), un sistema conservatore corporativo.

Non è facile, tuttavia, individuare una traiettoria di sviluppo ben precisa del sistema italiano. Esso, infatti, non nasce da un modello definito e organico, ma è frutto di interventi legislativi successivi che si sono posti l'obiettivo di creare integrazione con l'esistente.

Storicamente, il sistema si è basato sul principio per cui i diritti a essere beneficiari di trasferimenti o servizi sono collegati alla professione esercitata e alla necessità di rispettare alcune condizioni. L'erogazione di trasferimenti o

² Dati ricavati dal sito <http://lavoce.info>, data ultimo accesso: 21 marzo 2013.

servizi si collega a due logiche principali: quella «assicurativa», legata alla necessità da parte dei cittadini di contribuire per poterne eventualmente beneficiare nel momento del bisogno (logica che ha inciso sulla predominanza dei trasferimenti monetari rispetto all'erogazione di servizi, come sarà meglio approfondito nei paragrafi successivi), e la logica per cui i servizi devono essere gratuiti e universali per tutti coloro che manifestano un diritto riconosciuto come esigibile (Ferrera, Fargion, Jessoula, 2012).

4.3.1 *Le origini storiche e la tendenza accentratrice*

Il primo intervento legislativo che sancì ufficialmente il ruolo dello stato nell'ambito assistenziale fu la Legge Crispi del 1890, nella quale per la prima volta, la beneficenza venne concepita come una risposta ai bisogni di carattere concreto e non come uno strumento per la redenzione dei poveri. In questo modo, si cercò di superare la logica della beneficenza che aveva caratterizzato il paese nei secoli precedenti, lasciando spazio alla logica assistenzialista. In questa prima fase, il ruolo dello stato rimane comunque marginale.

A partire dal 1898 si svilupparono le prime forme di assistenza previdenziale, rivolte ai lavoratori per vecchiaia e invalidità, di fatto avviando per la prima volta in Italia la tutela per queste tipologie di rischio.

Nel 1923 (con la legge di riordino 3184) e negli anni successivi, tuttavia, il sistema previdenziale iniziò a frammentarsi a causa del moltiplicarsi degli istituti di previdenza e la tutela continuò a essere appannaggio dei soli lavoratori dipendenti.

A cominciare dal 1890 e fino agli anni Sessanta circa, il ruolo dello stato in ambito socio-assistenziale divenne sempre più centrale, determinando, in questa lunga fase, una tendenza accentratrice per il sistema di welfare italiano. Fu il periodo caratterizzato dallo sviluppo di grandi enti assistenziali statali, a discapito di quelli comunali.

I principi fondanti del sistema di welfare italiano trovarono esplicitazione nel 1948 all'interno della Costituzione. Gli articoli più rilevanti sono il 2, il 3 e il 38. I primi due parlano, rispettivamente, del rispetto dei diritti inviolabili dell'uomo e dell'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale e della rimozione degli ostacoli di ordine economico e sociale. L'articolo 38 parla esplicitamente, invece, di inabilità e invalidità al lavoro e del ruolo che deve rivestire lo stato in questi casi: «Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili e i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi e istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera».

Nonostante la Costituzione fosse entrata in vigore nel 1948, la mancata istituzione delle regioni aveva reso inevitabile il rafforzamento del ruolo del governo centrale a discapito del livello locale.

4.3.2 *L'evoluzione recente: decentramento e riordino del sistema*

Con l'istituzione delle regioni, nel 1970, cominciò una lenta inversione di tendenza. Due spinte hanno caratterizzato, infatti, gli ultimi quattro decenni di evoluzione del sistema di welfare italiano: da un lato, l'ambizione di mettere ordine in un sistema nato come frammentato e sviluppatosi con un susseguirsi di interventi legislativi incrementali; dall'altro, la tendenza a decentrare funzioni al livello regionale e a quello locale.

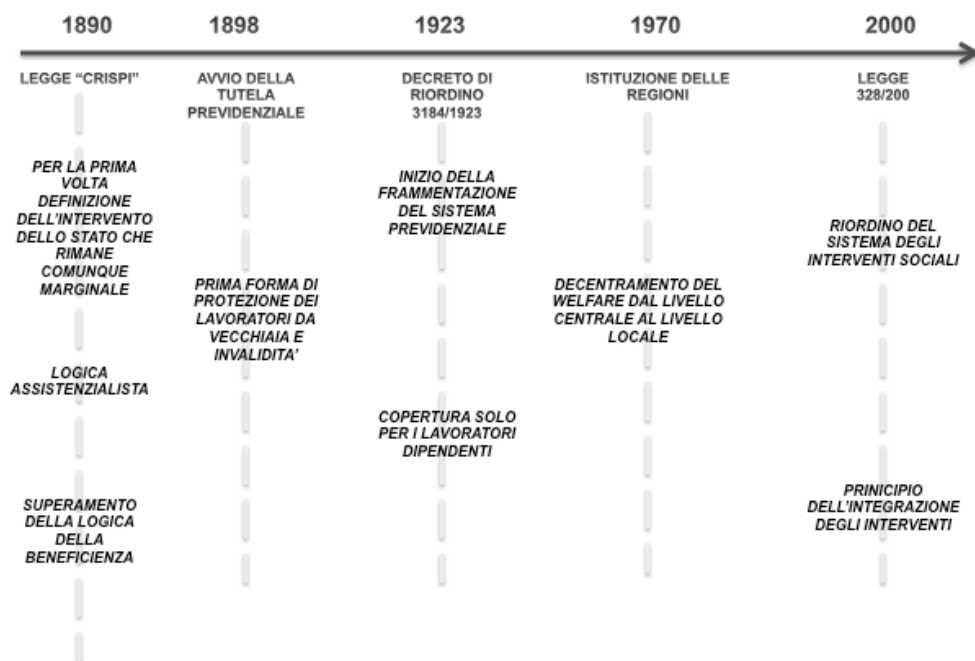
A partire dagli anni Settanta, infatti, molte competenze in materia assistenziale furono decentrate e il ruolo dei comuni potenziato.

La legge 328 del 2000 è stato il primo vero tentativo recente di riordino del sistema di interventi sociali e socio-sanitari del paese. Questa legge nacque con l'obiettivo di realizzare un sistema integrato di interventi e servizi sociali, prevedendo una nuova forma di collaborazione tra i comuni nella sfera della programmazione strategica nel campo dei servizi sociali. Lo strumento individuato è quello del Piano di Zona, ossia un documento di programmazione dei servizi sociali su un territorio indicato come ambito sociale di dimensioni coincidenti con quelle dei Distretti Sanitari delle ASL, con un bacino di utenza, in media, di circa 70.000 abitanti. La programmazione riguarda le risorse destinate a tale scopo dalla legge stessa, ma prevede la possibilità, per i comuni, di dare vita a un fondo di ambito arricchito con risorse proprie (Montanelli, Turrini, 2006). La legge 328/00 mira dunque a un riordino della programmazione dei servizi sociali, attribuendo un ruolo chiave al livello locale, e individuando allo stesso tempo una soluzione, i Piani di Zona, per superare la frammentazione dovuta alle dimensioni limitate dei comuni italiani.

Per quanto riguarda, invece, i servizi socio-sanitari, ossia quelli riconducibili alla presenza al loro interno di professionalità sia sanitarie che sociali, l'individuazione è tutt'ora meno univoca. Si tratta, infatti, di servizi territoriali, semiresidenziali e residenziali, che vengono erogati dalle Aziende Sanitarie Locali, dai produttori pubblici e dai produttori privati.

In generale, quello che si riscontra negli ultimi anni è una sempre più ridotta disponibilità di risorse finanziarie pubbliche per la soddisfazione di una domanda sociale che appare, invece, in rapida crescita (Ascoli, Pavolini, Ranci, 2003).

Figura 4.2 Storia, origine e fondamenti del sistema di welfare



4.4 I pilastri del welfare italiano

Il sistema di welfare italiano è tradizionalmente rappresentato come composto da tre pilastri principali: la sanità, la previdenza e l'assistenza. Sebbene per alcune tipologie di interventi il confine tra le tre diverse aree sia ben identificabile, non sempre è possibile identificare una netta separazione tra loro. È il caso del già citato settore «socio-sanitario», che si pone inevitabilmente nell'intersezione tra l'area sanitaria e quella assistenziale. Inoltre, una peculiarità del sistema italiano è la frammentazione degli interventi. A titolo esemplificativo, è possibile trovare interventi per la non autosufficienza e l'invalidità in ciascuno dei tre diversi pilastri, a seconda del diverso contenuto della prestazione e del soggetto che eroga il trasferimento monetario o il servizio in questione.

4.4.1 *Il pilastro sanitario*

Il pilastro della sanità comprende principalmente tutti gli interventi che vengono erogati tramite il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Nello specifico, per assistenza sanitaria si intende l'insieme di provvidenze, prestazioni e iniziative

finalizzate alla promozione, alla prevenzione o alla cura della salute (Luzzi, 2004). I destinatari di questi interventi sono potenzialmente tutti i cittadini sul territorio nazionale, dal momento che la copertura è universale.

4.4.2 *Il pilastro assistenziale*

Il pilastro assistenziale rappresenta tutti gli interventi di carattere sociale che vengono erogati a diverse categorie di cittadini per rispondere a bisogni specifici. Si tratta sia di servizi reali, erogati da diverse tipologie di attori, pubblici e privati, sia di prestazioni monetarie, finalizzate a garantire l'assistenza di soggetti in condizione di bisogno. Questo tipo di interventi sono erogati da soggetti di carattere pubblico.

4.4.3 *Il pilastro previdenziale*

Il pilastro della previdenza è costituito dal sistema di remunerazione per i pensionati e di assicurazione contro i principali rischi. L'obiettivo di questa tipologia di interventi è, dunque, da un lato tutelare i lavoratori e le rispettive famiglie dai rischi che comportano la perdita o la riduzione della capacità lavorativa, dall'altro fornire un trasferimento monetario sostitutivo del reddito da lavoro temporaneamente o definitivamente perduto.

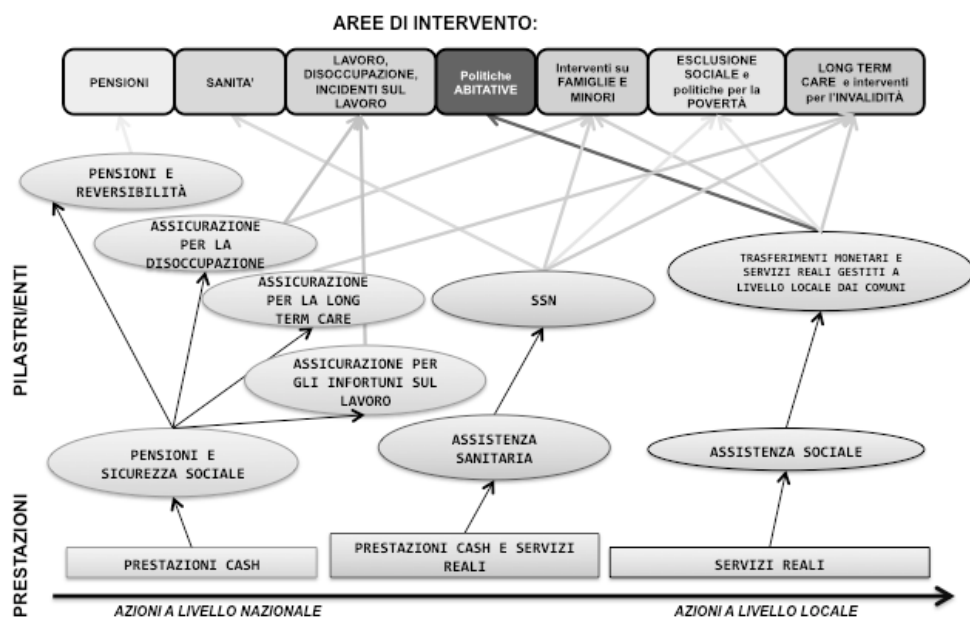
4.4.4 *Uno sguardo d'insieme*

Adottando una prospettiva che prescinde dai tre pilastri del welfare fin qui descritti, ma orientata ad analizzare i diversi filoni di politiche articolati per aree di intervento, abbiamo cercato di ricostruire il complesso quadro. Considerando le sette aree, è possibile, quindi, ricostruire quali tipi di prestazioni sono previste, a quali pilastri fanno riferimento e da quali istituzioni sono gestite:

- le pensioni (di anzianità, vecchiaia, per i superstiti) sono oggi erogate, per la maggior parte, dall'Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS), a seguito dell'accorpamento avvenuto, negli ultimi anni, di tutti gli enti previdenziali presenti in Italia e rivolti a categorie professionali specifiche. Si tratta, dunque, esclusivamente di prestazioni *cash*, che prevedono un trasferimento monetario direttamente dall'ente al beneficiario;
- gli interventi riconducibili all'area della sanità vengono erogati tramite il SSN e, più precisamente, attraverso le strutture e i servizi che fanno capo a ciascuno dei 20 Sistemi Sanitari Regionali (SSR). I cittadini

possono ricevere prestazioni direttamente da parte di strutture pubbliche o anche da strutture private accreditate presso il SSR, secondo criteri e modalità che possono variare da regione a regione;

- le prestazioni correlate al Lavoro, alla Disoccupazione e agli Incidenti sul lavoro vengono erogate seguendo una schema assicurativo per il quale concorrono sia l'INPS, soprattutto per la parte legata alla Disoccupazione, che l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL);
- per quanto attiene le politiche abitative, esse costituiscono una componente residuale del sistema di welfare italiano, come dimostrato dai dati di spesa illustrati nei prossimi paragrafi. Questo tipo di sostegno ai cittadini è affidato quasi esclusivamente al livello locale, responsabile dell'attuazione di politiche a sostegno dell'abitazione;
- il versante delle politiche per minori e famiglie appare ancor più frammentato, poiché gli interventi a esso riconducibili possono, innanzitutto, avere diversa natura a seconda del tipo di bisogno manifestato, comprendendo la possibilità che essi si vadano a sommare ad altri già esistenti. Inoltre, possono far capo ad attori diversi. Vi sono, infatti, gli assegni erogati dall'INPS, ma anche i contributi erogati dal livello locale, che si uniscono alle prestazioni reali erogati dai servizi territoriali di comuni e ASL;
- per quanto riguarda le politiche legate all'esclusione sociale e alla povertà, esse sono perseguite principalmente attraverso l'erogazione di benefici *cash* ai cittadini e ai nuclei familiari titolari di diritti esigibili. In questo caso, concorrono sia i servizi erogati dagli enti locali, sia il SSN;
- le prestazioni collegate alla Long Term Care e disabilità prevedono un mix di trasferimenti monetari (prevalenti, come verrà illustrato di seguito) e servizi reali. Mentre i benefici *cash* provengono, in gran parte, dall'INPS (anche se possono essere integrati da assegni provenienti dal livello locale), la restante parte di interventi di carattere sociale e socio-sanitario trova la sua espressione all'interno delle strutture sanitarie facenti capo alle ASL oppure all'interno dei servizi territoriali dei comuni, a seconda che si tratti di prestazioni con prevalenza della componente sociale o sanitaria.

Figura 4.3 Uno sguardo d'insieme sul sistema italiano

4.5 Modalità di finanziamento del sistema

Le modalità di finanziamento del sistema di welfare italiano non sono facilmente ricostruibili nel loro complesso, poiché, al contrario di quanto avviene in altri paesi, le risorse raccolte attraverso la fiscalità non sono direttamente e univocamente destinate a specifici interventi. È, quindi, possibile descrivere il quadro dei finanziamenti del sistema attraverso alcune approssimazioni, come verrà illustrato di seguito.

4.5.1 *Il finanziamento del pilastro sanitario*

Lo stato concorre a preventivo al finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale attraverso assegnazioni *ex-lege* destinate alla copertura della spesa sanitaria. A consuntivo vengono, inoltre, registrati i ricavi del SSN, che comprendono i trasferimenti dal settore pubblico, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN e i trasferimenti da privati. È in rapporto a questi ricavi che viene calcolato, poi, l'eventuale disavanzo.

Per quanto riguarda i ricavi, diverse sono le voci che concorrono alla definizione dell'ammontare complessivo:

- IRAP e addizionale regionale IRPEF;

- Fondo per fabbisogno sanitario ex D.Lgs 56/2000 (Federalismo fiscale: Iva e Accise);
- Trasferimenti dal settore pubblico e da privati;
- Ricavi ed entrate proprie varie;
- Fondo Sanitario Nazionale e quote vincolate a carico dello Stato per le Regioni e le Province Autonome;
- Costi capitalizzati;
- Ulteriori quote vincolate a carico dello Stato per gli altri enti sanitari pubblici (Fosti, Larenza, Longo, Rotolo, 2012).

4.5.2 *Il finanziamento del pilastro assistenziale*

Il finanziamento del pilastro assistenziale è di difficile ricostruzione, poiché in esso concorrono sia la componente sociosanitaria, sia la componente sociale.

Per quanto attiene la prima, il finanziamento dei servizi a essa relativi è a carico del Servizio Sanitario Nazionale con quote di compartecipazione da parte dei comuni e dell'utenza, secondo quanto previsto dalle normative nazionali e regionali vigenti. La differenza di legislazione tra regioni costituisce un ulteriore elemento di complessità nella ricostruzione del quadro completo dei meccanismi di finanziamento di questo pilastro.

La legge 328/00 ha istituito il Fondo Nazionale Politiche Sociali, nato con l'obiettivo di ricomporre i diversi fondi precedentemente esistenti e destinati alle politiche sociali, ciascuno dei quali con un vincolo di destinazione ben preciso legata a specifiche categorie di bisogno. A seguito dell'istituzione del FNPS, dunque, tutte le risorse destinate agli interventi sociali sono confluite in esso. Il fondo è alimentato attraverso stanziamenti di bilancio a carico della fiscalità generale. Spetta, poi, alle regioni decidere come ripartire all'interno dei propri territori tali risorse. Tuttavia, il FNPS non finanzia solamente le regioni, ma anche alcune partite assistenziali per benefici erogati dall'INPS, come, per esempio, gli assegni di maternità. È opportuno sottolineare come, nel corso degli anni, si sia assistito a una progressiva diminuzione delle risorse destinate al FNPS, mentre i comuni, attraverso risorse proprie, finanziano oggi la maggior parte dell'offerta di servizi sociali (Montanelli, Turrini, 2006).

4.5.3 *Il finanziamento del pilastro previdenziale*

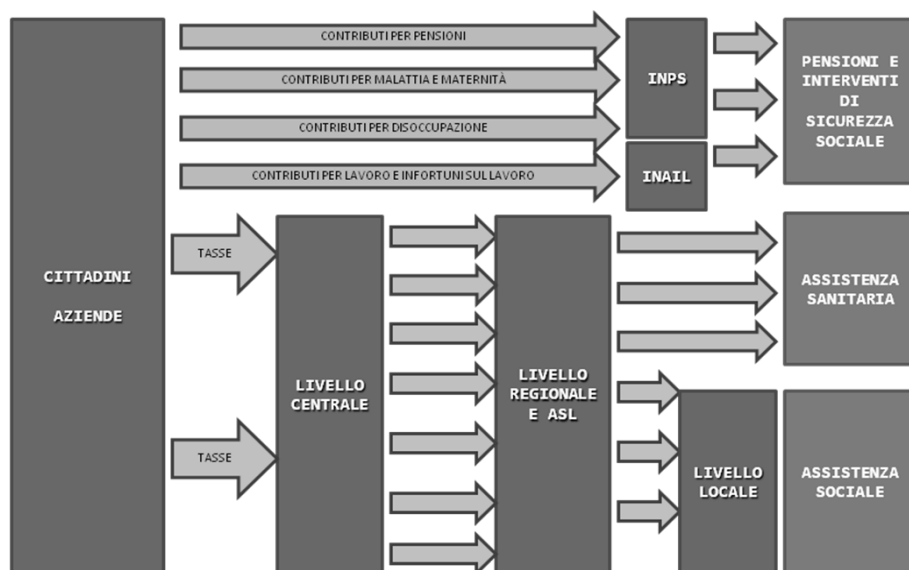
Le prestazioni previdenziali e di protezione sociale che sono riconducibili al pilastro previdenziale sono finanziate attraverso i contributi dei cittadini lavoratori, attraverso le trattenute sulle buste paga. In questo modo, vengono raccolti i diversi contributi per l'assicurazione pensionistica, i contributi per la malattia e i contributi per la maternità, che confluiscono all'INPS, il principale soggetto erogatore di queste prestazioni. Allo stesso modo, i contributi per gli

infortuni sul lavoro vengono trattenuti dalle buste paga dei lavoratori e destinati direttamente all'INAIL, che costituisce un fondo per assicurare i lavoratori da questo tipo di rischio. A causa della mancanza di informazioni precise sulle modalità di finanziamento relative agli altri pilastri del sistema di welfare, è, tuttavia, impossibile stimare in quale percentuale queste risorse impattano sul totale del finanziamento.

4.5.4 *Il finanziamento del sistema di welfare nel suo insieme*

Alla luce di quanto fino a ora descritto, il sistema di finanziamento del sistema di welfare, nel suo insieme, è difficile da descrivere e rappresentare in tutti i suoi dettagli. L'esistenza di diversi flussi, di numerose funzioni a cavallo tra pilastri diversi (dai confini molto labili e discussi) e, soprattutto, l'ampio ricorso alla fiscalità generale non consentono di ricostruire dall'inizio alla fine il «percorso» compiuto dalle risorse impiegate nel welfare italiano. Di conseguenza, è anche difficile determinare in modo preciso la percentuale di fondi destinati a ciascuna macro-categoria di intervento e la loro origine. Attraverso le elaborazioni Censis su dati Istat, è stato stabilito che il finanziamento del sistema di protezione sociale italiano è costituito per il 52,87 per cento da contributi sociali, mentre per il restante 46,23 per cento da contribuzioni diverse. Anche in questo caso, tuttavia, la definizione dei confini del sistema di protezione sociale rende difficile estendere tali percentuali all'intero sistema di welfare.

Figura 4.4 Rappresentazione sintetica dei flussi delle fonti di finanziamento per i diversi interventi



4.6 Spesa di welfare

4.6.1 *Quanto vale la spesa italiana per la protezione sociale?*

I dati sulla spesa pubblica di welfare che saranno presentati all'interno di questo paragrafo sono organizzati ed esposti seguendo il metodo illustrato nel capitolo 2. La ricostruzione della spesa pubblica complessiva di welfare ha richiesto l'utilizzo di fonti diverse, poiché, al contrario di quanto avviene in altri paesi, non esistono statistiche precise e complessive rispetto a tutte le aree di intervento che abbiano fonte ministeriale o da enti di statistica nazionali. Per lo stesso motivo, non è stato possibile fare riferimento a un unico anno, ma per ogni fonte statistica sono stati considerati i dati relativi all'ultimo anno disponibile. Le fonti utilizzate sono state il Bilancio Sociale dell'INPS (dati riferiti all'anno 2010), il Bilancio di previsione dell'INPDAP (dati riferiti all'anno 2011), il Rapporto OASI 2012 (dati riferiti all'anno 2009), il Rapporto Annuale 2012 dell'ISTAT (dati riferiti all'anno 2009), dati forniti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali relativi al 2009, il Bilancio dell'INAIL (dati riferiti all'anno 2010) e il Rapporto sulla Coesione Sociale 2012 dell'ISTAT (dati riferiti all'anno 2010).

La spesa complessiva per il welfare per gli anni 2009-2010 è stata di 428.970 milioni di euro (il Pil italiano nel 2011 è stato di 1.578 miliardi di euro), ovvero il 27,1 per cento del Pil pari a 7.005 euro pro capite.

Guardando al target per area di intervento, la maggior parte delle risorse, oltre il 52 per cento, è destinata a interventi relativi alle pensioni (228.290 milioni di euro, corrispondenti a 3.755 euro pro capite); per il 21,74 per cento, le risorse del welfare sono dedicate alla spesa per interventi puramente sanitari (93.268 milioni di euro, ossia 1.534 euro pro capite); l'8,69 per cento della spesa è, invece, destinato a trasferimenti e servizi legati al lavoro (37.251 milioni di euro, per complessivi 613 euro pro capite); circa il 7,91 per cento della spesa di welfare è dedicata a interventi legati alla Long Term Care e all'invalidità (33.940 milioni di euro, corrispondenti a circa 558 euro pro capite); il 5,26 per cento delle risorse totali viene utilizzato per finanziare gli interventi per contrastare la povertà e l'esclusione sociale (22.526 milioni di euro, pari a 371 euro pro capite); il 3,1 per cento è, invece, destinato a interventi per la famiglia e i minori (13.229 milioni di euro, circa 219 euro pro capite); infine, solo lo 0,09 per cento del totale di risorse impiegate nel welfare italiano è utilizzato per interventi sulla casa (394 milioni di euro, pari a circa 6 euro pro capite). La Tabella 4.1 mostra come le risorse sono distribuite tra i diversi target per area di intervento.

Tabella 4.1 Spesa pubblica complessiva per il welfare

Aree di intervento:	Spesa di welfare complessiva per aree di intervento (milioni di €):	Spesa di welfare pro capite per aree di intervento (€):	Distribuzione della spesa per aree di intervento:
Pensioni di Anzianità e Vecchiaia	228.290,13	3.755	53,22%
Sanità	93.268,00	1.534	21,74%
Interventi per la famiglia e l'infanzia	13.299,58	219	3,10%
Interventi per la Non Autosufficienza	33.940,89	558	7,90%
Politiche per il lavoro	37.251,49	613	8,69%
Politiche per l'abitare	394.000,00	6	0,09%
Politiche per la povertà e l'esclusione sociale	22.526,79	371	5,26%
TOTALE	428.970,81	7.055	100%

4.6.2 *Come si distribuisce la spesa tra i diversi livelli di governo?*

L'articolazione, appena illustrata, della spesa tra i diversi target per area d'intervento è coerente con la distribuzione della spesa tra i diversi livelli di governo. La predominanza della spesa per interventi previdenziali porta la percentuale di risorse gestite da Enti e Istituti del livello centrale al 74 per cento circa. Il 24 per cento delle risorse è, invece, direttamente gestita dal governo, pur sempre al livello centrale. Questo determina che solo il 2 per cento circa della spesa di welfare è gestito direttamente dal livello locale, mentre il livello centrale amministra praticamente il 98 per cento delle risorse.

Se restringiamo l'attenzione sul perimetro della non autosufficienza e invalidità, le percentuali variano, determinando un ruolo predominante del governo centrale, che gestisce circa il 54 per cento delle risorse. Gli enti come INPS, INAIL e INPDAP amministrano, in questo caso, circa il 34 per cento del totale di risorse, portando al 90 per cento la spesa complessiva per LTC e invalidità gestita a livello centrale. Il restante 10 per cento di risorse viene dunque gestito direttamente dal livello locale in senso stretto.

4.7 Non autosufficienza: il sistema italiano per la cura degli anziani non autosufficienti

La cura degli anziani non autosufficienti è stata intesa, in questo testo, come l'insieme di interventi per la LTC e per l'invalidità previsti dal sistema di welfare italiano. Considerando, dunque, sia la non autosufficienza che la disabilità, il sistema prevede principalmente due tipologie di interventi: le prestazioni

cash e i servizi reali. All'interno di queste due categorie si articola una serie di interventi che si distinguono per caratteristiche e per i soggetti responsabili della loro programmazione, erogazione e finanziamento. Nei prossimi paragrafi verranno, quindi, descritti e affrontati le principali *policy* e servizi previsti dal sistema. Successivamente, si discuterà, degli attori che intervengono in ambito decisionale, del sistema di finanziamento e del sistema di produzione. Al termine del quadro descrittivo verrà presentata una valutazione della copertura del bisogno dei servizi attualmente offerti.

4.7.1 *I servizi per la Long Term Care e l'invalidità*

Come accennato, i servizi per la LTC e l'invalidità previsti dal sistema di welfare italiano possono essere suddivisi in due grandi macro-categorie: le prestazioni *cash* e i servizi reali.

Le prestazioni *cash* prevedono un trasferimento monetario all'utente che viene valutato idoneo sulla base di alcuni requisiti; tale trasferimento può essere vincolato o meno a uno specifico utilizzo. Esistono diverse tipologie di prestazioni *cash* per la non autosufficienza, erogate da soggetti diversi e che seguono iter e processi di valutazione diversi.

Il più importante beneficio monetario erogato per la non autosufficienza è l'indennità d'accompagnamento. Essa è erogata dall'INPS e può essere attribuita sia agli anziani ultra 65enni non autosufficienti, sia agli invalidi di età inferiore ai 65 anni. Nel primo caso, condizione necessaria per diventare percettori è l'esistenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni dell'età, che si traduce nell'impossibilità alla deambulazione autonoma e alla mancanza assoluta di autosufficienza. Per quanto riguarda, invece, le persone di età inferiore a 65 anni, l'assegnazione dell'indennità di accompagnamento «spetta agli invalidi civili totali che per affezioni fisiche o psichiche si trovino anche nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognino di una assistenza continua». In termini monetari, essa consiste in un ammontare mensile fisso che, per il 2013, era corrispondente a circa 499 euro.

Accanto all'indennità di accompagnamento, l'INPS prevede ulteriori benefici economici, che variano nell'ammontare in base alla percentuale di invalidità riconosciuta al beneficiario, in questi casi sempre di età inferiore ai 65 anni.

L'INPS, pur essendo l'attore più rilevante per quanto attiene il trasferimento di risorse agli utenti, non è l'unico ente responsabile dell'erogazione di prestazioni *cash* per la non autosufficienza. I comuni, infatti, hanno la possibilità di erogare i cosiddetti «asseggni di cura» o «voucher» o «asseggni terapeutici». Si tratta di un ammontare di risorse che vengono previste con lo scopo di

sostenere l'assistenza e la cura al domicilio delle persone non autosufficienti. I criteri per la loro assegnazione e l'importo variano da comune a comune, ma in linea generale tengono in considerazione le seguenti caratteristiche: il reddito, il bisogno assistenziale e la presenza di particolari patologie, la presenza di *caregiver* informali. I beneficiari di assegni di cura sono generalmente soggetti a valutazioni e verifiche periodiche.

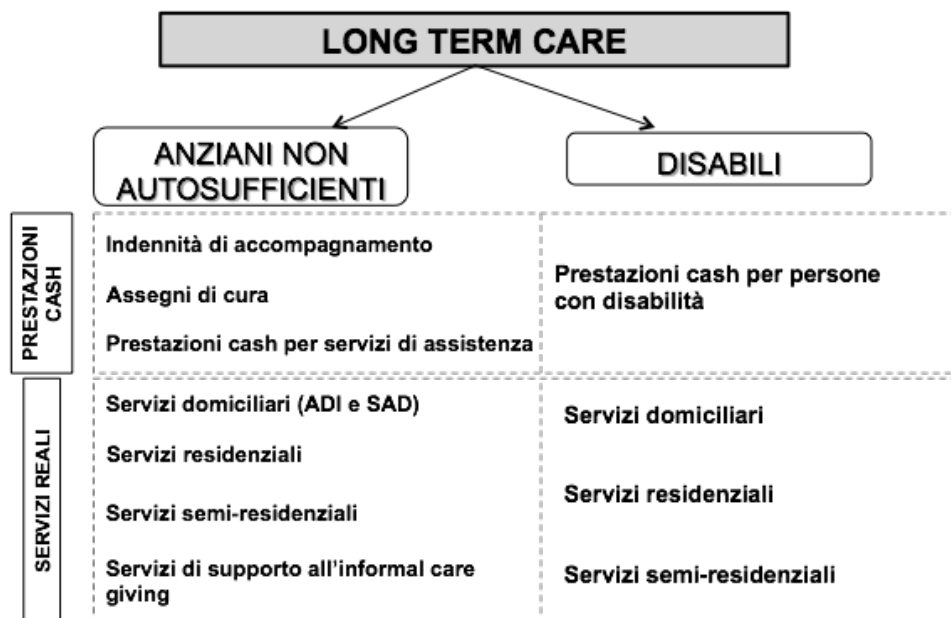
In Italia esistono, inoltre, numerose e diverse tipologie di servizi disponibili per non autosufficienti e invalidi, che, nella maggior parte dei casi, possono sommarsi ai benefici monetari appena descritti. Sia per la non autosufficienza, sia per l'invalidità, riconosciamo tre tipologie di servizi: servizi domiciliari, servizi semi-residenziali e servizi residenziali. Oltre a questi, è possibile individuare una serie di servizi collaterali, come, per esempio, quelli di supporto al *caregiving* informale; tuttavia, tali servizi non sono ancora molti diffusi sul territorio nazionale e le esperienze già presenti sono molto diverse da ente a ente.

I servizi domiciliari fanno riferimento principalmente a due attori del sistema: le ASL e i comuni. Le ASL organizzano, in collaborazione con i comuni, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). L'ADI consente alle persone non autosufficienti di essere assistiti da infermieri al proprio domicilio, evitando il ricovero in ospedale. Esistono diverse tipologie di ADI, che si differenziano in base all'intensità delle cure richieste dai singoli casi. Anche i comuni organizzano un Servizio di Assistenza Domiciliare, che può essere chiamato SAD, AD o in altro modo a seconda delle zone e che si caratterizza per un contenuto della prestazione a maggiore rilevanza sociale. È questa la principale caratteristica che lo distingue dall'ADI erogata dalle ASL. Spesso, inoltre, il servizio di assistenza domiciliare erogato dai comuni è offerto in convenzione con organismi privati e la collaborazione di organizzazioni di volontariato.

Laddove l'assistenza al domicilio non sia possibile o non risulti appropriata, esistono servizi residenziali e semi-residenziali dedicati alla non autosufficienza e all'invalidità. Nel primo caso, si tratta di strutture, con caratteristiche alberghiere, che ospitano in via temporanea o definitiva il non autosufficiente. Esse possono assumere diverse forme e diverse denominazioni a seconda della regione di appartenenza: RSA, Case di cura, Case di riposo, Case albergo, Comunità alloggio, ecc. Nel caso dei servizi semiresidenziali, si tratta di servizi erogati in strutture di tipo diurno (per esempio, i Centri Diurni) che sostengono gli anziani che sono solitamente in condizioni di parziale autosufficienza.

Sia nel caso dei servizi residenziali, sia nel caso dei servizi semiresidenziali, le modalità di accesso, le caratteristiche specifiche dei servizi e il costo variano in base alle disposizioni normative regionali e ai regolamenti emanati dai comuni di appartenenza.

Figura 4.5 I principali interventi per la Long Term Care



4.7.2 Governance del sistema: chi decide

La *governance* del sistema dei servizi per la LTC e l'invalidità italiano presenta elementi di complessità che riflettono la molteplicità di attori coinvolti, già in parte descritta nel paragrafo precedente.

Partendo dal livello centrale, un ruolo determinante nella definizione delle politiche e degli indirizzi di tutto il sistema è sicuramente quello esercitato dal Governo Centrale. Esso agisce prevalentemente attraverso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e attraverso il Ministero della Salute, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni di carattere socio-sanitario.

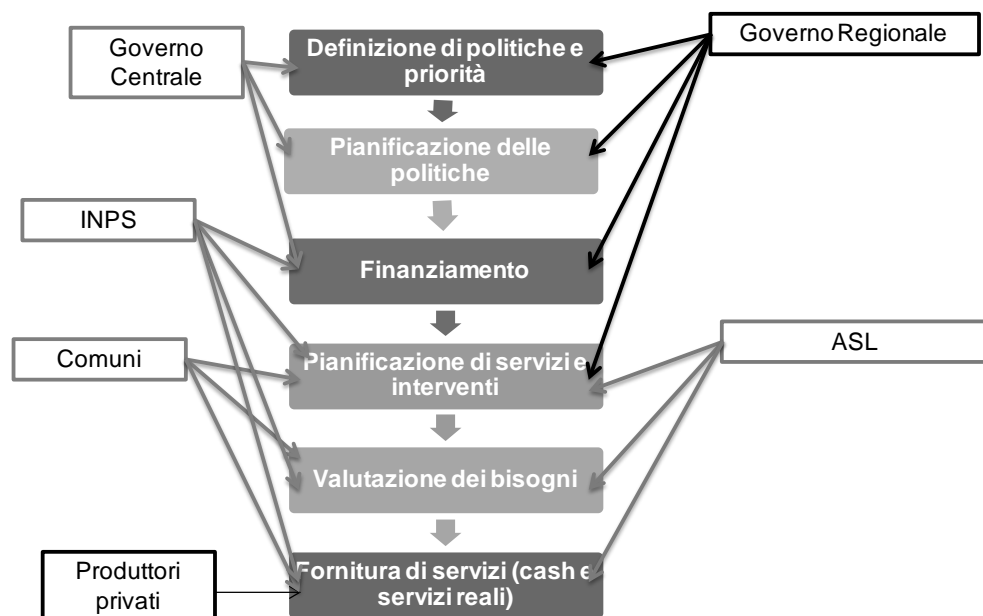
Il livello centrale è rappresentato anche dall'INPS, che, di concerto con il Ministero delle Politiche Sociali, ha il compito di definire il quadro di riferimento per l'assegnazione delle indennità di accompagnamento e degli altre prestazioni *cash* per la non autosufficienza, diventando, dunque, i principali responsabili della programmazione di questo tipo di interventi.

Le regioni hanno il compito di tradurre gli indirizzi ministeriali in linee di programmazione all'interno dei propri territori: questa attività si traduce in documenti strategici, solitamente con un respiro ampio e onnicomprensivo di tutto l'ambito sociale e sociosanitario, che prendono nella maggior parte dei casi il nome di «Piano Socio-Sanitario Regionale».

L'attività di pianificazione dei servizi e degli interventi spetta successivamente ai comuni per quanto riguarda la componente sociale, e alle ASL (spesso in collaborazione con i comuni stessi) per quanto attiene la componente socio-sanitaria.

Ai comuni, alle ASL e all'INPS spetta, inoltre, la funzione di valutazione dei bisogni, che consiste principalmente nel definire e applicare i criteri d'accesso agli interventi per la non autosufficienza di competenza.

Figura 4.6 La governance del sistema



4.7.3 Chi finanzia: spesa per LTC e sua articolazione

Il finanziamento del sistema di interventi per la LTC italiana vede la compresenza di diversi attori, principalmente già richiamati nei paragrafi precedenti perché svolgono anche altre funzioni, oltre a quella di finanziamento.

La spesa pubblica complessiva per interventi per anziani non autosufficienti e persone con disabilità, come già richiamato in precedenza, è stata stimata, nel 2010, in 33.940 milioni di euro, pari a 558 euro pro capite (Fosti, Lorenza, Longo, Rotolo, 2012; Istat, 2012; Inps, 2011).

La spesa proveniente dal livello centrale ha due componenti principali. La prima riguarda la spesa per sicurezza sociale, che comprende gli interventi per invalidità, programmi di assicurazione per la LTC e gli assegni per disabili-

tà e invalidità. In altre parole, si tratta dei trasferimenti monetari che vengono erogati dallo stato o da enti centrali, ossia principalmente dall'INPS. Questa componente è stata stimata in 18.928 milioni di euro, corrispondenti a 311 euro pro capite. La seconda componente è, invece, costituita dalla spesa per assistenza sanitaria, dunque facente capo al SSN, che viene erogata per gli interventi socio-sanitari. Questa spesa è stata, nel 2010, di 11.624 milioni di euro, pari a 191 euro pro capite (Fosti, Larenza, Longo, Rotolo, 2012).

Completa il quadro di spesa pubblica per LTC la spesa degli enti locali, ossia il finanziamento degli interventi a carattere sociale, la cui responsabilità è dei comuni. Nel 2010, questa spesa è stata di 3.388 milioni di euro (circa 56 euro pro capite) (Istat, 2012).

Articolando la spesa per livelli di governo, distinguendo, dunque, tra livello centrale e livello locale, emerge che 30.552 milioni di euro, pari a 502 euro pro capite, sono le risorse che vengono erogate per interventi per la LTC a livello centrale. Solo una parte residuale, ossia 3.388 milioni di euro (56 euro pro capite) sono le risorse erogate a livello locale. Questa articolazione della spesa mette in evidenza un sistema per la LTC che in Italia, dal punto di vista del finanziamento, è fortemente sbilanciato sul livello centrale.

Per completare il quadro della spesa per interventi per non autosufficienza e disabilità, è possibile aggiungere alle risorse fin qui descritte la spesa *out of pocket* delle famiglie, stimata in circa 2.432 milioni di euro (40 euro pro capite) (Agenzia per i servizi sanitari regionali, 2005).

È opportuno sottolineare che questa stima non comprende le risorse trasferite come servizi monetari da altri livelli (per esempio, l'indennità di accompagnamento), ma descrive solamente la spesa privata delle famiglie. Considerando anche questa componente, la spesa complessiva per il sistema di interventi per LTC risulta pari a 36.358 milioni di euro, corrispondenti a 598 euro pro capite.

Tabella 4.3. Articolazione della spesa totale per la non autosufficienza

SPESA PER LONG TERM CARE	TOTALE, milioni di €,	€ PRO CAPITE sulla popolazione totale
Spesa delle Autorità Locali	3.388	56
Spesa Sanitaria	11.624	191
Spesa per sicurezza sociale (benefici per invalidità, programmi di assicurazione per Long Term Care, assegni per disabilità e invalidità)	18.928	311
Spesa pubblica complessiva	33.940	558
Di cui a livello centrale	30.522	502
Di cui a livello locale	3.388	56
Spesa out-of-pocket stimata	2.432	40
Spesa Pubblica Totale + out of pocket	36.358	598

4.7.4 *Chi produce: caratteristiche del settore*

Descrivere il settore della LTC in Italia dal punto di vista delle caratteristiche dell'offerta, quindi degli attori erogatori dei servizi e degli interventi, è piuttosto complesso. Non esistono, infatti, dati precisi e completi sul numero totale e sulla natura dei produttori di servizi, al contrario di quanto avviene in altri paesi europei.

In genere, i produttori di servizi assistenziali tendono a specializzarsi in una singola area di intervento o in una singola parte del processo di fornitura dei servizi (per esempio, assistenza domiciliare vs assistenza residenziale); inoltre, la dimensione media dei produttori è molto ridotta, se paragonata a quella dei produttori di servizi in sanità (Fosti, Larenza, Longo, Rotolo, 2012).

Sono, tuttavia, disponibili alcuni dati frammentari, che, uniti alle informazioni disponibili sul numero di beneficiari o di prestazioni erogate, aiutano a tracciare un primo affresco delle caratteristiche dei produttori. Per esempio, il Secondo Rapporto sulla non autosufficienza (2011) ha stimato l'esistenza di 2.686 produttori pubblici di servizi residenziali, con una dimensione media piuttosto contenuta, pari a circa 56 posti letto. Non esistono, invece, dati che stimino il numero di produttori di servizi semi-residenziali o domiciliari con altrettanta precisione. In entrambi questi casi sono disponibili, invece, dati sui beneficiari di alcuni servizi che saranno meglio illustrati nel paragrafo successivo.

L'orientamento prevalente dei produttori al solo mercato pubblico è un'altra peculiarità del sistema italiano che rappresenta un ulteriore elemento critico nel sistema di offerta dei servizi.

Completa il frammentario quadro sulla geografia della produzione la componente relativa all'*informal care*. In questo caso, per *caregiver* informale si intendono le persone che svolgono un servizio di cura per persone non autosufficienti e al di fuori della sfera familiare. In Italia, si stima vi siano circa 744.000 *caregiver* informali (700.000 circa sono immigrati). Ciò significa che c'è un *caregiver* informale ogni 15 persone over 65 (Pasquinelli, Rusmini, 2008). Secondo stime della Fondazione Censis il valore economico del *care giving* informale prestato dai familiari è di 4,84 miliardi di euro..

4.7.5 *Copertura del bisogno*

La stima della copertura del bisogno per la LTC, limitata alle persone over 65 (escludendo, quindi, le persone con disabilità), sconta inevitabilmente le difficoltà nel ricostruire un quadro completo dei beneficiari. Come già rilevato nei paragrafi precedenti, una delle peculiarità del caso italiano è la mancanza di informazioni e statistiche complete sul settore. Questa caratteristica si riscontra anche nella ricostruzione del numero totale di beneficiari di interventi per la non autosufficienza e disabilità. Ciò avviene non solo perché le statistiche

sono frammentarie, ma anche perché, nella maggior parte dei casi, non si è in grado di distinguere il numero di prestazioni erogate dal numero di singoli beneficiari di servizi. In altre parole, non è possibile sapere con esattezza se un utente benefici di una o più prestazioni. Di seguito verranno, dunque, presentati i dati oggi disponibili, tenendo conto che, per i motivi appena esposti, il calcolo dei tassi di copertura potrebbe essere, in realtà, una sovrastima.

Applicando il tasso di prevalenza consolidato in letteratura di 18,5 per cento (ISTAT, 2005; Sebastiani, Iannucci, Vannoni, 2008) alla popolazione italiana over 65, si stima che vi siano 2.275.784 anziani non autosufficienti. Al fine di stimare il tasso di copertura del bisogno, sono state utilizzate le informazioni sui beneficiari dei principali interventi per LTC.

In primo luogo, il Ministero della Salute ha, inoltre, calcolato il numero di beneficiari di servizi residenziali in Italia: si tratta di 237.663 utenti anziani non autosufficienti (pari a 1.966,6 beneficiari per 100.000 abitanti over 65) e 12.435 utenti con disabilità (pari a 20,7 beneficiari per 100.000 abitanti). Per i servizi semi-residenziali, il numero totale di anziani beneficiari per l'anno 2009 è stato stimato in 19.385 utenti, mentre il numero totale di persone con disabilità è stato di 11.105 utenti. Nel caso dei servizi domiciliari, si ha un quadro parziale, poiché sono disponibili informazioni sull'ADI erogata dalle ASL, ma mancano i dati relativi all'assistenza domiciliare fornita dai comuni. Per quanto riguarda l'ADI, di cui si è a conoscenza solamente del numero di beneficiari anziani non autosufficienti, nel 2011 sono stati in tutto 507.126. Anche in questo caso, nessuna statistica sul numero di produttori e sulle dimensioni medie è a oggi disponibile, fatta eccezione per alcune indagini esplorative e basate su campioni delimitati di popolazione³.

La stessa difficoltà nel ricostruire il quadro completo di beneficiari degli interventi disponibili si riscontra con riferimento ai trasferimenti monetari. In questo caso, è disponibile solamente il dato relativo ai beneficiari di indennità di accompagnamento dell'INPS che, nel 2011, sono stati 1.456.230. Di questi, l'11,5 per cento è costituito da persone comprese tra i 65 e i 74 anni, mentre il 63,8 per cento da persone di 75 anni e oltre. Applicando questa distribuzione percentuale ai dati relativi al 2011, i beneficiari di indennità di accompagnamento over 65 anni risultano, in totale, 1.456.230.

Sommando il numero di beneficiari di interventi pubblici, sia di trasferimenti che di servizi reali, si ottiene un totale di 2.220.404, pari al 97,57 per cento sulla stima di popolazione non autosufficiente. Si sottolinea, tuttavia, che il 64 per cento circa di beneficiari è rappresentato dai percettori di indennità di accompagnamento, mentre solo il restante 36 per cento da beneficiari di servizi reali. Inoltre, richiamando il ragionamento sull'impossibilità di distin-

³ Si veda, per esempio, «Sistema Informativo sui servizi sociali per le Non Autosufficienze (SINA) - Indagine pilota sull'offerta dei servizi sociali per la non autosufficienza», Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e ARS Liguria, Quaderni della Ricerca Sociale n.16 (2012).

guere il numero di beneficiari e il numero di utenti, è molto probabile che, fra i 1.456.230 utenti anziani non autosufficienti che beneficiano di indennità di accompagnamento, vi siano anche utenti che usufruiscono di altri servizi erogati, sia di tipo domiciliare, sia di tipo residenziale.

Tabella 4.4 Il tasso di copertura del bisogno

Tasso di prevalenza della non autosufficienza (A)	18,50%
Popolazione over 65 in Italia (B)	12.301.537
Numero stimato di popolazione over 65 anni non autosufficiente (AxB)	2.275.784
Popolazione over 65 anni inclusa in un programma di Long Term Care	2.220.404
% di popolazione over 65 anni con bisogno di Long Term Care inclusa in un programma di Long Term Care	97.57%

Bibliografia

Agenzia per i servizi sanitari regionali, 2005.

Ascoli Ugo, Pavolini, Ranci Costanzo (2003), «La nuova partnership: I mutamenti nel rapporto tra stato e organizzazioni del terzo settore in Italia», in Ascoli U., Ranci C. (a cura di), *Il welfare mix in Europa*, Roma, Carocci.

Esping-Andersen G.(1990), *The three worlds of welfare capitalism*, Vol. 6, Cambridge, Polity press.

Ferrera M., Fargion V., Jessoula M. (2012), *Alle radici del welfare all'italiana*, Venezia, Marsilio Editori.

Fondazione Censis (2005), *Long Term Care e assistenza integrativa*, Roma.

Fosti G., Larenza O., Longo F., Rotolo A., (2012), «Caratteristiche e criticità del settore sociosanitario italiano: quali prospettive di policy?» in (a cura di) Cantù Elena, *Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.

Giarda P. (2012), *Elementi per una revisione della spesa pubblica*, Roma.

INAIL (2012), *Bilancio di esercizio*, Roma.

INPDAP (2012), *Bilancio di previsione 2012*, Roma.

INPS (2011), *Bilancio Sociale 2011*, Roma.

ISTAT (2012), *Rapporto annuale 2012*, Roma.

ISTAT (2012), *Rapporto sulla coesione sociale 2012*, Roma.

ISTAT (2005), *Disabilità in cifre*, Roma.

Luzzi S. (2004), *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Roma, Donzelli Editore.

Mesini D., Pasquinelli S., Rusmini G. (2006), *Il lavoro privato di cura in Lombardia*, Milano, Istituto per la ricerca sociale (IRS).

Ministero della Salute (a cura di Angelo Lino Del Favero) (2012), *Secondo rapporto sulla non autosufficienza in Italia*, Roma.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ARS Liguria (2012), «Sistema Informativo sui servizi sociali per le Non Autosufficienze (SINA) - Indagine

pilota sull'offerta dei servizi sociali per la non autosufficienza», in *Quaderni della ricerca sociale*, n° 16.

Montanelli R., Turrini A. (2006), *La governance locale nei servizi sociali*, Milano, Egea.

Pasquinelli S., Rusmini G. (2008), *Badanti: la nuova generazione – Dossier per la ricerca “Qualificare”*, Milano, Istituto per la ricerca sociale (IRS).

Sebastiani G., Iannucci F., Vannoni L. (2008), «Disabilità e non autosufficienza» in *Monitor*, 3° supplemento al n° 22.

Sitografia

<http://www.censis.it> (data ultimo accesso: 21 marzo 2013).

<http://demo.istat.it/> (data ultimo accesso: 21 marzo 2013).

<http://www.istat.it> (data ultimo accesso: 21 marzo 2013).

<http://www.lavoce.info> (data ultimo accesso: 21 marzo 2013).

<http://www.lavoro.gov.it> (data ultimo accesso: 21 marzo 2013).

<http://www.salute.gov.it> (data ultimo accesso: 21 marzo 2013).

5. Regno Unito

di Stefano Tasselli

5.1 Carta d' identità del paese

Il Regno Unito si estende su una superficie di 244.820 km² con una popolazione di circa 62.700.000 abitanti – di cui 50.300.000 nella sola Inghilterra - e una densità di 256 abitanti per km². Il Regno Unito si compone di quattro paesi (Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord) che costituiscono il regno, ma, pur in un disegno centralista, godono di crescenti margini di autonomia. In questo capitolo, il focus specifico è sull'Inghilterra. Il territorio si caratterizza per la presenza di una area centripeta in termini di abitanti e produzione economica, rappresentata da Londra e da un numero nel complesso imitato di aree urbane di grandi dimensioni, a cui si affianca la presenza di numerosi centri urbani di piccole e medie dimensioni (con oltre 4.500 comuni sull'intero territorio).

Le caratteristiche della popolazione sono in linea con quelle della popolazione degli altri stati europei, con una pressoché equa distribuzione tra popolazione maschile e popolazione femminile (rispettivamente 49 per cento e 51 per cento), con il 21 per cento della popolazione che ha meno di 20 anni, il 21 per cento che ha più di 65 anni e il 5 per cento sopra gli 80 anni (Office for National Statistics, 2012).

5.2 Organizzazione dello stato e spesa pubblica

Il Regno Unito si compone di quattro stati con crescenti livelli di autonomia, pur in un'architettura centralista: Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord. La struttura istituzionale è organizzata secondo tre livelli di governo: il livello centrale, il livello regionale e il livello locale.

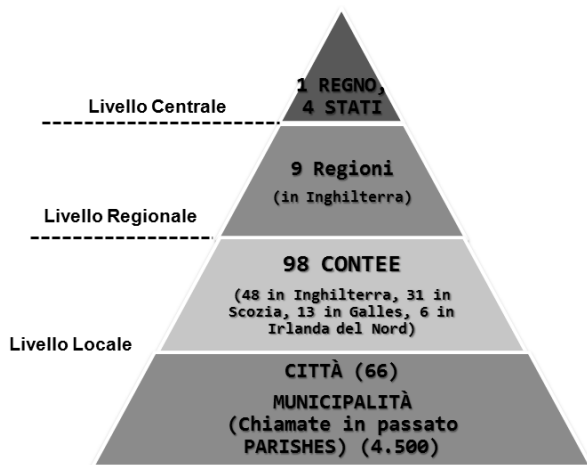
5.2.1 *Il sistema britannico*

A livello centrale, ognuno dei quattro stati ha un governo nazionale eletto con poteri legislativi e autonomia fiscale (decentramento), a esclusione di questioni rilevanti a livello nazionale (processo di *Devolution* potenziato durante il governo Blair a fine anni Novanta, soprattutto con riferimento all'autonomia della Scozia). Fa eccezione l'Inghilterra, il cui governo non è autonomo, ma formalmente coincide con quello centrale del regno.

Il sistema di welfare inglese risente di questa mai compiuta transizione da un modello centralistico e dirigitico a un modello – auspicato, ma mai realmente agito – di autonomia locale. Lo stato centrale mantiene il controllo pressoché totale – sia in termini legislativi, che di programmazione e di budget – sulla sanità (attraverso il *National Health System*, NHS) e sull'erogazione di contributi pensionistici e forme di indennità e altri *cash transfer* (attraverso la National Insurance). I governi locali hanno autonomia di programmazione e di budget sulla *social care*, sebbene in un quadro di leggi e regolamenti quadro definiti a livello centrale.

Nel suo complesso, l'architettura istituzionale sta volgendo da un modello storicamente centralizzato a un modello di maggiori autonomie locali, sebbene questa transizione sia lenta e impervia. Le regioni (nate recentemente solo in Inghilterra) hanno competenze amministrative e potere legislativo residuale. Nonostante formalmente abbiano poteri rilevanti, il loro ruolo è ancora in fase di definizione. La più grande regione, in termini di popolazione, è la *Great London Area*. In totale sono nove, per una dimensione media di 5.600.000 abitanti.

A livello locale, le contee sono l'articolazione chiave del sistema britannico. Sono 98 in tutto il regno, per una dimensione media di 640.000 abitanti. Nello specifico, sono ripartite così: 48 in Inghilterra, 31 in Scozia, 13 in Galles, 6 in Irlanda del Nord. Passando alla realtà urbana, 66 agglomerati urbani sono riconosciuti come città per dimensione e ruolo. Le municipalità sono invece 4.500, per una dimensione media di 13.900 abitanti. Le contee hanno prevalentemente funzioni amministrative. Le municipalità hanno funzioni amministrative a livello locale e autonomia residuale riguardante politiche locali (per esempio, alloggi, politiche ambientali, ecc.). Il ruolo dei diversi livelli di governo nel sistema di welfare sarà maggiormente sviluppato nei paragrafi successivi.

Figura 5.1 L'organizzazione dello stato

5.2.2 Articolazione della spesa pubblica

La spesa pubblica totale rappresenta il 51,9 per cento del Pil nazionale. Nel 2011, essa è stata pari a 14.429 euro. Di questa spesa, il 26,3 per cento del Pil (pari a circa 7.303 euro pro capite) rappresenta le risorse destinate al welfare, mentre la parte restante rappresenta la spesa per altre funzioni (25,6 per cento) e la spesa per interessi sul debito pubblico (3,2 per cento).

La spesa pubblica complessiva compete, per il 42 per cento circa, all'amministrazione centrale, mentre la percentuale della spesa effettuata dagli enti previdenziali è del 47 per cento. La spesa pubblica delle amministrazioni locali impatta sul sistema, invece, per il restante 11 per cento.

Scomponendo il totale della spesa pubblica per area funzionale, secondo le classificazioni adottate dal governo, la percentuale più elevata è quella della spesa per il sistema pensionistico (pari al 18,2 per cento della spesa pubblica), seguita dalla spesa per la sanità (17 per cento) e poi dalla spesa per *Long Term Care* (6,7 per cento) e dalla spesa per la protezione sociale (3,6 per cento) e per le famiglie (3,4 per cento).

Dal lato delle entrate, circa il 55 per cento delle risorse viene raccolto a livello centrale e circa il 31 per cento dagli enti previdenziali. Le risorse a livello locale sono solamente il 14 per cento circa. Come il sistema italiano, anche quello britannico si caratterizza per la forte incidenza del livello centrale sia a livello di spesa pubblica, sia, soprattutto, a livello di entrate. In particolare, gran parte delle entrate tributarie sono raccolte al livello statale, che poi provvede a trasferirle ai governi locali. È, inoltre, importante sottolineare come sia cruciale il ruolo dagli enti previdenziali.

5.3 Costituzione ed evoluzione del sistema di welfare

Il sistema di welfare britannico si caratterizza per l'universalismo nelle prestazioni sanitarie (garantito dal NHS) e per un sistema storicamente residuale con riferimento ai servizi socio-sanitari e sociali, con forti sacche di disuguaglianza all'interno delle diverse aree geografiche (con il nord tendenzialmente più povero e disagiato e il sud più agiato e con migliori servizi) e tra diverse fasce della popolazione. Negli ultimi vent'anni, diversi tentativi di riforma hanno tentato di ridurre le sacche di disuguaglianza, senza, però, riuscire a dare una nuova chiara fisionomia all'architettura del sistema, e con il rischio ulteriore di produrre nuove e inattese disuguaglianze (per esempio, una concentrazione quasi assoluta delle prestazioni sociali a contributo finanziario pubblico nel nord del paese – spesso indipendente da una reale valutazione del bisogno, ma frutto di traiettorie storiche stratificate). Le traiettorie di riforma sono, comunque, ancora in fase di evoluzione e saranno sicuramente sviluppate ulteriormente nei prossimi anni.

5.3.1 *Le origini storiche*

La storia del sistema di welfare inglese nasce compiutamente nella seconda metà dell'Ottocento e si lega in maniera indissolubile ai cambiamenti sociali della seconda rivoluzione industriale, e all'accelerazione delle conseguenti tendenze a una crescente urbanizzazione e necessità di servizi e assistenza per una massa sempre più numerosa di persone che si staccavano dalle micro – comunità rurali di riferimento per popolare le città. In questo contesto di profondo cambiamento sociale, lo stato liberale classico non garantiva servizi pubblici ai propri cittadini, né con riferimento alla prospettiva pensionistica per la vecchiaia, né con riferimento a servizi sanitari e ad assistenza sociale (Marwick, 2003). Il crescente bisogno di assistenza veniva, così, lasciato all'iniziativa privata, che vedeva diversi attori di differenti ispirazioni ideologiche impegnati attivamente su tale fronte. Storicamente, il proto-welfare era gestito dagli ordini religiosi (principalmente anglicani ed evangelici nel contesto britannico, ma anche cattolici nella realtà ottocentesca di ampliamento delle libertà religiose), che intervenivano sull'assistenza sanitaria di base (servizi infermieristici e palliativi), gestivano diverse strutture ospedaliere e di sostegno per gli anziani e i fragili e davano un sollievo alle popolazioni più fragili, con mense per i poveri e dormitori, soprattutto nelle aree urbane. Nella seconda metà dell'Ottocento si affermava anche il modello del mutuo-sostegno all'interno delle comunità di operai e lavoratori dell'industria, dove la nascente sindacalizzazione si collegava in maniera diretta a finalità sociali, quali raccogliere risorse per una cassa mutuale per la copertura della malattia e, in maniera embrionale, per la vecchiaia. A fianco di queste forme organizzate di iniziative di

welfare, vi erano poi numerose donazioni di privati verso specifiche iniziative (per esempio, orfanotrofi o comunità di recupero per minori disagiati).

Gli interventi residuali dei privati non bastavano, però, a coprire i crescenti bisogni di una popolazione in profondo mutamento sociale, in cui il distacco delle masse lavoratrici dalle comunità rurali di appartenenza significava anche la perdita di quelle reti sociali di comunità (basate su canale amicale o di conoscenza stratificata nel tempo), che storicamente suppliva all'assenza di servizi coordinati di welfare (Glennister, 1995). Al termine della Seconda Guerra Mondiale, perciò, i sacrifici patiti dalla popolazione inglese venivano simbolicamente risarciti con la realizzazione della promessa di un sistema sanitario finanziato dalla tassazione generale e capace di erogare assistenza su base universalistica e gratuita a tutta la popolazione sul territorio del regno. Era il 1948. Nasceva il *National Health System* (NHS).

Paradossalmente, la nascita del NHS su base universalistica e gratuita poneva una seria ipotesi sulla possibilità di sviluppare in parallelo un analogo sistema organico – universalistico e gratuito – di servizi sociali. La copertura dei bisogni di carattere socio-sanitario (anziani non autosufficienti, fragili, minori con difficoltà comportamentali) e squisitamente sociale assumeva, così, ruolo residuale e – in un modello quasi completamente centralistico – veniva affidata ai governi locali. Il che, in un contesto di leva finanziaria totalmente gestita centralmente, significava condannare tale settore a un ruolo prettamente marginale e perennemente subalterno alla forza culturale e finanziaria dell' NHS.

A fianco dell' NHS, il dopoguerra vide anche l'affermazione della *National Insurance*, una cassa previdenziale gestita centralmente per la raccolta di contributi e l'erogazione di transfer monetari di carattere pensionistico o di copertura di invalidità. Ed erano particolarmente attivi e generosi i contributi per le politiche urbane, con due obiettivi principali: facilitare la conversione della società inglese da una società post-agricola e rurale a una vera società industriale; e de-congestionare Londra e la sua area urbana creando nuove zone urbane nella cintura attorno la capitale. Fu in questo periodo che nacquero nuove aree urbane (Bedford, Milton Keynes, Reading), che, però, spesso assunsero la connotazione di città-dormitorio e finirono per creare nuove ingenti problematiche sociali.

5.3.2 *L'evoluzione recente*

Gli anni Settanta avevano evidenziato in maniera netta l'inadeguatezza del sistema britannico di welfare: se l'NHS garantiva servizi di qualità adeguata e su base universalistica, i servizi socio-sanitari e sociali continuavano a essere residuali e fortemente disomogenei sul territorio; la spesa pubblica per gli interventi pensionistici e per le politiche urbane cominciava ad andare fuori con-

trollo; e la tendenza fortemente centralistica del modello istituzionale non consentiva di personalizzare i servizi alle esigenze degli specifici territori.

In questo contesto, alla fine degli anni Settanta e nei primi anni Ottanta, vi fu un primo tentativo di riforma organico del sistema, sotto la spinta del governo di Margaret Thatcher. Nella prospettiva di questo testo, demitizziamo il Thatcherismo, in entrambe le direzioni. Se è vero che i governi Thatcher non hanno, di fatto, adottato politiche capaci di apportare importanti miglioramenti all'impianto del sistema (optando per piccoli interventi, spesso di facciata, per polarizzare l'opinione pubblica), dall'altro lato è anche vero che essi non hanno affatto ridotto o limitato il ruolo del sistema di welfare. Più che altro – indipendentemente dai giudizi di merito – è stato introdotto un cambio di mentalità, sdoganando il co-finanziamento dei servizi socio-sanitari e sociali per diminuire la spesa pubblica (per esempio, con la famosa campagna per il co-finanziamento del latte nelle scuole a fine anni Settanta), e legittimando la collaborazione/competizione tra pubblico e privato nell'erogazione dei servizi, sulla base delle (solo parzialmente adottate) dottrine del *New Public Management*. Concretamente, i governi Thatcher devono essere ricordati soprattutto per un tentativo ancora embrionale di decentramento della gestione dei servizi a livello di governo locale e per l'investimento nella riqualificazione di aree post-industriali. L'incentivo all'ingresso degli attori privati nel sistema avrà soltanto uno stimolo negli anni Ottanta, mentre si affermerà principalmente nel decennio successivo.

Gli anni Novanta videro un progressivo diffondersi di forme di partecipazione, per esempio attraverso il ruolo crescente di forme assicurative su base individuale. Il Governo Blair, a fine anni Novanta e nei primi anni Duemila, vinse le elezioni sull'onda di una possibile «grande riforma» del sistema. Ma la riforma non avvenne. Il consenso unanime della Scozia per il leader laburista venne ricompensato da una quasi totale autonomia nella gestione dello Scottish NHS e dei servizi di welfare locale, scelta che produsse, però, forti squilibri finanziari negli anni successivi. Vennero investite crescenti risorse contro la disoccupazione, con il proliferare di «agenzie» per il reclutamento, il training e il reinserimento lavorativo, con esiti, però, modesti. Si tentò un'integrazione dei budget sanitari e socio-sanitari, con resistenze coriacee da parte dei professionisti di entrambi i settori.

Il governo conservatore di Cameron – ed è storia degli ultimi anni – a sua volta si propone di cambiare il welfare. Dietro lo slogan «*Capping the welfare*», l'attenzione reale è rivolta a una progressiva riduzione dei trasferimenti monetari (e a una riconversione in servizi reali), al diffondersi di forme di partecipazione basate sul modello del personal budget, e al tentativo di integrazione dei budget sanitario, socio-sanitario e sociale.

Figura 5.2 Traiettorie storica del sistema

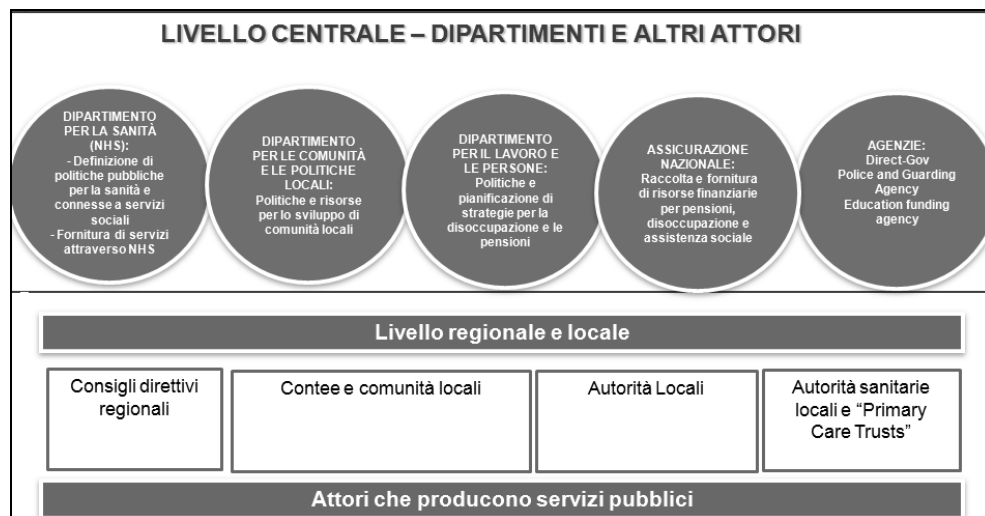
Prima del 1945-1978	1979-2010	Direzione della riforma →
<p>Prima del 1945 esistevano interventi privati residuali principalmente attraverso la beneficenza.</p> <p>Nel 1948 nasce la copertura universale (NHS, Assicurazione)</p>	<p>Co-finanziamento ("milk at school campaign", Servizi sanitari e sociali, Assicurazioni personali)</p>	<p>Self-empowerment (budget personale per la copertura di spese assistenziali e partecipazione nella società)</p>
<p>Politiche urbane (sviluppo delle aree rurali)</p>	<p>Politiche Post-Industriali (riqualificazione delle città post-industriali e di altre aree del paese)</p>	<p>Politiche per aree svantaggiate (incentivi per lo sviluppo di attività economiche locali, sviluppo di attività no profit e di attività di beneficenza in aree svantaggiate)</p>
<p>Decentramento – dopo il 1970 (Le Autorità Locali acquisiscono maggiori responsabilità nella produzione di servizi pubblici)</p>	<p>Dottrine NPM (decentralizzazione, competizione tra produttori pubblici e privati, quasi-mercato)</p>	<p>"Big society" (Attori pubblici, privati, no profit e l'intera società sono concepiti come attori chiave nella fornitura di Welfare e di assistenza sociale)</p>

5.4 I pilastri del welfare britannico

Il sistema di welfare britannico si compone di diversi interventi a differenti livelli: al livello centrale, i principali interventi sono rappresentati dalla sanità (gestita dal *Department of Health* e dal *National Health System*), dalla coesione territoriale (garantita dal Dipartimento per le Comunità e le Politiche Locali), dal sostegno al lavoro (Dipartimento per il Lavoro e per le Persone), previdenza (gestita centralmente dalla *National Insurance*). A tali pilastri si affianca una rete di agenzie, che costituiscono la cinghia di trasmissione tra le *policy* e il management.

A livello regionale e locale, le *Local Authorities* hanno la responsabilità sulle politiche sociali, con gettito derivante, in parte, da risorse autonome e in parte da risorse drenate dallo stato centrale. La rete di produzione è, invece, composta da produttori pubblici e privati. Si analizzano ora in dettaglio i diversi pilastri di cui si compone il welfare britannico (sintetizzati in Figura 5.3). Si presenta poi un quadro d'insieme.

Figura 5.3 Pilastri e principali interventi del welfare



5.4.1 *Il pilastro sanitario*

Il pilastro della sanità comprende, principalmente, tutti gli interventi che vengono erogati tramite l’NHS. Il sistema è universalistico e finanziato tramite la tassazione generale. Il *National Health System* si articola, a livello locale, nei *Clinical Commissioning Groups*, che rappresentano una novità istituzionale, con l’obiettivo di gestire, a livello locale, committenza verso produzione pubblica e privata di servizi.

5.4.2 *Il pilastro assistenziale*

Il pilastro assistenziale rappresenta gli interventi di carattere assistenziale e sociale erogati ai cittadini che ne manifestano bisogno. Nel modello britannico, il pilastro assistenziale ha una cornice istituzionale frammentata. Se, infatti, le prestazioni sociali sono in capo alle autorità locali, parte del pilastro assistenziale è rappresentata dagli interventi socio-sanitari gestiti dal NHS, e deriva dai trasferimenti monetari correlati a bisogni assistenziali gestiti dalla *National Insurance*.

5.4.3 *Il pilastro previdenziale*

Per pilastro della previdenza si intende sistema di remunerazione per i pensionati e di assicurazione contro i principali rischi. Nel modello britannico è gestito dalla *National Insurance*.

5.4.4 *Uno sguardo d'insieme*

Partendo da tali pilastri e dagli altri interventi del welfare, si ricostruisce, ora, il quadro d'insieme dei principali servizi – e della loro allocazione istituzione nel quadro di interventi e responsabilità. Considerando le sette aree, è possibile, quindi, ricostruire quali tipi di prestazioni sono previste, a quali pilastri fanno riferimento e da quali istituzioni sono gestite. Si considerano, in particolare, sette aree principali di intervento:

- gli assegni pensionistici (di anzianità, vecchiaia, di invalidità e per i superstiti) sono erogati oggi dalla *National Insurance*, istituto previdenziale gestito a livello centrale. Si tratta di prestazioni *cash*, che prevedono un trasferimento monetario direttamente dall'ente al beneficiario.

Gli interventi sanitari e socio-sanitari vengono gestiti tramite il *National Health System*, che eroga direttamente prestazioni ospedaliere ed extra-ospedaliere e finanzia prestazioni offerte da strutture private convenzionate e accreditate. Il *National Health System* finanzia anche la componente sanitaria della spesa che gli anziani sostengono nelle strutture di ricovero. A livello locale, sono istituiti dei *Clinical Commissioning Groups* prevalentemente con funzioni di committenza e garanzia della qualità dei servizi erogati in un determinato territorio.

Le prestazioni correlate al Lavoro, alla Disoccupazione e agli Incidenti sul lavoro vengono erogati principalmente dalla *National Insurance*.

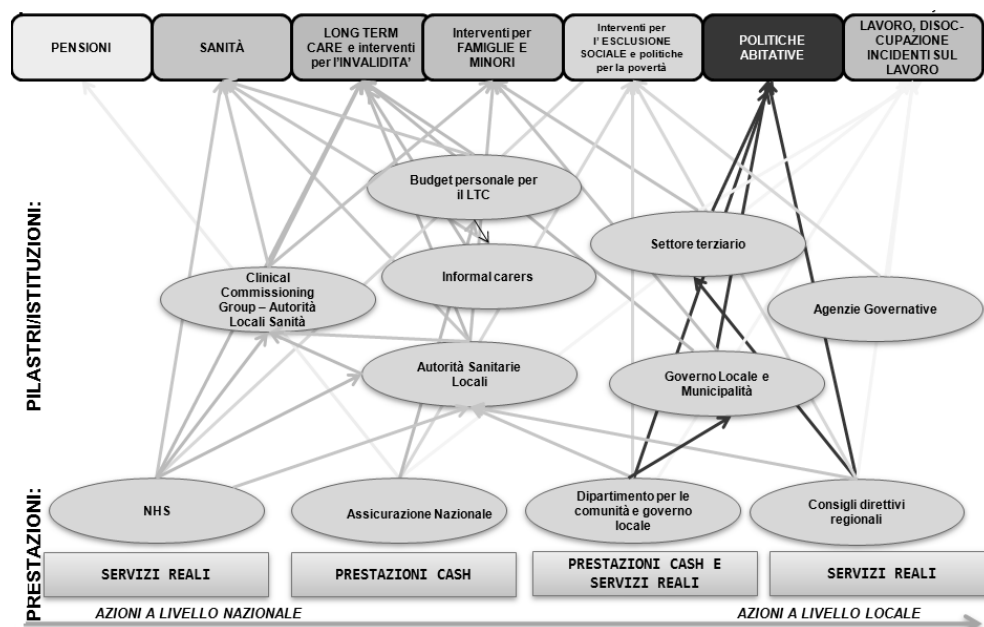
Per quanto attiene le politiche abitative, esse costituiscono una componente residuale in termini di spesa del sistema di welfare britannico, e vengono gestite congiuntamente dal dipartimento per le comunità e il governo locale (tramite assegnazione alloggi di edilizia pubblica o convenzionata o tramite integrazione all'affitto) e dai Consigli Direttivi Regionali.

Il versante delle politiche per minori e famiglie appare frammentato. La responsabilità per gli interventi *in-kind* (assistenza a domicilio o in strutture dedicate, case comunità) è in capo alle autorità locali e alla municipalità. Eventuali trasferimenti monetari sono gestiti dalla *National Insurance*. Mentre la neuropsichiatria infantile e il Materno Infantile sono gestiti dal NHS.

Per quanto riguarda le politiche legate all'esclusione sociale e alla povertà, si ripropone la medesima frammentazione del sistema: la responsabilità per gli interventi sociali è in capo alle autorità locali. Eventuali trasferimenti monetari sono gestiti dalla *National Insurance*. Mentre problematiche di carattere sanitario o socio-sanitario sono gestite dal NHS.

Le prestazioni collegate alla *Long Term Care* e disabilità prevedono un mix di trasferimenti monetari (gestiti dalla *National Insurance*) e servizi *in kind*. I servizi sociali *in kind* sono gestiti dalle autorità locali, in stretto coordinamento con il NHS, che è responsabile per la componente sanitaria del servizio. In alcune realtà sono presenti tentativi pilota di gestire il budget integrato per sociale e socio-sanitario.

Figura 5.4 Architettura istituzionale per aree di intervento



5.5 Modalità di finanziamento del sistema

Le modalità di finanziamento del sistema di welfare britannico sono composite. Da un lato, vi è la fiscalità generale raccolta a livello centrale. Dall'altro, la tassazione locale, che alimenta principalmente gli interventi sociali. Ma una componente rilevante è rappresentata dai contributi pensionistici, che alimentano sia la partita previdenziale che parte di quella assistenziale gestite dalla *National Insurance*. Si propone un dettaglio dei meccanismi di finanziamento dei tre pilastri.

5.5.1 Il finanziamento del pilastro sanitario

Lo stato concorre a preventivo al finanziamento dell'NHS. Il budget è basato sulla spesa storica (*path-dependent*) opportunamente variata tenendo in consi-

derazione il costo del denaro e obiettivi finanziari o di *policy* che i governi intendono perseguire. L'architettura istituzionale del sistema è variata in maniera rilevante nell'ultimo decennio (con il passaggio ai *Primary Care Trusts* e, infine, quest'anno, ai *Clinical Commissioning Groups*), ma la struttura dei meccanismi di finanziamento è rimasta pressoché invariata. I trasferimenti arrivano principalmente dal livello centrale, con allocazione delle risorse ai livelli locali su base capitaria.

5.5.2 *Il finanziamento del pilastro assistenziale*

Il finanziamento del pilastro assistenziale include quello di due componenti: la componente sociosanitaria e la componente sociale. Per quanto riguarda la componente socio-sanitaria, il finanziamento dei servizi *in kind* è a carico prevalentemente del *National Health System*, al netto delle quote di compartecipazione da parte dei cittadini e, in maniera variabile sul territorio nazionale, delle autorità locali.

Per quanto riguarda la componente sociale, il finanziamento e la gestione dei servizi *in kind* è a carico delle autorità locali, sia con risorse proprie che con risorse opportunamente drenate dal governo centrale alle autorità locali. Anche per la componente sociale, è prevista la compartecipazione da parte dei cittadini ai servizi.

Oltre ai servizi *in kind*, comunque, è presente una ampia fascia di trasferimenti monetari con finalità assistenziali, incluse indennità di accompagnamento (*allowances*) direttamente trasferite ai cittadini. Tali *allowances* sono erogate dalla *National Insurance* senza alcuna intermediazione da parte del governo locale.

5.5.3 *Il finanziamento del pilastro previdenziale*

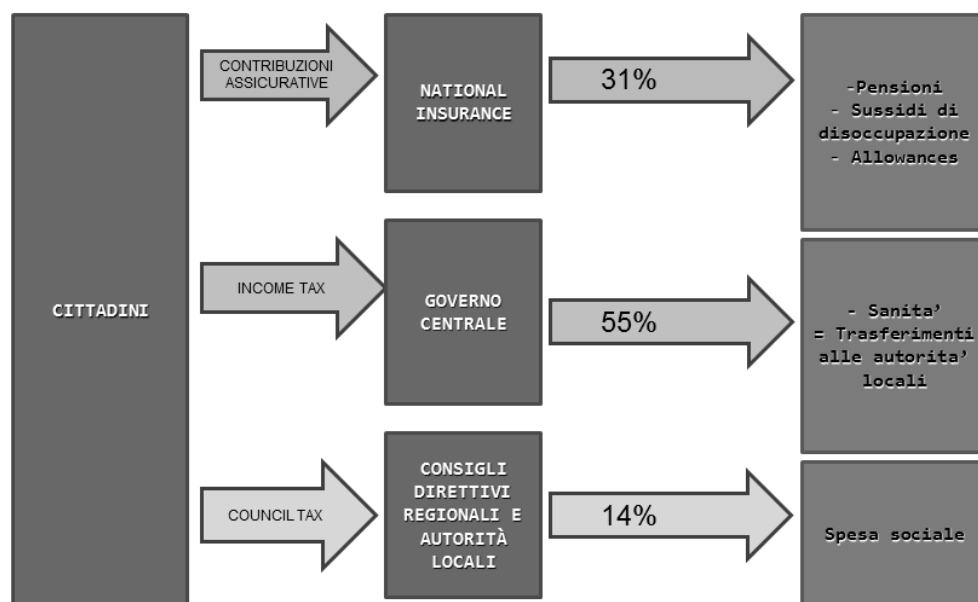
Le prestazioni ricomprese nel pilastro previdenziale (previdenziali e di protezione sociale) sono finanziate attraverso i contributi dei cittadini lavoratori, attraverso ritenute sul reddito, e sono gestisce centralmente dalla *National Insurance*. È importante sottolineare come la *National Insurance* sia finanziata attraverso contributi esclusivamente di carattere previdenziale (prevalentemente con modalità contributive), mentre eroghi trasferimenti monetari sia di carattere previdenziale (pensioni) che di carattere assistenziale (*allowances*). Tale distonia rende il sistema poco trasparente nella relazione tra fonti e impieghi.

5.5.4 *Il finanziamento del sistema di welfare nel suo insieme*

La lettura congiunta del sistema di welfare parte, quindi, dalla stratificazione dei tre pilastri di cui si compone: sanitario, assistenziale e previdenziale. I flussi che connettono i diversi pilastri non sono sempre riconducibili a un'unica lettura interpretativa: per esempio, la *National Insurance* è alimentata da contributi previ-

denziali, ma eroga contributi previdenziali e assistenziali. Comunque, abbiamo utilizzato i dati a disposizione (UK National Accounts 2012) per valutare il «percorso» compiuto dalle risorse impiegate nel welfare britannico. Dalle analisi effettuate, emerge che il finanziamento del sistema di protezione sociale britannico è alimentato per il 55 per cento da tasse sul reddito, raccolte a livello centrale e poi destinate dal governo centrale per il NHS o per trasferimenti alle autorità locali; per il 31 per cento da contribuzioni assicurative (prevalentemente di carattere previdenziale) raccolte dalla *National Insurance* e utilizzate, poi, per trasferimenti monetari di carattere previdenziale e assistenziale; e per il 14 per cento da tassazione locale, raccolta dai governi locali, che finanzia prevalentemente la spesa sociale.

Figura 5.5 Rappresentazione sintetica dei flussi delle fonti di finanziamento per i diversi interventi



5.6 Spesa di welfare

5.6.1 Quanto vale la spesa britannica per la protezione sociale?

I dati sulla spesa pubblica per il welfare britannico sono stati calcolati seguendo il metodo illustrato nel capitolo 2. I dati sono presentati con valori in euro per consentire la comparabilità con gli altri paesi dell'Europa continentale. La

fonte dei dati fa prevalentemente riferimento al National Accounts 2012 (dati al 31 dicembre 2011), per quanto altre fonti siano state triangolate (UK Public Spending 2012, HM Treasury Final Report 2012, NHS Budget 2012) per garantire piena attendibilità ai dati analizzati e riportati. La pluralità delle fonti rappresenta uno strumento di validazione della qualità del dato fornito e della metodologia di ricerca impiegata.

Per la conversione dei dati monetari (da sterlina inglese a euro), si è scelto il cambio valuta per l'anno di riferimento, ossia il 31 dicembre 2011. Tali valori sono stati confrontati con i dati dei National Accounts di OECD ed Eurostat per l'anno 2012 (dati al 31 dicembre 2011). Il confronto mostra l'attendibilità delle analisi riportate.

La spesa complessiva per il welfare per l'anno 2011 è stata di 457.898 milioni di euro, pari a 7.303 euro pro capite, un valore pari al 50,6 per cento della spesa pubblica e al 26,3 per cento del Pil. Guardando al target per area di intervento, una parte considerevole delle risorse, oltre il 36 per cento della spesa totale per il welfare, è destinata a interventi relativi alle pensioni (2.623 euro pro capite annui); tale valore è seguito dalla spesa sanitaria (34 per cento della spesa per il welfare, pari a 2.449 euro pro capite); il 13 per cento di tali risorse (963 euro) è destinato al finanziamento della LTC; il 7 per cento alla lotta contro l'esclusione sociale (525 euro); il 6,5 per cento agli interventi per famiglie e minori (486 euro); il 2,3 per cento (170 euro) alle politiche per il lavoro; e, infine, l'1,2 per cento (81 euro) alle politiche abitative. La Tabella 5.1 mostra come le risorse sono distribuite tra i diversi target per area di intervento.

Tabella 5.1 Spesa pubblica complessiva per il welfare nel 2011

Aree di intervento:	Spesa di welfare complessiva per aree di intervento (milioni di €-2011):	Spesa di welfare pro capite per aree di intervento (€-2011):	Distribuzione della spesa per aree di intervento:
Pensioni di Anzianità e Vecchiaia	164.484 €	2.624 €	36%
Sanità	153.636 €	2.450 €	34%
Interventi per la famiglia e l'infanzia	30.539 €	487 €	7%
Interventi per la non autosufficienza	60.388 €	963 €	13%
Politiche per il lavoro	10.723 €	171 €	2%
Politiche per l'abitare	5.142 €	82 €	1%
Politiche per la povertà e l'esclusione sociale	32.984 €	526 €	7%

5.6.2 Come si distribuisce la spesa tra i diversi livelli di governo?

Dopo aver presentato la fotografia del totale della spesa per il welfare, e la sua ripartizione per tipologia di intervento, ci si focalizza ora sulla ripartizione di tale spesa tra i diversi livelli di governo. Guardando al totale della spesa per il welfare (definita anche come «macro-perimetro» di spesa), il 47 per cento della spesa viene gestita dalle assicurazioni sociali (prevalentemente *National Insurance*), il 42 per cento dal livello centrale e l'11 per cento dal livello locale (*National Accounts* 2012).

È interessante replicare l'analisi della ripartizione della spesa per altri due possibili perimetri ideali, al cui interno è stata collocata la spesa per il welfare: un meso-perimetro, che include la spesa per famiglie e minori, esclusione sociale e LTC e invalidità, e un micro-perimetro focalizzato esclusivamente sulla spesa per la LTC e invalidità.

Il meso-perimetro cuba risorse per 123.142 milioni di euro (anno 2011). Focalizzandosi sulla ripartizione di tale spesa per diversi livelli di governo, il 42 per cento è gestito dal livello centrale; il 31 per cento dalle assicurazioni sociali; e il 26 per cento dal livello locale.

Focalizzandosi, infine, sul micro-perimetro, ovvero sulla, il budget di riferimento è di 60.380 milioni di euro. All'interno di questo perimetro, il 38 per cento è gestito dal livello centrale; e il 38 per cento è gestito anche dal livello locale; la percentuale gestita dalle assicurazioni sociali (prevalentemente tramite le *allowances*) è del 23 per cento. Tale ripartizione è rappresentata in Figura 5.7.

5.7 Non autosufficienza: il sistema britannico per la cura degli anziani non autosufficienti

Per *Long Term Care*, si intende la gestione degli anziani non autosufficienti e dei disabili prevista dal sistema di welfare britannico. Tenendo in considerazione sia la non autosufficienza che la disabilità, vi sono principalmente due tipologie di interventi: *in kind benefits* (ossia servizi reali) e *cash benefits* (ossia prestazioni monetarie). Queste due categorie rappresentano, comunque, delle macro-categorie di riferimento, al cui interno si articolano una serie di diversi interventi che si differenziano sia per i soggetti responsabili della loro programmazione ed erogazione, sia per il loro finanziamento. Si presenta, ora, una panoramica delle responsabilità di *policy*, organizzative e finanziarie, per la gestione e l'erogazione di tali servizi, per poi passare a un'analisi più puntuale dei bisogni.

5.7.1 I servizi per la non autosufficienza o Long Term Care

Si analizzano due tipologie di interventi: *in kind benefits* (ossia servizi reali) e *cash benefits* (ossia prestazioni monetarie).

I servizi reali, a loro volta, includono diverse tipologie di possibili interventi, sia in struttura residenziale che a domicilio del paziente. I principali possono essere così descritti (fonte: King's Fund Report on LTC 2011):

- servizi in struttura (*Nursing home*):
 - strutture di carattere residenziale, per periodi limitati di tempo, con enfasi sulla componente riabilitativa. Tali strutture – o spesso unità riabilitative in altre tipologie di strutture residenziali - sono rivolte prevalentemente ad (a) anziani con bisogni provvisori di residenzialità e a (b) anziani in fase di ricovero di alleggerimento nella fase precedente alla valutazione per capire a quali servizi debbano essere indirizzati;
 - strutture di carattere residenziale con servizi *light* per periodi limitati di tempo (spesso, unità specifiche che coprono l'ultimo tratto temporale dei ricoveri di alleggerimento, in attesa del *discharge*);
 - strutture di carattere residenziale con servizi *light* per lungodegenze (spesso, unità specifiche dedicate ad anziani con livelli lievi di non-autosufficienza);
 - servizi di carattere residenziale, con una connotazione marcatamente sanitaria (dedicate ad anziani non-autosufficienti che abbandonano la propria residenza per stabilirsi nella struttura di ricovero)

- servizi al domicilio (*Home care*):
 - servizi preventivi al domicilio del paziente (*preventive services*, che includono la visita di personale dedicato al domicilio del paziente, l'alleggerimento in attività quotidiane, supporto psicologico per anziani soli o che assistono un parente, ecc...);
 - servizi riabilitativi al domicilio del paziente (*rehab services*, che includono alcuni dei servizi di carattere preventivo indicati sopra, più una parte di carattere socio-sanitario. Tali servizi hanno carattere temporaneo e possono coprire periodi di tempo successivi a una riduzione temporanea dell'abilità e autosufficienza dell'anziano (per esempio, a seguito di una frattura), oppure possono coprire il periodo precedente la valutazione;
 - assistenza sanitaria, medica e socio-sanitaria a domicilio del paziente (se in seguito alla valutazione, può includere una molteplicità di attori pubblici e privati con un *case manager* sociale coordinato dall'autorità locale e può essere finanziata attraverso meccanismi di personal budget gestiti direttamente dall'anziano o dalla famiglia);
 - assistenza medica e sanitaria di ospedalizzazione al domicilio (HAH, *Hospital at Home*). Tale servizio è coordinato in maniera congiunta dal *Primary Care Trust* e dall'autorità locale.

- servizi di *empowerment* della persona:
 - servizi di *training* rivolti alla conservazione della autosufficienza nelle attività domestiche o giornaliere (per esempio, corsi di cucina per anziani soli che non sanno cucinare);
 - *counselling* psicologico;
 - *counselling* pratico rivolto alla risoluzione di problemi quotidiani (per esempio, pagamento bollette, ritiro prescrizioni mediche);
 - *counselling* sociale con l'obiettivo di creare opportunità di incontro per anziani soli;
 - *daily lunches* rivolti a specifiche categorie di anziani;
 - servizi sportivi/fisioterapici rivolti al mantenimento della autosufficienza (per esempio, nuoto, pilates, ginnastica),

I trasferimenti monetari constano di diverse tipologie di *allowances*, con diversi destinatari ad ammontare:

- *Long Term Care allowances*: sono erogate, previa valutazione, all'anziano giudicato non-autosufficiente e bisognoso di assistenza. Nell'intera Inghilterra, attualmente 1,3 milioni di anziani ricevono tali *allowances*, per un valore medio mensile pari a circa 300 pounds. Il numero complessivo di anziani con bisogni di LTC è stimato in circa 2,3 milioni di persone in Inghilterra,
- *Carers' allowances*: sono erogate, previa valutazione, all'anziano giudicato non-autosufficiente e registrazione del congiunto all'albo dei *carers* (requisiti: medesima residenza, limite di reddito familiare e limite di ore settimanali lavorate dal congiunto) al congiunto. Nel Regno Unito, circa un milione di persone sono registrate nell'albo dei *carers* (tale numero include sia *professional carers* che *family carers*). Circa 500.000 persone ricevono la *carers' allowance*, per un ammontare mensile medio di 210 pounds.

Sebbene prestazioni monetarie e servizi *in kind* rappresentino, storicamente, le due tipologie predominanti di intervento per la gestione della LTC, nel contesto britannico si stanno diffondendo nuove sperimentazioni gestionali volte a provvedere a nuovi servizi e modalità di assistenza. Uno degli esperimenti più significativi è quello del personal budget, che si sta affermando in maniera sempre più estesa nel modello britannico. Esso consiste nella quantificazione di un pacchetto di prestazioni riconosciute all'anziano non-autosufficiente previa assessment che l'anziano può consumare attraverso la ricezione o l'acquisto diretto di servizi. Il valore medio dei servizi ricompresi nell'home care budget è di circa 600-700 pounds al mese (150-180 pounds a settimana),

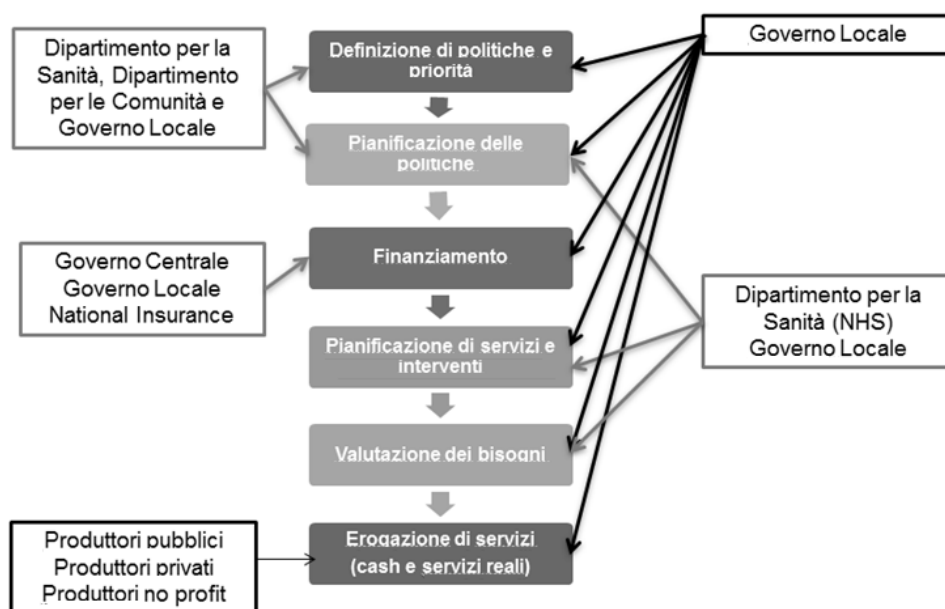
che l'anziano può scegliere se gestire autonomamente tramite acquisto di prestazioni a mercato, oppure consumando prestazioni coordinate da un case manager (tipicamente un assistente sociale della *Local Authority*). In questa seconda opzione, l'anziano riceve tipicamente una quantità più consistente di servizi (circa 9 ore a settimana di home care versus 6-7 ore in caso di acquisto di servizi privati), dal momento che il costo a ora-prestazione viene abbattuto di un 20-30 per cento (l'ora di *home care* erogata in kind viene valorizzata per un valore di circa 20 pounds versus i 25-30 pounds del mercato privato).

5.7.2 Governance del sistema: chi decide

Si passa ora ad analizzare la *governance* del sistema britannico dei servizi per la LTC e l'invalidità.

A livello centrale, il governo centrale esercita un ruolo chiave nella definizione delle *policy*. In particolare, il Dipartimento della Sanità definisce le linee strategiche del NHS e decide l'allocazione del budget sanitario e socio-sanitario. Sempre a livello centrale si colloca la *National Insurance*, che gestisce le risorse provenienti dai contributi previdenziali e assistenziali, che alimentano le *allowances* trasferite agli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie.

Figura 5.7 Governance della Long Term Care



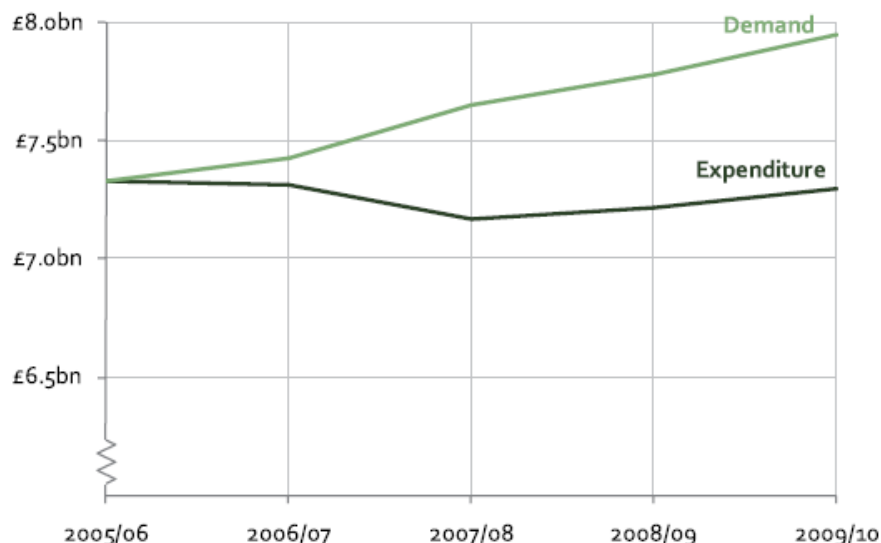
Il livello locale ha una funzione residuale nella definizione di linee di *policy*, soprattutto con riferimento alla Sanità, le cui linee di indirizzo sono gestite prevalentemente a livello centrale. Il livello locale, attraverso le autorità locali, ha, invece, la responsabilità per la componente sociale dei servizi, potendo gestire risorse autonome raccolte attraverso la *council tax*. La difficoltà di accumulare le diverse fonti finanziarie - quelle centrali, raccolte attraverso la tassazione generale e gestite dal NHS e dalla National Insurance, e quelle locali, raccolte attraverso la *council tax* e che finanziano la spesa sociale – rappresenta una delle maggiori criticità del sistema britannico.

5.7.3 Chi finanzia: spesa per LTC e sua articolazione

Il finanziamento del sistema di interventi per la LTC britannica coinvolge diversi attori, principalmente il governo centrale (tramite il NHS per la componente sanitaria), il livello locale di governo (per la spesa sociale) e la *National Insurance* (per le *allowances*). Il livello di spesa pubblica complessiva per la LTC è di 60.380 milioni di euro, pari a 963 euro per cittadino britannico.

Analizzando tale dato, il primo commento è che si tratta di un dato in costante aumento, complici la crescita dei bisogni della popolazione non-autosufficiente e la difficoltà di raccogliere le diverse risorse. Il che pone, in analisi prospettica, rilevanti problemi di sostenibilità finanziaria del sistema. La Figura 5.8 (rielaborazione dei dati del Department of Health 2010) mostra come il gap tra domanda e offerta di servizi sia destinato ad aumentare, ponendo seri problemi in termini di sostenibilità del sistema.

Figura 5.8 Gap tra domanda e offerta di servizi per Long Term Care



Sulla base di questo quadro d'insieme, abbiamo, prima, ricostruito la spesa complessiva per la LTC, stimando la componente *out of pocket* pagata direttamente dalle famiglie, e, poi, abbiamo scorporato la spesa complessiva per la LTC per livelli di governo e tipologie di intervento nelle sue diverse componenti.

La spesa *out of pocket* è stata stimata del valore di 13.041 milioni di euro annui (pari a 208 euro pro capite), ovvero il 18 per cento del totale della spesa per la LTC.

La spesa delle autorità locali consiste, prevalentemente, nella componente sociale della spesa, per un valore complessivo di 23.010 milioni di euro (367 euro pro capite), ovvero il 31 per cento del totale.

La spesa del governo centrale è, invece, leggermente superiore, pari a 23.199 milioni di euro (370 euro), ossia il 32 per cento del totale, e consiste prevalentemente nella componente sanitaria della spesa.

La spesa per la sicurezza sociale si scompone in benefici per invalidità, programmi di assicurazione per la LTC, assegni per disabilità e invalidità. Tale spesa cuba 14.170 milioni di euro, pari a 226 euro pro capite, ovvero il 19 per cento della spesa totale. Questi dati sono raffigurati in Tabella 5.2.

Tabella 5.2 Articolazione della spesa totale per la non autosufficienza

SPESA PER <i>LONG TERM CARE</i>	TOTALE, milioni di €, 2010	€ PRO CAPITE sulla po- polazione totale, 2010
Spesa delle Autorità Locali	23.010 €	367 €
Spesa Sanitaria	23.199 €	370 €
Spesa per sicurezza sociale (benefici per invalidità, programmi di assicurazione per <i>Long Term Care</i> , as- segni per disabilità e invalidità)	14.170 €	226 €
Spesa pubblica complessiva	60.380 €	963 €
<i>Di cui a livello centrale</i>	37.369 €	596 €
<i>Di cui a livello locale</i>	23.010 €	367 €
Spesa <i>out of pocket</i> stimata	13.041 €	208 €
Spesa Pubblica Totale + <i>out of pocket</i>	73.421	1.171

5.7.4 *Chi produce: caratteristiche del settore*

Il settore della LTC include una molteplicità di produttori pubblici e privati, la cui lettura integrata è di complessa interpretazione.

Per quanto riguarda la struttura del mercato, si registra la presenza di una crescente competizione tra produttori privati e pubblici, con percentuali di produzione pubblica e privata che variano per la tipologia dei servizi. Per quanto riguarda il mercato dei servizi residenziali, il 65 per cento del mercato è in mano ai fornitori privati, mentre solo il 35 per cento è gestito da produttori

pubblici. Per quanto riguarda i servizi domiciliari, invece, il 60 per cento del mercato è gestito da produttori privati, mentre il 40 per cento da produttori pubblici.

Nonostante il mercato sia molto frammentato, c'è una crescente presenza di fornitori leader con una dimensione rilevante. Per quanto il modello britannico sia sempre stato caratterizzato da un'impreditorialità diffusa, si sta registrando, quindi, uno spostamento progressivo verso la creazione di grandi gruppi, presenti in tutto il territorio.

Attenzione particolare deve essere dedicata al mondo dell'*informal care*. In Gran Bretagna, si stima vi siano quasi un milione di *caregiver* informali, di cui molti familiari o congiunti degli anziani non auto-sufficienti. Circa 495.000 sono registrati come *carers* e, quindi, eleggibili per richiedere una *carer's allowance*.

5.7.5 Copertura del bisogno

La tappa successiva consiste nel cercare di dare stime attendibili di copertura del bisogno, relativamente alla percentuale di anziani non autosufficienti che ricevono assistenza.

Il primo passo consiste nella scelta del tasso di prevalenza da applicare per definire la coorte di riferimento degli anziani non autosufficienti. Se si applica un tasso di prevalenza consolidato nella letteratura e nelle scelte di *policy* britanniche del 23,05 per cento (*King's Fund Report on Long Term Care*, 2011) alla popolazione over 65 britannica, si stima che vi siano 2.435.000 anziani non autosufficienti. Per garantire omogeneità nell'analisi con il caso italiano, si è scelto anche di impiegare, in seconda analisi, il tasso utilizzato, come metro di riferimento, per il calcolo degli anziani non autosufficienti in Italia, corrispondente al 18,5 per cento. Con tale tasso, si otterrebbe un calcolo della popolazione pari a 1.954.155 anziani non autosufficienti, ossia un dato inferiore a quello calcolato con il tasso di prevalenza adottato nel modello britannico.

Come passo successivo, al fine di stimare il tasso di copertura del bisogno, sono state impiegate le informazioni analitiche a disposizione sui beneficiari dei principali interventi per LTC. Includendo il numero totale di beneficiari di *disability allowances*, e assistiti in struttura o a domicilio, si raggiunge il numero di 1.377.000 anziani che ricevono assistenza, a fronte della loro condizione di disabilità. Considerando che nessuna statistica sul numero di produttori e sulle dimensioni medie è a oggi disponibile, fatta eccezione per alcune indagini esplorative e basate su campioni delimitati di popolazione, soprattutto con riferimento ai dati sull'assistenza a domicilio, tali dati devono essere considerati delle stime.

Dopo aver analizzato i beneficiari di una forma di intervento (monetaria o servizi reali), si analizza, infine, l'intensità di cura, misurata in termini di spesa annua, e mensile, per singolo utente. Al fine di questo calcolo, sono stati

considerati sia gli anziani stimati come non-autosufficienti che ricevono una forma di intervento pubblico, pari a 1.377.000, sia i disabili adulti che ricevono servizi pubblici di assistenza, pari a 745.000. Il dato sull'intensità di cura vede, perciò, una spesa annua per utente pari a 28.463 euro, equivalente a una spesa mensile di 2.372 euro. Tali dati sono mostrati in Tabella 5.3.

Tabella 6.3 Il tasso di copertura del bisogno

Tasso di prevalenza della non autosufficienza (A)	23,05%
Popolazione over 65 nel Regno Unito (B)	10.563.990
Numero stimato di popolazione over 65 anni non autosufficiente (AxB)	2.435.000
Popolazione over 65 anni inclusa in un programma di <i>Long Term Care</i>	1.377.000
Percentuale di popolazione over 65 anni con bisogno di <i>Long Term Care</i> inclusa in un programma di <i>Long Term Care</i>	56,5%

In sintesi, perciò, il sistema britannico offre copertura soltanto a una parte degli anziani non auto-sufficienti, con un gap tra domanda e offerta destinato a aumentare nel tempo (come mostrato precedentemente in Figura 5.9) e con conseguenti problemi di universalismo nell'accesso ai servizi e di equità nella destinazione degli stessi. Il livello di intensità assistenziale, però, è in linea con quello dei principali paesi europei.

Bibliografia

Department of Health (2013), *Health Expenditure Data 2012*.

Dilnot Commission (2011), *Dilnot Commission Report 2011*.

Glennerster, H. (1995). *British social policy since 1945*. Blackwell.

HM Treasury (2013), *National Accounts for year 2012*.

HM Treasury (2013), *Final Report on National Accounts and Statistics for year 2012*.

Lowe, R., Butcher, T. (1994), «The welfare state in Britain since 1945», *Public Administration-London*, 72(1), 137-137.

Marwick, A. (2003), *British Society Since 1945: The Penguin Social History of Britain*, Penguin Uk, vol. 13.

Naylor, C. *et al* (2011), «Long-term conditions and mental health. The cost of comorbidities», *King's Fund Center for Mental Health Publisher*, London.

UK Office for National Statistics (2012), *UK National Statistics at a glance for year 2011*.

UK Public Spending (2012) ,*Public expenditure year 2012 per function*.

Sitografia

<https://www.gov.uk/government/organisations/hm-treasury>
(data ultimo accesso: 14 marzo 2013)

<http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx> (data ultimo accesso: 14 marzo 2013)

<http://www.ukpublicspending.co.uk/> (data ultimo accesso: 14 marzo 2013)

<https://www.gov.uk/government/collections/public-expenditure-statistical-analyses-pesa>
(data ultimo accesso: 14 marzo 2013)

<https://www.gov.uk/government/publications/public-expenditure-statistical-analyses-2013>
(data ultimo accesso: 14 marzo 2013)

6. Quattro paesi in comparazione

di Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola

Una sintesi comparativa dei quattro paesi permette di evidenziare i principali tratti di convergenza e divergenza che li caratterizzano. Tutti i dati riportati sono aggiornati al febbraio 2013. Dopo aver richiamato i principali tratti descrittivi dei quattro paesi (§ 6.1), si riassumono le diverse scelte di allocazione delle risorse nell'ambito delle politiche di welfare (§ 6.2) e i principali elementi che caratterizzano l'assetto degli interventi per *la Long Term Care* dal punto di vista della spesa di ciascun paese, del mix di prestazioni ed erogazioni finanziarie, del mix pubblico privato dei produttori e dei differenti tassi di copertura dei bisogni.

Il quadro che emerge è esclusivamente descrittivo e sarà commentato nella parte III del volume, anche in relazione alle configurazioni assunte dai modelli di intervento delle città analizzate nella parte II.

6.1 Le principali caratteristiche dei paesi: Pil, organizzazione dello stato, spesa pubblica e per interessi

Prima di procedere all'analisi comparativa dei profili di welfare in Francia, Germania, Italia, e Regno Unito, si richiamano alcuni dati relativi al contesto che caratterizza i quattro paesi.

L'Italia è il paese con la minore dotazione di risorse: il Pil pro capite è, infatti, pari a 26.000 euro, mentre il paese con la maggiore dotazione finanziaria è la Germania, con un valore pro capite del Pil pari a 31.700 euro nel 2011. Viceversa, la Germania è il paese con i livelli minori di concentrazione della ricchezza, che è, invece, più elevata nel Regno Unito e in Italia (si veda la Tabella 6.1).

Nell'economia italiana assume particolare peso la spesa pubblica per il rimborso del debito, che è pari a 76 miliardi. Sempre in Italia è particolarmente elevata l'incidenza dell'economia sommersa (stimata) sul Pil, che supera il 20

per cento, e che, invece, negli altri paesi si attesta tra il 10 per cento del Regno Unito e il 13 per cento della Germania. Questi primi dati permettono di intuire come in Italia vi siano minori spazi finanziari per avviare interventi di welfare: un Pil più limitato si associa a un' elevata concentrazione della ricchezza, al maggior onere sul debito e alla massima presenza di evasione fiscale.

Tabella 6.1 Dati di sintesi sull'economia dei quattro paesi ¹

	Francia	Germania	Italia	Regno Unito
PIL in Miliardi di € (2011, Eurostat)	€ 1.996, 6	€ 2.592, 6	€ 1.578, 5	€ 1.747, 1
PIL PRO CAPITE in € (2011, Eurostat)	€ 30.600	€ 31.700	€ 26.000	€ 27.800
PIL PRO CAPITE in PPS (2011, Eurostat)	€ 27.200	€ 30.300	€ 25.100	€ 27.400
SPESA PUBBLICA PER IL RIMBORSO DEL DEBITO FINANZIARIO In miliardi di € (Eurostat, 2011)	€ 52,6	€ 65,8	€ 76,3	€ 56,6
ECONOMIA SOMMERSA in % del PIL (Schneider, 2011)	11,0 %	13,5%	21,6%	10,5%
INDICE DI GINI (Eurostat, 2011)	30,8	29	31,9	33

Il tasso di fecondità è particolarmente basso in Italia e in Germania, che si discostano dagli altri due paesi anche per un più elevato valore valori dell'indice di dipendenza. La dimensione media dei nuclei familiari non è molto differente, mentre la percentuale di nuclei familiari composti da anziani soli è maggiore in Italia (che vede, specularmente, la minor percentuale di nuclei familiari composti da genitori single con bambino).

¹ PPA: Standard di Potere d'Acquisto. Il valore PPS è ottenuto dividendo un qualsiasi aggregato economico di un paese nella moneta locale per il rispettivo valore in Parità di Potere d'Acquisto (PPA/PPP). In teoria, con 1 PPS si è in grado di acquistare la stessa quantità di un bene e/o servizio in ogni paese (definizione Eurostat).
ECONOMIA SOMMERSA: può essere definita come l'insieme di tutte le attività economiche che contribuiscono al prodotto interno lordo ufficialmente osservato, ma che non sono registrate e, dunque, regolarmente tassate. (Schneider, 2011)

INDICE DI GINI: misura la disuguaglianza nella distribuzione del reddito o della ricchezza. Il valore 0 indica che i redditi sono uniformemente distribuiti, il valore 100 indica assoluta disuguaglianza, ovvero che tutta la ricchezza è posseduta da una sola persona.

Tabella 6.2 Dati di sintesi sulla popolazione dei quattro paesi ²

	Francia	Germania	Italia	Regno Unito
POPOLAZIONE TOTALE	65.350.000	81.800.000	60.800.000	62.700.000
INDICE DI DIPENDENZA (Eurostat, 2011)	25,9%	31,2%	30,6%	24,6%
TASSO DI FECONDITA' TOTALE (Eurostat, 2011)	2,01	1,36	1,39	1,96
PERCENTUALE DI NUCLEI FAMILIARI COMPOSTI DA GENITORE SINGLE CON BAMBINO (Iacovou and Skew 2010)	4,1%	3,6%	2,6%	5,8%
PERCENTUALE DI NUCLEI FAMILIARI COMPOSTI DA ANZIANI SOLI OVER 65 (Iacovou and Skew 2010)	14,0%	13,3%	15,2%	14,2%
DIMENSIONE MEDIA DEI NUCLEI FAMILIARI (Iacovou and Skew 2010)	2,3	2,1	2,4	2,4

Dal punto di vista della situazione occupazionale, il paese con le migliori performance è la Germania, mentre l'Italia è quello con le performance peggiori. La popolazione femminile, in Italia, paga alla crisi un prezzo particolarmente alto: non solo l'occupazione femminile è la più bassa tra i quattro paesi, ma drammatica è l'ampiezza della forbice tra l'occupazione totale e quella femminile, che qui è particolarmente significativa. L'Italia si affaccia alla società della conoscenza in condizioni estremamente fragili, come testimoniato dalla percentuale di popolazione con diploma o laurea, molto inferiore a quello degli altri paesi.

² *INDICE DI DIPENDENZA*: rapporto tra il numero di anziani non autosufficienti in un'età in cui generalmente sono economicamente inattivi (oltre i 65 anni) e il numero di persone in età lavorativa (da 15 a 64 anni) (Eurostat); *TASSO DI FECONDITÀ TOTALE*: esprime il numero medio di figli per donna in età feconda (15-49 anni).

Tabella 6.3 Dati di sintesi sul sistema lavorativo ed educativo dei quattro paesi³

	Francia	Germania	Italia	Regno Unito
TASSO DI OCCUPAZIONE (20-64) (Eurostat, 2011)	69,20%	76,30%	61,20%	73,60%
TASSO DI OCCUPAZIONE FEMMINILE (20-64) (Eurostat, 2011)	64,70%	71,10%	49,90%	67,90%
TASSO DI DISOCCUPAZIONE (15-74) (Eurostat, 2011)	9,60%	5,90%	8,40%	8,00%
EDUCAZIONE Percentuale di persone con diploma di educazione secondaria o superiore (Eurostat, 2011)	68,90%	79,40%	54,60%	76,20%

L'assetto istituzionale e l'articolazione dei livelli di governo sono rappresentati nella tabella successiva. La Francia si caratterizza per un alto numero di comuni, di dimensioni mediamente più ridotte. Più in generale, la polverizzazione istituzionale non è un dato esclusivamente italiano: i comuni assumono dimensioni superiori a quelle italiane nel Regno Unito, ma inferiori in Francia e Germania.

³ **TASSO DI DISOCCUPAZIONE:** Questo tasso rappresenta il numero di disoccupati come percentuale della forza lavoro. La forza lavoro è costituita dalle persone occupate e disoccupate. Un individuo disoccupato è una persona compresa tra i 15 e i 74 anni che: a. è senza lavoro durante la settimana di riferimento, b. è disponibile a lavorare, ovvero disposto ad accettare un lavoro dipendente o in proprio entro le 2 settimane successive la settimana di riferimento, c. ricerca attivamente un lavoro, cioè ha attuato specifiche azioni nelle 4 settimane precedenti la settimana di riferimento per cercare un lavoro dipendente o in proprio; oppure ha trovato un lavoro, che inizierà al massimo entro 3 mesi dalla settimana di riferimento (Definizione Eurostat).

Tabella 6.4 Organizzazione dello stato nei quattro paesi ⁴

	Francia	Germania	Italia	Regno Unito	Francia	Germania	Italia	Regno Unito
	Numero				Grandezza media (popolazione)			
LIVELLO CENTRALE	Repubblica	Repubblica	Repubblica	1 Regno 4 Stati	65.350.000	81.800.000	60.800.000	62.700.000
LIVELLO REGIONALE	27	16	20	9	2.420.00	5.100.000	3.050.108	5.600.000
LIVELLO LOCALE (DISTRETTI)	101	402	110	98	647.000	203.500	550.909	640.000
LIVELLO LOCALE	36.000	12.013	8.092	4.500	1.815	6.844	7.488	13.900

La Tabella 6.5 sintetizza la distribuzione delle risorse tra i livelli di governo, sia dal punto di vista del prelievo, sia dal punto di vista della spesa.

Tabella 6.5 Spesa ed entrate pubbliche nei quattro paesi ⁵

	Francia	Germania	Italia	Regno Unito	Francia	Germania	Italia	Regno Unito
	SPESA PRO CAPITE IN €, 2011				ENTRATE PRO CAPITE IN €, 2011			
BUDGET PUBBLICO TOTALE	€ 17.119	€ 14.235	€ 13.154	€ 14.429	€ 17.119	€ 14.235	€ 3.154	€ 14.429
LIVELLO CENTRALE (STATO E AMMINISTRAZIONE CENTRALE)	€ 6.836	€ 4.710	€ 4.264	€ 5.881	€ 7.044	€ 4.557	€ 8.004	€ 7.936

⁴ FONTI: elaborazione Cergas su "ISTAT – 2011" (Italia); "UK Office for National Statistics – 2011" (Inghilterra); "Insee - 2011" (Francia); "Destatis- 2011, Federal Ministry of the Interior-2009" (Germania).

⁵ I trasferimenti tra diversi livelli di governo non possono essere evidenziati separatamente nei budget dei singoli livelli istituzionali ma sono stati contabilizzati una sola volta nel budget totale. FONTI: Elaborazione Cergas su «National accounts, Eurostat-2011»; «Rapporto: Elementi per una revisione della spesa pubblica, di Paolo Giarda –2012» (Italia); «UK National Accounts at UK National Statistics 2011» (Inghilterra); «Finances Publiques, Insee -2011» (Francia); «Public finances and taxes, Destatis-2011» (Germania).

LIVELLO REGIONALE E LOCALE	€ 3.587	€ 6.471	€ 3.950	€ 4.590	€ 3.604	€ 6.300	€ 1.640	€ 2.020
GESTIONE DELLA SICUREZZA SOCIALE	€ 8.138	€ 6.261	€ 4.920	€ 3.956	€ 7.943	€ 6.436	€ 3.480	€ 4.473

Il Regno Unito è il paese che spende per il proprio welfare la quota minore di Pil, mentre la Francia è quello che vi alloca la componente maggiore; il paese che assorbe la maggior quota di Pil per il pagamento degli interessi sul debito è l'Italia, che alloca complessivamente alla spesa pubblica una quota di Pil superiore alla Gran Bretagna, ma inferiore a Francia e Germania (si veda la Tabella 6.6).

Tabella 6.6 Articolazione del Pil dei quattro paesi ⁶

Percentuale del Pil	Francia	Germania	Italia	Regno Unito
SPESA PUBBLICA DI WELFARE	32,7%	28,4%	27,1%	26,3%
SPESA PUBBLICA PER INTERESSI SUL DEBITO PUBBLICO	2,6%	2,5%	4,8%	3,2%
SPESA PUBBLICA PER ALTRE FUNZIONI	20,6%	14,0%	18,6%	22,4%
SPESA PUBBLICA COMPLESSIVA	55,9%	44,9%	50,6%	51,9%
SPESA PRIVATA	44,1%	55,1%	49,4%	48,1%
PIL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La Gran Bretagna dedica al welfare solo il 50,6 per cento della propria spesa pubblica, mentre la Germania lo finanzia con il 63 per cento della propria spesa pubblica. Francia e Italia si collocano tra questi due estremi (si veda la Tabella 6.7).

⁶ FONTI: Elaborazione Cergas su «National accounts, Eurostat-2011»; «Rapporto: Elementi per una revisione della spesa pubblica, di Paolo Giarda – 2012» (Italia); «UK National Accounts at UK National Statistics 2011» (Inghilterra); «Finances Publique, Insee -2011» (Francia); «Public finances and taxes, Destatis -2011» (Germania).

Tabella 6.7 Articolazione della spesa pubblica nei quattro paesi ⁷

Percentuale della Spesa Pubblica Complessiva				
	Francia	Germania	Italia	Regno Unito
SPESA PUBBLICA DI WELFARE	58,5%	63,3%	53,6%	50,6%
SPESA PUBBLICA PER INTERESSI SUL DEBITO PUBBLICO	4,7%	5,7%	9,5%	6,3%
SPESA PUBBLICA PER ALTRE FUNZIONI	36,8%	31,1%	36,8%	43,1%
SPESA PUBBLICA COMPLESSIVA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Italia e Gran Bretagna spendono quasi lo stesso ammontare di risorse pro capite, mentre Francia e Germania hanno una spesa sensibilmente più elevata. La spesa pubblica complessiva, in valori assoluti, è più elevata in Francia, seguita da Gran Bretagna e Germania, e infine dall'Italia (si veda la Tabella 6.8).

Tabella 6.8 Articolazione in valori assoluti della spesa pubblica dei quattro paesi ⁸

Euro pro capite, 2011	Francia	Germania	Italia	Regno Unito
SPESA PUBBLICA DI WELFARE	€ 10.011	€ 9.008	€ 7.055	€ 7.303
SPESA PUBBLICA PER INTERESSI SUL DEBITO PUBBLICO	€ 805	€ 804	€ 1.254	€ 903
SPESA PUBBLICA PER altre FUNZIONI	€ 6.303	€ 4.423	€ 4.845	€ 6.224
SPESA PUBBLICA COMPLESSIVA	€ 17.119	€ 14.235	€ 13.154	€ 14.429
SPESA PRIVATA	€ 13.481	€ 17.465	€ 12.846	€ 13.371
PIL	€ 30.600	€ 31.700	€ 26.000	€ 27.800

⁷ Stesse fonti della Nota 6.

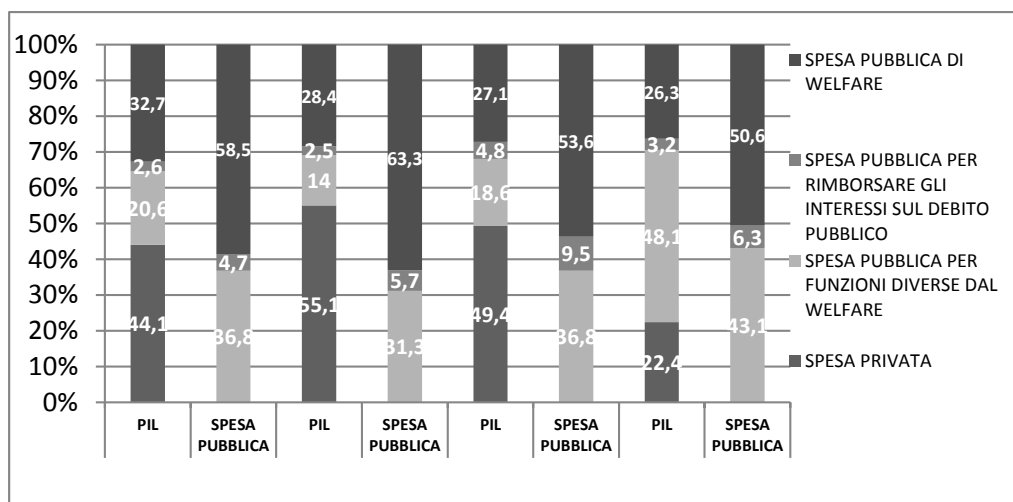
⁸ FONTI: Elaborazione Cergas su «National accounts, Eurostat-2011»; «Rapporto: Elementi per una revisione della spesa pubblica, di Paolo Giarda – 2012» (Italia); «UK National Accounts at UK National Statistics 2011» (Inghilterra); «Finances Publique, Insee -2011» (Francia); «Public finances and taxes, Destatis-2011» (Germania)

La Figura 6.1 rappresenta contemporaneamente, per ogni paese:

- l'incidenza sul Pil di: spesa privata, spesa pubblica per il welfare, spesa pubblica per interessi, altra spesa pubblica;
- l'incidenza sulla spesa pubblica di: spesa pubblica per il welfare, spesa pubblica per interessi, altra spesa pubblica.

La componente di spesa per interessi è massima in Italia, mentre il paese che alloca al welfare la quota maggiore di spesa pubblica è la Germania (63 per cento), che è, peraltro, il paese con la minore incidenza della spesa pubblica rispetto al PIL.

Figura 6.1. Distribuzione percentuale della spesa dei quattro paesi



6.2 Il welfare dei quattro paesi: assetto, scelte di finanziamento, spesa

Tra i paesi analizzati, due hanno un' impostazione più vicina ai sistemi tradizionali di stampo Beveridgeano (Italia e Regno Unito) e due ai sistemi Bismarckiani (Francia e Germania) di impianto assicurativo.

Questa differenza si riscontra sin dall'origine dei diversi sistemi (i primi due nati con intento universalistico, gli altri due evolvendosi da sistemi di mutue assicuratrici per diverse categorie di lavoratori). Essa permane fino ai giorni nostri anche con riferimento alla loro evoluzione, anche se, nel loro crescere e riformarsi, entrambi i tipi di modelli sono andati contaminandosi. Oggi si presentano, quindi, come forme imperfette dei due idealtipi originari. Tutti i sistemi condividono, infatti, la presenza di almeno due pilastri fon-

damentali: un pilastro assicurativo e uno assistenziale. Le differenze tra i paesi emergono se si guarda al mix tra questi due fattori, che incide sui meccanismi di finanziamento e sugli assetti istituzionali. Francia e Germania presentano un sistema più incentrato su schemi assicurativi, organizzati in casse e rischi e per ognuno dei quali è stato previsto un prelievo contributivo separato. Le fonti di finanziamento del sistema di welfare sono, quindi, ben identificabili e riconoscibili dai cittadini, in quanto, a ogni linea di intervento, corrisponde una fonte di finanziamento. Italia e Regno Unito, invece, non hanno identificato fonti di finanziamento specifiche, così che il budget per il welfare, nel suo complesso, viene definito dagli stanziamenti dei diversi livelli di governo e da alcune fonti destinate (prelievo contributivo per la previdenza, per esempio).

Come anticipato nel capitolo 1 il metodo utilizzato per classificare la spesa di welfare si fonda sulla destinazione delle risorse, ai fini di superare le differenze negli assetti istituzionali e rendere comparabili i sistemi, in funzione degli ambiti di *policy* a cui vengono allocate le risorse. Di conseguenza, le risorse allocate ai singoli ambiti di *policy* possono essere anche sensibilmente differenti da quelle afferenti ai bilanci dei singoli soggetti istituzionali: per esempio, una quota delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale italiano non è stata imputata alla spesa sanitaria, ma a quella per *Long Term Care*. Allo stesso modo, le risorse dedicate a fini sociali e sociosanitari dell'INPS non sono, ovviamente, incluse nella voce pensioni, ma sono distribuite tra la voce *Long Term Care* e la voce Inclusione sociale e povertà.

Ai fini comparativi, si sono individuati sette ambiti di *policy*:

- pensioni;
- spesa sanitaria;
- lavoro, disoccupazione e incidenti sul lavoro;
- politiche abitative;
- interventi per minori e famiglia;
- interventi per esclusione sociale e povertà;
- non autosufficienza e invalidità.

In ognuno degli ambiti di *policy* considerati, l'Italia è il paese con la spesa pro capite inferiore, a eccezione della spesa per pensioni, a cui la Gran Bretagna alloca una quota sensibilmente inferiore di risorse. Invece, la Germania ha una spesa in linea con quella italiana, seppure di poco inferiore.

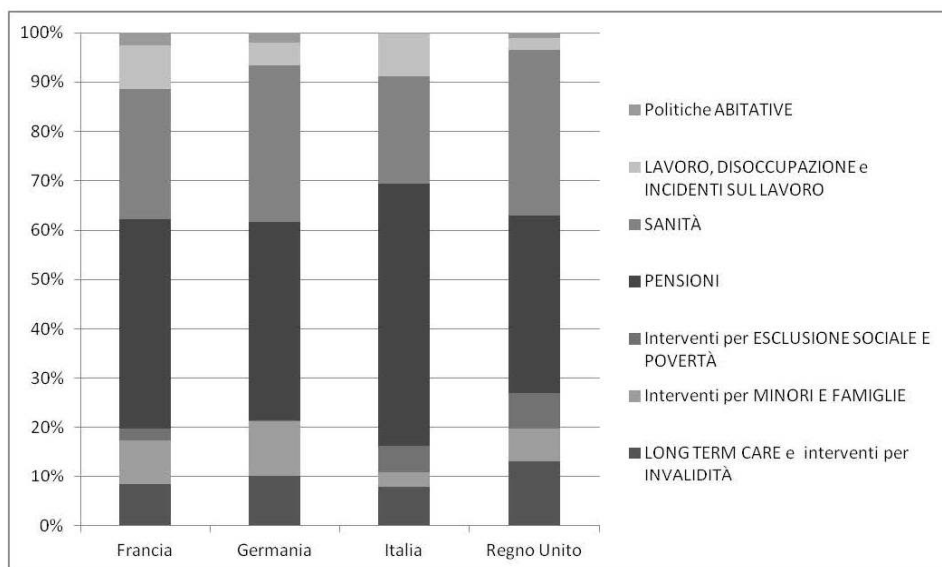
Tabella 6.9 Articolazione della spesa pubblica di welfare nei quattro paesi⁹

Euro PRO CAPITE	Francia	Germania	Italia	Regno Unito
LONG TERM CARE e interventi per INVALIDITÀ	€ 841	€ 912	€ 558	€ 963
Interventi per MINORI E FAMIGLIE	€ 899	€ 997	€ 219	€ 487
Interventi per ESCLUSIONE SOCIALE E POVERTÀ	€ 239	€ 19	€ 371	€ 526
PENSIONI	€ 4.255	€ 3.629	€ 3.755	€ 2.624
SANITÀ	€ 2.644	€ 2.847	€ 1.534	€ 2.450
LAVORO, DISOCCUPAZIONE e INCIDENTI SUL LAVORO	€ 871	€ 419	€ 613	€ 171
Politiche ABITATIVE	€ 262	€ 184	€ 6	€ 82
TOTALE	€ 10.011	€ 9.007	€ 7.055	€ 7.303

Sempre nell'ambito delle risorse che ciascuno alloca alla spesa per il welfare (a loro volta sensibilmente differenti, con variazioni dai 7.055 euro in Italia ai 10.011 euro in Francia), i pesi relativi che ogni paese assegna alle singole aree di *policy* sono molto diversi.

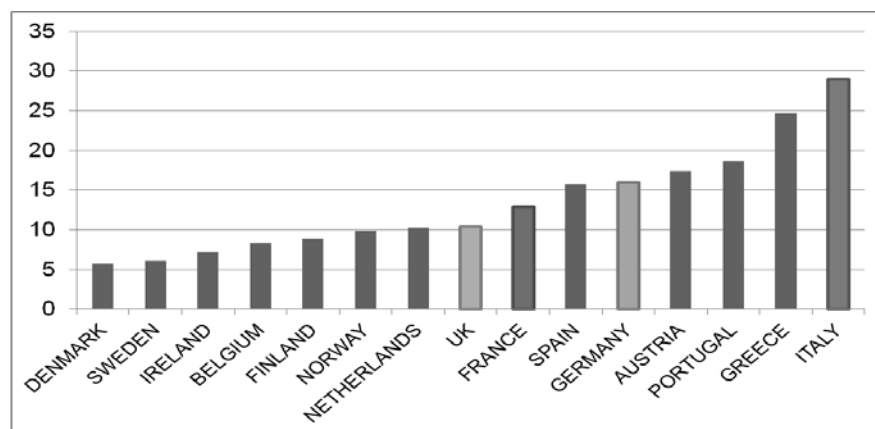
⁹ Per le fonti si veda quanto riportato nei capitoli precedenti. Sinteticamente le fonti principali sono: elaborazione Cergas su «Bilancio sociale INPS – 2010», «Istat – 2009», «Ministero del Lavoro e Politiche sociali – 2009», «Bilancio INAIL – 2010», «Rapporto Coesione Sociale Istat – 2010» (Italia), «HM Treasury Data 2011»; «Public spending data UK 2011», «Work and Pension Department 2011», «UK Local Authorities Accounts at UK National Statistics 2011», «UK National Accounts at UK National Statistics 2011» (Inghilterra); «La Protection sociale en France et en Europe 2010, Insee» (Francia); «Sozialbudget 2011, Destatis» (Germania).

Figura 6. 2. Mix della spesa per interventi nei quattro paesi



In Italia, la spesa per le pensioni, sebbene inferiore in valore assoluto a quella francese e allineata a quella tedesca, ha un peso molto più elevato che negli altri paesi, mentre la spesa sanitaria ha un peso molto più basso, così come quella per la non autosufficienza (ma entrambe sono inferiori a quelle degli altri paesi anche in valore assoluto, oltre che in termini relativi).

Figura 6.3 Rapporto tra spesa per anziani e spesa per non anziani; media dei valori 1985/2000 per persona over 65 come percentuale del Pil pro capite (Lynch 2006)



I paesi europei in cui l'allocazione intergenerazionale delle risorse è più simile a quella italiana sono Grecia e Portogallo; anche Francia, Germania e Gran Bretagna sono tra i paesi che allocano una quota consistente della spesa alla componente più anziana della popolazione. Danimarca, Svezia e Irlanda si collocano, invece, all'estremo opposto.

In termini di incidenza dei singoli ambiti di *policy* sulla spesa pubblica complessiva, l'Italia è il paese in cui, per ciascuna area di *policy* considerata, le risorse allocate sono percentualmente minori. Solo la spesa previdenziale ha un peso sulla spesa pubblica maggiore che negli altri paesi considerati.

Tabella 6.10 Incidenza della spesa pubblica di welfare articolata per aree di intervento sulla spesa pubblica complessiva, nei quattro paesi.

PERCENTUALE DI SPESA PUBBLICA	Francia	Germania	Italia	Regno Unito
<i>LONG TERM CARE</i> e interventi per INVALIDITÀ	4,9%	6,4%	4,2%	6,7%
Interventi per MINORI E FAMIGLIE	5,3%	7,0%	1,7%	3,4%
Interventi per ESCLUSIONE SOCIALE E POVERTÀ	1,4%	0,1%	2,8%	3,6%
PENSIONI	24,9%	25,5%	28,5%	18,2%
SANITÀ	15,4%	20,0%	11,7%	17,0%
LAVORO, DISOCCUPAZIONE e INCIDENTI SUL LAVORO	5,1%	2,9%	4,7%	1,2%
Politiche ABITATIVE	1,5%	1,3%	0,04%	0,6%
Spesa di welfare	58,5%	63,3%	53,6%	50,6%
SPESA PUBBLICA TOTALE	100%	100%	100%	100%

Rispetto alla spesa pubblica totale dei singoli paesi (si veda la Tabella 6.10), la Germania è il paese che dedica meno risorse alle politiche per l'esclusione sociale e la povertà, e quello che ne dedica di più alla sanità e agli interventi per le famiglie e i minori. La Francia è il paese che dedica più risorse alle politiche del lavoro e alle politiche abitative, che sono, invece, particolarmente «leggere»

in Italia; il paese che dedica più risorse alla spesa previdenziale è l'Italia, che, invece, è quello che ne dedica meno alle politiche per la LTC e l'invalidità, agli interventi per i minori e le famiglie, alla Sanità. La Gran Bretagna è il paese che alloca una quota maggiore di risorse agli interventi per l'esclusione sociale e la povertà, ed è quello che ne alloca di gran lunga meno al sistema previdenziale. Complessivamente, la Gran Bretagna, seguita dall'Italia, è il paese che destina al welfare la quota minore di spesa pubblica. Molto maggiore il peso del welfare sulla spesa pubblica francese e su quella tedesca (si ricordi che la Germania è il paese in cui la spesa pubblica ha un'incidenza minore sul Pil).

La Tabella 6.11 sintetizza, invece, la composizione della spesa di welfare in rapporto al Pil.

Tabella 6.11 Incidenza della spesa pubblica di welfare articolata per aree di intervento sul PIL complessivo, nei quattro paesi

PERCENTUALE DEL PIL	Francia	Germania	Italia	Regno Unito
<i>LONG TERM CARE</i> e interventi per INVALIDITÀ	2,7%	2,9%	2,1%	3,5%
Interventi per MINORI E FAMIGLIE	2,9%	3,1%	0,8%	1,7%
Interventi per ESCLUSIONE SOCIALE E POVERTÀ	0,8%	0,1%	1,4%	1,9%
PENSIONI	13,9%	11,4%	14,4%	9,4%
SANITÀ	8,6%	9,0%	5,9%	8,8%
LAVORO, DISOCCUPAZIONE e INCIDENTI SUL LAVORO	2,8%	1,3%	2,4%	0,6%
Politiche ABITATIVE	0,9%	0,6%	0,02%	0,3%
Spesa per il welfare	32,7%	28,4%	27,1%	26,3%
PIL	100%	100%	100%	100%

Il paese che investe la quota maggiore del proprio Pil nel welfare è la Francia, l'unico paese a destinarvi oltre il 30 per cento della spesa. Anche la Germania, che, rispetto agli altri paesi, alloca una quota di Pil molto inferiore alla spesa pubblica, investe nel welfare una quota superiore all'Italia e alla Gran Bretagna.

6.3 La Long Term Care: spesa, prestazioni, tassi di copertura nei quattro paesi

6.3.1 La spesa per la LTC nei quattro paesi

Le politiche per la LTC, nell'ambito della spesa di welfare, hanno un peso più elevato in Germania e Gran Bretagna, minore in Francia e Italia (si veda la Tabella 6.10).

La Tabella 6.12 riassume le risorse allocate per la LTC nei quattro paesi, ripartite tra:

- enti locali
- sanità
- sicurezza sociale
- spesa *out of pocket* (stime per ogni paese).

Se la tabella consente di apprezzare le significative differenze tra le risorse allocate nei differenti paesi, sia di parte pubblica, sia complessive (Francia e Gran Bretagna superano i 1.000 euro pro capite, la Germania è di poco inferiore, l'Italia non raggiunge i 600), la Figura 6.4 evidenzia, invece, il peso di ognuna delle quattro componenti individuate all'interno di ogni paese.

Le autorità locali costituiscono un perno significativo della spesa (intorno al 30 per cento) in Germania e Gran Bretagna, mentre hanno un peso più limitato in Francia e minimo in Italia.

Tabella 6.12 Articolazione della spesa pubblica e privata per Long Term care nei quattro paesi ¹⁰

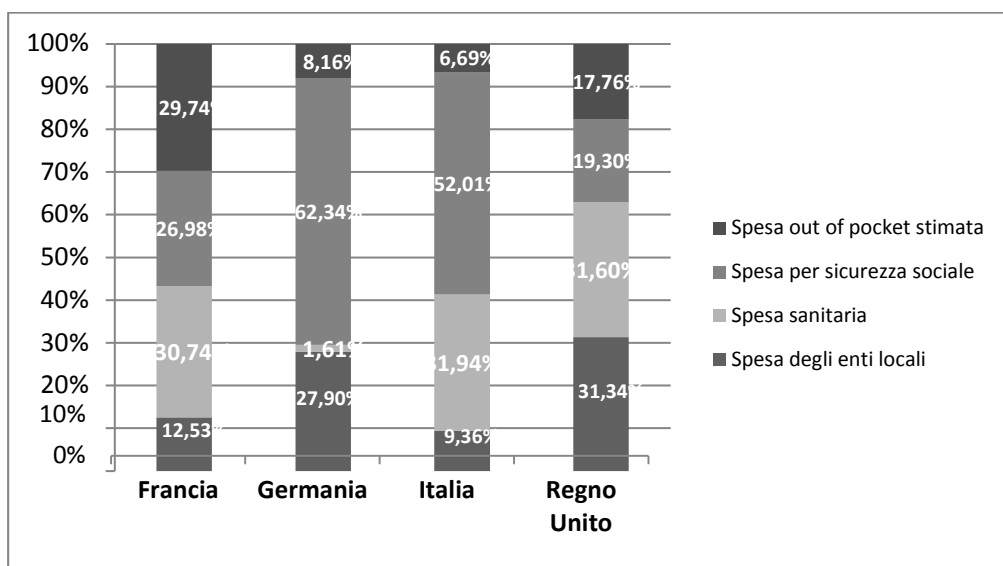
Spesa per LONG TERM CARE , euro pro capite	Francia	Germania	Italia	Regno Unito
Spesa degli enti locali	€ 150	€ 277	€ 56	€ 367
Spesa sanitaria	€ 368	€ 16	€ 191	€ 370
Spesa per sicurezza sociale (benefici per invalidità, programmi di assicurazione per la Long Term Care, assegni per disabilità e invalidità)	€ 323	€ 619	€ 311	€ 226

¹⁰ Per le fonti si veda quanto riportato nei capitoli precedenti. Sinteticamente le fonti principali sono: elaborazione Cergas su «Bilancio sociale INPS – 2010», «Istat – 2009», «Ministero del Lavoro e Politiche sociali – 2009», «Bilancio INAIL – 2010», «Rapporto Coesione Sociale Istat – 2010», «Fondazione Censis – Long Term Care e Assistenza Integrativa – 2008» (Italia); «UK Local Authorities Accounts at UK National Statistics 2011», «House of Commons 2011», «King's Fund Report on LTC 2011», «Dilnot Commission Report 2011» (Regno Unito); «Ministry of the Economy and Finance ,Invalidite Et Dispositifs Geres Par La Cnsa, 2013», «La Protection sociale en France et en Europe 2010, Insee» (Francia); «Sozialbudget 2011, Destatis», «Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about Long term care, 2012» (Germania).

Spesa pubblica complessiva	€ 841	€ 912	€ 558	€ 963
Spesa <i>out of pocket</i> stimata ¹¹	€ 356	€ 81	€ 40	€ 208
Spesa pubblica complessiva + <i>out of pocket</i>	€ 1.197	€ 993	€ 598	€ 1.171

La sanità ha un peso simile nei quattro paesi, mentre interviene in misura estremamente limitata in Germania; i sistemi di protezione sociale (assegni e indennità, programmi di assicurazione per la LTC, trasferimenti per invalidità e disabilità) hanno un peso elevato in Germania e in Italia, minore in Francia e minimo in Gran Bretagna. L'Italia è il paese in cui la stima delle risorse *out of pocket* è minima, mentre in Francia il contributo delle risorse private è molto più significativo (si veda la Figura 6.4).

Figura 6.4. Articolazione della spesa pubblica e privata per *Long Term Care* nei quattro paesi



¹¹ La spesa *out of pocket* riportata in questo capitolo è stata calcolata utilizzando parametri forniti dagli studi disponibili al febbraio 2013. Questa può essere sottostimata in alcuni casi (come quello italiano) o sovrastimata in altri (come quello francese) in quanto oltre alle problematiche riferite al calcolo di stime quale questa si aggiunge una mancata differenziazione nella maggior parte degli studi tra spesa out of pocket pura e compartecipazione che i cittadini versano per servizi pubblici.

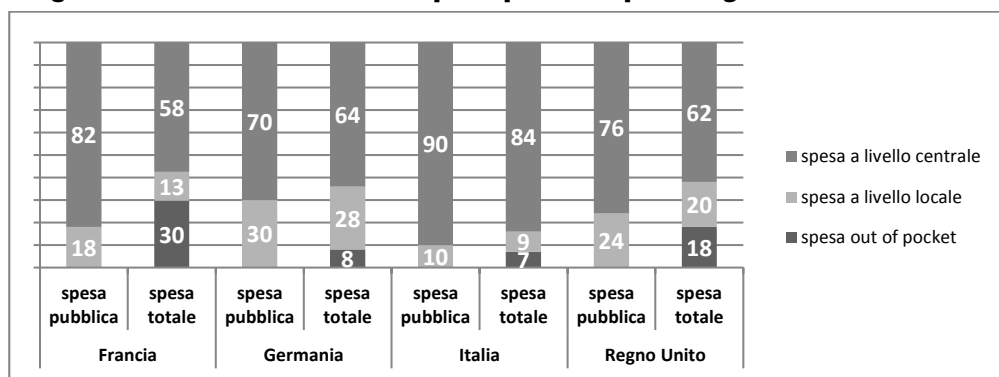
FONTE: Stime elaborate sulla base di: «Fondazione Censis- Long Term Care e Assistenza Integrativa – 2008» (Italia); «King's Fund Report on LTC 2011» (Regno Unito); «Joel et alii 2010», «Ministry of the Economy and Finance ,INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013»,(Francia); «Schulz, 2010» (Germania).

La Figura 6.5 evidenzia l'assetto di *governance* delle risorse tra attori dell'amministrazione centrale, delle amministrazioni locali, delle famiglie, con riferimento:

- alla spesa pubblica;
- alla spesa complessiva

Il paese con l'assetto più accentrato è l'Italia, quello con la maggior quota di risorse detenute dai livelli locali, la Francia quello con la maggiore quota di spesa da parte delle famiglie.

Figura 6.5 Articolazione della spesa pubblica per Long Term Care



6.3.2 Le prestazioni e i produttori

Le risorse governate dai differenti attori possono essere utilizzate sia per offrire prestazioni e servizi, sia per trasferire risorse finanziarie direttamente alle famiglie.

I modelli che privilegiano il trasferimento di risorse finanziarie attribuiscono ai beneficiari maggiore spazio e autonomia nella scelta delle modalità di risposta ai propri fabbisogni. Invece, i sistemi che privilegiano l'offerta di servizi assumono su di sé un maggiore peso e una maggiore responsabilità nella scelta del modello di intervento. Se sia da privilegiare un modello o l'altro è oggetto di un ampio dibattito sia in letteratura, sia tra i *policy maker*. Da una parte, si sostiene l'esigenza di attribuire maggiori spazi di scelta alle famiglie e agli utenti, si ipotizza una maggiore efficienza degli interventi se erogati fuori dal perimetro pubblico e si esprime l'esigenza di sviluppare il più possibile la responsabilizzazione degli utenti e delle comunità nel mettere in campo soluzioni e risorse. Dall'altra, si richiama l'esigenza di competenze specifiche necessarie per il disegno e l'attuazione di piani di intervento, individuando limiti specifici nella possibilità di esprimere la libertà di scelta da parte degli utenti e delle famiglie, si esprime l'esigenza di una committenza pubblica sulle risorse

erogate, si pone il dubbio sulla reale possibilità degli utenti di scegliere in contesti a carenza informativa, si esprime l'esigenza di un supporto dei soggetti pubblici a utenti e famiglie e si ipotizza una maggiore appropriatezza ed efficienza di prestazioni governate in modo integrato dai soggetti pubblici (Ascoli e Ranci, 2003; Gori 2011).

Il dibattito esula dagli obiettivi di questa trattazione, ma nel sintetizzare la distribuzione delle risorse tra trasferimenti monetari e servizi reali (*cash vs in-kind*, si veda la Tabella 6.12), si vuole dare conto del posizionamento assunto, nei fatti, dai quattro paesi.

La sintesi evidenzia la distribuzione tra trasferimenti monetari (*cash*) e prestazioni (*in kind*) sotto un duplice profilo: le risorse impiegate e gli utenti in carico.

L'Italia è l'unico dei quattro paesi in cui prevalgono i trasferimenti monetari: in tutti gli altri, pure con pesi molto diversi, prevalgono i servizi reali. I beneficiari di servizi reali (che in Italia non sono noti) sono, invece, una quota inferiore al 50 per cento della popolazione: le risorse mediamente allocate a ogni beneficiario di servizi sono, quindi, mediamente superiori a quelle allocate mediamente a ogni beneficiario di trasferimenti finanziari.

Tabella 6.12. Ripartizione tra spesa per benefici erogati e utenti nei quattro paesi¹²

	Prestazioni per <i>Long Term Care</i> – SPESA		Prestazioni per <i>Long Term Care</i> - UTILIZZATORI	
	TRASFERIMENTI CASH	SERVIZI REALI	TRASFERIMENTI CASH	SERVIZI REALI
Francia¹³	39%	61%	60%	40%
Germania	31%	69%	53%	47%
Italia¹⁴	52%	48%	1.933.000	?
Regno Unito	46%	54%	57%	43%

¹²Elaborazione Cergas su «Secondo rapporto sulla non autosufficienza – 2011» (Italy); «Ministry of the Economy and Finance, INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013», «Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2012» (France); «Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about Long term care, 2012» (Germany); «Department of Health, 2011», «Local Authority Accounts, 2011», «Dilnot Report on LTC 2011» (UK).

¹³ Per il caso francese (come visto nel capitolo 2) si utilizza il numero di beneficiari di APA (dato 2011) come proxy per il numero totale degli utenti in carico.

¹⁴ Per il caso italiano è stato possibile calcolare con certezza solamente il numero dei beneficiari di «Indennità di accompagnamento» (dato 2011). Si tratta, quindi, di una stima minima dei beneficiari di trasferimenti, in quanto non considera coloro che ricevono trasferimenti dagli enti locali. Si veda quanto discusso nel capitolo 4 sul caso italiano. L'utilizzo di questo dato impedisce di valutare quale sia il numero esatto dei beneficiari di servizi reali, per i quali non esiste un sistema di rilevazione unitario o integrato.

Tabella 6.13 Caratteristiche degli attori dell'offerta nei quattro paesi ¹⁵

	SERVIZI RESIDENZIALI			SERVIZI DOMICILIARI		
	PRODUTTORI PUBBLICI	PRODUTTORI PRIVATI (profit e no profit)	DIMENSIONE MEDIA (n° di letti)	PRODUTTORI PUBBLICI	PRODUTTORI PRIVATI (profit e no profit)	DIMENSIONE MEDIA (utilizzatori)
Francia	54%	46%	66	30%	70%	-
Germania	5%	95%	73	2%	98%	44
Italia	2.686 ¹⁶	-	53	-	-	-
Regno Unito	35%	65%	95	40%	60%	60

In tutti i paesi, il sistema di offerta fa perno, soprattutto, su produttori privati, con significative differenze: in Germania, in particolare, la presenza di attori pubblici è assolutamente residuale, secondo le linee di sussidiarietà che caratterizzano l'impostazione del paese; in Francia, il mix vede maggiore presenza pubblica nei servizi residenziali, e privata nei domiciliari; in Gran Bretagna prevalgono i soggetti privati sia nei servizi residenziali sia in quelli domiciliari.

6.3.3 La copertura della popolazione

Il significato di non autosufficienza non è definito in modo univoco: i differenti paesi assumono criteri di eleggibilità diversi, che si rispecchiano nelle differenze tra gli indicatori di prevalenza delle condizioni di non autosufficienza (si veda la Tabella 6.14).

Il paese in cui i criteri di valutazione definiscono un indice meno elevato di prevalenza¹⁷ della popolazione non autosufficiente è l'Italia (18,5 per cento), mentre quello in cui l'indice è maggiore è la Germania (30 per cento).

¹⁵Elaborazione Cergas su: «Secondo rapporto sulla non autosufficienza – 2011» (Italy); «Dilnot Commission on LTC 2011, King's Fund Report on LTC 2011» (UK); «Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2012» (France); Bode *et alii* (2011); Bogedar *et alii* (2010), Hilbert *et alii* 2012, Schulz 2010^o (Germany).

¹⁶ I limiti informativi relativi al caso italiano sono stati esposti nel cap. 4.

¹⁷ Il tasso di prevalenza misura la diffusione delle condizioni di dipendenza per le persone di età superiore ai 65 anni. Per ogni paese abbiamo utilizzato un indicatore di prevalenza basato sulle statistiche e i report nazionali: la differenza tra i quattro tassi si spiega in relazione alle differenti caratteristiche demografiche e alle differenti definizioni di fragilità, invalidità, disabilità e dipendenza. Fonti: Elaborazione Cergas su: «ISTAT - Sebastiani, Iannucci, Vannoni, 2008 - Disabilità e non autosufficienza - pubblicato su Monitor, 3° supplemento al n. 22» (Italy); «Dilnot Commission Report 2011» (UK); «Ministry of the Economy and Finance, INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013», (France); «Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth Prospects and constraints of self-contained living of people in need of help and care, 2008» (Germany).

In relazione al numero di persone che si stima siano incluse, a qualunque titolo, in un programma di LTC, è possibile identificare i tassi di copertura della popolazione realizzati in ognuno dei quattro paesi.

La Tabella 6.14 sintetizza le stime di popolazione non autosufficiente nei quattro paesi e i relativi tassi di copertura con interventi pubblici, assumendo due differenti prospettive:

- la prima assume per ogni paese l'indicatore di prevalenza caratteristico di quel paese;
- la seconda applica a ogni paese l'indicatore di prevalenza più «restrittivo» (quello applicato in Italia, pari al 18,5 per cento della popolazione over 65).

Applicando per ogni paese l'indicatore di prevalenza del paese, l'Italia copre quasi la totalità della propria popolazione non autosufficiente, mentre, negli altri tre paesi, il tasso di copertura della popolazione oscilla tra il 35 per cento e il 56 per cento.

Assumendo, invece, un indicatore di prevalenza omogeneo e più restrittivo, come quello italiano, il tasso di copertura della popolazione non autosufficiente risulta più elevato anche negli altri tre paesi. Tuttavia, oscilla tra il 50 e il 70 per cento, ed è, quindi, sensibilmente inferiore al caso italiano.

Tabella 6.14 Anziani non autosufficienti nei quattro paesi

		Francia	Germania	Italia	Regno Unito
Popolazione oltre i 65 anni		13.186.000	16.844.000	12.301.537	10.563.000
Popolazione totale oltre i 65 anni non autosufficiente	Tasso di prevalenza	23,62%	30,27%	18,50%	23,05%
	Numero stimato di popolazione over 65 non autosufficiente (a)	3.115.000	5.098.679	2.275.784	2.435.000
	Numero stimato di popolazione over 65 non autosufficiente con tasso di prevalenza= 18.5% (b)	2.439.410	3.116.140	2.275.784	1.954.155
Popolazione over 65 inclusa in un programma di Long Term Care (c)		1.200.000	2.041.800	2.220.404	1.377.000
% di popolazione over 65 inclusa nel sistema (c/b)		49,19%	61,12%	97,57%	70,4%
% di popolazione over 65 inclusa nel sistema – prevalenza nazionale (c/a)		38,53%	40,05%	97,57%	56,5%

Tuttavia, l'analisi sintetizzata nella Tabella 6.14 non dà conto dei livelli di intensità assistenziale erogata, ma solo della quota di soggetti, che, in qualche misura, sono in carico ai differenti sistemi.

Nella Tabella 6.15 sono sintetizzate le risorse allocate, in relazione al numero di utenti in carico, per individuare quelle allocate per caso.

Tabella 6.15 Risorse per la Long Term Care nei quattro paesi ¹⁸

	Francia ¹⁹	Germania	Italia	Regno Unito
Spesa pubblica per Long Term Care (per anziani non autosufficienti e disabili)	€ 54.939.720.120	€ 74.636.000.000	€ 33.940.890.000	€ 60.388.000.000
Popolazione oltre i 65 anni inclusa nel sistema (a)	1.200.000	2.041.800	2.220.404	1.377.000
Disabili adulti inclusi nel sistema (b)	956.600	418.200	571520	745.000
Numero complessivo di persone incluse (a+b) = numero complessivo di utenti	2.156.600	2.460.000	2.791.924	2.122.000
Spesa annua per assistito	€ 25.475	€ 30.340	€ 12.157	€ 28.458
Spesa mensile per assistito	€ 2.123	€ 2.528	€ 1.013	€ 2.372

Francia, Germania e Regno Unito, allineate rispetto ai tassi di copertura della popolazione, risultano allineate anche rispetto alle risorse allocate per singolo caso; al contrario, l'Italia, che si distingue per una platea molto più ampia di soggetti in carico, alloca per ogni soggetto una quota di risorse sensibilmente inferiore.

¹⁸ Fonti: Elaborazione Cergas su: «ISTAT – 2004-2005» (Italy); «King's Fund Report on LTC 2011», «Dilnot Commission Report 2011» (UK); «Ministry of the Economy and Finance ,INVALIDITES ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013», «Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2012» (France); «Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth Prospects and constraints of self-contained living of people in need of help and care, 2008», «Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about Long term care, 2012» (Germany).

¹⁹ Rispetto al numero di persone incluse nel sistema: numero di beneficiari APA (2011) e numero di beneficiari AAH (2011).

Bibliografia

- Ascoli U., Ranci C. (2003), *Il Welfare Mix in Europa*, Roma, Carocci Editore,
- CNSA (2012), *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*.
- Dilnot Commission (2011), *Dilnot Commission on LTC 2011*, King's Fund Report on LTC.
- Destatis (2011), *Public finances and taxes*.
- Destatis (2012), *Sozialbudget 2011*.
- Eurostat (2011), *National Accounts*.
- Fondazione Censis (2008), Long Term Care e Assistenza Integrativa.
- Gori C. (a cura di) (2011), «Quale futuro per il welfare? Le politiche sociali tra delega assistenziale e prospettive di sviluppo», *I Quaderni del Forum Nazionale del Terzo Settore*.
- Iacovou M., Skew A. (2010), «Household structure in the EU», *ISER Working Paper Series*, n.10.
- Inail (2011), *Bilancio Inail 2010*.
- Inps, (2010), *Bilancio sociale Inps*.
- Insee (2011), *La Protection sociale en France et en Europe 2010*.
- Insee (2012), *Finances Publique 2011*.
- Istat(2011), *Rapporto sulla coesione sociale 2010*.
- Joel M.E., Dufour-Kippelen S., Duchene C., Marmier M. (2010), *The Long Term Care system for the elderly in France*, ENEPRI research report n°77.
- Lynch J. (2006), *Age in the Welfare State*, New York, Cambridge University-press.
- Ministero dell'economia e delle finanze francese, (2013), Invalidite et dispositifs geres par la Cnsa.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2011), *Secondo rapporto sulla non autosufficienza*.

Ministero del lavoro e delle politiche sociali, a cura di Paolo Giarda (2012), *Rapporto: elementi per una revisione della spesa pubblica*.

Ministero della salute tedesco (2012), *Selected facts and figures about Long Term Care*.

Ministero federale per la famiglia, gli anziani, le pari opportunità e la gioventù tedesco (2008), *Prospects and constraints of self-contained living of people in need of help and care*.

Schneider F. (2011), «Size and development of the shadow economy from 2003 to 2012: some new facts», *Discussion Paper Series*, IZA DP n°6423.

Schulz E., (2010), «The Long Term Care system for the elderly in Germany», *Enepri research report n°78*, Contribution to the WP1 of the ANCIEN project.

PARTE II

Percorsi di LTC in quattro città

7. Dai sistemi ai percorsi di *Long Term Care* nei servizi: premesse di *service management* e introduzione ai casi di studio

di Giovanni Fosti, Francesco Longo ed Elisabetta Notarnicola

Dopo aver analizzato le caratteristiche dei macro-sistemi di *Long Term Care* di Francia, Germania, Italia e Regno Unito (dagli assetti istituzionali al mix dell'offerta), in questa seconda parte del libro si analizzano le caratteristiche del sistema di offerta, spostando il focus sul funzionamento dei servizi.

Lo spostamento del livello di analisi, dal disegno del sistema ai meccanismi di erogazione per i cittadini, è accompagnato da un cambio di visione, che passa dall'analisi della *governance* istituzionale e delle caratteristiche del settore, ai meccanismi manageriali attivati per il governo degli interventi finalizzati alla soddisfazione dei bisogni dei cittadini. Si intende, quindi, approfondire il tema del management dei servizi per la LTC a livello locale nei quattro paesi oggetto di indagine, e, in particolare, gli aspetti di *service management* legati all'erogazione dei servizi e all'esperienza degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie. Con *service management* si intende, in questo paragrafo e nei successivi, la teoria manageriale che deriva, tra gli altri, dagli studi di Normann (si veda, per esempio, Normann, 2000) e che si propone di esprimere una visione olistica sulle modalità di progettazione e gestione dei servizi introducendo il concetto di leve manageriali attivabili per il loro governo.

Si applica questa visione al settore dei servizi per la LTC con l'obiettivo di analizzare e confrontare quanto accade a livello locale nel momento in cui il sistema entra in contatto con i cittadini e per chiarire le dinamiche su cui si definisce l'inclusione piuttosto che l'esclusione dal sistema di welfare pubblico. Per questo, sono stati analizzati quattro casi specifici – ovvero, quello che accade in quattro città europee, Marsiglia, Lipsia, Parma e Oxford – attraverso

delle interviste condotte in loco agli attori identificati, di volta in volta, come cruciali nel sistema della LTC a livello locale.

7.1 Introduzione

L'articolazione dei sistemi di welfare dei quattro paesi, presentati nei capitoli precedenti, vede, a fattori comuni, un'alta frammentazione delle responsabilità, delle funzioni e delle fonti di finanziamento. L'analisi del macro-livello istituzionale ha fatto emergere come i modelli tradizionalmente impliciti nelle organizzazioni pubbliche del settore sociale e sociosanitario si basano su un presupposto di organicità, razionalità, completezza e integrazione, che dovrebbero consentire il funzionamento perfetto dei sistemi nel loro rapporto con i cittadini. Spostando l'attenzione dal dover essere legislativo e dalle rappresentazioni di *policy* agli esiti prodotti, emerge come, per esempio, i sistemi di LTC abbiano caratteristiche eterogenee nei quattro paesi: in particolare, in termini di intensità assistenziale, il sistema italiano sembra avere un comportamento unico tra gli altri, con la spesa pubblica pro capite più bassa tra i quattro (Italia € 558 pro capite, Francia € 841 pro capite, Germania € 912 pro capite, Regno Unito € 963 pro capite) e una quota maggiore di anziani in carico al sistema pubblico, con una conseguente intensità assistenziale per anziano in carico più bassa.

Importante elemento comune sembra, comunque, essere il fatto che in nessuno dei casi citati si raggiunge un tasso di inclusione nel sistema vicino al 100 per cento degli anziani individuati come non autosufficienti (si veda quanto già esposto nel capitolo 6), sebbene i paesi analizzati siano accomunati da una visione di welfare universalistico e inclusivo. Partendo da diversi disegni di *policy*, che si basano su diverse definizioni di assistenza e di non autosufficienza, ci si aspetterebbero risultati diversi e, in ogni caso, più alti in termini di copertura dell'utenza. In tutti i paesi, si verificano, quindi, meccanismi di selezione e scrematura degli utenti. Tali meccanismi non dipendono solo dagli assetti interistituzionali di *governance* e dai modelli di *policy*, quanto, piuttosto, dalle caratteristiche stesse dei servizi e delle prestazioni erogate, che definiscono, nei fatti, ma in modo spesso implicito, chi beneficia degli interventi e chi viene escluso da tale selezione. Il modo in cui i servizi sono progettati e le modalità di accesso al sistema impattano, infatti, sulle possibilità per i cittadini di essere inclusi nel welfare pubblico, determinando i tassi di copertura del bisogno (Fosti, Longo 2013).

Il fatto che alcuni cittadini siano esclusi dall'accesso alle prestazioni è fisiologico nei sistemi di welfare, ma, proprio perché questo accade, è necessario essere consapevoli di quali siano i meccanismi per cui alcuni cittadini possono accedere ai servizi e altri no. Si può, così, valutare se le risorse pubbliche siano allocate secondo criteri condivisi, o, al contrario, a seguito di processi organizzativi non facilmente riconoscibili e, in quanto tali, opachi. Un ulteriore ele-

mento di analisi da considerare riguarda, quindi, il livello di consapevolezza di questi meccanismi da parte dei *policy maker* e degli operatori del settore nei diversi paesi. Se le logiche che guidano la progettazione dei servizi per la non autosufficienza esplicitano i meccanismi di selezione degli utenti, un livello di consapevolezza diffusa di questi elementi nel settore pubblico testimonierebbe l'esistenza di una strategia intenzionale, che deliberatamente seleziona gli utenti che intende privilegiare sulla base di meccanismi più o meno espliciti e sulla progettazione dei servizi. Un livello di consapevolezza più basso o nullo ci mostrerebbe, invece, un sistema opaco, inconsapevole, in cui l'inclusione nel welfare pubblico non dipende tanto dalla programmazione di un *policy maker* razionale, quanto, piuttosto, da contingenze e fattori esterni.

Nell'economia della ricerca, il passaggio dal livello macro-istituzionale al livello micro e manageriale diventa, quindi, un salto indispensabile per comprendere il funzionamento effettivo dei sistemi e dare una rappresentazione realistica delle esperienze degli utenti, cogliendo la caratterizzazione dei diversi modelli paese e riuscendo a confrontare modelli alternativi di presa in carico (Ferlie et alii 2003).

7.2 *Service management* e settore pubblico: quali spazi di intersezione?

Gli studi di *service management* si sono sviluppati, inizialmente, con riferimento al settore privato, a supporto di una funzione aziendale, la funzione *marketing*, con l'obiettivo di individuare gli elementi critici da governare per la progettazione di politiche commerciali di successo per le aziende di servizi (*key determinants of success of a service business*, come chiaramente esplicitato da Norman, *ibidem*). Questi hanno a che vedere con la definizione delle caratteristiche del servizio, la gestione del personale addetto all'erogazione, i meccanismi di erogazione, le politiche tariffarie e il posizionamento del servizio sul mercato, in modo da agevolare la corrispondenza tra domanda degli utenti e caratteristiche dell'offerta. In questo approccio si riconosce, inoltre, che gli utenti hanno un ruolo attivo nella erogazione del servizio stesso, le cui caratteristiche dipendono anche dall'interazione tra utente ed erogatore. Questo implica che l'attenzione aziendale debba spostarsi sulla qualità del servizio offerto, in modo da massimizzare la soddisfazione dell'utente e, di conseguenza, i suoi risultati in una logica *win-win* (Gronroos 2000).

Nonostante i principi del *service management* siano stati definiti su una logica puramente business, essi possono essere (e sono stati) applicati e adattati anche al settore pubblico: la Pubblica Amministrazione moderna è, infatti, una grande produttrice di servizi per i propri cittadini: basti pensare al settore welfare con l'erogazione di numerosissimi servizi di sicurezza sociale, che si articolano su una ampia gamma, che spazia, per esempio, dai servizi sanitari alle politiche attive del lavoro. Il tema delle specificità dell'erogazione dei servizi

nel settore pubblico è stato trattato, recentemente, dopo un periodo in cui la Pubblica Amministrazione veniva considerata più simile a un settore di produzione tradizionale. Sebbene sia frequente l'accezione di Pubblica Amministrazione come «produttore» di beni e servizi (tra le funzioni principali delle AAPP secondo Borgonovi, Fattore, Longo, 2013) è prevalsa, nel tempo, la prima declinazione delle due, con la quale si intendeva enfatizzare l'aspetto più tecnico della produzione, soprattutto legato al settore industriale delle *public utilities*. I settori dei servizi alla persona (il welfare, come già citato, con il sociosanitario e il sociale in particolare) sono stati analizzati, per lo più, sotto la lente delle *policy* e delle architetture istituzionali oppure con una prospettiva di management riguardante le organizzazioni (per esempio, la gestione ottimale delle risorse umane), ma senza un approfondimento sulle dinamiche relative all'erogazione (Osborne 2010a, Osborne 2010b). Adottare un approccio più ampio, invece, consentirebbe ai manager pubblici di raggiungere almeno quattro benefici (Osborne, Radnor, Nasi 2013):

- migliorare il posizionamento strategico pubblico in modo che sia più coerente con i bisogni espressi dai cittadini;
- portare alla luce, valorizzare e comunicare il valore pubblico prodotto;
- beneficiare del coinvolgimento dei cittadini in una logica di co-produzione dei servizi (per esempio, rispetto alla progettazione del servizio sino alla implementazione di forme di servizi innovativi);
- migliorare i meccanismi di erogazione con una migliore performance in termini di efficienza, efficacia ed economicità.

Presidiare i meccanismi di erogazione dei servizi consentirebbe, quindi, al settore pubblico di rivedere la propria strategia alla luce del vissuto degli utenti (l'esperienza dell'erogazione dei servizi), oltre che di governare i processi che ne derivano (come, per esempio, l'effettiva selezione dell'utenza inclusa nel sistema pubblico, come già citato).

Questo è coerente anche con la visione di una pubblica amministrazione che sappia accompagnare il cittadino durante il percorso di fruizione dei servizi, in modo che raggiunga la massima soddisfazione del bisogno; diverso è l'atteggiamento di una pubblica amministrazione che si occupa solamente di regolare il funzionamento dei servizi e di erogare le prestazioni richieste (*serve rather than steer*, Denhardt e Denhardt, 2000).

7.2.1 Cosa si intende per servizio?

La parola *servizio* viene utilizzata per descrivere oggetti tra loro molto differenti (Edvardsson et alii 2005):

- Un' unità organizzativa (area, settore, servizio ...);
- una prestazione erogata da qualcuno;
- un beneficio che qualcuno percepisce.

Con servizio si fa, così, riferimento a una struttura organizzativa (associandovi, in modo diretto, le principali funzioni o attività svolte, per esempio: servizio anziani, ecc.), a una prestazione singola erogata attraverso una specifica attività (il contenuto delle prestazioni), o, ancora, l'*outcome*, il beneficio generato per gli utenti che usufruiscono del servizio stesso. Quando la descrizione dei servizi si riferisce alle singole organizzazioni che prendono parte al processo di erogazione, l'attenzione si concentra sulle dinamiche organizzative e sui processi di erogazione e fruizione; quando si riferisce alle attività, prevale una visione di natura prestazionale, che non distingue tra un servizio e un altro, in quanto non orientata a coglierne i tratti specifici che lo caratterizzano nel complesso e che determinano la tipologia di utenza che vi accede. Quando, invece, con il termine *servizio*, si fa riferimento al beneficio generato per soddisfare le esigenze di un destinatario, il perimetro in cui si colloca la progettazione dei servizi si amplia in modo significativo. In particolare, l'attenzione si sposta dall'organizzazione del processo (o dalle caratteristiche dell'offerta) a un insieme più ampio di elementi, la cui maggiore o minore rilevanza dipende da quanto concorrono a creare valore per il destinatario.

La definizione di servizio come beneficio percepito dall'utente è funzionale anche a ri-orientare il tema della gestione dei servizi verso il tema della creazione di valore (Edvardsoon *et alii*, *ibidem*) assumendo come obiettivo la soddisfazione del bisogno. La definizione di Groonroos, 2000, in questo senso, è utile a ricomporre tutti gli elementi fin qui citati: «*un servizio è dato da (nдр) una serie di attività più o meno tangibili, che generalmente ma non necessariamente derivano dall'interazione tra l'utente e che si occupa della erogazione del servizio stesso attraverso l'attivazione di risorse con l'obiettivo di fornire una soluzione a un problema/bisogno dell'utente*».

Il servizio deve produrre un' utilità positiva per chi ne beneficia e questo dipende dal contenuto prestazionale offerto di per sé, ma anche dagli elementi che caratterizzano il processo di erogazione. La progettazione dei servizi assume, quindi, un ruolo centrale, in quanto permette di definire i contenuti e le modalità che meglio si esprimeranno in valore per l'utente. Il valore percepito dagli utenti definisce il target per il quale il servizio è stato pensato. Si produce, così, una selezione implicita degli utenti potenziali, che nel settore pubblico corrisponde alla selezione dei cittadini che avranno accesso al sistema (Jung 2010).

Le teorie di *service management* identificano alcune variabili, le cosiddette «leve», la cui configurazione, in fase di progettazione del servizio e nelle fasi successive, concorre a definire il posizionamento dell'offerta e il valore creato

per l'utente (Normann, *ibidem*; Gronroos, *ibidem*; Swartz and Iacobucci, 2000; Ramdas *et alii*, 2012):

- le politiche del personale
- le politiche tariffarie
- le politiche di comunicazione
- le politiche degli accessi, il layout e la logistica
- le politiche di prodotto/servizio.

Esse possono essere utilizzate, sia come strumento analitico, che come strumento normativo. Nel primo caso, permettono di analizzare le determinanti che spiegano le caratteristiche di un servizio e il motivo per cui tende a privilegiare un certo tipo di utenti. Nel secondo caso, possono essere usate, come categorie, logiche per progettare *ex ante* le caratteristiche di un servizio, in funzione del valore che si intende generare per un definito target o mix di utenti.

I servizi si svolgono, in larga parte, a mezzo di una interazione tra erogatore e utente e si caratterizzano per un livello elevato di discrezionalità. Le persone sono, dunque, un elemento centrale della progettazione. Culture professionali, motivazione e culture organizzative a cui fanno riferimento costituiscono una leva fondamentale di governo dei servizi. Inoltre, le scelte che il personale si trova ad assumere in termini individuali rappresentano una parte molto consistente delle attività e qualificano i servizi nei confronti degli utenti.

Il prezzo dei servizi, oltre a una rilevanza rispetto al finanziamento del sistema, ha un'importante funzione di tipo comunicativo rispetto al valore offerto agli utenti. Con riferimento ai servizi pubblici, il tema dei prezzi assume una caratterizzazione specifica: il concetto di tariffa si sovrappone a quello del confine tra interesse individuale e interesse pubblico all'esistenza del servizio, ma pone anche vincoli rispetto ai volumi di erogazione. Nell'ambito del welfare, poi, l'utilizzo del test dei mezzi per definire le condizioni di accesso ai servizi pone problematiche sia rispetto alla definizione di una soglia minima o massima, sia rispetto alla raccolta di dati reddituali affidabili.

Le politiche di comunicazione includono: la scelta del mezzo di comunicazione, il messaggio proposto e il linguaggio che si ritiene opportuno adottare per produrre l'esito desiderato. La comunicazione consente di conoscere l'esistenza del servizio, le condizioni di accesso, le modalità di fruizione, il tipo di target previsto. Le modalità utilizzate e le scelte comunicative definiscono in modo chiaro l'utenza al quale si rivolge il servizio. Le politiche di comunicazione diventano, quindi, più o meno consapevolmente, uno strumento per selezionare il target di utenza.

Lo stesso si può dire anche circa le scelte relative alle modalità di accesso al servizio e ai luoghi, ambiti preposti all'erogazione. Differenti utenti possono avere accesso ai servizi con maggiore o minore facilità, in relazione alle scelte

che attengono ai luoghi, alle modalità e ai tempi, al fatto che essi siano concentrati oppure diffusi sul territorio; le domande di accesso possono essere espresse dai cittadini presso gli sportelli oppure devono essere inviate in forma cartacea, o ancora telefonicamente o via web; gli orari di accesso possono avere maggiore o minore coerenza con i tempi di vita e lavoro delle persone.

Infine, la scelta delle caratteristiche di fondo del servizio (*core service*) e degli aspetti accessori (*peripherals*) definisce le politiche di prodotto/servizio. Il *core service* costituisce il beneficio principale che viene offerto all'utente, mentre i *peripherals* estendono il valore che può essere percepito dall'utente, a supporto del godimento del beneficio principale. Nell'ambito di molti servizi (siano essi pubblici o privati), il *core service* ha una natura tecnico specialistica: è poco realistico ipotizzare che gli utenti siano in grado di valutare la qualità delle prestazioni corrispondenti a questa componente dei servizi. Spesso gli utenti assumono le proprie valutazioni in relazione a elementi sintomatici o ad aspetti secondari del servizio, quali la maggiore o minore facilità di acquisto e le caratteristiche del luogo di erogazione, che assumono, quindi, un valore di per se.

Per definire in modo esplicito e deliberato i profili di utenti da selezionare nel sistema pubblico di servizi, e quelli da escludere, il settore pubblico deve governare in modo strategico queste cinque leve. Ognuna di queste, infatti, se declinata diversamente, può indirizzare il settore pubblico verso la selezione di diversi profili di utenza: la combinazione delle diverse leve produce diverse forme di valore, che saranno interessanti e, quindi, attrattive per diversi profili di utenti. Detto in altri termini, le scelte, implicite o esplicite, assunte dal decisore pubblico nell'ambito delle leve di *service management*, rendono i servizi più o meno fruibili per differenti tipologie di utenza, configurando, in questo modo, un posizionamento dell'offerta tale da privilegiare l'accesso da parte di alcune parti della possibile domanda e non di altre.

7.3 Il sistema dei servizi per la non autosufficienza

Come già evidenziato nei paragrafi precedenti, tutti i sistemi analizzati presentano tassi di copertura del bisogno limitati e inferiori al 100 per cento del bisogno potenziale stimato. In ogni sistema, quindi, viene attuato, in modo più o meno esplicito, un meccanismo di selezione dell'utenza, che determina quali cittadini verranno inclusi nel sistema pubblico dei servizi per la non autosufficienza. Seguendo i principi del *service management*, al di là dei criteri di selezione formali dichiarati nei sistemi, le caratteristiche dei servizi e il mix delle leve descritte nel paragrafo precedente, producono una sorta di «preselezione» dell'utenza potenziale, in relazione ai profili di coerenza che manifesta rispetto alle caratteristiche dei servizi.

Mentre il disegno formale dei servizi e le relazioni tra committenti pubblici ed erogatori sono concentrati soprattutto su alcuni aspetti più evidenti e misurabili, sono oggi ben note e al centro del dibattito nazionale e internazionale le leve di *service management*. Esse, sebbene giochino un ruolo cruciale nei sistemi di welfare, sono oggetto di un'attenzione molto limitata nei processi di progettazione dei servizi, prima, e analisi delle performance ottenute, poi. Questo meccanismo, per lo meno nel nostro paese, fa sì che le scelte fondamentali, che definiscono chi sia il target di utenti realmente preso in considerazione dai servizi, siano assunte con uno scarso (o, per lo meno, non diffuso) livello di consapevolezza. Di conseguenza, molto più che dal disegno formale *ex ante*, la scelta di chi siano i cittadini che più facilmente possano fruire dei servizi dipende dalle scelte diffuse prodotte concretamente, giorno per giorno, nei processi di erogazione dei servizi.

Questo riconduce direttamente alla domanda che guida la seconda parte del libro: quali sono le caratteristiche dei processi di erogazione dei servizi per anziani non autosufficienti in Francia, Germania, Italia e Regno Unito? Quali scelte di *service management* sono state fatte? Quale mix di leve viene utilizzato nei diversi paesi e quali effetti produce?

Per affrontare queste domande, nei capitoli seguenti si analizzerà in modo specifico il tema delle leve di *service management* per il settore LTC nei quattro paesi oggetto di studio, illustrando il percorso di erogazione dei servizi a livello locale in quattro città utilizzate come caso studio: Marsiglia per la Francia, Lipsia per la Germania, Parma per l'Italia e Oxford per il Regno Unito.

7.3.1 *L'analisi del percorso degli anziani nei servizi per la LTC in quattro città europee*

Se, come già detto, le leve di *service management* sono quelle caratteristiche che contraddistinguono un processo di erogazione di servizi da un altro, esse possono essere declinate anche con riferimento ai servizi per anziani non autosufficienti, e, in particolare, essere riassunte in:

- politiche del personale:
skill mix dei professionisti e del personale coinvolto nelle diverse fasi del processo di erogazione del servizio;
- politiche tariffarie:
meccanismi di definizione del *co-payment* e del budget a disposizione dell'utente;
- politiche di comunicazione:
livello di coinvolgimento degli utenti (e delle loro famiglie) durante i diversi step del processo di erogazione del servizio;

- le politiche degli accessi, il layout e la logistica: accessibilità del sistema in termini di:
 - disponibilità e diffusione di informazioni tra i potenziali utenti (cittadini);
 - presenza di procedure e processi *user-friendly* che facilitano i contatti;
- politiche di prodotto/servizio: caratteristiche dei servizi offerti in termini di:
 - livello di integrazione tra diverse componenti dell'offerta;
 - livello di flessibilità e adattabilità ai bisogni;
 - possibilità di modificare le caratteristiche dei servizi al cambiare dei bisogni (*Shaping and reshaping*);
 - livelli di scelta disponibili;
 - mix tra servizi standard /core e aggiuntivi.

Ognuna di queste leve può essere declinata e combinata in modo diverso, dando adito a differenti modelli di servizi, che, a loro volta, producono utilità diverse per i cittadini.

Obiettivo dei casi studio è anche dare la rappresentazione più realistica possibile dell'esperienza degli anziani non autosufficienti nelle quattro città selezionate. Idealmente, si è immaginato di prendere per mano un potenziale utente in ognuna delle quattro città e accompagnarlo durante tutto il suo percorso assistenziale, dal momento in cui sorge il bisogno di assistenza e si rivolge al sistema pubblico, fino al momento in cui riceve i servizi o le prestazioni più adatte a lui. Per agevolare questo tipo di osservazione e ripercorrere tutti gli step realmente previsti nei diversi sistemi, mantenendo la possibilità di confrontare le quattro città in modo omogeneo, il percorso di erogazione e fruizione dei servizi per gli anziani non autosufficienti è stato idealmente scomposto in quattro fasi successive, ovvero:

- fase di primo contatto;
- fase di valutazione e selezione;
- fase di definizione del Piano di Cura;
- fase di erogazione del servizio.

Queste fasi, valide per tutti e quattro i casi studio, sono coerenti sia con i meccanismi di erogazione dei servizi tratteggiati dalle teorie di *service management* (Ugolini), sia con quanto già individuato in letteratura, con riferimento al sanitario e assistenziale (per esempio, Hardy *et alii*, 1999), al modello concettuale di rappresentazione del flusso dei pazienti nei servizi sanitari e sociali proposto da Katsaliaki *et alii* (2005) e al processo decisionale per l'accesso ai servizi residenziali di cura schematizzato da Katz *et alii* (2013).

Tabella 7.1 Le fasi del processo di erogazione dei servizi (adattato da Hardy *et alii*, 1999)

1	PRIMO CONTATTO	<ul style="list-style-type: none"> • Primo contatto del potenziale utente (o della sua famiglia) con il servizio. • Raccolta di informazioni generiche su politiche/interventi a disposizione • Raccolta di informazioni specifiche in via preliminare su una singola politica/intervento
2	VALUTAZIONE E SELEZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione dello stato di non autosufficienza e conseguente riconoscimento della titolarità a ottenere servizi e prestazioni: • Valutazione dei bisogni dell'utente (<i>needs assessment</i>) • Decisione rispetto a inclusione o esclusione dai servizi
3	DEFINIZIONE DEL PIANO DI CURA	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione di un piano assistenziale (<i>intensità dell'assistenza richiesta in funzione dei bisogni attestati</i>) • Scelta tra diverse opzioni di cura (<i>domiciliare-residenziale; cash-in-kind; ...</i>)
4	EROGAZIONE DEL SERVIZIO	<ul style="list-style-type: none"> • Scelta dell'erogatore/produttore • Contatti tra erogatore-soggetto pubblico di riferimento o utente (<i>famiglia</i>) • Pagamento/flusso di finanziamento • Monitoraggio/controllo degli standard di servizio

Per ognuna delle quattro fasi citate si analizzeranno le caratteristiche delle leve di *service management*, con l'obiettivo di evidenziare come queste impattino sull'esperienza vissuta dagli utenti.

Tabella 7.2 Lo schema di analisi: percorso e leve per la gestione dei servizi

Le leve nel sistema dei servizi	Le leve nel sistema dei servizi di LTC	Le fasi del percorso di LTC			
Politiche del personale	<i>Skill mix</i> dei professionisti e del personale coinvolto nelle diverse fasi del processo di erogazione del servizio.	Fase di primo contatto	Fase di valutazione e selezione	Fase di definizione del Piano di Cura	Fase di erogazione del servizio
Politiche tariffarie	Meccanismi di definizione del <i>co-payment</i> e del budget a disposizione dell'utente				
Politiche di comunicazione	Livello di coinvolgimento degli utenti (e delle loro famiglie).				
Le politiche degli accessi, il layout e la logistica	Accessibilità del sistema in termini di: <ul style="list-style-type: none"> – Disponibilità e diffusione di informazioni tra i potenziali utenti (cittadini) – Presenza di procedure e processi <i>user-friendly</i> che facilitano i contatti 				

Le politiche di prodotto/servizio	Caratteristiche dei servizi offerti in termini di: <ul style="list-style-type: none"> – Livello di integrazione tra diverse componenti dell’offerta – Livello di flessibilità e adattabilità ai bisogni – Possibilità di modificare le caratteristiche dei servizi al cambiare dei bisogni (<i>shaping and re-shaping</i>) – Livelli di scelta disponibili – Mix tra servizi standard /core e aggiuntivi 				
-----------------------------------	---	--	--	--	--

7.3.2 I casi di studio: percorsi in quattro città europee.

Il livello di analisi scelto per ricostruire i percorsi degli anziani non autosufficienti nei servizi è il livello locale. In particolare, per ottenere una maggiore verosimiglianza rispetto all’esperienza degli utenti, si è scelto di costruire quattro casi studio realizzati in quattro città europee. Questo livello di analisi ha permesso, come valore aggiunto, di condurre delle analisi in loco, intervistando nelle diverse città attori identificati come centrali e visitando i luoghi del percorso degli anziani.

Le quattro città analizzate sono Marsiglia per la Francia, Lipsia per la Germania, Parma per l’Italia, Oxford per il Regno Unito. L’obiettivo, come per la prima parte del libro, è sia fornire un quadro comparativo ricco che permetta di confrontare le quattro esperienze, sia individuare alcuni spunti di riflessione specifici per il welfare italiano. La scelta delle quattro città è stata dettata, in prima istanza, dalla ricerca di un *panel* di città che fossero tra loro confrontabili. Individuate alcune caratteristiche socio-economiche comuni, si è definito un *panel* piuttosto ampio di città che avrebbero potute essere incluse nello studio per ognuno dei quattro paesi. Per ognuna di esse sono stati avviati contatti in loco per poter condurre delle interviste semi-strutturate, oltre che delle visite nei diversi centri servizi. In seconda istanza, quindi, il *panel* di quattro casi studio è stato definito sulla base dei contatti che si sono realizzati e che hanno reso possibili le analisi in loco. Se, da un lato, questo ha diminuito l’omogeneità del campione, dall’altro ha aggiunto un’ importante ricchezza informativa, data dalla possibilità di raccogliere dati originali direttamente dai protagonisti del percorso dei servizi.

In particolare:

- Parma (Italia) e Oxford (Regno Unito): sono due città di dimensioni medio piccole rispetto alla media nazionale dei rispettivi paesi, con un livello di ricchezza pro capite medio alto; sono entrambe scenario di alcune innovazioni in ambito sociosanitario.
- Marsiglia (Francia) e Lipsia (Germania): sono due città con un’alta incidenza di popolazione anziana e che hanno vissuto fenomeni simili di impoverimento, deindustrializzazione e conseguente rilancio.

Ognuno dei quattro casi è da intendersi come rappresentativo della realtà locale e non della realtà nazionale. Ognuno di questi paesi, infatti, con l'Italia prima tra tutti, è caratterizzato da sistemi di welfare e per la LTC che godono di ampia autonomia al livello locale. Ogni amministrazione, tra cui sicuramente le quattro oggetto di studio, ha promosso un'articolazione peculiare del sistema, con caratteristiche proprie che possono differire da quelle dei sistemi di altre città dello stesso paese.

Ogni caso studio (Eisenhardt, Graebner, 2007) è stato costruito sulla base di una analisi *desk* preliminare e di interviste semi-strutturate basate su un unico schema, condotte nelle città con attori chiave del sistema.

L'analisi *desk* ha avuto l'obiettivo di analizzare, in via preventiva, il processo di erogazione dei servizi, in modo da avere una mappatura preliminare del percorso a livello locale, ricostruendo le quattro fasi individuate e soffermandosi sulle leve di *service management* implementate. L'*output* di questa prima fase è stato, perciò, un primo quadro descrittivo, che sintetizzava le esperienze degli utenti nei quattro paesi. Sulla base del quadro preliminare, è stato condotto un primo confronto tra i quattro sistemi, in modo da avere una visione completa sui diversi meccanismi attuati. In seguito, è stata definita e condivisa dal gruppo di ricerca una guida comune per lo svolgimento delle interviste semi-strutturate (Bryman, 2008), che sarebbero state condotte nelle quattro città (si veda l'Appendice per la traccia utilizzata durante le interviste). L'intervista è stata articolata sulle quattro fasi di erogazione dei servizi definiti. Obiettivo delle interviste è stato arricchire le analisi già svolte, raccogliendo informazioni e punti di vista diretti rispetto alle caratteristiche del processo di erogazione dell'assistenza agli anziani non autosufficienti e adottando il punto di vista di chi si occupa della gestione del settore, sul fronte pubblico e privato. Lo scopo, quindi, era duplice: ottenere informazioni contestuali aggiuntive circa il processo di erogazione dei servizi (fasi, attori, procedure) e individuare le caratteristiche delle leve di *service management* azionate nelle quattro fasi.

L'analisi preliminare è stata funzionale anche per l'individuazione degli attori da intervistare in ogni città. Per ogni caso studio sono stati intervistati attori ritenuti centrali nel percorso di erogazione dei servizi, ovvero:

- l'attore di riferimento per la committenza dei servizi pubblici, sia in ambito sociosanitario che sociale: in tutti i paesi si è riscontrata la separazione tra committenza e produzione, con la presenza di un attore pubblico, che svolge un ruolo centrale nella regolazione di questi due ruoli. In tutti e quattro i paesi esiste, inoltre, si è riscontrata una separazione circa questo ruolo tra settore prettamente socio-sanitario e settore sociale;

- l'attore di riferimento per il mondo della produzione: tutti i casi sono accomunati dall'importanza di due tipologie di servizi, quello di assistenza domiciliare e quello di residenzialità per i non autosufficienti;
- l'attore espressione della voce degli utenti, quale, per esempio, associazioni di famigliari, pazienti o altro.

In questo modo, in tutte e quattro le città sono state effettuate almeno cinque interviste (una per ogni attore chiave) nel periodo gennaio - novembre 2013. Una sintesi delle interviste effettuate è disponibile in Tabella 7.3 mentre i dettagli per ogni caso sono disponibili nei relativi capitoli.

Tabella 7.3 Attori intervistati nei quattro casi studio

	MARSIGLIA	LIPSIA	PARMA	OXFORD
Committenza per la componente sociale dell'intervento	Dipartimento di Marsiglia, Comune di Marsiglia	Comune di Lipsia	Comune di Parma	Local Council Oxfordshire
Committenza per la componente sanitaria dell'intervento	Reti Geriatriche della Città di Marsiglia	Assicurazione LTC, Dresda	AUSL di Parma	Joint Commission Oxfordshire
Produttore di servizi residenziali	Residenza per Anziani, Troyes	Residenza per Anziani, Lipsia	Residenza Sanitaria, Parma	Produttore diffuso a livello nazionale
Produttore di servizi domiciliari	Gestore servizi domiciliari, Troyes	Consorzio di produttori servizi domiciliari	Cooperativa di produzione servizi domiciliari, Parma	Produttore diffuso a livello nazionale
Voce degli utenti	Operatori sociosanitari in rappresentanza delle famiglie	Associazione di famiglie anziani non autosufficienti	Associazione famiglie malati di Alzheimer	Operatori sociosanitari in rappresentanza delle famiglie

Bibliografia

Borgonovi E., Fattore G., Longo F. (a cura di) (2013), *Management delle Istituzioni Pubbliche*, Milano, Egea.

Bryman A. (2008), *Social research methods*, Third Edition, OUP Oxford.

Edvardsson, B., Gustafsson, A., & Roos, I. (2005). «Service portraits in service research: a critical review», *International Journal of Service Industry Management*, 16(1), 107-121.

Eisenhardt K. & Graebner M. (2007), «Theory Building from Cases: Opportunities and Challenges», *The Academy of Management Review*, vol. 50, n° 1, 25-32.

Denhardt R., Denhardt J. (2000), «The New Public Service: Serving Rather than Steering», *Public Administration Review*, 60:6, 549-559.

Ferlie E., Hartley J. & Martin, S. (2003), «Changing Public Service Organizations: Current Perspectives and Future Prospects», *British Journal of Management*, 14, 1-14.

Fosti G., Longo F. (2013), *Chi viene selezionato dalle reti? Le leve di service management in ambito sociale e socio sanitario*, in Fosti G. (a cura di) (2013), *Rilanciare il welfare locale*, pp. 75-93, Milano, Egea.

Gronroos C.(2000), *Service management and marketing*, Chichester, John Wiley.

Hardy, B., Young, R., & Wistow, G. (1999). «Dimensions of choice in the assessment and care management process: the views of older people, carers and care managers», *Health & Social Care in the Community*, 7(6), 483-491.

Jung T. (2010), «Citizens, co-producers, customers, clients, captives? A critical review of consumerism and public services», *Public management review*, 12:3, 439-446.

Katsaliaki, K., Brailsford, S., Browning, D., & Knight, P. (2005), «Mapping care pathways for the elderly», *Journal of health organization and management*, 19(1), 57-72.

Katz, J., Holland, C., Mitchell, K., Gage, H., Thein, N., & Sheehan, B. (2013), «Carers' perspectives on choosing a care home for a relative with dementia», *Families, Relationships and Societies*, 2(2), 211-228.

Normann, R. (2000), *Service management: Strategy and leadership in service business*, Third edition, New York, John Wiley.

Osborne, S. (2010a), *The new public governance?*, London, Routledge.

Osborne, S. (2010b), «Delivering Public Services: Time for a new theory?», *Public Management Review*, 12:1, 1-10.

Osborne S., Radnor Z. & Nasi G. (2013), «A New Theory for Public Service Management? Toward a (Public) Service-Dominant Approach», *The American Review of Public Administration*, 43, 135-158.

Ramdas K., Teisberg E., Tucker A., «Four (4) ways to reinvent service delivery. How to create more value for money for your customer and you», *Harvard Business Review*, 98-106.

Swartz T.A., Iacobucci D. (2000), *The handbook of services marketing and management*, London, Sage Publications.

Ugolini M. (2004), *Un approccio di service management per la gestione del reparto ospedaliero*, Milano, Giuffrè editore.

8. Francia: il percorso nei servizi a Marsiglia

di Elisabetta Notarnicola

Il sistema francese di assistenza e cura per gli anziani non autosufficienti può essere sinteticamente definito come un sistema molto articolato, in cui la componente pubblica garantisce un buon livello di risposta alle esigenze degli anziani e delle loro famiglie. Allo stesso tempo, però, esso è caratterizzato da un alto livello di complessità e frammentazione. Quest'ultima caratteristica assume una rilevanza ancora maggiore se analizzata a livello locale, dove avviene l'erogazione dell'assistenza vera e propria e dove si realizza il rapporto tra potenziali utenti, attori pubblici ed erogatori dell'assistenza (Gimbert e Malochet, 2011).

Il tema della non autosufficienza (o *dépendance, vieillissement, grand âge.*) è all'ordine del giorno nell'arena politica nazionale ormai dal 2010, quando è stato ufficialmente aperto un «Dibattito nazionale» (*Débat national*)¹ per il monitoraggio del fenomeno e l'avvio di un processo di ridefinizione degli interventi e riforma delle politiche. In questo contesto, due grandi snodi sono stati individuati per la tenuta del sistema: la tenuta finanziaria in una prospettiva d'incertezza rispetto ai trend futuri; l'assetto organizzativo del sistema. In particolare (Gimbert e Malochet, *ibidem*, pp. 38-39), l'organizzazione del sistema riguarda: le modalità di erogazione dei servizi in risposta ai bisogni di assistenza sociale e sanitaria; la presa in carico tra strutture residenziali e domicilio degli assistiti; la continuità delle cure lungo l'intero arco della vita di un individuo e per specifiche situazioni di emergenza; il coordinamento e l'integrazione tra i principali attori del sistema, ovvero gli enti pubblici locali, le agenzie sanitarie, i soggetti privati erogatori, le famiglie e gli anziani. Il percorso di presa in carico e la gestione dell'assistenza, a livello locale, diventa,

¹ Informazioni disponibili nella sezione dedicata sul sito del Ministero degli Affari Sociali e della Salute (ultima visita 07/01/2014): <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces.770/personnes-agees.776/dossiers.758/le-debat-de-la-dependance.2071/>

alla luce di queste considerazioni, un elemento fondamentale da indagare e presidiare.

Nelle prossime pagine si descriverà il percorso nei servizi per gli anziani non autosufficienti a partire dal caso della città di Marsiglia: esso è stato costruito sulla base dell'analisi *desk* di documenti ufficiali e sulle informazioni raccolte tramite sette interviste approfondite svolte tra ottobre e dicembre 2013 a Marsiglia.

8.1 Il quadro generale: il sistema dei servizi per gli anziani non autosufficienti

Il sistema francese per la non autosufficienza, come già descritto nel capitolo 2, è dato da un mix di diversi interventi, che prevedono benefit *inkind* e *cash* (Joel *et alii*, 2010). Esistono, quindi, sostanzialmente due macro tipologie di interventi: i trasferimenti monetari (per lo più assegni), gestiti a livello centrale nazionale e pagati anche tramite finanziamento delle casse assicuratrici per compensare la perdita di autosufficienza e per garantire l'accesso a cure dedicate; i benefit (servizi di diverso tipo, ma anche alcuni trasferimenti *cash* o agevolazioni fiscali), definiti e gestiti dal livello locale, in parte dal sistema sanitario delle Agenzie Regionali di Salute, con gli organi preposti, e in parte dagli enti locali con competenze in ambito di politiche sociali, a seconda della finalità dell'intervento (Morange 2004). La complessità del sistema deriva, tra gli altri fattori, dall'esistenza di due dimensioni che danno vita a molteplici incroci: la tipologia di servizi e prestazioni, la *governance* del settore e gli enti pubblici coinvolti.

8.1.1 Servizi e prestazioni disponibili

Tra gli interventi disponibili ², una prima grande distinzione da operare è quella tra trasferimenti *cash* e servizi reali, anche se, adottando, come punto di osservazione, il livello locale, nell'aggiungere ulteriori possibilità bisognerebbe tenere conto della grande variabilità esistente tra territori.

I principali servizi previsti sono:

- I servizi di cura domiciliare, con diverse finalità e intensità:
 - assistenza leggera nelle attività della vita quotidiana (*Aides à la vie quotidienne*), quali, per esempio, le pulizie, l'igiene personale, ecc...;
 - assistenza sociale per il sostegno e la vita autonoma (*Service d'aide à domicile, SAD*);
 - assistenza sanitaria e medica (*Services de soins infirmiers à domicile, SSIAD*);

² Informazioni disponibili sul sito del Ministero degli Affari Sociali e della Salute: <http://www.social-sante.gouv.fr/> (ultima visita 07/01/2014).

- assistenza sanitaria di ospedalizzazione al domicilio (*L'hospitalisation à domicile*, HAD).
 - I servizi in struttura (*les établissements et services sociaux et médico-sociaux*):
 - strutture residenziali a connotazione sociale, piuttosto «leggere» nei servizi offerti (*Foyer-logement, établissement d'accueil temporaire, ecc...*);
 - strutture residenziali a connotazione sociosanitaria 3 (*Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, EHPAD) denominate, precedentemente, case di riposo ;
 - servizi residenziali con una connotazione marcatamente sanitaria (per esempio, *le Unités des soins de longue durée*, USLD).

Gli ultimi dati ufficiali (2007) parlano di circa 10.000 soggetti erogatori di assistenza domiciliare sul territorio nazionale, per una spesa pubblica complessiva, pari a 6 miliardi di euro (nel 2008), ovvero il 26 per cento della spesa complessiva per la non autosufficienza di quell'anno (Naiditch 2013). Negli stessi anni, erano disponibili circa 680.000 posti in strutture residenziali dello stesso tipo, nelle quali risiedeva il 42 per cento degli anziani non autosufficienti stimati (Ramos-Gorand 2013). La dotazione di servizi viene considerata, a oggi, ancora insufficiente per una risposta adeguata ai bisogni della popolazione; inoltre, esistono anche importantissime eterogeneità territoriali, che, seppur non evidenti a un'analisi dei dati di regioni e dipartimenti ⁴, appaiono molto importanti a livello comunale (Ramond-Gorand, *ibidem*).

Tra i trasferimenti *cash* ⁵, due sono i più diffusi e rilevanti per finalità, importo erogato e diffusione:

- *Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)*: prestazione versata ai cittadini over sessantenni in funzione di una valutazione del livello di dipendenza, senza requisiti di reddito. L'APA è considerata, a tutti gli effetti, una prestazione in natura, in quanto viene erogata solamente in funzione della definizione di un piano di cura preferibilmente basato sulla permanenza al domicilio (dove può essere utilizzato sia per l'acquisto di servizi che per la remunerazione di *caregivers* informali), ma anche per servizi in struttura residenziale. L'ammontare erogato varia in funzione della gravità riconosciuta e del piano di cura che ne consegue (dal 2012 l'ammontare può variare da 552 a 1.288 euro mensili); in ogni caso, l'ammontare dell'APA non è mai tale da coprire la

³ <http://annuaire.maisons-de-retraite.fr/>

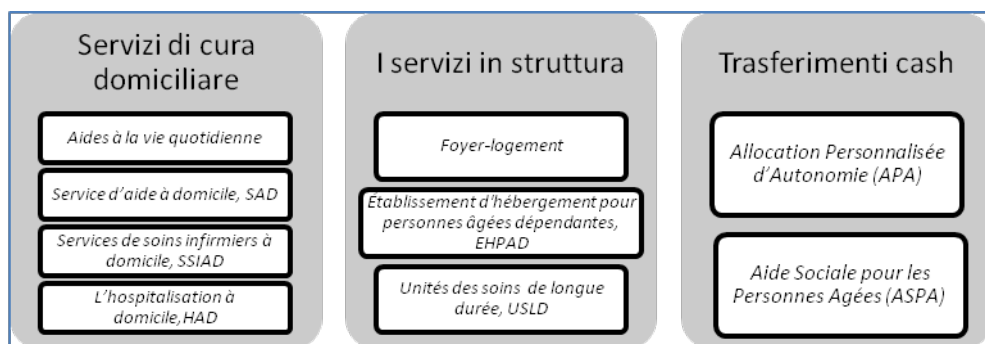
⁴ Livello di amministrazione locale simile alle Province italiane.

⁵ Tutti i dettagli disponibili sul sito <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16887.xhtml> (ultima visita: 07/01/2014).

totalità dei costi per l'assistenza ed è sempre previsto un livello di compartecipazione (in funzione del reddito);

- *Aide Sociale pour les Personnes Agées (ASPA)*: assegno sociale di sostegno al reddito versato ai cittadini over sessantacinquenni con reddito inferiore a determinate soglie (variabili a seconda che sia beneficiario di altre prestazioni sociali o del suo stato civile).

Figura 8.1 Le prestazioni e i servizi disponibili



8.1.2 Gli attori principali del sistema pubblico dei servizi

Guardando all'assetto complessivo della *governance* del sistema di assistenza per gli anziani non autosufficienti, gli attori che, al livello locale, intervengono nella filiera di produzione dei servizi, così come è stata definita nella ricerca (nelle quattro fasi di Intercettazione dei bisogni e primo contatto con gli utenti, Valutazione della non autosufficienza, Accesso al sistema, Erogazione e monitoraggio dei servizi), sono principalmente gli enti locali, le Agenzie Sanitarie e i soggetti erogatori pubblici o privati.

Più dettagliatamente, gli attori in gioco sono:

- le Agenzie Regionali della Salute (*Agence Régionale de Santé, ARS*) con le reti geriatriche istituite a partire dal 2007 (*Réseaux de santé «personnes âgées»*);
- gli enti locali competenti per gli interventi sociali e, in particolare, il Consiglio Generale (*Conseil Général*) a livello di dipartimento, con alcuni enti (o agenzie) di supporto a livello comunale, principalmente il Centro Comunale di Azione Sociale (*Centre Communal d'Action Sociale, CCAS*) e il Centro Locale di Informazione e Coordinamento per gli interventi agli anziani (*Centre Local d'Information et de Coordination, CLIC*);
- i produttori dei servizi, domiciliari e residenziali.

8.1.2.1 Gli attori del settore sanitario

Le **Agenzie Regionali della Salute** (ARS), istituite nel 2009, sono enti regionali di gestione della sanità e del settore sociosanitario (*médico-social*): sono investite della funzione di programmazione e committenza, ma anche della produzione ed erogazione dei servizi ospedalieri e territoriali (simili, in qualche modo, alle aziende sanitarie italiane, sul modello emiliano romagnolo). La loro costituzione è stata l'esito, tra gli altri, di un processo di semplificazione e complessiva riorganizzazione di una molteplicità di enti che, precedentemente, si occupavano in modo parcellizzato dei diversi interventi della programmazione sanitaria; essendo enti regionali (26 su tutto il territorio francese, compresi quelli oltre mare), hanno mantenuto una rete territoriale a supporto dell'erogazione dei servizi. Tra queste, le **Reti Geriatriche** (d'ora in poi *Réseaux*), istituite nel 2007⁶ con l'obiettivo di essere il centro di coordinamento della presa in carico sociosanitaria di anziani over settantacinquenni non autosufficienti. La missione delle reti è intervenire come *care manager* per il supporto alla definizione di un piano di cura il più possibile adeguato per gli anziani che vivono al proprio domicilio o che necessitano di un trasferimento in struttura. Questo avviene tramite: un costante monitoraggio delle condizioni di salute per la popolazione di riferimento, grazie a un costante scambio di informazioni con i servizi sanitari, che consente di individuare le potenziali persone a rischio sociosanitario; la presa in carico dell'anziano, con una prima valutazione dei suoi bisogni; la predisposizione di un piano di cura e l'accompagnamento dell'anziano e della famiglia nella messa in atto di quest'ultimo. Le reti non erogano alcun servizio, sono, piuttosto, delle agenzie di coordinamento che mettono a disposizione delle famiglie dei professionisti per una presa in carico migliore da parte del sistema pubblico per tutti i bisogni sociosanitari.

8.1.2.2 Gli attori del settore sociale

L'ente competente per gli interventi sociali a livello locale è il **Dipartimento** con il **Consiglio Generale** (CG): si tratta di un ente (a elezione diretta da parte dei cittadini) che provvede al finanziamento, alla programmazione e alla gestione degli interventi a livello dipartimentale per tutto ciò che riguarda la protezione sociale e non solo. È una sorta di ente capofila rispetto ai comuni del suo territorio e provvede alla definizione di alcune politiche molto rilevanti a livello locale e all'erogazione di servizi rispetto a: interventi sociali, trasporto, cultura, scuola, sviluppo locale e altro. Rispetto agli interventi sociali (che rimangono l'attività fondamentale dei CG), si occupano del finanziamento e

⁶ CIRCULAIRE N° DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ».

dell'erogazione di: Reddito Minimo Garantito (RSA, il 12 per cento circa della spesa 2011 dei 100 CG francesi che gestiscono complessivamente circa 55 miliardi di euro); APA (7 per cento circa della spesa complessiva) ed erogazione di servizi per diverse categorie di utenza (28 per cento circa della spesa complessiva) ⁷. A livello comunale, l'organo di riferimento per gli interventi sociali è il **Centro Comunale di Azione Sociale (CCAS)**, il cui compito è gestire gli interventi sociali a livello comunale (quelli che esulano dalle competenze dipartimentali dei CG). I CCAS, contrariamente ai CG, possono essere anche erogatori di servizi, oltre ad occuparsi della committenza con soggetti terzi: sono, per esempio, i gestori del 40 per cento dei *Foyer Logement* (strutture residenziali sociali per anziani) ed erogatori di assistenza domiciliare per 200.000 anziani su tutto il territorio nazionale (per 30 milioni di ore di assistenza); gestiscono, complessivamente, un budget annuale di 2,5 miliardi di euro circa (dati *Uncass*, unione nazionale delle CCAS). Similmente ai *Réseaux* in campo sociosanitario, in campo sociale, a livello locale, sono stati istituiti i **CLIC (Centro Locale di Informazione e Coordinamento)**, simili a punti unici di accesso per gli interventi sociali per gli anziani. Questi centri, 549 su tutta la Francia, disponibili in media per il 60 per cento dei cittadini ultra sessantenni, sono dei punti di primo accesso e informazione, istituiti su ogni territorio dai Consigli Generali, presso i quali gli anziani e le loro famiglie possono recarsi per avere una visione complessiva del sistema degli interventi disponibili e un primo inquadramento dei propri bisogni di assistenza. Similmente ai *Réseaux*, i CLIC non erogano servizi, ma si occupano della predisposizione di un piano di cura in una logica di *care management*. Possono essere di tre tipologie: 1) di livello 1, se possono fornire solo informazioni ai cittadini e funzionano, in questo caso, come sportelli; 2) di livello 2, se possono anche predisporre un piano di cura in seguito a una valutazione dei bisogni sociali; 3) di livello 3, se devono occuparsi anche della messa in atto e del monitoraggio dei piani di cura.

8.1.2.3 Gli erogatori

In Francia, i soggetti produttori dei servizi operano in una sorta di regime di accreditamento (differente per tipologia di servizio e di territorio in territorio, non essendo regolamentata a livello nazionale), che definisce standard di qualità e di servizi per poter offrire servizi in regime di finanziamento pubblico. I finanziamenti pubblici vengono trasmessi direttamente dai soggetti competenti (per lo più Consigli Generali, in quanto erogatori di APA) agli erogatori tramite sistemi di tele-pagamento, che consentono, ormai, di tener traccia dei flussi a livello locale su tutto il territorio. Per quanto riguarda i servizi di assi-

⁷ Informazioni disponibili dal sito Vie Publique del Governo Francese (<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/collectivites-territoriales/competences-collectivites-territoriales/quelles-sont-competences-exercees-par-departements.html>) (ultima visita 07/01/2014).

stenza domiciliare (e, in particolare, i SSIAD ⁸), il 10 per cento è erogato da soggetti pubblici, il 70 per cento da enti privati no profit e il 20 per cento da enti privati for profit. Per i servizi residenziali sociosanitari (EHPAD), il 54,5 per cento è gestito da enti pubblici, il 26,5 per cento da enti no profit e il 18,5 per cento circa da enti for profit; per quelli sociali, il 70 per cento da soggetti pubblici, il 27 per cento dal no profit e il 3 per cento da enti for profit.

8.2 Il caso della città di Marsiglia

Marsiglia, capoluogo della regione Provenza-Alpi-Costa Azzurra (*Provence-Alpes-Côte d'Azur*, PACA) e del dipartimento Bocche del Rodano (*Bouches-du-Rhône*), è una delle più grandi città della Francia, con circa 850.000 abitanti. Le caratteristiche dell'area metropolitana e le dinamiche socio economiche degli ultimi anni hanno portato la città all'attenzione nazionale (Insee, 2011): il 17,7 per cento della popolazione è over sessantacinquenne (contro il 14,65 per cento del dato medio nazionale); di questi, 184.000 cittadini, uno su tre (63.000), vivono soli e 9.000 in strutture residenziali (circa il 5 per cento); solamente il 37,6 per cento della popolazione ha meno di 30 anni (contro il 40 per cento medio nazionale); il tasso di povertà è più alto che altrove (il 29 per cento degli abitanti sulla soglia di povertà) e il valore degli alloggi più basso; il tasso di inattività della popolazione con più di quindici anni è molto alto, pari a 12,3 per cento (7,6 per cento il dato medio nazionale).

Tutti questi elementi fanno di Marsiglia un contesto particolarmente stimolante e allo stesso tempo critico per un approfondimento sugli interventi sociali e sociosanitari e le loro modalità di erogazione. Gli enti locali della città e del dipartimento, alla luce di questa situazione, hanno avviato negli ultimi anni alcuni interventi di rimodulazione delle politiche e di innovazione nei servizi, a partire da un piano strategico basato su progettualità e sperimentazioni innovative, rinnovato di anno in anno, dal 2011 a oggi, denominato «Contratto Urbano di Coesione Sociale», o *Contrat Urbain de Cohésion Sociale*⁹.

8.2.1 Il sistema dei servizi della città

Guardando all'assetto del sistema sociale e sanitario per gli anziani non autosufficienti della città e del dipartimento, dati molto interessanti possono essere estrapolati dal documento di programmazione del Consiglio Generale (CG), simile ai Piani sociosanitari delle ASL o ai Piani di Zona degli Ambiti sociosanitari italiani (*Conseil général des Bouches du Rhône, Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales, Schéma départemental en faveur des Personnes âgées 2009-2013*).

⁸ I servizi di cure domiciliari sociosanitari simili all'italiana Assistenza Domiciliare Integrata.

⁹ Più informazioni sul sito: <http://www.marseille.fr/sitevdm/social-et-sante/contrat-urbain-de-cohesion-sociale>

Il primo dato, coerente con le peculiarità già citate, è la più alta incidenza del numero di beneficiari di APA rispetto al resto del territorio nazionale: se, in media, ogni 1.000 abitanti over 75, 188 sono beneficiari di APA, nel Dipartimento di Marsiglia questi sono 200,2. Questo dato viene interpretato come la dimostrazione di un investimento importante del territorio sul sostegno all'assistenza (l'APA viene finanziata, infatti, per il 60 per cento circa proprio dagli enti locali, che sono in questo responsabili, in qualche modo, del budget annuo di spesa).

La dotazione di posti in strutture residenziali è, invece, più bassa che altrove (42 posti ogni 1.000 abitanti per EPHAD – struttura sociosanitaria – contro i 71,5 di media nazionale; 17 per 1.000 abitanti in *Foyer Logement*, contro 31,2), mentre è allineata la dotazione di servizi domiciliari (per esempio, per i SSIAD – assistenza domiciliare sociosanitaria – 16,2 posti ogni 1.000 abitanti, così come a livello nazionale).

Nella Tabella 8.1 riportiamo alcuni dati specifici sulla città di Marsiglia (area metropolitana).

Tabella 8.1 Dotazione di servizi per anziani non autosufficienti

	DIPARTIMENTO	CITTA' DI MARSIGLIA		
		Area metropolitana	Per anziani >60	Per anziani >75
Numero di residenti >60	432.434	253.074	100%	-
Numero di residenti >75	166.153	81.029	32%	100%
Numero di posti disponibili in EPHAD	17.447	7.735	0,3%	9,5%
Numero di EPHAD	224	91	-	-
Numero di posti disponibili in <i>Foyer Logement</i>	2.578	779	0,03%	0,9%
Numero di <i>Foyer Logement</i>	37	14	-	-
Numero di posti disponibili in SSIAD	2.329	1.280	-	-

Numero di Beneficiari di APA	24.884	13.382	5,3%	16,5%
Numero di Beneficiari di APA- residenti a Domicilio	20.391	10.896	4,3%	13,4%
Numero di Beneficiari di APA- residenti in struttura	4.993	2.486	1%	3,1%

Rispetto alla disponibilità di posti in servizi in struttura o al domicilio, si evidenzia uno scarto importante tra i posti autorizzati e, quindi, programmati dagli enti locali e quelli effettivamente installati: questo gap, che enfatizza ancora di più la carenza strutturale di servizi, evidenzia anche una sorta di «povertà» nel territorio, in cui manca capacità di investimento e soggetti pubblici e privati che intervengano in questa direzione.

Nello stesso documento di programmazione sono disponibili anche alcune informazioni circa la soddisfazione degli anziani in carico e la qualità della presa in carico nei servizi, utili anche per interpretare quanto emerso dalle interviste svolte. In questa direzione, è interessante notare che:

- l'87 per cento dei beneficiari di APA si dice soddisfatto;
- tra gli anziani che vivono al domicilio risulta maggiore la richiesta di servizi leggeri, di accompagnamento alla vita quotidiana, piuttosto che di assistenza domiciliare tradizionale;
- solo il 46 per cento degli ospiti di strutture residenziali le trova accoglienti;
- circa il 53 per cento degli utenti di servizi domiciliari ha scelto l'erogatore del servizio sulla base di un criterio di convenienza della tariffa; il criterio prevalente di scelta della struttura residenziale è, invece, la prossimità alla casa di origine e il «buon nome della struttura»;
- i principali motivi di ingresso in struttura sono tre: impossibilità di rimanere al domicilio, data l'inadeguatezza della casa; bisogno di assistenza regolare o continuativa.

Quanto alla spesa sostenuta dal Consiglio Generale per servizi, questa è stata, nel 2010, pari a 250 milioni di euro (il dato non è disponibile per la sola città di Marsiglia), che equivalgono a una spesa di 578 euro circa per ogni cittadino ultra sessantenne (di questa spesa, il 46 per cento è stato destinato a servizi di vario tipo al domicilio, mentre il 55 per cento a servizi residenziali), corrispondente al 22 per cento della spesa complessiva per interventi sociali del consiglio (*Rapport d'observations definitives sur la gestion du Conseil General des Bouches*

du Rhône, 2013, disponibile sul sito <http://www.cg13.fr/cg-13/institution/le-budget/>).

8.2.2 *Gli attori principali del sistema pubblico dei servizi*

Rispetto al territorio marsigliese, si è scelto di intervistare i dirigenti di alcuni enti particolarmente significativi a livello locale, coerentemente con quanto descritto rispetto all'organizzazione generale del sistema sociale e sociosanitario per gli anziani non autosufficienti. Sono state, per questo, condotte sette interviste approfondite, in modo da avere informazioni esaurienti circa tutto il percorso degli anziani nei servizi, con riferimento alle principali tipologie di servizi e prestazioni disponibili (servizi residenziali, con un focus specifico su quelli sociosanitari – EHPAD, servizi domiciliari, APA e ASPA). Solamente in un caso non è stato possibile intervistare un soggetto operante a Marsiglia ed è stata intervistata una persona di un ente simile su un altro territorio. Si tratta del manager di una struttura residenziale, dirigente di una struttura sul territorio della città di Troyes, Dipartimento di Aube, Regione Champagne-Ardenne. I principali attori intervistati sono quindi:

- il Consiglio Generale del Dipartimento Bouches du Rhône, competente per la città di Marsiglia, che si occupa dell'assegnazione dell'APA (dalla valutazione all'erogazione), dell'ASPA e di altre prestazioni sociali, sotto forma sia di *cash* che di servizi reali, oltre che della programmazione degli interventi e del monitoraggio complessivo anno per anno (<http://www.cg13.fr/>). Per il CG, è stata intervistata un dirigente responsabile del servizio APA, in carico della gestione dell'APA per le persone al domicilio (gestione del budget, della programmazione generale, ma anche dell'erogazione delle prestazioni). Annualmente, vengono effettuate su tutto il dipartimento circa 25.000 valutazioni per erogazione di APA ad anziani residenti al domicilio;
- il Centro Comunale di Azione Sociale di Marsiglia – CCAS Marseille (<http://www.ccas-marseille.fr/actus>). Il CCAS del Comune di Marsiglia viene gestito in raccordo con il Consiglio Generale attraverso una condivisione delle competenze. I dossier di richiesta e istruttoria dell'APA, per esempio, devono essere prima validati da CCAS, che ha, quindi, la funzione di supervisione dell'erogazione delle prestazioni sul territorio. È stato intervistato un dirigente responsabile della Direzione Persone Anziane Non Autosufficienti e Handicap, incaricato del controllo delle prestazioni sociali (ASPA in particolare) e dell'erogazione dell'APA per le persone in strutture residenziali;
- il CLIC Centre Marseille, uno dei quattro della città, di livello 2 (autorizzato, quindi, a elaborare piani di cura per i propri utenti) e di riferi-

mento per sei quartieri di Marsiglia, per un bacino di 25.400 anziani ultra sessantenni e circa 12.600 ultra ottantenni; ogni anno gestisce circa 500 prese in carico. Il CLIC è amministrato da un ente no profit (Entraide), incaricato dal Consiglio Generale, che è presente sul territorio anche come erogatore di servizi residenziali. È stata intervistato un dirigente coordinatore del centro;

- *Réseaux de santé: Réseau Canton Vert*, rete di riferimento per l'area est della città - rete polivalente per la presa in carico sociosanitaria e, quindi, non specificatamente dedicata agli utenti anziani - e *Réseau Gérontologique ACLAP*, di riferimento per il centro della città. In entrambi i casi è stato intervistato un dirigente responsabile del *Réseau*.
- Un erogatore di servizi domiciliari, ente for profit che opera sul territorio marsigliese nel campo dell'assistenza domiciliare di tipo sociale per anziani, disabili, minori e altre tipologie di utenza, oltre che fornire servizi accessori, come il sostegno alla vita quotidiana e del tempo libero. È stato intervistato il direttore della società;
- Una residenza sociosanitaria EHPAD, struttura nelle vicinanze della città di Troyes, gestita da un ente no profit, di dimensioni medie (28 posti disponibili più un'unità Alzheimer; le strutture più grandi si assestano su circa 70 posti). È stata intervistata la direttrice di struttura.

8.3 Il percorso degli anziani nei servizi: assistenza e presa in carico a Marsiglia

Prima di descrivere le caratteristiche e le peculiarità delle quattro fasi di erogazione nei servizi, è necessario fornire un breve quadro di funzionamento generale del sistema, che precisa meglio quanto verrà descritto poi. Si è scelto di restringere il campo di indagine alle modalità di funzionamento del sistema dei servizi di natura sociale o sociosanitaria pubblici, il cui costo, cioè, è sostenuto totalmente o in parte da finanziamenti pubblici. Per il sistema francese, questo vuol dire restringere il campo a quei servizi (prestazioni) erogate gratuitamente ai cittadini o finanziati principalmente tramite due canali, l'APA o le prestazioni di *Aide Sociale* (in questo caso l'ASPAS). Il sistema francese, infatti, in linea teorica è relativamente facile nel suo funzionamento, anche se, come si vedrà, all'atto pratico la complessità aumenta. Con riferimento al sistema dei servizi, infatti:

- i cittadini possono accedere ai servizi residenziali e domiciliari offerti sul mercato privato, sostenendo una spesa *out of pocket*;
- possono beneficiare di un finanziamento da parte del settore pubblico, in quanto viene loro riconosciuto un diritto di assistenza in funzione della propria non autosufficienza (con l'erogazione dell'APA) o della

situazione reddituale (con l'erogazione dell'ASPA o altre misure specifiche);

- l'erogazione dell'APA è vincolata alla definizione di un piano di cura e alla scelta di un tipo di assistenza: se si sceglie la permanenza al domicilio con assistenza da parte di un *caregiver* familiare, questa viene versata direttamente all'anziano; se si sceglie la permanenza al domicilio con servizio di assistenza domiciliare convenzionato, questa viene utilizzata per finanziare l'erogatore del servizio, così come per l'inserimento in un servizio residenziale. In quest'ultimo caso, l'APA viene utilizzata per la remunerazione della componente assistenziale (esclusa la compartecipazione sempre richiesta all'utente) della tariffa per l'utente, mentre la tariffa alberghiera rimane a carico dell'utente stesso e la tariffa sanitaria a carico del sistema sanitario;
- nel caso in cui la situazione reddituale dell'anziano sia tale da poter beneficiare di un ulteriore sostegno, il trasferimento ricevuto per il sostegno al reddito (ASPA, per esempio) viene utilizzato per pagare la componente alberghiera e la compartecipazione richiesta sulla componente assistenziale della tariffa del servizio residenziale, oppure erogando servizi specifici di assistenza al domicilio (per esempio, pasti al domicilio, ecc...).

Tutte le prestazioni e i servizi che sono relativi all'assistenza sanitaria sono finanziati dalle casse sanitarie (con le logiche del sistema di assicurazione sociale) e non rientrano in quanto descritto.

8.3.1 Fase 1: informazione e primo contatto

Il disegno formale del sistema francese prevede due luoghi privilegiati di primo accesso da parte dei cittadini anziani e delle loro famiglie: da un lato, i centri CLIC per i bisogni sociali e, dall'altro, i *Réseaux* per i bisogni sociosanitari.

Le caratteristiche di questi servizi e la loro dislocazione sul territorio dovrebbero favorire un'omogeneizzazione dei percorsi di presa in carico e garantire una sorta di coordinamento.

Il disegno del sistema prevedrebbe, infatti, la raccolta di informazioni e una prima valutazione del bisogno sociale e sociosanitario dell'anziano presso i CLIC e i *Réseaux* e un successivo indirizzamento verso i servizi ritenuti più appropriati o l'avvio della pratica di richiesta di una prestazione di sostegno (APA o ASPA) agli enti di riferimento (il Consiglio Generale). In questo modo, i punti di accesso dovrebbero funzionare come primi *gatekeepers* rispetto alla presentazione di domande di assistenza agli altri enti.

Dalle interviste effettuate, emergono alcuni elementi discordanti rispetto a questa impostazione.

8.3.1.1 Come avviene il primo contatto tra un potenziale utente (o la sua famiglia, o altri) e i servizi?

Gli uffici dedicati ai servizi per gli anziani degli enti attori del sistema sono individuati come il luogo dove è disponibile la maggior parte delle informazioni per gli utenti. Solamente due intervistati citano il web come fonte di informazione, ma entrambi precisano che si tratta di uno strumento molto poco utilizzato. I luoghi individuati come quelli dove più frequentemente sono reperibili le informazioni sono:

- il CLIC o Réseaux;
- il comune con il CCAS;
- il medico di famiglia o l'ospedale nel caso di un ricovero;
- le farmacie.

Le informazioni sono richieste per lo più dai familiari, anche accompagnati dagli utenti stessi. Talvolta, possono essere anche il medico curante o altri professionisti sanitari che hanno già attiva una presa in carico dell'anziano.

Le informazioni richieste riguardano, soprattutto, informazioni molto specifiche sui singoli servizi e prestazioni, anche se, in alcuni, casi il primo contatto avviene per avere una visione generale del sistema, nonostante il fatto siano disponibili entrambi i tipi di informazione.

Gli intervistati rilevano, in generale, un ottimo livello di diffusione delle informazioni tra i cittadini, soprattutto con riferimento all'attività dei CLIC.

Box 8.1 Come avviene il primo contatto tra un potenziale utente (o la sua famiglia, o altri) e i servizi?

Dove sono disponibili le informazioni	Luoghi fisici: prevalentemente Web: molto poco
Chi tipicamente richiede le prime informazioni	Familiare, Utente, talvolta Professionisti sanitari che hanno già attiva una presa in carico dell'anziano
Quali tipi di informazioni sono disponibili:	Specifiche sugli interventi
Quali informazioni vengono richieste maggiormente	Specifiche sugli interventi
Qual è il livello di diffusione delle informazioni	Alto

8.3.1.2 In che modo un potenziale utente arriva a richiedere informazioni?

Le principali fonti di diffusione delle informazioni individuate sono: il passaparola, soprattutto tra nuclei familiari e reti sociali amicali, specifiche campagne mediatiche attivate a livello locale dagli enti locali competenti, e per contaminazione dal settore sanitario (per esempio, attraverso gli ospedali o tramite i servizi sanitari territoriali).

La prima richiesta di informazioni avviene al momento dell'acuirsi di un bisogno di assistenza già esistente, ma fino a quel momento gestito dalla famiglia e su richiesta dei famigliari (dei figli nella maggior parte casi).

Box 8.2 In che modo un potenziale utente arriva a richiedere informazioni?

Come avviene la segnalazione dell'esistenza di politiche/interventi?	Passaparola , specifiche campagne di sensibilizzazione, segnalazione dal settore sanitario
Quando avviene nella maggior parte dei casi la prima richiesta di informazioni?	All'acuirsi del bisogno di assistenza già esistente , quando i figli/familiari ne sentono la necessità

8.3.2 Fase 2: selezione dell'utenza e accesso al servizio

Il disegno formale del sistema francese prevede diversi processi di valutazione e, di conseguenza, diverse modalità a seconda del luogo di primo accesso al sistema da parte dell'utente.

In seguito a un accesso tramite CLIC, l'anziano viene preso in carico da un assistente sociale, che attiva una relazione stabile: da quel momento, invierà informazioni e contatterà l'anziano su base regolare. Dopo un primo colloquio conoscitivo, l'assistente sociale procede con una valutazione delle condizioni sociali dell'anziano presso la sua abitazione, anche in presenza del nucleo familiare e dei *caregiver* informali, se necessari. La valutazione si basa, quindi, sull'osservazione dell'ambiente domestico, su una *valutazione* dell'assistenza già ricevuta e del reddito (sia le fonti che le spese abituali dell'anziano). Non viene fatta nessuna valutazione di carattere sanitario o relativa alla non autosufficienza.

In seguito a un accesso tramite *Réseau*, viene attivato un processo di presa in carico sociosanitaria, basata su una *valutazione* sanitario e sul profilo di non autosufficienza. Dopo il primo contatto diretto tramite il medico curante o in seguito a dimissione ospedaliera, viene fatta una prima valutazione da parte della persona individuata come in carico per l'anziano, nella maggior parte dei casi un infermiere o, comunque, un professionista sanitario, che compila un primo *fichier* con le informazioni sintetiche sull'anziano. Si crea, così, un database di conoscenza della popolazione, anche per futuri monito-

raggi. Viene contattato, di norma, il medico curante dell'anziano, se non è già informato, in modo da favorire l'integrazione sin dall'inizio del percorso. La valutazione vera e propria viene svolta solamente da personale sanitario al domicilio dell'anziano e riguarda: elementi di fragilità psicologica, sociale ed emotiva, quali per esempio, depressione, sensazione di abbandono, stato di isolamento, ecc...; fragilità sanitaria dell'anziano rispetto a patologie, deficit specifici, invalidità, stato generale di salute, ecc... L'esito di questa prima valutazione può determinare la decisione che l'anziano non sia idoneo per una presa in carico da parte del *Réseaux* (in questo caso, la segnalazione viene comunque aperta, ma non dà seguito ad alcun intervento), oppure l'effettiva presa in carico, con la conseguente definizione di un piano di cura.

Sia per i CLIC che per i *Réseaux* non è stata formalizzata una procedura standard, né, tantomeno, una griglia di riferimento: ogni centro adotta una propria prassi.

La valutazione operata dal Consiglio Generale per l'assegnazione dell'APA prende avvio a partire dalla presentazione di una richiesta formale di apertura dell'istanza di valutazione fatta dall'anziano tramite il CCAS comunale. La prima selezione all'accesso si basa, quindi, sulla verifica della correttezza amministrativa della presentazione della domanda di valutazione. Si tratta semplicemente della verifica di *compliance* burocratica. Superata questa prima barriera, si passa alla valutazione dello stato di non autosufficienza, basata su una valutazione sociosanitaria (anche se risulta essere parzialmente più sbilanciata sul versante sanitario). La valutazione viene eseguita da un medico autorizzato (assunto dal Consiglio Generale) al domicilio dell'anziano, che lo visita e fa una propria valutazione del contesto in cui vive: sulla base di questi elementi, compila una griglia di valutazione definita a livello nazionale (la griglia AGGIR¹⁰). Dopo questo primo passaggio, viene fatta una seconda valutazione, una sorta di validazione sociale di quanto emerso dal processo AGGIR: un operatore sociale (preferibilmente un assistente sociale) si reca nuovamente al domicilio per fare una valutazione, che tenga conto di tutte le dimensioni socio-assistenziali non ancora valutate. Questa valutazione si conclude con la predisposizione di un profilo sociale, che, insieme alla valutazione GIR, viene portata in sede di una commissione multidisciplinare (della quale fanno parte uno o più dirigenti del dipartimento e un medico) per una rivalutazione complessiva prima della valutazione finale, fatta in quella stessa sede.

La valutazione fatta da CLIC o da *Réseaux* non è in nessun modo vincolante rispetto ai passaggi successivi della presa in carico: esse vengono, infatti, considerate al pari di raccomandazioni da parte di professionisti e, nella maggior parte dei casi, non utilizzate dagli altri attori pubblici.

¹⁰ La griglia AGGIR include tutte le dimensioni citate assegnando ad ognuna di esse un punteggio. Il punteggio determina a sua volta l'assegnazione ad una classe Gir su scala da 1 a 6 a seconda della gravità: solamente i Gir da 1 a 4 danno diritto all'erogazione dell'APA

Nel caso di inserimento in un servizio, sia questo un servizio residenziale o domiciliare, è ormai buona prassi consolidata tra i produttori procedere con un'ulteriore valutazione presso il servizio, che dettagli i piani di cura definiti in precedenza. Ogni struttura o ente gestore segue proprie prassi tarate sulla tipologia di servizio.

8.3.2.1 Come si svolge il processo di valutazione del bisogno?

Quello che si può dedurre da questa prima descrizione dei processi è che esistono diversi momenti di valutazione, ognuno dei quali riferito specificatamente a una prestazione (o a un pacchetto di prestazioni), che presentano pochi punti di contatto tra loro. Ognuno di questi momenti, infatti, segue un proprio processo con pratiche e obiettivi diversi dagli altri.

L'impressione è che il sistema tenda a catalizzarsi intorno alla valutazione svolta sotto il coordinamento del Consiglio Generale, che determina l'assegnazione dell'APA: è proprio quest'ultima prestazione che definisce nei fatti l'inclusione nel sistema pubblico o meno, determinando la soglia di accesso. È in funzione dell'APA, infatti, che vengono erogati i principali finanziamenti pubblici ai servizi e alla domiciliarità (considerando che le altre prestazioni hanno una incidenza di spesa per assistito piuttosto marginale).

Il vero *gate* di accesso è, quindi, il Consiglio Generale del Dipartimento, in capo al quale è anche la responsabilità di budget per questo intervento, essendo il principale finanziatore dell'APA. Le altre valutazioni descritte sono funzionali a un miglioramento della qualità della presa in carico: quelle dei CLIC e dei *Réseaux* dovrebbe garantire un migliore *counselling* e coordinamento degli interventi (anche se la duplicazione del soggetto non aiuta l'integrazione tra sociale e sanitario- questione molto sentita in Francia); quelle presso i servizi dovrebbero garantire un maggiore qualità dell'assistenza, andando in una logica di personalizzazione e targettizzazione.

Box 8.3 Come si svolge il processo di valutazione del bisogno (ramo assicurativo)?

Chi esegue la valutazione?	Team/panel
Come viene svolta la valutazione?	Su scala, valutazione multidimensionale, colloquio
Come viene definito l'esito della valutazione?	Ranking/punteggio, elementi di discrezionalità da parte del valutatore
I criteri di valutazione sono condivisi con il potenziale utente?	Sì

Quali elementi entrano nella valutazione?	Reddito, patrimonio, stato di salute, condizioni sociali, del singolo e del suo network di appartenenza
In quanti momenti si articola il processo di valutazione?	Diverse fasi separate
Dove si svolge la valutazione?	Domicilio o strutture dei servizi, uffici amministrativi

Rispetto alle modalità di valutazione, queste sono molteplici. Generalmente, tutte le situazioni contemplano un colloquio con l'anziano, proseguono con una valutazione, che può basarsi o meno su una scala (sulla scala AGGIR, nel caso dell'APA, per esempio), che porta a un giudizio multidimensionale. La decisione è, quindi, presa sulla base di un punteggio preciso (ranking) solamente nel caso dell'assegnazione di APA; in tutti gli altri casi l'esito della valutazione dipende dalla discrezionalità del professionista incaricato. In ultima istanza, anche la graduatoria APA viene ridiscussa alla luce di un giudizio più qualitativo dei professionisti, che, comunque, è meno rilevante del punteggio assegnato.

In tutti i casi, gli intervistati sottolineano come sia sempre preferibile la presenza della famiglia e dei principali *caregiver* durante i colloqui, la valutazione e la condivisione degli esiti, così come è auspicata la partecipazione attiva della famiglia durante il processo.

Box 8.4 L'utente e la sua famiglia partecipano in modo attivo al processo di selezione?

La famiglia è presente?	Sì
L'utente e la famiglia possono intervenire?	Sì e No
Si tiene conto di elementi riguardanti il contesto familiare e sociale dell'utente durante la valutazione?	Sì

8.3.2.2 Il principale responsabile della valutazione ha anche responsabilità di budget rispetto ai servizi?

Nel caso dell'APA o di altre prestazioni sociali (per esempio, la citata ASPA), le persone in carico della valutazione hanno anche responsabilità di budget: nel caso dell'APA, si tratta dei dirigenti del Consiglio Generale che partecipano all'ultima discussione sul giudizio complessivo e che possono, quindi, esprimere il loro parere circa l'assegnazione della prestazione. Essi sono, inoltre, incaricati della gestione del budget annuale di spesa. Nel caso delle prestazioni sociali, molto spesso gli assistenti sociali del CCAS sono anche incaricati

della gestione della spesa e del controllo sui servizi erogati. Negli altri casi (CLIC e *Réseaux*, per esempio), i valutatori sono professionisti che non governano budget e non si occupano dell'erogazione di prestazioni.

8.3.2.3 Nel caso di valutazione negativa (o insoddisfacente) l'utente/la famiglia ha possibilità di ricorso?

A seguito della valutazione per APA, la famiglia ha due mesi di tempo per fare ricorso, nel caso non sia d'accordo sul livello di non autosufficienza GIR assegnato. Si tratta di un ricorso amministrativo, che, solitamente, viene presentato nel caso di assegnazione dei livelli 5 o 6 (che non consentono l'erogazione dell'APA) e che, raramente, vengono presentati (uno degli intervistati stima che richiede una rivalutazione circa il 5 per cento).

Negli altri casi, trattandosi di valutazioni complessive, che non producono un giudizio in senso stretto, non esiste la necessità di una procedura di ricorso: se l'utente o la famiglia non concordano con uno o più punti evidenziati dal professionista incaricato della valutazione, ne discutono direttamente con lui.

8.3.3 Fase 3: definizione del piano di cura

Così come per la fase di valutazione e accesso al sistema, anche quella di definizione del piano di cura segue diversi iter a seconda del punto di accesso nel quale si colloca l'utente. Anche in questo caso, resta fermo che il vero e proprio *gate* si colloca al momento della verifica dell'APA: in questo senso, il piano di cura definito in quella sede è quello considerato prevalente dagli operatori, oltre a essere l'unico con indicazioni vincolanti rispetto all'erogazione dell'assistenza.

L'assegnazione dell'APA si conclude con la definizione di un piano (*Plan d'aide*), che si basa su una scelta fondamentale, ovvero quella della tipologia di assistenza più adatta per l'anziano. Nel piano viene fatta, quindi, una descrizione molto dettagliata dell'assistenza da erogare e che può essere, alternativamente, assistenza domiciliare o inserimento in una struttura residenziale. Il piano ha valenza triennale, a meno di richieste di modifiche conseguenti a un cambiamento della situazione sociosanitaria dell'anziano. Il piano, oltre a indicare le caratteristiche del servizio da erogare, può includere anche considerazioni più generali sull'assistenza complessiva per l'anziano (per esempio, osservazioni sul domicilio, sulla presenza di *caregivers* informali e altro). Nel piano, non è indicato il soggetto erogatore dei servizi, dato che la scelta del produttore spetta all'utente senza alcuna indicazione da parte del pubblico.

Dopo la scelta del produttore ritenuto più idoneo, così come per la valutazione, anche per questa fase viene definito un piano di cura specifico per il

servizio scelto: in seguito al primo contatto al domicilio o in struttura, gli operatori, che saranno in seguito gli erogatori del servizio, predispongono un ulteriore piano, sempre nella cornice di quanto definito dal CG per l'APA, ma tarato in modo specifico sul mix delle caratteristiche dell'anziano e quelle dell'organizzazione o struttura che si occupa del servizio.

Anche la presa in carico da parte di CLIC o *Réseau* porta alla definizione di un piano dopo la valutazione. Nel caso del Clic (la *fiche navette*), l'assistente sociale predispose un piano che viene sottoscritto dall'anziano e che include in modo dettagliato i servizi suggeriti, le caratteristiche specifiche e l'intensità assistenziale richiesta, possibilità di richiesta di altre prestazioni a CG o CCAS ed *entourage* familiare individuato a supporto della messa in atto del piano di cura. Nel caso del *Réseau (Plan Personnalisé de Soins)*, si predispose un vero e proprio piano di cura che dà una visione globale di tutti i bisogni sanitari e sociosanitari dell'anziano, con indicazioni specifiche riguardo a tutte le tipologie di assistenza da mettere in atto. In questo caso, il piano viene condiviso con il medico curante, che dovrà, poi, occuparsi, insieme al *Réseau*, della messa in atto del piano. Diversamente dagli altri casi, possono essere indicati gli erogatori consigliati, siano essi professionisti o organizzazioni.

Gli intervistati sono concordi nel rilevare che il *counselling*, anche se non formalmente previsto come fase a sé stante, è implicito nella modalità di definizione del piano di cura. Sia i centri CLIC che i centri *Réseaux* sono concepiti come luoghi in cui gli utenti ricevono un supporto, che culmina con la proposta di un piano di assistenza. In tutti i casi, comunque, il fatto che il piano venga redatto in raccordo con la famiglia presuppone uno scambio e supporto.

In termini generali, la definizione del piano di cura si basa su un buon livello di collaborazione e condivisione con l'utente. Anche in questo, l'esistenza di diversi strumenti e la sovrapposizione di più momenti rende difficile l'integrazione e il coordinamento tra i vari tipi di assistenza. Ognuno dei piani illustrati ha la pretesa e l'obiettivo di fornire una visione globale del profilo di assistenza per l'anziano. Allo stesso tempo, però, ognuno di questi adotta un punto di vista specifico, in virtù del quale si cerca di ottenere la ricomposizione dell'assistenza, ovvero l'utilizzo dell'APA, il servizio principale, la sfera sociale, la sfera sanitaria e sociosanitaria.

8.3.3.1 Come si svolge il processo di definizione del piano di cura?

Il piano di cura viene redatto in tutti i casi dalla stessa persona che si è occupata della valutazione del bisogno (o dalle stesse persone, se previsto un team). In alcuni casi, per esempio quando la situazione risulta essere particolarmente complessa, altri professionisti vengono chiamati a partecipare alla redazione del piano.

I piani di cura tendono a essere molto dettagliati, poiché, oltre all'utente, nella redazione vengono coinvolti anche la famiglia, se disponibile. Inoltre, alcuni intervistati indicano anche il coinvolgimento del medico curante (o, per lo meno, auspicano il suo coinvolgimento), degli assistenti sociali che sono intervenuti o che interverranno in futuro nella presa in carico, e, solamente nel caso di inserimento in EHPAD con pagamento di APA, un operatore della struttura.

Box 8.5 Come si svolge il processo di definizione del piano di cura?

Chi redige il piano di cura?	La stessa persona/panel che ha eseguito la valutazione
Quali elementi entrano nel piano?	Servizi, prestazioni, frequenza, intensità assistenziale , profili professionali
Come viene redatto il piano?	Insieme a utente
Quando viene redatto?	In un secondo momento, dopo la valutazione
Chi viene coinvolto nella redazione del piano	Utente, famiglia, medici di medicina generale , operatori sociali
Nel caso di prestazioni <i>cash</i> nel piano:	Si prevedono delle modalità predefinite di utilizzo dell'ammontare Si danno indicazioni specifiche rispetto all'assistenza/cura che deve essere garantita

8.3.3.2 Il piano è predefinito o ci sono degli elementi di flessibilità per i quali l'utente/famiglia può scegliere?

Le tipologie di assistenza che possono essere inserite nel piano sono piuttosto predefinite (sia rispetto alle tipologie di servizi che alle loro modalità di erogazione). Se queste possono essere definite come un insieme chiuso di possibilità tra cui scegliere, tutti gli intervistati sono concordi nel dire che la scelta delle tipologie di assistenza vengono concordate e mediate rispetto alle preferenze dell'utente e della famiglia. Non sono, invece, in nessun modo messe in discussione il livello di intensità delle prestazioni previste e il corrispondente valore economico. Anche la scelta dell'erogatore dei servizi rimane sempre libera per l'utente e, comunque, non viene esplicitata nel piano, ma comunicata in un secondo momento. Fermo restando la possibilità per l'utente di acquistare privatamente ulteriori servizi, questa ipotesi non viene inserita nel piano.

Box 8.6 Elementi di flessibilità del piano di cura

Quali sono gli elementi per i quali è prevista flessibilità:	Scelta del servizio ritenuto più idoneo
È possibile definire già nel piano di cura alcune componenti dell'assistenza che verranno acquistate privatamente dall'utente/famiglia?	No

8.3.3.3 Il piano di cura viene rivisto?

Nei servizi il piano, di norma, viene rivisto annualmente per una rivalutazione complessiva o in qualsiasi momento ne emerga la necessità, su iniziativa sia dell'utente e della famiglia che degli operatori. Una procedura diversa è prevista per le prestazioni *cash* su tutte l'APA: ufficialmente, il Consiglio Generale si occupa di una rivalutazione complessiva del livello GIR assegnato ogni tre anni. Prima di questa data può essere richiesta, sia dalla famiglia che dal soggetto erogatore del servizio, una rivalutazione anticipata, solitamente con la richiesta di assegnazione di un livello di gravità più alto. La richiesta può riguardare anche semplicemente una modifica del piano di cura che non cambi il livello GIR assegnato, per esempio il passaggio da assistenza domiciliare a inserimento in struttura.

Box 8.7 Revisione del piano di cura

Con che frequenza?	Annuale o triennale
Quali esiti può produrre la revisione del piano?	Conferma o modifica dell'assistenza indicata
Con che modalità?	Rivalutazione medica da parte della MDK
Chi richiede la revisione del piano?	La revisione è automatica, ma avviene anche su richiesta di utente/famiglia, erogatore del servizio

8.3.4 *Fase 4: erogazione del servizio*

L'erogazione di servizi (a finanziamento pubblico) si basa su meccanismi di controllo molto stringenti (almeno nel loro disegno formale) nei confronti dei produttori o degli erogatori. Dopo la scelta del soggetto preferito fatta dalla famiglia o dall'utente e la comunicazione al soggetto pubblico finanziatore (CG per APA e CCAS per eventuali altre prestazioni di sostegno al reddito), si apre una vera e propria relazione tra soggetto pubblico e soggetto erogatore. I flussi di finanziamento, infatti, vengono completamente gestiti tra i due, senza

alcun passaggio sull'utente, e vengono abbinati ad alcuni controlli molto frequenti circa l'effettiva erogazione dell'assistenza, secondo quanto previsto dal piano di cura. Questo è valido sia per i servizi domiciliari che per i servizi residenziali, oltre che per i casi in cui si sceglie l'opzione di *caregiver* informale al proprio domicilio.

8.3.4.1 Esiste la possibilità di scegliere tra diversi erogatori?

La possibilità di scelta è valida per tutti i tipi di servizio e viene fatta senza alcuna indicazione da parte dei soggetti pubblici coinvolti. Per lo più, la scelta viene fatta sulla base delle conoscenze dell'utente o della sua famiglia, ottenute tramite passaparola o altre vie informali dal proprio network sociale. Il primo contatto con i servizi viene generalmente preso dalle famiglie, per poi lasciare alla relazione tra erogatore e soggetti pubblici il trasferimento del finanziamento e i controlli sull'assistenza prestata. L'utente può decidere di cambiare erogatore in qualsiasi momento, anche se questo accade raramente.

Per i servizi residenziali e domiciliari sono stati definiti, a livello nazionale e locale, degli standard di servizio che vengono verificati dagli enti competenti (ARS, CG, CCAS): tutti gli erogatori, infatti, possono operare solamente in virtù di un' autorizzazione (una sorta di accreditamento leggero), che si basa su una sorta di accordo di servizio, o contratto di servizio senza impegno di budget, tra l'erogatore e il soggetto pubblico di riferimento.

Box 8.8 Scelta tra gli erogatori

Su quali basi l'utente/famiglia scegliere l'erogatore del servizio?	Informazioni ufficiali/ Passaparola/vie informali
Chi stabilisce il primo contatto con l'erogatore/produttore?	Utente/famiglia
È possibile cambiare erogatore?	Sì
Sono disponibili informazioni sulla qualità dei servizi/erogatori?	Sì
Esistono standard di qualità/meccanismi di accreditamento degli erogatori?	Sì
Quali sono i meccanismi di pagamento/finanziamento del produttore?	In parte l'ente pubblico e in parte l'utente
Nel caso di più servizi previsti dal piano, l'erogatore è unico o possono esserci più erogatori?	Più erogatori

8.3.4.2 Nel caso di prestazioni *cash*, con quali modalità viene erogata ed impiegata la prestazione?

Tutte le prestazioni *cash* sono vincolate a quanto definito nel piano di cura. Questo vincolo diventa molto stringente dal momento in cui le risorse erogate transitano direttamente dal soggetto pubblico all'erogatore, senza la possibilità che l'utente possa impiegare le risorse autonomamente. Per quelle prestazioni o modalità di assistenza per le quali questo passaggio diretto non è previsto, sono previsti controlli continui circa l'impiego delle risorse. Tutti gli intervistati sono concordi nell'affermare un forte *commitment* da parte degli enti pubblici nella verifica del rispetto del piano di cura.

Box 8.9 Erogazione delle prestazioni *cash*

Esiste un vincolo nel suo utilizzo?	Sì
L'utente deve dichiarare la modalità di impiego del <i>cash</i> ?	Sì
L'utente deve dichiarare il soggetto dal quale riceverà assistenza?	Sì
Nel caso l'utente scelga di avvalersi di un <i>caregiver</i> familiare, questo deve essere formalizzato in qualche modo?	Sì
Esistono meccanismi di controllo sull'utilizzo del <i>cash</i> ?	Sì

8.3.4.3 Come viene regolato il *co-payment*?

Il *co-payment* per i servizi a finanziamento pubblico è rigidamente regolato a livello nazionale e stabilito nell'ambito della definizione degli importi APA corrispondenti a ciascun grado di non autosufficienza GIR. Il livello di compartecipazione è definito sulla base del reddito dell'anziano utente del servizio. Generalmente, si ha *co-payment* esclusivamente per i servizi residenziali (a meno di eccezioni specifiche) e, tipicamente, riguarda i costi alberghieri della retta.

8.4 Relazioni tra i principali soggetti coinvolti nel sistema di erogazione del servizio

Come già delineato, nel sistema il ruolo pivotale è detenuto dal dipartimento, in quanto ente che si occupa, da un lato, della programmazione generale delle politiche sociali nel territorio (Centralità Istituzionale) e, dall'altro, in quanto soggetto finanziatore, gestisce ed eroga la prestazione fondamentale che desi-

gna l'inclusione effettiva nel sistema pubblico, ovvero l'APA (Centralità Per L'utente).

È complesso definire i rapporti tra dipartimento e centri comunali per l'*Action Sociale* (CCAS), in quanto questi dipendono in modo importante dall'organizzazione che ogni singolo territorio si è dato e, in particolare, dalla suddivisione delle competenze che è stata definita tra i due. In generale, si può dire che i CCAS sono enti subordinati ai dipartimenti (per esempio, rispetto all'APA, per la quale curano solamente la fase di istruttoria della procedura, che viene poi passata ai CG), con i quali, però, hanno anche elementi di collaborazione. Normalmente, avendo strutture amministrative e organizzative simili, lo scambio di informazioni tra dipartimenti e CCAS è proficuo.

I CLIC sono istituiti proprio dai Dipartimenti, che gli affidano una missione molto specifica e delimitata: essere di sostegno alla famiglia nella ricomposizione delle diverse modalità di assistenza disponibile in campo sociale. Lo scambio di informazioni è generalmente proficuo e bidirezionale nel momento di primo contatto dell'utente, quando gli operatori dei CLIC si informano con quelli del Dipartimenti circa il profilo dell'anziano e viceversa. Dal momento della presa in carico e della formulazione dei piani, i rapporti tendono, però, a interrompersi, in quanto i due enti si percepiscono con *mission* molto diverse: da un lato, il CLIC fa un monitoraggio «leggero» sulla situazione dell'anziano, ma non ha voce in capitolo circa il controllo dell'assistenza ricevuta; dall'altro, il dipartimento ha la missione di verificare la messa in atto formale e sostanziale del piano di cura.

La stessa tipologia di scambio avviene con i *Réseaux*: condivisione nel momento del primo contatto con l'anziano per acquisire tutte le informazioni d'insieme utili e disponibili, ma separazione dei ruoli e delle competenze in tutti i momenti successivi. In entrambi i casi, comunque, si evidenzia che i rapporti che si instaurano e consolidano tra gli enti sono per lo più basati su una forte alleanza professionale tra gli operatori.

I rapporti tra dipartimenti e soggetti erogatori tendono a essere (come evidenziato sia da parte dei funzionari pubblici che dei manager dei servizi) per lo più di tipo istituzionale e formale, soprattutto nel caso di produttori privati. Lo scambio di informazioni riguarda i vari «debiti informativi» richiesti dai dipartimenti ai produttori, mentre la collaborazione tra professionisti è rara.

Bibliografia

Gimbert V., Malochet G.(2011), *Les défis de l'accompagnement du grand âge, Rapports et Documents*, Centre d'analyse stratégique de la Documentation Française, n° 39.

Insee (2011), «Marseille Provence Métropole : Précarité, vieillissement, déplacements de nombreux défis à relever», *Insee Etudes et analyses*, n° 13.

Joel M.E., Dufour-Kippelen S., Duchene C., Marmier M. (2010), «The Long Term Care System for the elderly in France», *ENEPRI research report* n°77.

Morange P. (2004), «Le secteur social et médico-social : Quelles évolutions pour quelle adaptation ?», *Documents d'information de l'Assemblée nationale, Assemblée nationale. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales*.

Naiditch M. (2013), «France», in Genet N., Boerma W., Kroneman M., Hutchinson A., Saltman R.B. (2013), *Home care across Europe Case studies*, (edited by), World Health Organization, pp. 98-108.

Ramos Gorand M. (2013), «Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux», *Dossier solidarité et santé* n° 36, Drees.

9. Germania: il percorso nei servizi a Lipsia

di Francesco Longo ed Elisabetta Notarnicola

Il sistema di assistenza e cura per la non autosufficienza (*Long Term Care - LTC*) tedesco è spesso citato, insieme al caso giapponese, come esempio tra i primi – e più riusciti – schemi di assicurazione sociale (mutue, *ndr*) obbligatori. Essi sono dedicati espressamente al rischio di dipendenza, con l’obiettivo di raggiungere una copertura quasi universale della popolazione (Cuellar e Wienar, 2000). Lo sviluppo di un’assicurazione sociale a sé stante e dedicata alla LTC (*Pflegeversicherung*) che si affianca agli altri schemi, tradizionali pilastri del sistema di welfare, fa sì che l’assetto istituzionale del sistema tedesco appaia, nel suo disegno formale, più semplice e organico rispetto a quello di altri paesi (tra quelli oggetto di indagine, sicuramente la Francia e l’Italia). A questa semplicità formale non corrisponde, però, un’altrettanta linearità nella geografia del sistema (Bode e Firbank, 2009), la cui gestione effettiva continua a essere nelle mani di molteplici attori (le assicurazioni, le commissioni mediche di valutazione, i comuni, i distretti, il ministero federale competente, ecc...), senza l’individuazione chiara di un vero e proprio soggetto pivotale del sistema. Sono presenti, inoltre, diverse logiche di funzionamento e di coordinamento (logica burocratica di *compliance*, logica corporativa, logica professionale e logica di mercato), che amplificano la frammentazione, soprattutto a livello locale (Bode e Firbank, *ibidem*). Dal punto di vista dell’utente, il sistema risulta essere molto ricco in termini di potenzialità offerte, ma talvolta rigido e difficilmente intelligibile (Crossland, 2008).

Nelle prossime pagine si descriverà il percorso nei servizi per gli anziani non autosufficienti in Germania a partire dal caso della città di Lipsia. Esso è stato costruito sulla base dell’analisi di desk di documenti ufficiali dei principali attori coinvolti e delle informazioni raccolte quattro interviste approfondite, svolte in loco a Lipsia a gennaio 2013 sotto la supervisione di un accademico tedesco, studioso di sistemi di welfare.

9.1 Il quadro generale: il sistema dei servizi per gli anziani non autosufficienti

Il sistema tedesco per la non autosufficienza è organizzato su due programmi di intervento che si differenziano per: (a) obiettivi di *policy*, (b) tipologia di intervento e (c) attori pubblici coinvolti nella erogazione delle prestazioni (Schulz, 2010). Questi due programmi sono: Interventi di assistenza e cura per la LTC; Interventi di sostegno al reddito per persone non autosufficienti. I primi hanno la finalità di supportare i cittadini non autosufficienti e le loro famiglie nelle attività di cura e assistenza di cui necessitano, allo scopo di aiutare gli anziani a rimanere al loro domicilio e, solo in seconda battuta, di consentire la fruizione di servizi semiresidenziali o residenziali. La logica sottostante è quella di sostenere le famiglie e i singoli e non di sostituirsi a questi, tanto che le prestazioni erogate sono pensate per rispondere a circa l'80 per cento dei bisogni, lasciandone una parte alla responsabilità individuale o familiare. Il secondo tipo di interventi, ovvero sostegno al reddito per persone non autosufficienti, deve essere letto come integrazione del primo programma, in quanto l'obiettivo è supportare gli anziani a basso reddito, che necessitano di una compensazione rispetto all'assistenza e alla cura erogata.

Le tipologie di servizi sono quelle tradizionalmente offerte in tutti i paesi, ovvero: assistenza domiciliare a diverse intensità, servizi in strutture residenziali, assegni *cash*.

9.1.1 Servizi e prestazioni disponibili

Rispetto agli interventi di assistenza e cura, gestiti dalle casse mutue, i principali servizi previsti sono ¹:

- I servizi di cura domiciliare, con diverse finalità e intensità (Garms-Homolová, 2013):
 - assistenza domiciliare di tipo sociale per assistenza leggera nelle attività della vita quotidiana (*Häusliche Pflege*);
 - assistenza sociale notturna (*Teilstationäre Tages- und Nachtpflege*);
 - assistenza domiciliare di sollievo mensile (*Kurzzeitpflege*).

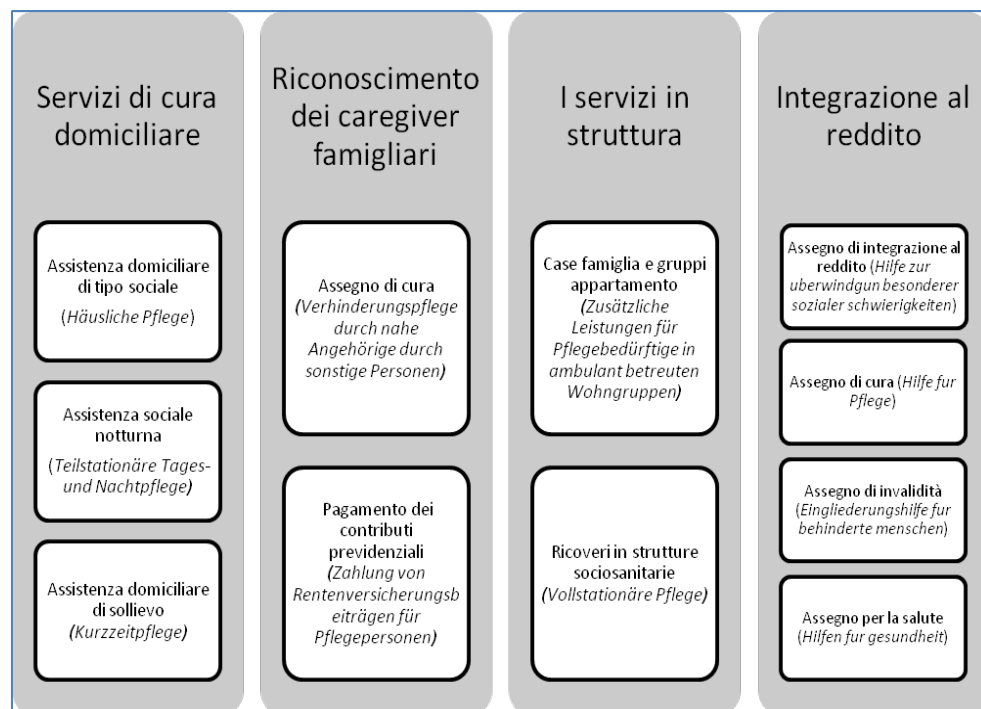
- Servizi in struttura di diverso tipo:
 - case famiglia e gruppi appartamento (*Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen*);
 - ricoveri in strutture sociosanitarie (*Vollstationäre Pflege*);

¹ Tutte le informazioni da fonte ufficiale, Ministero Federale della Salute, riassunte in «Guida alla non autosufficienza» (Ratgeber zur Pflege. Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen.), aggiornato a giugno 2013, disponibili sul sito: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>

- Assegno di cura a compensazione dell'assistenza domiciliare erogata in modo continuativo da un proprio familiare o da altri conoscenti (*Verhinderungspflege durch nahe Angehörige durch sonstige Personen*) e pagamento dei contributi previdenziali del caregiver familiare (*Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen*).

Gli ultimi dati ufficiali (riferiti al 2010) parlano di circa 2.400.000 persone assistite in Germania (di cui circa 2.000.000 anziani over 65 non autosufficienti e 400.000 persone disabili in età adulta), che, per il 69 per cento, ricevevano prestazioni al proprio domicilio (il 23 per cento ricevendo servizi di assistenza da erogatori e il 46 per cento ricevendo assegni di cura e assistenza da caregiver familiari) e per il 31 per cento erano inserite in strutture residenziali.

Figura 9.1 Le prestazioni ed i servizi disponibili



Tra gli interventi di sostegno al reddito, i principali sono erogati nell'ambito della *Sozialhilfe*, ovvero uno schema di interventi socio assistenziali aventi finalità di sostegno al reddito per diversi target sociali, amministrati a livello locale dai comuni o da altri enti deputati alla gestione degli interventi di welfare (a seconda dei diversi *Länder*). Nel quadro di questo schema, diversi sono gli

assegni a cui possono avere diritto anziani non autosufficienti in funzione del reddito (*means tested*). Tra questi:

- assegno di integrazione al reddito (*Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten*);
- assegno di cura (*Hilfe für Pflege*);
- assegno d'invalidità (*Eingliederungshilfe für behinderte Menschen*);
- assegno per la salute (*Hilfen für Gesundheit*).

A livello locale, i comuni possono farsi promotori di servizi aggiuntivi e questo determina una variabilità molto ampia sul territorio nazionale, anche se con un'incidenza molto bassa sul sistema complessivo dei servizi, che riguarda un'esigua fascia di cittadini a scarsissimo reddito.

9.1.2 Gli attori principali del sistema pubblico dei servizi

Guardando all'assetto complessivo della *governance*, gli attori che intervengono nella filiera di produzione dei servizi, così come è stata definita nella presente ricerca (nelle quattro fasi di a) intercettazione dei bisogni e primo contatto, b) valutazione della non autosufficienza, c) accesso al sistema, d) erogazione e monitoraggio dei servizi, si veda il capitolo 7), sono principalmente: le casse mutue, le commissioni mediche di valutazione, gli enti locali (comuni o altro a seconda delle regioni) con i *Sozialamt* e i soggetti erogatori, siano essi pubblici o privati.

9.1.2.1 Le casse mutue e le commissioni di valutazione per la LTC

Nel sistema di erogazione dei servizi, le **Casse mutue per la non autosufficienza** (*Pflegekasse*) si occupano, a livello regionale o nazionale, dell'assegnazione e dell'erogazione delle prestazioni. Ogni cassa è organizzata con una rete capillare di uffici diffusi su tutto il territorio nelle principali città. Mettono a disposizione diversi servizi per i cittadini per la diffusione di informazioni. Dovrebbero garantire servizi di *case management* o *counselling* ai cittadini, ma questo non sempre accade. Le mutue per la LTC potrebbero essere definite soggetti finanziatori, in quanto si collocano tra le attività delle Commissioni Mediche, che svolgono la valutazione dei richiedenti, e i produttori dei servizi convenzionati con le casse. Rimane alle mutue il compito di svolgere i controlli previsti sugli standard di qualità dei produttori e sull'impiego delle risorse da parte dei cittadini. Le **Commissioni Mediche di Valutazione**² (*Medizinischer Dienst der Krankenversicherung*) sono organismi indipendenti terzi, che forniscono

² Tutte le informazioni dal sito : <http://www.mdk.de/> (visitato l'ultima volta 08/01/2014).

consulenze medico-assistenziali e, per conto delle casse, si occupano delle valutazioni circa l'eleggibilità dei richiedenti, oltre che del livello di gravità della non autosufficienza. I membri delle commissioni sono medici o infermieri (circa 7.000 lavoratori) e non sono dipendenti delle casse assicuratrici. Nel 2012 hanno svolto 1.589.371 tra valutazioni e rivalutazioni, delle quali due terzi sono risultate positive (ovvero, non autosufficienza riconosciuta o rivalutazione accordata).

9.1.2.2 Gli attori locali dell'assistenza sociale

A livello locale, gli enti responsabili per le politiche sociali sono i comuni o i *Landkreis*, una sorta di distretto molto simile alle province italiane. La distribuzione delle competenze e l'assegnazione delle funzioni tra i due enti variano di regione in regione; per semplicità, ci si riferisce, quindi, al Servizio di Sicurezza Sociale (*Sozialamt*), ovvero al servizio preposto dagli enti locali per la gestione delle politiche sociali e della *Sozialhilfe* in particolare. Questi interventi sono finanziati dagli enti locali, in parte con risorse trasferite dai livelli di governo superiori e in parte con risorse proprie. I *Sozialamt* si occupano della gestione del budget di spesa sociale dell'ente, della programmazione degli interventi di loro competenza e dell'erogazione di prestazioni e servizi.

9.1.2.3 Gli erogatori

Gli assistiti delle mutue hanno piena libertà di scelta circa l'erogatore dei servizi a cui rivolgersi tra quelli convenzionati con la cassa di riferimento (che hanno divieto esplicito di orientare i propri assistiti verso uno specifico produttore). Il convenzionamento avviene sulla base di contratti di servizio, che ne definiscono gli standard di assistenza e le tariffe; le casse erogano, poi, direttamente ai produttori il corrispettivo per i servizi erogati agli assicurati.

Nel segmento residenziale, il 55 per cento dei produttori è costituito da enti no profit (molto spesso istituti di ispirazione religiosa e caritatevole - Caritas o simili-, che, oggi, sono diventati dei grandissimi gruppi aziendali con strutture in tutto il paese), il 40 per cento sono enti for profit (che vanno aumentando la quota di mercato, assorbendo strutture non profit o pubbliche, che di norma dimostrano minore capacità di mantenere equilibri di bilancio duraturi). Il segmento dell'assistenza domiciliare è, invece, un nuovo segmento di mercato che è nato più recentemente ed è andato espandendosi dagli anni Novanta: qui, i soggetti for profit sono il 62 per cento del totale contro il 37 per cento dei non profit. In entrambi i segmenti, il settore degli erogatori pubblici ha una quota inferiore al 5 per cento (Hilbert et alii 2012).

9.2 Il caso della città di Lipsia

Lipsia, città della Regione della Sassonia nella parte est della Germania, è una città di medie dimensioni (circa 530.000 abitanti), che, negli ultimi anni ha vissuto dinamiche economiche e sociali controverse, tanto da essere stata definita una *shrinking city*, ovvero una città «accartocciata». Si tratta, infatti, di una città che, in passato, era un grande centro industriale, ricco e densamente abitato. Tuttavia, tra gli anni Novanta e Duemila, dopo la riunificazione delle due Germanie e l'uscita dall'economia di stato e in seguito a fenomeni quali la globalizzazione e la terziarizzazione, ha vissuto un periodo di delocalizzazione e progressivo abbandono, che l'ha costretta, nell'ultimo decennio, a un importante riposizionamento e ricollocamento in altri settori dell'economia. Così come molte altre città europee e tedesche, Lipsia vive un fenomeno di invecchiamento della popolazione

9.2.1 *Il sistema dei servizi della città*

Rispetto al sistema dei servizi sociali e sociosanitari per gli anziani non autosufficienti della città, alcuni dati possono essere tratti dal **Sozialreport Leipzig 2012**³, il bilancio sociale della città redatto annualmente dal *Sozialamt* del comune. Il numero di over 65 residenti a Lipsia era, al 31.12.2011, di circa 116.000 persone, ovvero il 21,9 per cento della popolazione totale della città. Alcune caratteristiche del sistema di assistenza per anziani non autosufficienti della città di Lipsia⁴:

- il numero complessivo di persone in carico alle assicurazioni LTC e riceventi assistenza era di circa 11.895 persone (over 65) nel 2009; di questi, il 26 per cento riceveva servizi di assistenza domiciliare, il 38 per cento era in servizi residenziali e il 35 per cento circa riceveva assegni *cash*;
- nel 2011 le valutazioni fatte dalle assicurazioni sono state circa 3.045;
- nel 2012 le persone anziane in carico e classificate con il più alto livello di gravità previsto erano il 21 per cento del totale, quelle classificate nel livello intermedio il 41 per cento circa e quelle al livello più basso il 38 per cento;
- nel 2011 circa 1.500 anziani erano anche in carico al comune per prestazioni di *Sozialhilfe* (il 13 per cento del totale degli assistiti);
- nel 2011 erano attivi 107 erogatori di servizi domiciliari, di cui 75 per cento era costituito da enti for privati profit e da 15 centri diurni, per un totale di

³ Dati tratti da *Sozialreport 2012, Stadt Leipzig Der Oberbürgermeister Dezernat Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule* (www.leipzig.de/sozialreport)

⁴ Dati tratti da *Auswertung der Erhebung stationäre Pflegeeinrichtungen Stadt Leipzig* (Stichtag 30.06.2012), *Sozialamt Leipzig Abteilung Soziale Angelegenheiten/ Sozialplanung*

224 posti disponibili. Per l'assistenza domiciliare, i produttori più grandi hanno in carico, in media, 155 casi, mentre i piccoli 10. Vi è una grande dispersione nella geografia dei produttori, perché questo ambito assistenziale è visto come promettente spazio di mercato per tanti neonati piccoli imprenditori locali, che cercano, così, risposta alla crisi economica ed occupazionale della città;

- le strutture residenziali disponibili erano, nel 2011, 55 (di cui 20 no profit, 26 for profit e 9 pubbliche) per un totale di 6.109 posti circa (di cui 5.720 occupati alla fine dell'anno e tra questi più del 68% ultraottantenni e 1.900 circa ultranovantenni). In media l'età degli anziani all'ingresso in struttura è stato di 83,5 anni. Di queste strutture 23 sono molto grandi per gli standard tedeschi: ospitano infatti circa 100 utenti quando le dimensioni minime richieste sono di 25 posti letto.

Tabella 9.1 La presa in carico degli anziani non autosufficienti a Lipsia

	Numero	Percentuale sulla popolazione over65	Percentuale sulla popolazione in carico all'assicurazione LTC
Popolazione over 65	116.000	100%	-
Anziani in carico alle assicurazioni LTC	11.895	10,2%	100%
Anziani in carico a prestazioni sociali	1.500	0,9%	12,6%
Posti disponibili strutture residenziali	6.109	5,2%	51,35%
Anziani in strutture residenziali	5.720	4,9%	48%

Passando al programma di interventi assistenziali per persone a basso reddito, nel 2010 la spesa sociale complessiva sostenuta dal comune è stata di circa 220 milioni di euro di cui 20 milioni per politiche attive del lavoro, 160 milioni di euro circa per interventi per la disoccupazione (prevalentemente erogazione di contributi abitativi per affitti): queste due voci di spesa che sommate danno un totale di 180 milioni di euro (80% del totale) per il sostegno al reddito per disoccupazione hanno riguardato circa 72.000 persone sul totale degli abitanti della città (il 14% della popolazione circa). 14 milioni di euro sono stati spesi per interventi a favore della disabilità; 15 milioni di euro (7% del totale, 129 euro per anziano non autosufficiente) per gli anziani per prestazioni di inte-

grazione al reddito (ad esempio di minima sociale, *Grundsicherung*). È importante sottolineare che la spesa di circa 29 milioni di euro per la non autosufficienza nel suo complesso è una voce di bilancio molto rigida per il comune: l'ammontare delle prestazioni e i criteri di eleggibilità sono definiti a livello nazionale e lasciano pochissime leve decisionali in capo al *Sozialamt*.

9.2.2 *Gli attori principali del sistema pubblico dei servizi*

Rispetto al caso di Lipsia, si è scelto di intervistare dirigenti che fossero rappresentativi rispetto al sistema dei servizi per gli anziani, in particolare un dirigente dalla Cassa mutua per la Non Autosufficienza competente per la zona, un funzionario comunale responsabile degli interventi assistenziali a favore degli anziani e due rappresentanti dal mondo dei servizi, ovvero un dirigente di un ente erogatore di assistenza domiciliare e la direttrice di una struttura residenziale.

A posteriori è risultato che tutti gli intervistati fossero personaggi molto attivi a livello locale nella promozione di una maggiore integrazione nel sistema dei servizi; tutte le interviste hanno beneficiato quindi di uno sguardo interpretativo molto ampio, dato da attori che hanno una chiara visione di sistema.

I principali attori intervistati sono quindi:

- La cassa mutua per la non autosufficienza, AOK Plus per il territorio di Sassonia-Dresda, (<https://www.aokplus-online.de/>). La Cassa mutua AOK è uno dei fondi più importanti in Germania, presente sia nel ramo salute che nel ramo non autosufficienza (con le casse AOK Plus). Tradizionalmente si trattava di una delle casse dedicate ai lavoratori dipendenti e, in particolar modo, agli operai e lavoratori manifatturieri di alcuni specifici settori. Anche se oggi non è più così, la maggior parte del suo bacino di assicurati proviene ancora da quel mondo. In Sassonia, gli assicurati AOK Plus per il ramo non autosufficienza sono il 47 % del totale e il 70% degli assistiti di tutta la regione. È stato intervistato un dirigente del settore "Servizi di cura", *Fachbereich Pflegedienstleistungen*.
- Il *Sozialamt* del Comune di Lipsia (<http://www.leipzig.de>), ovvero il settore del Comune di Lipsia responsabile per Sozialhilfe oltre che altre prestazioni sociali. Il settore ha 250 dipendenti su diversi reparti tra cui il reparto Anziani e Disabili con circa 50 dipendenti. Questi sono per la maggior parte impiegati amministrativi: solo due infatti sono assistenti sociali che si occupano di circa 15.000 anziani direttamente in carico al comune. È stata intervistata una dirigente della sezione Politiche Sociali e Programmazione degli interventi;

- Una residenza sociosanitaria gestita da una Associazione della diocesi protestante di Lipsia, un ente no profit che gestisce in città sette strutture residenziali per anziani (per circa 400 posti letto in totale), tre centri socio-educativi per disabili ed una casa protetta (comunità), venti centri diurni (ognuno di circa 25/30 utenti, prevalentemente centri diurni Alzheimer). Oltre a servizi residenziali, questa associazione gestisce anche servizi di assistenza domiciliare (per circa 200 anziani in carico) e altri servizi paralleli (servizio dipendenze, numero verde per dipendenze, attività domiciliare e ambulatoriale per dipendenze). La struttura, per la quale è stata intervistata la direttrice è una struttura “eccezionale” in quanto ospita utenti relativamente giovani che rimangono in residenza per periodi molto lunghi. Ha inoltre una vocazione specifica per le patologie psichiatriche;
- una associazione che riunisce diversi erogatori di assistenza domiciliare della città di Lipsia, tutti soggetti no profit riuniti in un consorzio. Oltre ai servizi domiciliari gestiscono come associazione alcuni servizi aggiuntivi a pagamento e gratuiti (telesoccorso, pasti a domicilio ecc...) oltre ad uno sportello di *counselling* per le famiglie.

9.3 Il percorso degli anziani nei servizi: assistenza e presa in carico a Lipsia

Prima di descrivere le caratteristiche e le peculiarità delle quattro fasi di erogazione dei servizi è necessario fornire un breve quadro di funzionamento generale del sistema. Si è scelto di restringere il campo di indagine alle modalità di funzionamento del sistema dei servizi di natura sociale o sociosanitaria pubblici, ovvero quelli il cui costo è sostenuto in tutto o in parte da finanziamenti pubblici. Tutte le prestazioni ed i servizi che sono relativi all'assistenza sanitaria sono finanziati dalle casse mutue sanitarie non rientrano in quanto descritto.

In linea teorica l'accesso al sistema segue vie separate per quello che riguarda gli interventi assistenziali per la LTC e quelli di supporto al reddito. Semplificando al massimo il sistema dei servizi funziona in questo modo:

1. I cittadini si rivolgono direttamente alla cassa mutua (o vi sono indirizzate a seconda del percorso personale) e richiedono il riconoscimento del livello di non autosufficienza che da diritto all'accesso alle prestazioni di cura;
2. I cittadini vengono valutati da una commissione indipendente che esprime un giudizio circa le condizioni sociosanitarie sulla cui base la cassa mutua deve definire l'eleggibilità ed il livello di prestazioni riconosciute;
3. Definito il livello di non autosufficienza riconosciuta, la persona o la sua famiglia indicano il setting assistenziale di cui intendono usufruire

(domicilio con *caregiver* familiare, domicilio con erogatore esterno, istituzionalizzazione diurna o permanente) a cui sono associati relativi livelli di rimborso;

4. L'utente e la famiglia scelgono il produttore che preferiscono tra quelli convenzionati e lo comunicano alla mutua in modo che questa possa far partire i flussi di pagamento e monitorare l'erogazione delle prestazioni;
5. In presenza di ulteriori necessità di sostegno economico i cittadini si rivolgono al *Sozialamt* del comune per le prestazioni di integrazione al reddito a cui hanno diritto in funzione della rispondenza a determinati criteri amministrativi; se eleggibile, il cittadino riceve l'integrazione al reddito.

Già da questa prima descrizione emerge come esista pochissima integrazione tra le due linee di intervento che si ricompongono solamente in capo al cittadino, nel momento in cui fruisce dei servizi.

9.3.1 *Fase 1: informazione e primo contatto*

L'esistenza di uno schema assicurativo dedicato alla non autosufficienza ha determinato una fortissima consapevolezza tra la popolazione circa il tema in generale, i diritti riconosciuti, le modalità di gestione e gli interventi disponibili per l'assistenza e la cura. Questo fa sì che la maggior parte degli accessi siano direttamente veicolati verso gli sportelli delle mutue, luogo effettivamente deputato a raccogliere le richieste dei potenziali utenti.

Non si può dire lo stesso per gli interventi per l'integrazione al reddito che, sebbene gestiti a livello nazionale attraverso un'unica misura, *Sozialhilfe*, trovano attuazione a livello locale, tramite una molteplicità di soluzioni istituzionali, organizzative e amministrative diverse. Questa variabilità, unita al fatto che si tratta di interventi che riguardano una quota marginale della popolazione, fa sì che non si sia sviluppata una consapevolezza altrettanto diffusa, tanto che, in moltissimi casi, le famiglie vengono a sapere della possibilità di avere integrazione al reddito tramite *Sozialhilfe* quando entrano nel sistema dei servizi e sono indirizzati al *Sozialamt* dai produttori.

In diversi *Laender* della Germania si stanno sviluppando punti unici di accesso o sportelli di *counselling* a cui partecipano le casse mutue, il comune e altri enti: l'obiettivo è promuovere la diffusione di informazioni sui diritti e i servizi e indirizzare da subito i cittadini verso la tipologia di intervento più appropriato. La costituzione di questo tipo di servizi rientra tra le *mission* delle casse mutue, anche se questo accade in rari casi. Allo stesso tempo, anche gli enti locali attivano servizi con questa finalità, così come alcune associazioni vicine alle tematiche della non autosufficienza: in entrambi i casi, continua a

trattarsi di iniziative locali, non ancora codificate e non ancora distribuite in modo strutturale a livello nazionale, nonostante l'auspicio del legislatore federale.

9.3.1.1 Come avviene il primo contatto tra un potenziale utente (o la sua famiglia, o altri) e i servizi?

La maggior parte delle informazioni sono disponibili tramite le casse mutue: dal momento in cui viene iscritto alla cassa e contribuisce al finanziamento del sistema, il cittadino riceve informazioni generali sui diritti e i servizi per la LTC, che sono, comunque, molto diffuse tra la popolazione (almeno rispetto agli assetti generali del sistema). La principale forma di informazioni specifiche è il web, insieme agli sportelli delle casse mutue. Gli uffici comunali sono il luogo privilegiato di raccolta delle informazioni sugli interventi di integrazione al reddito, mentre, storicamente, non sono riconosciuti come luogo di accesso o informazione per i servizi di LTC. Come accennato, iniziano a diffondersi anche centri di informazione gestiti dalle mutue, dai comuni o da associazioni di volontariato o di produttori: l'esigenza a cui vogliono rispondere questi servizi è quella di dare informazioni precise in un quadro che va aumentando la sua complessità, mentre le competenze sono sempre meno equamente distribuite tra i diversi segmenti sociali. Le ultime riforme hanno, infatti, ampliato e diversificato il *range* delle prestazioni possibili (per Alzheimer, per demenze) ed è sempre più difficile per le famiglie gestire le continue novità e le peculiarità delle specifiche situazioni.

Box 9.1 Come avviene il primo contatto tra un potenziale utente (o la sua famiglia, o altri) e i servizi?

Dove sono disponibili le informazioni	Cultura diffusa, Luoghi fisici: sportelli mutue e uffici comunali, web
Chi tipicamente richiede le prime informazioni	Familiare
Quali tipi di informazioni sono disponibili	Specifiche sugli interventi
Quali informazioni vengono richieste maggiormente	Specifiche sugli interventi
Qual è il livello di diffusione delle informazioni	Alto

9.3.1.2 In che modo un potenziale utente arriva a richiedere informazioni?

Generalmente, le prime informazioni vengono richieste dai familiari, che vogliono conoscere le possibilità alle quali possono accedere per i loro cari: questo avviene nel campo della LTC, solitamente all'aggravarsi di un bisogno di cura. La cultura tedesca, infatti, è particolarmente propensa a mantenere l'assistenza ai parenti non autosufficienti tra le attività che rientrano nella sfera della solidarietà familiare e vedono l'intervento pubblico come una risorsa «estrema», di supporto al *caregiving* familiare (Eichler e Pfau Effinger, 2009).

Talvolta, gli anziani e le famiglie arrivano alle mutue dopo aver richiesto direttamente alle strutture dei servizi cui si sono rivolte informazioni sui tipi di assistenza disponibili a pagamento, scoprendo la possibilità di avere la stessa prestazione assistenziale dal sistema pubblico.

Il passaggio attraverso i servizi è molto frequente per gli interventi di integrazione al reddito, che sono poco conosciuti dalla popolazione: al momento della definizione della tariffa del servizio tra utente e produttore, se quest'ultimo scopre che la famiglia da sola non può pagare la retta richiesta come compartecipazione al servizio, la informa dell'esistenza di misure di integrazione al reddito, la indirizza e, talvolta, si attiva direttamente per sostenerla nella presentazione della domanda formale ai servizi sociali comunali o provinciali.

Box 9.2 In che modo un potenziale utente arriva a richiedere informazioni?

<p>Come avviene la segnalazione dell'esistenza di politiche/interventi?</p>	<p>Passaparola , specifiche campagne di sensibilizzazione sull'assicurazione LTC</p>
<p>Quando avviene nella maggior parte dei casi la prima richiesta di informazioni?</p>	<p>All'acuirsi del bisogno di assistenza già esistente , quando i figli/familiari ne sentono la necessità</p>

9.3.2 Fase 2: selezione dell'utenza e accesso al servizio

Il processo di selezione dell'utenza è uno dei punti che più qualificano il sistema tedesco. Il meccanismo ruota attorno all'*assessment* fatto dalle casse mutue, in funzione del quale si definisce quali cittadini entrano nel sistema pubblico e con quale livello di disabilità riconosciuta.

Questa è l'unica valutazione del bisogno di cura e assistenza per il sistema tedesco. Il meccanismo di accesso alle prestazioni di integrazione al reddito si basa, infatti, solamente ed esclusivamente sulla rispondenza a criteri reddituali e patrimoniali standardizzati: nessuna valutazione sociale o multidimen-

sionale viene eseguita. Le prestazioni della *Sozialhilfe* vengono erogate in seguito a un'istanza amministrativa che deve essere compilata con tutti i dati fiscali e personali dell'anziano. Il diritto alla *Sozialhilfe* consegue dal possedere determinati requisiti (per esempio, essere residente nel comune, non lavorare da un certo numero di giorni, ecc...) e dal posizionamento in un dato *range* di valori prefissati (per esempio, avere un reddito entro un definito ammontare di euro, avere una casa di proprietà che non superi un certo valore, ecc...).

Il meccanismo di accesso al sistema assicurativo⁵ si basa, al contrario, su una valutazione delle condizioni dell'anziano fatta dai medici e dagli infermieri di una commissione (MDK): essi seguono una griglia fissata a livello nazionale (chiamata NBA, *Neues Begutachtungsassessment zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit*). La prima valutazione - fermo restando il requisito base per poter essere considerato non autosufficiente, ovvero necessitare di assistenza per un minimo di 6 mesi - si svolge al domicilio dell'anziano e guarda principalmente ad alcuni elementi (mobilità, condizioni cognitive, comportamento e salute mentale, autosufficienza nella cura di se stessi, capacità di svolgere diversi tipi di attività, ecc ...), a ognuno dei quali viene assegnato un punteggio, poi ponderato per arrivare a una valutazione complessiva. L'elemento considerato più importante è il *self-care*, ovvero la capacità di prendersi cura di sé in modo autosufficiente (igiene personale, cura generale della persona, nutrizione, ecc...), molto simile alla definizione data di ADL (*Activities of daily living*). In seguito a questa valutazione, che è molto spostata su elementi sanitari e sociosanitari e non considera quelli sociali (per esempio, non si include nessun elemento circa il tessuto sociale in cui l'anziano è inserito, le capacità relazionali, la tipologia di abitazione presso la quale risiede, ecc...), il medico o l'infermiere che si è occupato dell'*assessment* riferisce il punteggio assegnato ai referenti della mutua per la LTC, che, sulla base dello *scoring*, assegnano un livello di non autosufficienza. Alla scelta dell'utente o della famiglia sul *setting* assistenziale (domicilio o residenziale) consegue automaticamente l'intensità delle prestazioni da erogare, alla luce delle quali si passa alla definizione del piano di cura. La selezione dell'utenza si basa, quindi, su una griglia unica definita a livello centrale, adottata su tutto il livello nazionale e che tiene conto di elementi prevalentemente sociosanitari e non del contesto sociale. La valutazione viene eseguita da un organo formalmente indipendente (le MDK) rispetto all'erogatore delle prestazioni (le mutue): queste due caratteristiche fondamentali fanno sì che la selezione dell'utenza sia effettivamente regolata in modo uniforme e che, nei fatti, ci siano pochissimi spazi per l'attuazione di politiche parallele da parte delle casse assicuratrici. I *gate keepers* del sistema sono le commissioni mediche (MDK), che lavorano in raccordo con le assicurazioni, ma riferiscono al Ministero Federale della Salute, sulla base di standard predefiniti e oggettivizzati dalla professionalità dei valutatori. Esse operano al di fuori di vincoli di

⁵ Recentemente riformato, come illustrato da Buscher e colleghi (2011)

budget, ma solo come soggetti deputati alla certificazione dei bisogni e garanti dei diritti, il cui limite è rappresentato da parametri di ragionevolezza epidemiologica, stratificati nella cultura medico-scientifica dei membri delle commissioni. Gli uffici locali delle mutue non si preoccupano, poi, di indirizzare e, nel caso, contingentare le valutazioni del bisogno, in quanto erogano le prestazioni senza una pressione sul budget. Gli uffici locali delle casse mutue vengono, infatti, finanziate ogni anno a piè di lista dalla cassa centrale, senza avere una vera e propria responsabilità locale sulla tenuta finanziaria del sistema. Le compatibilità economiche vengono definite e controllate al centro del sistema, manovrando contestualmente i parametri di inclusione nello schema e l'aliquota obbligatoria per la LTC pagata da tutti i lavoratori. Fino a oggi, i principali interventi per mantenere la compatibilità hanno comportato l'aumento lieve delle aliquote, lasciando inalterati i parametri di ingresso. Nel sistema tedesco, l'accesso è, quindi, regolato in modo chiaro e omogeneo sul territorio nazionale e non richiede politiche locali per garantire la tenuta finanziaria del sistema.

Box 9.3 Come si svolge il processo di valutazione del bisogno? (ramo assicurativo)

Chi esegue la valutazione?	Singolo professionista
Come viene svolta la valutazione?	Su scala
Come viene definito l'esito della valutazione?	Ranking/punteggio, elementi di discrezionalità da parte del valutatore
I criteri di valutazione sono condivisi con il potenziale utente?	Sì
Quali elementi entrano nella valutazione?	Condizioni di salute, bisogno di assistenza
In quanti momenti si articola il processo di valutazione?	Due fasi separate: visita e assegnazione del livello di gravità in raccordo con assicurazione.
Dove si svolge la valutazione?	Domicilio

9.3.2.1 Il principale responsabile della valutazione ha anche responsabilità di budget rispetto ai servizi?

Il responsabile della valutazione della non autosufficienza non ha alcuna responsabilità di budget: le commissioni mediche sono, infatti, costituite da professionisti indipendenti. Allo stesso tempo, anche i funzionari locali delle mutue che si occupano di assegnare ed erogare le prestazioni non hanno responsabilità circa la spesa che viene finanziata a piè di lista dalla cassa mutua centrale. I funzionari amministrativi comunali, presi singolarmente, non hanno responsabilità di budget: il *Sozialamt* del comune ha, invece, la responsabilità della spesa sociale di ogni anno, nel rispetto degli stanziamenti comunali e dei trasferimenti da altri enti (molto spesso vincolati). Devono, quindi, parametrare annualmente i budget comunali dedicati, essendo i vincoli minimi del programma decisi dal livello federale, mentre è lasciata al livello locale la scelta di eventuali livelli superiori di copertura dei diritti.

9.3.2.2 L'utente e la sua famiglia partecipano in modo attivo al processo di selezione?

La famiglia non viene coinvolta nel processo di valutazione, e quindi selezione, dell'utente. L'oggetto della valutazione è l'individuo, con il suo bisogno di assistenza. La famiglia non viene coinvolta nemmeno nella pratica del *Sozialamt*, durante la quale essa può essere chiamata ad aiutare l'anziano nella compilazione dei moduli.

Box 9.4. L'utente e la sua famiglia partecipano in modo attivo al processo di selezione?

La famiglia è presente?	No
L'utente e la famiglia possono intervenire?	No
Si tiene conto di elementi riguardanti il contesto familiare e sociale dell'utente durante la valutazione?	No

9.3.2.3 Nel caso di valutazione negativa (o insoddisfacente) l'utente/la famiglia ha possibilità di ricorso?

In più di due terzi dei casi le valutazioni delle commissioni mediche risultano nel riconoscimento della non autosufficienza e determinano, quindi, l'inclusione nel sistema dei servizi. Nel territorio di Lipsia e Dresda questo accade per il 75 per cento delle valutazioni (come ci è stato indicato durante le interviste). Molto raramente si attiva un processo di ricorso (che, comunque, esiste ed è disciplinato a livello nazionale) mentre, molto più frequentemente, viene richiesta una rivalutazione della non autosufficienza a intervalli regolari, al progredire della patologie.

Rispetto alle prestazioni di integrazione al reddito, la procedura di rivalutazione è in tutto e per tutto una procedura di ricorso amministrativo nei confronti del funzionario (e non dell'ente) che ha accolto la domanda dell'anziano.

9.3.3 Fase 3: definizione del piano di cura

La fase di definizione del piano di cura è rilevante solo per quello che riguarda gli interventi di assistenza delle mutue per la LTC, mentre non esiste per gli interventi per l'integrazione al reddito, che, una volta erogati, escono dal radar del controllo degli attori pubblici.

Una precisazione da fare riguarda il livello di standardizzazione (e rigidità) del sistema tedesco: una volta definita la titolarità a prestazioni assistenziali e il livello di gravità della non autosufficienza, ogni utente si trova formalmente di fronte a un *range* limitato e molto stringente di scelte possibili.

Per ogni livello di gravità (tre livelli più un livello zero per l'assistenza di base e uno esplicitamente riservato all'Alzheimer), il valore economico delle prestazioni fruibili viene definito a livello nazionale, è uguale per tutte le casse mutue e non può essere modificato. Esiste, quindi, una rispondenza molto forte tra *assessment* della non autosufficienza–livello di gravità individuato–prestazioni erogate. A questo punto del percorso, l'unica scelta che rimane agibile riguarda la tipologia di assistenza, che oscilla tra tre fattispecie: assistenza da un familiare, assistenza domiciliare da erogatore organizzato o assistenza in struttura residenziale. L'utente e la sua famiglia, di concerto con il responsabile del caso per la cassa mutua, definiscono quale sia la tipologia di assistenza più appropriata e, sulla base di quello, chiariscono nel piano di cura la tipologia delle prestazioni, il valore economico e la tipologia specifica del servizio tra le opzioni previste dalla regolamentazione. Nel caso di strutture residenziali, la cassa mutua finanzia direttamente la permanenza in struttura (senza che le risorse transitino sull'utente). Lo stesso accade per l'assistenza domiciliare erogata da organizzazioni, escluso il caso in cui l'utente scelga esplicitamente di ricevere quanto dovuto (tutto o in parte) sotto forma di asse-

gno *cash*, che poi utilizzerà autonomamente per l'acquisto di servizi. Diversamente, riceverà servizi di assistenza domiciliare, che verranno finanziati direttamente dalla cassa mutua al produttore.

La progettazione del piano di cura è, di conseguenza, molto spostata sul produttore del servizio, piuttosto che sull'assicuratore (o meglio, finanziatore) della prestazione: se il piano della mutua deve contenere sostanzialmente due scelte (circa il tipo di assistenza e circa la modalità di erogazione, *cash* o *inkind*), ampi spazi di manovra sono lasciati agli erogatori di servizi, che, nei limiti della tariffa riconosciuta dalla cassa mutua, possono definire, secondo loro modalità, i dettagli dell'assistenza con l'utente. In questa fase, si può, quindi, raggiungere un buon livello di personalizzazione. Questo è anche più rilevante per i servizi domiciliari, che sono poco regolati, mentre alcuni standard di assistenza di base sono fissati per i servizi residenziali.

A parità di gravità, il valore riconosciuto per ogni prestazione è diverso per tipologia di servizio: è più basso nella scelta di assegno *cash* per l'acquisto autonomo di assistenza domiciliare, più alto per servizi di assistenza domiciliare direttamente erogati e ancora più alto per servizi residenziali. Teoricamente, le assicurazioni non hanno alcun interesse nell'indirizzare gli assistiti verso una piuttosto che un'altra scelta, in quanto, in linea di principio, le tre tipologie sono considerate equivalenti rispetto all'assistenza fornita. Rimane la convinzione, che ha ispirato il sistema e che dovrebbe essere di guida nella relazione con gli utenti, a incentivare in primis l'erogazione di servizi piuttosto che il pagamento di assegni e, in secondo luogo, la permanenza al domicilio piuttosto che il ricovero in struttura. Al di là di questo e non avendo responsabilità sul budget --quindi interesse al contenimento della spesa-, solitamente i funzionari che definiscono il piano tendono a soddisfare le richieste degli utenti senza esprimere un vero e proprio indirizzo.

9.3.3.1 Come si svolge il processo di definizione del piano di cura?

Una volta che l'utente viene valutato come avente diritto alle prestazioni assistenziali, è chiamato a definire il piano di assistenza, scegliendo tra un *panel* specifico di prestazioni *cash* o *inkind*. Non viene redatto un vero proprio piano di cura, ma si chiariscono le scelte degli utenti e si definiscono gli standard di assistenza che ne conseguono. Questo primo passaggio si svolge presso gli uffici locali delle mutue e riguarda solamente il rapporto assicurativo tra utente e cassa. Seppur nei confini citati, che definiscono, soprattutto, le prestazioni e gli standard minimi di contenuto, il sistema prevede che le casse si facciano carico di un controllo molto serrato sull'erogazione dell'assistenza e l'impiego delle risorse: per questo nel piano vengono dettagliati i controlli, che verranno svolti annualmente, nel caso di prestazioni *inkind*, circa la qualità, l'appropriatezza e

il contenuto dei servizi, e, nel caso di assegni *cash*, circa l'impiego delle risorse e l'appropriatezza delle cure ricevute al domicilio.

Una volta attivato il servizio, sarà il soggetto produttore, secondo proprie prassi, a redigere il piano di assistenza dettagliato, in struttura o al domicilio, in base alle caratteristiche sue e dell'utente.

Box 9.5 Come si svolge il processo di definizione del piano di cura?

Chi redige il piano di cura?	Operatori dei servizi
Quali elementi entrano nel piano?	Tipologia prestazioni, valore economico e standard di servizio Dettagli circa l'erogazione dei servizi
Come viene redatto il piano?	In entrambi i casi insieme a utente
Quando viene redatto?	In un secondo momento, dopo la valutazione
Chi viene coinvolto nella redazione del piano?	Utente, famiglia
Nel caso di prestazioni <i>cash</i> , nel piano	Si prevedono delle modalità specifiche di utilizzo dell'ammontare e i controlli che verranno eseguiti

9.3.3.2 Il piano è predefinito o ci sono degli elementi di flessibilità per i quali l'utente/famiglia può scegliere?

I due momenti di programmazione dell'assistenza si contraddistinguono, quindi, per un diverso livello di flessibilità. Il piano definito con la cassa mutua è piuttosto rigido: l'anziano dovrà semplicemente scegliere tra alcune possibilità già definite e molto standardizzate. Il piano definito con l'erogatore del servizio (posti alcuni paletti riguardo il costo finanziato dal sistema pubblico e gli standard di assistenza da garantire) ha ampi margini di flessibilità nello stabilire le specifiche che meglio si adattano all'utente (questi margini sono più ampi nel caso di assistenza domiciliare e più stretti nel caso di assistenza residenziale, che è oggetto di una regolazione più definita). Le famiglie e gli utenti possono acquistare assistenza aggiuntiva al di fuori di quella prevista

dall'assistenza assicurativa, ma questa rientra nei rapporti tra utente e produttore e non nel piano di cura garantito dalla mutua.

Box 9.6 Elementi di flessibilità del piano di cura

Quali sono gli elementi per i quali è prevista flessibilità?	Scelta della tipologia di servizio Scelta dei dettagli di erogazione
È possibile definire già nel piano di cura alcune componenti dell'assistenza che verranno acquistate privatamente dall'utente/famiglia?	No

9.3.3.3 Gli utenti ricevono *counselling*?

Le mutue sono tenute, per loro costituzione, a garantire alle famiglie servizi di *counselling* che le aiutino a orientarsi nella scelta del mix assistenziale più appropriato. Queste attività non sono, però, obbligatorie e non tutte le famiglie le richiedono, anche in virtù degli scarsi investimenti che vengono fatti dalle casse per questo tipo di servizi aggiuntivi. Per esempio, per il distretto di Dresda, su 160.000 famiglie che ogni anno entrano in contatto con la cassa LTC AOK Plus, solamente 16.000 (ovvero il 10 per cento circa) richiedono e ricevono servizi di *counselling*. Questa debolezza si spiega storicamente dal divieto che hanno le mutue di indicare la scelta di un produttore rispetto alle altre, che le ha portate, culturalmente, a disinvestire sulla funzione di *counseling*.

9.3.3.4 Il piano di cura viene rivisto?

La revisione della valutazione del livello di non autosufficienza, e quindi del piano di cura, deve essere richiesta formalmente dalla famiglia. Questo accade, nella maggior parte dei casi, sulla spinta dei produttori dei servizi (sia residenziali che domiciliari), che spingono le famiglie a proporre un ricorso alle assicurazioni nel caso in cui ritengano che la tariffa ricevuta sia diventata ormai troppo bassa per garantire l'erogazione di assistenza adeguata. La revisione sottintende, quindi, un *upgrading* del livello di non autosufficienza e un aumento del finanziamento. La procedura, in media, si risolve in un periodo tra 6 e 12 settimane e prevede che l'eventuale tariffa più alta riconosciuta venga, poi, pagata anche retroattivamente. Si apre, in questa fase, un conflitto tra famiglia e produttore, soprattutto in caso di ricovero in struttura: a ogni *upgrade*, la tariffa riconosciuta al produttore è più alta, in quanto più alta è la componente finanziata dal sistema pubblico, ma, di rimando, anche la quota a carico dell'utente. A ogni *upgrade* corrisponde, quindi, c'è un aumento del *copayment* che la famiglia deve pagare.

Box 9.7 Revisione del piano di cura

Con che frequenza?	Alla richiesta dell'assistito
Quali esiti può produrre la revisione del piano?	Conferma o modifica dell'assistenza indicata
Con che modalità?	Rivalutazione medica da parte della MDK
Chi richiede la revisione del piano?	Su richiesta di utente/famiglia

9.3.4 *Fase 4: erogazione del servizio*

Conseguentemente alla scelta fatta dagli anziani e dalle loro famiglie, i servizi possono essere erogati secondo diverse modalità. Nel caso in cui l'anziano abbia scelto di ricevere un assegno *cash* e di gestire autonomamente la propria assistenza al domicilio, la cura viene erogata tipicamente da un *caregiver* familiare o da una persona della rete sociale dell'anziano. In questo caso, il sistema tedesco prevede che l'assegno possa essere usato per regolarizzare questa attività e remunerare il *caregiver* per la cura prestata. In più, in presenza di un numero minimo di ore settimanali, le casse mutue provvedono al pagamento di contributi previdenziali per il *caregiver* e anche a servizi aggiuntivi (come, per esempio, periodi di sollievo, ecc...). Le casse si occuperanno di verificare le condizioni dell'anziano ogni sei mesi, anche se dalle interviste emerge che si tratta di un controllo di norma molto formale, non particolarmente penetrante.

Nel caso di assistenza domiciliare, le famiglie scelgono uno tra gli erogatori disponibili (per lo più enti no profit) tra l'ampia offerta che si è sviluppata nel tempo. Solitamente, questi mettono a disposizione una ricca gamma di servizi aggiuntivi gratuiti e a pagamento (trasporto, teleassistenza...), che fanno la differenza nella scelta.

Nel caso di servizi residenziali, il principale *driver* di scelta per le famiglie è il radicamento della struttura nel territorio: la maggior parte di esse sono gestite da associazioni locali o legate ad alcune parrocchie o associazioni, determinando un legame molto stretto con il territorio. Tutti i produttori devono rispettare alcuni standard fissati dalle casse e operano in virtù di una sorta di convenzionamento con esse.

La scelta del produttore avviene in modo parzialmente diverso nel caso in cui l'anziano sia beneficiario di prestazioni di integrazione al reddito (*Sozialhilfe*): sia nel caso in cui l'anziano rimanga al domicilio, che nel caso di servizi residenziali o, più in generale, per tutti i casi che prevedono compartecipazione, la prestazione ricevuta viene utilizzata per il pagamento della tariffa a carico dell'utente. La maggior parte degli enti, comunque, lascia all'utente libertà

di scelta tra i produttori convenzionati, ma questo non accade in tutti i territori: in alcune città, nel momento in cui il cittadino è ritenuto eleggibile per la *Sozialhilfe*, è vincolato nella scelta del produttore da quanto indicato dall'ente comunale, in base ai contratti in essere con l'amministrazione.

9.3.4.1 Esiste la possibilità di scegliere tra diversi erogatori?

La regola generale prevede assoluta libertà di scelta circa il produttore dei servizi. Nella maggior parte dei casi, le famiglie scelgono il produttore a seconda della vicinanza rispetto al domicilio e del radicamento sul territorio. Talvolta, gli utenti si rivolgono ai medici di medicina generale e chiedono loro un consiglio circa la struttura migliore. In nessun caso (fatta salva l'eccezione citata sopra) un soggetto pubblico - sia esso cassa assicuratrice o *Sozialamt* - può fornire indicazioni circa un produttore specifico: le uniche informazioni che vengono messe a disposizione pubblicamente sono l'elenco di tutti i produttori con indirizzi e contatti, disponibilità di posti e il neonato meccanismo di verifica del rispetto degli standard di qualità.

Box 9.8 Scelta tra gli erogatori

Su quali basi l'utente/famiglia scegliere l'erogatore del servizio?	Passaparola/vie informali
Chi stabilisce il primo contatto con l'erogatore/produttore?	Utente/famiglia
È possibile cambiare erogatore?	Sì
Sono disponibili informazioni sulla qualità dei servizi/erogatori?	Sì
Esistono standard di qualità/meccanismi di accreditamento degli erogatori?	Sì
Quali sono i meccanismi di pagamento/finanziamento del produttore?	In parte l'ente pubblico e in parte l'utente
Nel caso di più servizi previsti dal piano, l'erogatore è unico o possono esserci più erogatori?	Più erogatori

9.3.4.2 Nel caso di prestazioni *cash*, con quali modalità viene erogata e impiegata la prestazione?

In questo caso, l'assegno viene pagato all'anziano, che lo utilizza, nella maggior parte dei casi, per remunerare un *caregiver* familiare. Questo deve essere dichiarato nel piano di cura fissato con l'assicurazione, nel quale vengono de-

finite anche le caratteristiche minime dell'assistenza. Le casse si occuperanno di verificare le condizioni dell'anziano ogni sei mesi, anche se, dalle interviste, emerge che si tratta di un controllo molto formale, non particolarmente mordente.

Box 9.9 Erogazione delle prestazioni *cash*

Esiste un vincolo nel suo utilizzo?	Sì
L'utente deve dichiarare la modalità di impiego del <i>cash</i> ?	Sì
L'utente deve dichiarare il soggetto dal quale riceverà assistenza?	Sì
Nel caso l'utente scelga di avvalersi di un caregiver familiare, questo deve essere formalizzato in qualche modo?	Sì
Esistono meccanismi di controllo sull'utilizzo del <i>cash</i> ?	Sì

9.3.4.3 Come viene regolato il *co-payment*?

Il livello di pagamento *out of pocket* è mediamente alto per i servizi sia domiciliari che residenziali: a titolo di esempio, a Lipsia, in media, i pacchetti di assistenza domiciliare standard hanno una tariffa mensile di 800 euro, dei quali 450 sono finanziati con benefit dalle assicurazioni e 350 sono di spesa *out of pocket*. I produttori sono tenuti, in ogni caso, a fare una sorta di «preventivo» complessivo alla famiglia, esponendo la retta/tariffa scomposta per tutte le componenti di costo del servizio ed evidenziando la parte a carico dell'utente: il produttore deve verificare la solvibilità della famiglia (o dell'utente) rispetto al preventivo proposto e, nel caso, segnalare l'esistenza di *Sozialhilfe* come prestazione di integrazione al reddito al comune. Sarà, poi, il singolo anziano a richiedere la prestazione al comune, che verrà, quindi, pagata direttamente al produttore.

La compartecipazione non viene regolata, ma dipende dalle politiche di prezzo dei produttori.

9.4 Relazioni tra i principali soggetti coinvolti nel sistema di erogazione del servizio

I soggetti coinvolti nel percorso di erogazione dei servizi sono, principalmente, di quattro tipologie: le casse assicuratrici, le commissioni mediche di valutazione, i settori sociali dei comuni e i produttori. Tra questi, le casse assicuratrici hanno un ruolo pivotale nella gestione del sistema a livello nazionale del si-

stema, in quanto sono i principali finanziatori del sistema ed erogatori delle prestazioni. In più, è proprio nel quadro regolatorio delle assicurazioni sociali che vengono definiti gli standard di servizio e i meccanismi di regolazione della produzione.

Nonostante le casse mutue occupino la posizione pivotale nel centro del sistema decisionale a livello nazionale, a livello locale intrattengono relazioni sporadiche con gli altri attori del sistema, in quanto agiscono localmente quasi esclusivamente come certificatori terzi dei bisogni ed erogatori amministrativi neutrali.

Le relazioni locali tra gli uffici delle casse mutue e le commissioni mediche di valutazione (MDK) sono potenzialmente, tra quelle analizzate, le più frequenti e stabili. Le commissioni, oltre a svolgere le valutazioni e a fornire gli *assessment* circa il livello di non autosufficienza degli assicurati, sono, spesso, chiamate per fornire consulenze tecniche nella risoluzione di casi complessi o pareri professionali circa la definizione del piano di cura. Si instaura, così, un legame professionale tra i medici della MDK e i funzionari degli uffici locali delle casse, che, però, ha per oggetto non, se non in pochissimi casi, il singolo assistito (in una logica di presa in carico) ma l'interpretazione dei confini per l'eleggibilità e dei gradi di non autosufficienza riconosciuta.

Le relazioni tra uffici locali delle casse mutue e enti comunali sono pressoché inesistenti. Dalle interviste emerge che non viene fatto nessun tipo di coordinamento tra l'erogazione di interventi di assistenza e di integrazione al reddito, lasciandola all'utente o, al limite, al produttore. Questo accade, in buona parte, in conseguenza al modo di intendere le prestazioni della *Sozialhilfe*, che vengono interpretate quasi come interventi amministrativi, che poco hanno a che vedere con l'assistenza nel suo complesso.

Le relazioni tra uffici locali delle casse e produttori si basano, per lo più, su un mix di controlli e verifica di adempimenti formali. I produttori ricevono il finanziamento dalle casse per i loro utenti e si relazionano con queste solamente per fornire la rendicontazione obbligatoria circa l'assistenza erogata e il rispetto degli standard. Possiamo affermare che la relazione tra uffici locali delle casse e i produttori si basa su una strutturale contrapposizione di ruolo: i momenti principali di relazione sono, infatti, quelli della richiesta di *upgrade* per gli utenti, per ottenere finanziamenti più alti, e di contestazione per la remunerazione di alcune prestazioni. Similmente a quanto accade nel sistema italiano, infatti, i produttori dei servizi (soprattutto di servizi residenziali) erogano prestazioni sia sociosanitarie (secondo il modello presentato fin qui) che sanitarie (per esempio di riabilitazione, somministrazione di farmaci), finanziate dalle mutue sanitarie. Spesso emergono conflitti tra i produttori, le mutue LTC e le mutue sanitarie rispetto alla competenza delle singole prestazioni e, quindi, all'imputazione del finanziamento.

Dalla descrizione del sistema di offerta e delle relazioni tra attori, emerge come nel sistema manchi, nei fatti, un coordinamento o *case management* a livello locale. Il tema di una maggiore integrazione tra spirito assicurativo e assistenziale, oltre all'idea di un percorso di presa in carico integrata, non manca, però, nel dibattito tedesco. A livello locale e regionale si stanno diffondendo sul tema numerose iniziative di riflessione, che segnalano l'evoluzione del sistema verso un maggior coordinamento tra enti pubblici e non solo.

A testimonianza di questa tendenza, dalle interviste condotte è emersa l'esperienza del *Land* della Sassonia, che ha attivato un network di analisi e ripensamento dei modelli di assistenza ai non autosufficienti.

Bibliografia

Bode I., Firbank O (2009), «Barriers to Co-Governance: Examining the “Chemistry” of Home Care Networks in Germany, England and Quebec», *The Policy Studies Journal*, vol. 37, n° 2, pp.325-351.

Buscher A., Wigenfeld K., Schaeffer D. (2011), «Determining eligibility for long term care-lessons from Germany», *International Journal of Integrated Care*, vol. 11.

Crossland J. (2008), «Care in the community for older people: an English perspective on the German care system», *European Journal of Social Work*, vol. 11, n° 3, pp. 313-316.

Cuellar A.E., Wiener J.N. (2000), «Can social insurance for Long Term Care work? The experience of Germany», *Health Affairs*, vol. 19, n° 3, pp. 8-25.

Eichler M., Pfau-Effinger B. (2009), «The Consumer Principle in the care of the elderly people: Free choice and Actual Choice in the German Welfare State», *Social Policy and Administration*, vol. 43, n° 6, pp. 617-633.

Garms-Homolová V. (2013), «Germany», in Genet N., Boerma W., Krone-man M., Hutchinson A., Saltman R.B. (2013), «Home care across Europe Case studies», (edited by), *World Health Organization*, pp. 110-118.

Hilbert J., Evans M., Galtschenko W. (2012), «National report Germany», *Project Pessis: Promoting Employers’ Social Services Organizations in Social Dialogue*.

Schulz E. (2010), «The Long Term Care system for the elderly in Germany», *Enepri research report*, n°78, Contribution to the WP1 of the ANCIEN project.

10. Italia: il percorso nei servizi a Parma

di Andrea Rotolo

Il sistema italiano di assistenza e cura per la non autosufficienza (*Long Term Care - LTC*) affronta, oggi, le sfide dettate dai cambiamenti in atto nella società, dalle difficoltà economiche dello stato e delle amministrazioni locali e dalla sempre maggiore consapevolezza che i tassi di copertura dei bisogni sono modesti. Le principali criticità che vengono imputate al sistema di interventi per la non autosufficienza sono connesse, principalmente, all'elevata frammentazione istituzionale già descritta nel capitolo 4.

Tali criticità, evidenziate, a livello descrittivo, nell'intero sistema italiano, permangono anche a livello locale. Qui, infatti, l'interazione tra numerosi attori, ciascuno con ruoli diversi, talvolta sovrapposti, trova difficilmente una ricomposizione e un coordinamento efficace.

Lo scopo di questo capitolo è quello di evidenziare, seppur in un contesto peculiare come quello del Comune di Parma (come verrà meglio precisato in seguito), i meccanismi che caratterizzano l'intero percorso di una persona anziana non autosufficiente all'interno del sistema di interventi a essa destinati.

Il caso è stato costruito sulla base dell'analisi di desk di documenti ufficiali dei principali attori coinvolti e sulle informazioni raccolte tramite cinque interviste approfondite, svolte in loco a Parma a ottobre 2013.

10.1 Il quadro generale: il sistema dei servizi per gli anziani non autosufficienti

Come anticipato nel § 5.1, a cui si rimanda per maggiori approfondimenti, in Italia i servizi per gli anziani non autosufficienti afferiscono principalmente a due categorie: le prestazioni *cash* e i servizi reali.

Di seguito, sono riassunti i principali interventi diffusi su tutto il territorio nazionale. Si tralasciano, quindi, altre tipologie di intervento, che possono

far riferimento a specifiche realtà territoriali o che rappresentano sperimentazioni non ancora diffuse in tutte le regioni.

10.1.1 Servizi e prestazioni disponibili

Le prestazioni *cash* consistono in un trasferimento di denaro all'utente in seguito a valutazione di idoneità da parte degli organi preposti; tale trasferimento può essere vincolato o meno a uno specifico utilizzo. Esistono diverse tipologie di prestazioni *cash* per la non autosufficienza, erogate da soggetti diversi e che seguono iter e processi di valutazioni diverse:

- l'assegno di accompagnamento (o «indennità di accompagnamento») erogato dall'INPS agli anziani non autosufficienti, che abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno d'età e caratterizzati da difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni dell'età. Il valore dell'assegno consiste in un ammontare mensile fisso, che per il 2013 era corrispondente a 499,27 euro¹;
- gli «assegni di cura» o «voucher» o «assegni terapeutici», erogati dai comuni ai cittadini non autosufficienti per sostenere l'assistenza e la cura al domicilio. Ciascun comune è libero di stabilire i regolamenti, quindi i criteri, per selezionare i beneficiari.

Per quanto attiene i servizi reali, riconosciamo tre tipologie: servizi domiciliari, servizi semi-residenziali e servizi residenziali. Oltre a questi, è possibile individuare una serie di servizi collaterali, come, per esempio, quelli di supporto al *care giving* informale; tuttavia, tali servizi non sono ancora molti diffusi sul territorio nazionale e le poche esperienze già avviate sono molto diverse da ente a ente:

I servizi domiciliari sono di due tipi:

- l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), organizzata dalle ASL (in collaborazione con i comuni), che consente alle persone non autosufficienti di essere assistite al proprio domicilio;
- il Servizio di Assistenza Domiciliare (generalmente SAD o AD), che si caratterizza e distingue dall'ADI per un contenuto della prestazione a maggiore rilevanza sociale.

Esistono, poi, servizi a maggiore intensità, di tipo residenziale e semi-residenziale:

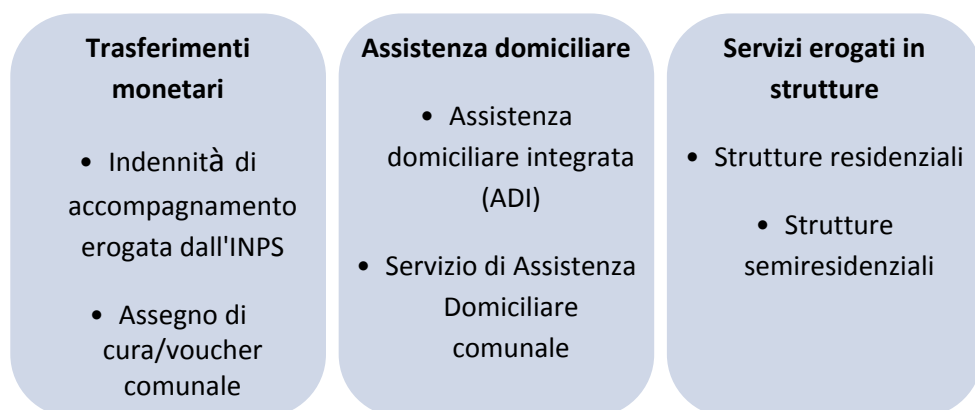
¹ Sito INPS (<http://www.inps.it>; ultimo accesso 7 gennaio 2014).

- i servizi residenziali sono strutture con caratteristiche alberghiere, che ospitano il non autosufficiente in via temporanea o definitiva;
- i servizi semi - residenziali sono servizi erogati in strutture di tipo diurno, che sostengono gli anziani che sono solitamente in condizioni di parziale autosufficienza.

Nei paragrafi successivi sarà approfondito il percorso che gli anziani non autosufficienti compiono nel sistema di interventi locale per la non autosufficienza nel Comune di Parma. Per questo motivo, non sarà approfondito in modo puntuale il percorso relativo all'attribuzione dell'assegno di accompagnamento, poiché si tratta di un intervento completamente slegato dal livello locale e il cui iter viene regolato dall'INPS a livello centrale e attraverso il ricorso alle commissioni sanitarie delle ASL e alle sedi regionali dell'ente stesso.

Nello specifico, chi è in possesso dei requisiti può presentare domanda (esclusivamente in via telematica) direttamente all'INPS. Quest'ultima, verificata la correttezza delle informazioni, trasmette la pratica al livello regionale, attivando la commissione sanitaria dell'ASL per la valutazione del bisogno e la selezione dell'utenza. La commissione valutatrice è, quindi, composta da medici dell'ASL e da un medico dell'INPS e ha il compito di stabilire se la persona ha diritto a ricevere l'assegno di accompagnamento. Per farlo, le commissioni si servono di una scala di valutazione, omogenea su tutto il territorio nazionale, che indaga esclusivamente gli aspetti sanitari relativi all'utente in questione. Se la commissione non esprime giudizio unanime, il richiedente può essere chiamato per una seconda visita. Una volta assegnato l'assegno di accompagnamento, non sono previste verifiche periodiche, ma verifiche a campione.

Figura 10.1 Le prestazioni e i servizi disponibili



10.1.2 *Gli attori principali del sistema pubblico dei servizi*

Alla luce del sistema dei servizi appena descritto, è possibile tracciare il quadro dei principali attori coinvolti nel sistema pubblico dei servizi.

Il governo centrale ha il compito, principalmente attraverso il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (per la componente assistenziale) e il Ministero della Salute (per la componente socio-sanitaria), di definire il quadro normativo e gli indirizzi del sistema di interventi. Inoltre, è il responsabile del trasferimento delle risorse di origine centrale destinate agli interventi socio-sanitari e sociali (per esempio, il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali).

L'INPS è il responsabile del finanziamento del beneficio monetario più importante all'interno del sistema, l'indennità di accompagnamento. Per questo motivo, è anche responsabile, di concerto con il governo, dell'emanazione dei regolamenti e dei criteri per l'assegnazione del beneficio monetario. In collaborazione con l'ASL, invece, effettua le valutazioni degli utenti per stabilire chi ha diritto a ricevere l'indennità.

Le ASL, in quanto emanazione della regione sul territorio, sono responsabili dell'attuazione degli indirizzi regionali in materia socio-sanitaria. Inoltre, come già accennato in precedenza, hanno il compito di valutare i bisogni, definendo quali utenti hanno diritto a ricevere una prestazione del sistema di servizi pubblici e sono in prima persona erogatori di alcuni servizi, in particolare dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

I comuni concorrono alla pianificazione sul territorio del sistema delle politiche sociali, anche su ambiti sovra comunali, come stabilito dalla legge 328/00, che ha istituito i Piani di Zona. Inoltre, i comuni utilizzano risorse proprie per finanziare il sistema di interventi sociali, che si aggiungono alle risorse trasferite dal livello centrale alle regioni e dalle regioni agli enti locali. Infine, come richiamato nel paragrafo precedente, i comuni erogano in prima persona alcuni servizi, come, per esempio, il Servizio di Assistenza Domiciliare comunale.

Gli erogatori privati sono chiamati a fornire prestazioni agli anziani non autosufficienti per il sistema pubblico, principalmente attraverso il meccanismo dell'accreditamento. I loro servizi sono finanziati attraverso risorse pubbliche, che possono prevedere la compartecipazione degli utenti.

10.2 **Il caso della città di Parma**

Parma è una città di 190.522 abitanti (dato 2012) dell'Emilia-Romagna, regione situata nell'Italia Settentrionale. Gli stranieri residenti sono, in totale, 29.831 e rappresentano il 15,7 per cento degli iscritti in anagrafe. La presenza straniera ha determinato, nel corso degli ultimi anni, una lenta, ma costante crescita della popolazione totale. E se anche il numero di nuovi nati stranieri continua a crescere, tuttavia diminuisce, a velocità superiore, il numero di

nuovi nati da genitori italiani. Questa differenza ha portato il numero di nati per 1.000 abitanti al di sotto delle 9 unità nel 2012.

In generale, nel corso del 2012, la struttura della popolazione non ha presentato variazioni di particolare rilievo. L'aumento del numero di stranieri ha, però, inciso sul miglioramento dell'indice di vecchiaia, sceso a 171,8, in leggera controtendenza rispetto a quanto sta avvenendo nel panorama nazionale. Sempre in controtendenza rispetto a quanto avviene nel resto del paese e dei contesti urbanizzati, sta leggermente diminuendo il numero di famiglie unipersonali².

Per quanto riguarda, nello specifico, gli anziani, negli ultimi anni sono stati rilevate alcune nuove esigenze emergenti, che stanno impattando in modo significativo sul sistema di servizi della città:

- anziani in difficoltà economica, spesso a causa del sostentamento della rete familiare adulta;
- anziani con sfratto;
- anziani stranieri.

Inoltre, alcune esigenze già note stanno aumentando la loro intensità:

- anziani non autosufficienti ad alta complessità, con prevalenza di bisogni sanitari;
- nuclei multiproblematici;
- anziani soli;
- anziani a rischio di isolamento, affetti da solitudine;
- anziani con caratteristiche di fragilità (per aspetti sociali, sanitari, economici), a rischio di perdita di autonomia;
- persone disabili che raggiungono l'età anziana.

10.2.1 Il sistema dei servizi della città

Il servizio sociale territoriale è organizzato in quattro poli territoriali dislocati in modo da coprire l'intero territorio cittadino. Il polo territoriale rappresenta il punto di riferimento e di accesso alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari per chi ha bisogno di aiuto. Essi sono coordinati dalla struttura operativa anziani del Comune di Parma.

Il polo territoriale svolge i seguenti compiti:

- fornisce informazioni e consulenze;

² Dati forniti dagli intervistati e disponibili al sito <http://www.statistica.comune.parma.it> (data ultimo accesso: 7 gennaio 2014).

- elabora, avvalendosi anche dell'apporto di altri professionisti, il Progetto di Vita e di Cura – individuando i servizi e/o le risorse più rispondenti ai bisogni – e lo condivide con la persona e con la sua famiglia;
- attiva i servizi previsti nel progetto;
- sostiene la persona e la famiglia nelle scelte di percorsi di vita e di cura autonomi;
- accompagna la persona e la sua famiglia lungo tutto il percorso assistenziale.

Oltre ai poli territoriali, il nucleo centrale del coordinamento per accedere di fatto ai servizi per gli anziani è l'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG). Si tratta di un'équipe multidisciplinare, che ha lo scopo di effettuare una valutazione globale delle condizioni dell'anziano e definire il relativo programma preventivo, curativo e riabilitativo, diretto a garantire la continuità clinico-assistenziale.

Il forte ruolo del comune all'interno del sistema di servizi sociali e socio-sanitari è una peculiarità della città, che non sempre si riscontra negli altri territori. Infatti, è del tutto eccezionale, rispetto al resto del panorama regionale, che a Parma l'UVG dipenda dal servizio assistenza anziani del comune e non dalla AUSL³. Allo stesso modo, è il comune, e non la AUSL, come avviene nel resto della regione⁴, il responsabile della quota di Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) per il territorio di riferimento.

L'AUSL è, comunque, coinvolta in prima persona nella valutazione dei bisogni ed è responsabile dell'erogazione di alcune prestazioni, la più importante delle quali è l'ADI.

L'offerta di servizi sul territorio è così composta:

- 11 centri diurni;
- 97 alloggi con servizi (per chi non è più in grado di vivere nella propria casa, ma può continuare ad abitare autonomamente in un appartamento, in un edificio dotato di servizi comuni);
- 2 spazi collettivi;
- 713 posti di casa protetta/Casa residenza;

³ Negli altri territori dell'Emilia Romagna, l'UVG è un servizio che dipende direttamente dalle AUSL.

⁴ Il Fondo Regionale per la non autosufficienza è finalizzato allo sviluppo e alla qualificazione di una rete integrata di servizi flessibili, distribuiti in modo omogeneo nei vari territori e centrati sui bisogni delle persone non autosufficienti e di chi accanto a loro vive e se ne prende cura. È programmato e deliberato dalla Giunta regionale in collaborazione con la "cabina di regia" regionale per il welfare (luogo di concentrazione tra la Regione e gli Enti locali delle politiche sociali e sanitarie), sottoposto al confronto ed al parere delle parti sociali (sindacati, terzo settore, volontariato) riguardo ad obiettivi, priorità e gestione delle risorse. Nella maggioranza dei territori dell'Emilia-Romagna è gestito dall'AUSL e il suo riparto avviene tra i Distretti dell'Azienda USL individuati come luoghi deputati alla programmazione e al governo dei servizi necessari alla popolazione di riferimento.

- 3 comunità alloggio con 27 posti per accoglienze di sollievo e a tempo prolungato per anziani non autosufficienti di grado lieve;
- 66 posti di RSA per accoglienze temporanee e a tempo prolungato di anziani con bisogni socio-sanitari e assistenziali di livello grave;
- assistenza domiciliare;
- tutoring;
- formazione per le assistenti familiari;
- a casa mia (Teleassistenza);
- assegno di cura;
- assegno sociale;
- contributi economici di sostegno (quali, per esempio, lo sconto sul pagamento delle utenze domestiche).

A Parma, nel 2012, erano presenti 41.315 anziani ultra 65enni. Applicando il tasso di prevalenza della non autosufficienza (18,5 per cento)⁵, è possibile stimare una presenza di anziani non autosufficienti di 7.643 persone. Gli anziani in carico ai servizi del Comune di Parma, nel 2012, erano 4.095, di cui 1.088 anziani soli. Le nuove segnalazioni ai servizi che sono arrivate in quell'anno sono state 1.636.

Di questi:

- 53 sono stati accolti nelle Comunità Alloggio;
- 113 in RSA;
- 902 in Casa Protetta;
- 114 in alloggi con servizi;
- 73 hanno frequentato gli spazi collettivi;
- 430 sono stati ospiti dei centri diurni;
- 1.390 hanno usufruito dell'Assistenza Domiciliare;
- 107 della teleassistenza;
- 753 di assegni di cura;
- 44 di assegni sociali;
- 298 di contributi economici.

⁵ elaborazione Cergas di: «ISTAT - Sebastiani, Iannucci, Vannoni, 2008 - Disabilità e non autosufficienza - pubblicato su Monitor, 3° supplemento al n. 22».

Tabella 10.1 La presa in carico degli anziani non autosufficienti a Parma ⁶

	Numero	Percentuale sulla popolazione over65
Popolazione over 65 non autosufficiente	7.643	100%
Anziani in carico ai servizi comunali	4.095	53,6%
Anziani in carico alla ASL	n.d.	n.d.
Posti disponibili strutture residenziali	806	10,5%
Anziani in strutture residenziali	1.182	15,5%
Anziani in strutture semiresidenziali	503	6,6%
Anziani in carico al servizio di Assistenza Domiciliare	1.390	18,2%
Anziani beneficiari di trasferimenti monetari del comune	1.095	14,32%

10.2.2 *Gli attori principali del sistema pubblico dei servizi*

Gli attori intervistati fanno capo ai principali soggetti coinvolti nell'organizzazione, gestione ed erogazione dei servizi destinati agli anziani non autosufficienti a Parma. Non è stato, tuttavia, intervistato alcun attore appartenente all'INPS, l'ente responsabile dell'erogazione della prestazione *cash* più importante, ossia l'indennità di accompagnamento. Come sottolineato in precedenza, la scelta deriva dal fatto che l'assegnazione e la gestione delle indennità di accompagnamento segue un iter molto definito e stabilito dalla normativa e dai regolamenti nazionali ed è, quindi, quasi completamente scollegato dal livello locale, rappresentato dai comuni e dalle ASL, con la sola eccezione della commissione che valuta i requisiti dei richiedenti. Si tratta, anche

⁶ Nella tabella non vengono inseriti i 97 alloggi con servizi per anziani non autosufficienti perché si tratta di un intervento destinato a persone in condizione di parziale autosufficienza in grado di vivere in autonomia.

in questo caso, di una procedura estremamente standardizzata e con pressoché nessun collegamento con gli attori del territorio

I soggetti che sono stati intervistati per il caso di Parma fanno capo ai seguenti attori: il Comune di Parma, l'ASL di Parma, due rappresentanti dei produttori dei servizi (una cooperativa sociale e una residenza per anziani), un rappresentante di un'associazione degli utenti malati di Alzheimer. Nello specifico, le persone intervistate sono state:

- Un dirigente della Struttura Operativa Anziani del Comune di Parma. Il Servizio Anziani del Comune di Parma gestisce, coordina e supervisiona il sistema di servizi e prestazioni erogate a livello locale agli anziani. È responsabile della programmazione, progettazione, realizzazione e verifica del sistema di servizi sociali e socio-sanitari. Inoltre, può concorrere alla gestione, offerta, erogazione e produzione di interventi e servizi sociali e socio-sanitari;
- Un dirigente del distretto sociosanitario dell'Azienda USL di Parma. Il distretto svolge, con il supporto reciproco del comune, la funzione di committenza (programmazione, progettazione, realizzazione e verifica del sistema di servizi socio-sanitari) e di erogazione (gestione, offerta, erogazione, produzione di interventi socio-sanitari);
- il responsabile della linea sanitaria - area servizi alla persona di una cooperativa sociale di Servizi integrati alla persona. La cooperativa ha un focus specifico sul percorso e sull'erogazione di servizi di assistenza domiciliare. A Parma tutti i servizi domiciliari sono esternalizzati in accreditamento;
- il direttore di una struttura residenziale privata con 40 posti, di cui 38 convenzionati e 2 a mercato; la permanenza media nella residenza è di circa 3 anni;
- il presidente di un'associazione che gestisce nella città di Parma i servizi per i malati di Alzheimer. Per questa categoria di anziani il percorso nei servizi segue un iter diverso, che passa attraverso un centro diagnostico specializzato. Nella Provincia di Parma, i malati di Alzheimer sono stimati in circa 10.000, di cui 6.000 in città. Il 92 per cento vive in famiglia e il 20/30 per cento delle famiglie ha il *caregiver* principale che ha abbandonato il lavoro⁷.

10.3 Il percorso degli anziani nei servizi: assistenza e presa in carico a Parma

La descrizione del sistema di servizi per gli anziani non autosufficienti del Comune di Parma ha evidenziato alcune peculiarità, che caratterizzano anche le

⁷ Dati forniti dall'Associazione in questione.

fasi, descritte di seguito, che vanno dal primo accesso alla presa in carico dell'utente.

10.3.1 Fase 1: informazione e primo contatto

La fase di informazione e primo contatto si caratterizza per la presenza dei già richiamati quattro poli territoriali, ossia le sedi territoriali dei servizi sociali, organizzati per nuclei sui quartieri della città. Nel 2012 ci sono state 1.636 nuove segnalazioni, ovvero anziani (o loro familiari) che si sono recati al front office del polo per avere un primo contatto e le informazioni necessarie.

10.3.1.1 Come avviene il primo contatto tra un potenziale utente (o la sua famiglia, o altri) e i servizi?

I potenziali utenti e le loro famiglie possono ottenere informazioni sulle caratteristiche dei servizi, sulle modalità e sui criteri di accesso e sulle alternative possibili direttamente presso i poli territoriali; in queste sedi sono, inoltre, presenti le assistenti sociali, che possono fornire alcune informazioni preliminari più approfondite sui servizi e le modalità di presa in carico. A oggi, la conoscenza dei poli in città è molto diffusa: è stata diffusa, nel corso degli anni, grazie a un forte radicamento nel territorio e a un riconoscimento storico che la città ha avuto nei confronti del sistema di assistenza sociale. La diffusione dei poli si è, poi, rafforzata a seguito del lavoro congiunto con molti partner (AUSL, MMG, Associazioni, i Piani di Zona). Il compito delle assistenti sociali è, dunque, quello di trasformare un'esigenza dell'utente o della sua famiglia in un servizio appropriato. Dopo il primo accesso, si ha una «segnalazione». Da cui possono scaturire sia una presa in carico che una consulenza da parte dell'assistente sociale su come intervenire nella famiglia. Tutte le richieste di informazioni sono registrate e, quindi, tracciate da un sistema informativo.

Nella maggior parte dei casi, sono le famiglie a richiedere informazioni per i loro cari, mentre sono molto più rari i casi in cui è l'anziano stesso a rivolgersi ai nuclei per avere informazioni su quali opzioni e alternative ha a disposizione. Questo è soprattutto il caso degli anziani fragili non ancora non autosufficienti.

Le informazioni che vengono richieste sono prevalentemente relative ad aspetti pratici, legati alle procedure da espletare per poter accedere ai servizi. Per quanto riguarda il versante dei servizi sia pubblici sia privati, l'alta concentrazione e la presenza di pochi, grandi soggetti erogatori fa sì che le informazioni sugli attori del sistema siano già note e diffuse tra i cittadini.

Box 10.1 Come avviene il primo contatto tra un potenziale utente (o la sua famiglia, o altri) e i servizi?

Dove sono disponibili le informazioni	Polo territoriale
Chi tipicamente richiede le prime informazioni	Famigliare
Quali tipi di informazioni sono disponibili	Specifiche sugli interventi
Quali informazioni vengono richieste maggiormente	Specifiche sugli interventi
Qual è il livello di diffusione delle informazioni	Alto

10.3.1.2 In che modo un potenziale utente arriva a richiedere informazioni?

I poli territoriali non sono l'unico modo attraverso cui ha luogo il primo contatto. Infatti, oltre al caso già descritto in cui l'utente (o suo familiare) si presenta presso il polo, in alcuni casi sono i Medici di Medicina Generale (MMG) a indirizzare il loro paziente verso i servizi sociali. Si anticipano, così, eventuali situazioni problematiche alla vigilia di una dimissione ospedaliera. Si tratta, tuttavia, di casi residuali rispetto alla maggioranza.

Accanto a essi esiste, comunque, una parte di utenza, anch'essa residuale, che utilizza altri canali per ottenere informazioni: recapiti telefonici dei servizi, il sito internet del comune o dei produttori di servizi, le sedi stesse dei servizi oppure le pubblicità e il passaparola con amici e conoscenti. In ogni caso, il sistema pubblico (URP, sede dei servizi, ecc...) tende a veicolare tutte le richieste verso i poli territoriali. Inoltre, in occasione dell'apertura di nuovi servizi, sono state organizzate campagne pubblicitarie specifiche per aumentare il grado di consapevolezza tra la popolazione.

I momenti in cui le famiglie manifestano la necessità di ottenere informazioni rientrano in due fattispecie principali: i giorni successivi al manifestarsi di un episodio acuto o di un'emergenza (casi, dunque, che possono essere più complessi) oppure quando si verifica il deterioramento della condizione di cronicità della persona anziana. In tal caso, si tratta di bisogni noti che perdurano nel tempo, ma che si sono aggravati.

Alcune famiglie adottano, invece, una logica del tutto preventiva e, anche consapevoli di avere anni di anticipo, chiedono informazioni solo per essere pronti e sapere come comportarsi.

Esiste, infine, anche la fattispecie in cui la necessità di presa in carico da parte del sistema sociosanitario derivi da una dimissione ospedaliera (oppure se la situazione emerge durante una degenza): in questo caso, il primo contatto avviene tramite l'assistente sociale dell'ospedale.

La maggior parte delle considerazioni fin qui riportate è valida per il sistema di servizi pubblici. Può anche capitare, tuttavia, che alcune famiglie si rivolgano direttamente ai servizi, quindi alle cooperative o alle strutture residenziali, per chiedere informazioni sui posti letto a mercato, perché spinte da situazioni di estrema urgenza (dimissioni ospedaliere, interruzione imprevista dell'assistenza della badante). Si verificano anche casi in cui le strutture residenziali ricevono richieste di informazioni generiche da parte dei cittadini: alcuni non conoscono il sistema dei poli territoriali e si rivolgono direttamente al servizio che conoscono di più (per esempio, per vicinanza geografica). Sono, poi, gli operatori del servizio a reindirizzarli alle assistenti sociali del comune, trattandosi, per lo più, di richieste inappropriate.

Box 10.2 In che modo un potenziale utente arriva a richiedere informazioni?

Come avviene la segnalazione dell'esistenza di politiche/interventi?	Informazione al polo territoriale, MMG, passaparola
Quando avviene nella maggior parte dei casi la prima richiesta di informazioni?	All'acuirsi del bisogno di assistenza già esistente o in seguito ad una situazione di emergenza

10.3.1.3 Informazione e primo contatto per i malati di Alzheimer

Esiste, inoltre, uno specifico sistema di primo contatto con il sistema per categorie individuate di utenti. Nel caso analizzato, è stato approfondito il caso delle persone affette da Alzheimer. Il punto di accesso al sistema è costituito dal consultorio di diagnosi e cura per i disturbi cognitivi, fondato da AUSL, comune, ospedale e Università di Parma nell'ambito di un progetto avviato a livello regionale. Generalmente, le famiglie arrivano al consultorio inviate dal MMG. Essendo una patologia specifica, l'invio avviene dopo il momento della diagnosi e capita spesso che la segnalazione da parte del MMG venga fatta in ritardo rispetto alle reali esigenze dell'utente. Pertanto, in questo caso, è possibile affermare che riveste notevole importanza, soprattutto in questa fase di primo contatto, il ruolo del MMG. Accanto a esso, il ruolo dell'ospedale può essere altrettanto fondamentale perché in alcuni reparti la formazione su questi temi è alta e gli operatori sono in grado di indirizzare da subito i pazienti verso il percorso di cura più corretto.

La diffusione delle informazioni professionali non è, però, ancora completa: solo chi ha la «fortuna» di incontrare il medico o il reparto ospedaliero eccellente ottiene le informazioni nel modo e nel tempo corretto. Per gli altri si apre una questione di opportunità e tempistiche diversa.

10.3.2 Fase 2: selezione dell'utenza e accesso al servizio

La valutazione del bisogno sociosanitario avviene tramite una UVG composta da un geriatra e un infermiere dell'AUSL e un assistente sociale del comune. La valutazione del bisogno nella sua declinazione sociale viene, invece, effettuata direttamente dall'assistente sociale che prende in carico l'utente. Nello specifico, il funzionamento del sistema prevede che la valutazione dell'UVG sia attivata automaticamente nel caso di presa in carico socio-sanitaria. Nel caso, invece, degli anziani che hanno una presa in carico solo di tipo sociale, l'attivazione dell'UVG può essere richiesta dall'assistente sociale. Significa, quindi, che l'assistente sociale ha l'importante ruolo di filtro e, di fatto, effettua una prima scrematura degli utenti. Per quanto concerne la valutazione del bisogno sociale, le assistenti sociali utilizzano specifiche scale (a titolo esemplificativo, si citano: ADL, IADL, BARTHEL, ISPLM, Scala di valutazione del carico assistenziale e scala di valutazione abitativa). Di conseguenza, gli utenti che sono valutati dall'UVG sono quasi tutti valutati come idonei a ricevere un servizio, proprio perché il sistema prevede una sorta di valutazione preliminare effettuata dall'assistente sociale.

La valutazione dell'UVG è effettuata sulla base di più schede di valutazione, ognuna delle quali prevede una scala che misura un aspetto specifico: quella principale è la scala BINA⁸, che fissa il *cut off* per determinare chi ha diritto a ricevere un servizio offerto dal sistema pubblico e chi no. Definito questo aspetto di fondo, si utilizzano altre scale, che valutano la co-morbilità e specifici rischi sanitari. L'UVG mantiene, comunque, un elevato livello di discrezionalità: il punteggio della scala BINA è alla base di una serie di valutazioni, che lasciano spazio a quella professionale.

Anche la valutazione dei trasferimenti monetari del comune (assegni di cura e assegni sociali) avviene con la stessa logica. C'è un regolamento per la valutazione, in coerenza con la normativa regionale, che viene fatta tenendo conto del progetto dell'assistente sociale e dell'UVG. Sia l'assegno di cura, sia l'assegno sociale hanno una destinazione vincolata.

È importante sottolineare che l'UVG non ha responsabilità di budget, dunque il suo compito si esaurisce nel momento in cui viene ultimata la valutazione. Al contrario, l'assistente sociale, da questo punto di vista, è maggior-

⁸ La scala di valutazione BINA è una scala di disabilità, particolarmente adatta alla popolazione anziana, che analizza 10 *items*, ognuno dei quali dotato di 4 modalità ordinate e di un punteggio (min 10, max 100), che indica la gravità della disabilità. Gli *items* sono: medicazioni, necessità di prestazioni sanitarie, controllo sfinterico, disturbi comportamentali, comunicazione, deficit sensoriali, mobilità, attività della vita quotidiana, stato della rete sociale, fattori abitativi e ambientali. Il valore dell'indice corrisponde al punteggio totale riportato nella valutazione, tale valore va confrontato col valore soglia, pari a 230. Sono considerati non autosufficienti i soggetti con punteggio superiore a 230.

mente responsabilizzato e deve effettuare le proprie scelte tenendo conto del budget assegnato.

A oggi circa, 5.000 anziani sono presi in carico con attivazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) e della valutazione del bisogno.

Le famiglie degli utenti possono essere coinvolte nel momento della valutazione del bisogno, ma non nel momento effettivo della decisione. Il processo, infatti, si svolge in questo modo: in un primo momento si incontra l'anziano al domicilio o nelle strutture (per esempio, nei centri diurni); è questo il momento in cui la famiglia può essere presente. Successivamente, l'UVG si riunisce collegialmente e decide il risultato della valutazione, che viene poi comunicato all'utente e alla sua famiglia.

Nel corso della fase di valutazione del bisogno, neanche i produttori privati che operano per conto del sistema pubblico sono coinvolti direttamente nel processo, ma solo attraverso la figura dell'assistente sociale del comune, che funge da raccordo. Successivamente, una volta che l'utente viene assegnato a un posto in residenza o a una cooperativa che fornisce servizi domiciliari, gli operatori e i professionisti che lavorano per l'erogatore di servizi svolgono le loro valutazioni.

Accade diverse volte che le famiglie, in una situazione d'emergenza, contattino direttamente l'erogatore privato. Gli operatori di quest'ultimo, arrivati in loco (o dopo un primo ciclo di interventi), possono suggerire alla famiglia di rivolgersi comunque al sistema pubblico (quindi, attivando il percorso che passa prima dai poli) perché ci si rende conto che quella persona potrebbe avere diritto a un servizio pubblico. In questo caso, può anche accadere che siano gli operatori dell'erogatore privato a prendere i primi contatti con gli assistenti sociali, a monitorare l'evolversi dalla procedura e a supportare la famiglia.

Per quanto riguarda, invece, i posti letto e le prestazioni offerte a mercato, gli erogatori privati attivano i propri processi di valutazione autonomi. È bene sottolineare che i posti a mercato costituiscono una percentuale molto limitata rispetto al numero totale di posti letto disponibili e, nello specifico caso della struttura residenziale intervistata, si tratta di 2 posti letto su 40.

I produttori che erogano i servizi domiciliari attivano, in questi casi, processi di valutazione, che, molto spesso, devono essere tempestivi perché capita che l'intervento debba partire in tempi brevi. I coordinatori e i responsabili delle attività degli erogatori effettuano, dunque, una valutazione socio-assistenziale, prendendo in considerazione i seguenti aspetti: l'ambiente domestico, la condizione sociale dell'anziano, i bisogni dell'anziano. Periodicamente, in base all'esperienza e alle osservazioni degli operatori, si procede con una rivalutazione del bisogno.

Le strutture residenziali, invece, al momento dell'inserimento, effettuano, attraverso i loro operatori, una valutazione del bisogno molto simile a quella fatta dai servizi sociali comunali, con la differenza che non vengono

presi in considerazione gli aspetti reddituali e patrimoniali dell'utente. In base alla valutazione, viene stilata una graduatoria e gli utenti sono inseriti in lista d'attesa sulla base del bisogno.

Box 10.3 Come si svolge il processo di valutazione del bisogno

Chi esegue la valutazione?	UVG
Come viene svolta la valutazione?	Varie scale
Come viene definito l'esito della valutazione?	Ranking/punteggio, elementi di discrezionalità da parte del valutatore
I criteri di valutazione sono condivisi con il potenziale utente?	Sì
Quali elementi entrano nella valutazione?	Condizioni di salute, bisogno di assistenza
In quanti momenti si articola il processo di valutazione?	Due fasi separate: visita e assegnazione del livello di gravità
Dove si svolge la valutazione?	Domicilio o struttura

Box 10.4 L'utente e la sua famiglia partecipano in modo attivo al processo di selezione?

La famiglia è presente?	No
L'utente e la famiglia possono intervenire?	No
Si tiene conto di elementi riguardanti il contesto familiare e sociale dell'utente durante la valutazione?	Sì

Se la valutazione è negativa, l'utente può richiedere che sia rivista, ma, per i motivi sopra esposti, è un'ipotesi che raramente si verifica.

A seguito di una valutazione negativa (ossia con una BINA al di sotto del livello di *cut off*), l'anziano rimane, comunque, tracciato dal sistema perché è passato attraverso il polo e il contatto con l'assistente sociale. Ciò permette di valutare se è possibile e appropriato provvedere con altri interventi (per esempio, interventi a carattere esclusivamente sociale e non socio-sanitario oppure al di fuori del perimetro pubblico). In altre parole, nella maggior parte dei casi è possibile affermare che l'utente viene comunque preso in carico dal sistema.

10.3.2.1 Selezione dell'utenza e accesso al servizio per i malati di Alzheimer

Con riferimento alla specifica classe di utenza dei malati di Alzheimer, al primo accesso si procede con la diagnosi, che deve essere effettuata usando un test neuropsicologico. Rivalutazioni frequenti vengono effettuate seguendo il normale decorso della malattia per riadattare la valutazione e il conseguente piano di cura. Accanto alla valutazione degli aspetti a maggior rilevanza sanitaria, l'assistente sociale effettua anche una valutazione che tiene conto di indicatori, quali l'ISEE. L'associazione intervistata svolge, oggi, circa il 33 per cento delle valutazioni per supportare la AUSL, che non ha risorse produttive sufficienti per coprire tutta la domanda. Il piano di cura viene elaborato, nella maggior parte dei casi, al domicilio, soprattutto quando si prevedono interventi di sollievo.

10.3.3 Fase 3: definizione del piano di cura

La definizione del piano di cura per l'utente vede i contributi di diversi attori. L'UVG elabora una prima proposta di piano in sede di valutazione. Essa comprende un piano assistenziale di massima, che individua in modo preciso i bisogni e indica la possibile risposta assistenziale. In questo momento, non è previsto il coinvolgimento della famiglia dell'utente.

Il piano di cura specifico e definito nei dettagli operativi viene successivamente elaborato dall'assistente sociale. Nella redazione del piano operativo si cerca di coinvolgere i MMG, in particolare nei casi che prevedono l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata o dell'inserimento nei Centri Diurni.

In questa fase, il ruolo determinante è rivestito dall'assistente sociale che è la responsabile del caso. Tuttavia, è fortemente incentivata, nella definizione del PAI, l'integrazione professionale tra infermiere e assistente sociale. Al momento, tuttavia, non esiste una cartella socio-sanitaria integrata (esiste, invece, la cartella sanitaria integrata).

I produttori vengono contattati solo dopo aver definito il piano, ossia nel momento in cui deve essere attivato il servizio. Quando il piano di cura prevede l'erogazione di assistenza domiciliare, questo viene perfezionato e «limato» dalla cooperativa nel momento in cui effettua la valutazione prima di procedere con gli interventi. Questo ulteriore step si rende necessario perché è possibile che vi siano alcuni elementi che non sempre l'assistente sociale conosce (per esempio, le caratteristiche dell'abitazione in cui l'utente vive). Nell'operationalizzazione del piano di cura, l'erogatore cerca di coinvolgere la famiglia (quando possibile e indicato).

Per quanto riguarda l'inserimento in struttura, sono sempre gli assistenti sociali e la UVG a definire il piano di cura e, quindi, a stabilire se è appropriato o meno un inserimento in struttura.

Nel caso in cui siano previste prestazioni *cash*, nel piano di cura si definisce come i contributi debbano essere utilizzati e si fissano dei minimi livelli di assistenza, che devono essere garantiti anche al di fuori dei limiti di utilizzo del contributo. La famiglia è tenuta a dichiarare e quantificare anche l'assistenza informale o privata che prevede di offrire. Periodicamente, il comune verifica che questi standard siano stati rispettati. La frequenza delle verifiche dipende dai singoli casi.

Quando i casi prevedono diversi tipi di prestazione per lo stesso utente, è sempre l'assistente sociale a rivestire il ruolo di «regista» del sistema: ha, infatti, il controllo della situazione complessiva e deve tenere le fila dell'intervento, soprattutto nel caso in cui debba verificarsi integrazione tra sociale e sanitario quando si ha, per esempio, sia ADI che SAD. Spetta, dunque, all'assistente sociale il coordinamento tra infermieri e operatori sociali. Il coordinamento vero e proprio, tuttavia, avviene nel momento dell'intervento, ossia quando infermieri e operatori socio sanitari si incontrano al domicilio dell'anziano e decidono se e come mettersi d'accordo per coordinarsi. Questo, però, non avviene in tutti i casi. Non esiste, quindi, formalmente nessuna definizione di piano condivisa tra parte sociale e sanitaria, né è previsto l'utilizzo di strumenti condivisi: per esempio, le cartelle sanitarie e sociali sono separate e quelle sanitarie non sono disponibili per gli operatori sociali.

La scelta del servizio migliore per l'utente viene fatta tenendo conto delle preferenze e delle necessità della famiglia (per esempio, se la famiglia esprime una forte preferenza per la struttura residenziale, si fa il possibile per tenerne conto). In altre parole, la famiglia non è parte attiva della definizione del piano, ma si cerca di assecondare, o quanto meno considerare, le sue preferenze.

Box 10.5 Come si svolge il processo di definizione del piano di cura?

Chi redige il piano di cura?	UVG (prima proposta) e Assistente sociale (piano di dettaglio)
Quali elementi entrano nel piano?	Tipologia prestazioni, standard di servizio
Come viene redatto il piano?	Dall'assistente sociale consultando la famiglia
Quando viene redatto?	In un secondo momento, dopo la valutazione
Chi viene coinvolto nella redazione del piano	Utente, famiglia
Nel caso di prestazioni <i>cash</i> , nel piano	Si prevedono delle modalità specifiche di utilizzo dell'ammontare

Il piano non è «rigido» ed esiste per la famiglia la facoltà di scegliere servizi non previsti nel piano, dunque aggiungendo ore di assistenza o servizi supplementari a pagamento. Tuttavia, di questi servizi aggiuntivi non rimane traccia formale nel piano di cura.

Essendoci un certo grado di flessibilità, l'assistente sociale, di fatto, riveste il ruolo di *case manager* ed è dunque di grande supporto per le famiglie, alle quali fornisce consulenza. Il ruolo è rilevante affinché l'attore pubblico possa garantire una presa in carico prolungata anche con servizi collaterali. Bisogna tener presente, infatti, che la risposta pubblica è comunque parziale e non esaurisce quasi mai le necessità della famiglia. Spesso e volentieri, infatti, gli utenti che sono stati presi in carico dal comune abbinano altre modalità di cura, dall'aiuto dei familiari a quello delle badanti. Poco frequente è, invece, la richiesta di acquistare ore aggiuntive dall'erogatore che fa assistenza domiciliare.

Box 10.6 Elementi di flessibilità del piano di cura

Quali sono gli elementi per i quali è prevista flessibilità?	Scelta di aggiungere servizi integrativi al di fuori del piano
È possibile definire già nel piano di cura alcune componenti dell'assistenza che verranno acquistate privatamente dall'utente/famiglia?	No

Il piano di cura può essere rivalutato periodicamente. Non esiste una procedura a scadenza fissa, ma la rivalutazione avviene sulla base della richiesta degli operatori. Di fatto, avviene periodicamente seguendo il normale evolversi dei bisogni, ma anche in base a specifiche richieste di attivazione (da parte dell'utente o della famiglia) in determinate situazioni di urgenza. Nel caso di un cambiamento considerevole della situazione è possibile richiedere anche una rivalutazione da parte dell'UVG.

Le strutture residenziali non prevedono indagini sulla qualità del servizio, ma fanno colloqui continui con le famiglie per valutare la soddisfazione e l'adeguatezza dell'assistenza. È una sorta di «patto di cura» con la famiglia, durante la quale si verificano le prestazioni e si concordano modifiche e miglioramenti ed eventuali compensazioni del livello assistenziale. La cadenza di questa valutazione è tendenzialmente annuale.

Box 10.7 Revisione del piano di cura

Con che frequenza?	Non esiste frequenza prestabilita
Quali esiti può produrre la revisione del piano?	Conferma o modifica dell'assistenza indicata
Con che modalità?	Dipende dal servizio
Chi richiede la revisione del piano?	Su richiesta dell'operatore o dell'utente

10.3.3.1 Definizione del piano di cura per malati di Alzheimer

Per quanto attiene i malati di Alzheimer, in seguito alla valutazione, il piano di cura viene definito presso il centro diagnostico e viene continuamente riadattato.

Il piano di assistenza viene elaborato di concerto tra tutti gli specialisti del centro e con il coinvolgimento, non sempre facile, dei MMG.

Buona parte del coordinamento tra le istituzioni dipende anche dal lavoro fatto nei piani di zona, quando si sviluppano diversi tavoli e incontri bilaterali tra i vari enti. Durante tutto il percorso per il sostegno alle famiglie, l'associazione attiva servizi di *counselling* nelle diverse fasi della malattia per tutti i suoi diversi aspetti. L'associazione eroga anche servizi aggiuntivi che possano essere di sostegno al domicilio dell'utente.

10.3.4 Fase 4: erogazione del servizio

La fase di erogazione del servizio si distingue a seconda del percorso scelto.

Per quanto riguarda i servizi residenziali, la scelta della struttura non viene fatta dalla famiglia, ma dipende dalle liste di attesa. È infatti, l'UVG a decidere in quale struttura inserire l'utente (nel momento in cui si libera un posto letto). In particolare, le liste d'attesa per strutture residenziali vengono gestite individuando dei criteri di priorità di intervento (oltre che criteri formali sui requisiti), sulla base di un mix tra ISEE, caratteristiche della famiglia, stato di salute, ecc... Nella scelta interviene anche l'assistente sociale, che cerca di operare un match tra domanda e offerta.

Le diverse strutture sono, da un lato, molto standardizzate nei servizi, come conseguenza dell'accreditamento, dall'altro hanno sviluppato, nel tempo, una specializzazione su alcuni profili assistenziali. L'assistente sociale, che conosce bene le caratteristiche dei singoli gestore, sa qual è la struttura più appropriata per ogni casistica.

Dalla richiesta di inserimento in lista d'attesa all'inserimento in struttura passano in media 3-4 mesi. Dato questo lasso di tempo, può essere che al momento dell'inserimento la situazione sia modificata. Nel frattempo, è l'assistente sociale ad avere la supervisione della situazione ed eventualmente rivalutare il bisogno.

Per i centri diurni, il criterio di scelta è sempre quello della prossimità geografica. In questi casi, non è l'utente a relazionarsi direttamente con il produttore, ma è il comune a fare da tramite. I poli territoriali conoscono approfonditamente i servizi e mantengono un monitoraggio costante sui vari centri.

Le cure domiciliari sono, invece, la tipologia di servizio che consente una vera e propria scelta per l'utente. Bisogna altresì considerare che l'offerta dei

vari produttori è ormai molto standardizzata per effetto dei criteri per l'accreditamento; inoltre, a Parma sono presenti solo quattro operatori accreditati tra cui gli utenti possono scegliere. Dove esistono profili di servizi diversi, l'assistente sociale effettua una consulenza per aiutare l'utente e la sua famiglia a scegliere il tipo di servizio più appropriato rispetto alle esigenze. Nel caso dei servizi domiciliari, deve essere, però, lo stesso utente a relazionarsi direttamente con il produttore. Gli assistenti sociali, infatti, non possono formalmente esprimere con gli utenti alcuna preferenza rispetto alla scelta del produttore. Quello che accade, nella pratica è che, avendo il quadro complessivo degli interventi, gli assistenti sociali si affiancano all'utente e al produttore nella scelta, cercando di indirizzarla verso una migliore organizzazione del servizio (per esempio, se sullo stesso pianerottolo c'è un altro anziano che ha un intervento dalla stessa cooperativa, si cerca di ottimizzare offrendo la stessa scelta). Si tratta, in ogni caso, di un meccanismo che opera in via informale.

Dalle interviste emerge che, per tre utenti su quattro, la scelta viene fatta sulla base del passaparola e delle informazioni che già possiede.

Esiste, poi, la possibilità di richiedere il trasferimento in altri servizi; tale richiesta viene gestita e valutata dal servizio sociale.

Per quanto riguarda il finanziamento del sistema, nel caso del SAD gli utenti ricevono dal comune un voucher di importo pari a quanto pattuito circa l'intensità degli interventi con l'assistente sociale. L'utente comunica, quindi, il produttore che vuole all'assistente sociale, che prende contatti lui. Il produttore si reca, poi, dall'utente e procede con gli interventi. L'utente paga direttamente la cooperativa tramite il voucher. È, quindi, il comune a comunicare al produttore quanto deve fatturare mensilmente all'utente.

Il sistema di finanziamento e fatturazione presenta elevati livelli di integrazione, poiché tutti i produttori accreditati utilizzano un sistema informativo di gestione degli interventi integrato con il sistema informativo del comune (sistema «Icaro»).

Per i servizi residenziali, la compartecipazione è fissata a livello regionale, mentre la retta a mercato è libera, uguale per tutti, fissata a 83 euro al giorno.

Ogni produttore è tenuto a fornire ai clienti una carta dei servizi completa: ogni erogatore fornisce un'ampia gamma di servizi aggiuntivi o collaterali (spesa, trasporto, interventi per dimissioni ospedaliere, ecc...), per cui il contatto tramite canale pubblico apre, poi, la possibilità di intervento con queste modalità. Se l'utente desidera interventi più intensi o aggiuntivi si può accordare direttamente con il produttore.

Box 10.8 Scelta tra gli erogatori

Su quali basi l'utente/famiglia scegliere l'erogatore del servizio?	Counselling informale dell'Assistente sociale
Chi stabilisce il primo contatto con l'erogatore/produttore?	Utente (servizi domiciliari) o Assistente sociale (altri servizi)
È possibile cambiare erogatore?	Sì
Sono disponibili informazioni sulla qualità dei servizi/erogatori?	Sì
Esistono standard di qualità/meccanismi di accreditamento degli erogatori?	Sì
Quali sono i meccanismi di pagamento/finanziamento del produttore?	L'ente pubblico finanzia il produttore tramite voucher all'utente (servizi domiciliari) o direttamente il produttore (altri servizi)
Nel caso di più servizi previsti dal piano, l'erogatore è unico o possono esserci più erogatori?	Più erogatori

Box 10.9. Erogazione delle prestazioni *cash* (erogate dal comune)

Esiste un vincolo nel suo utilizzo?	Sì
L'utente deve dichiarare la modalità di impiego del <i>cash</i> ?	Sì
L'utente deve dichiarare il soggetto dal quale riceverà assistenza?	Sì
Nel caso l'utente scelga di avvalersi di un caregiver familiare, questo deve essere formalizzato in qualche modo?	-
Esistono meccanismi di controllo sull'utilizzo del <i>cash</i> ?	Sì

10.4 Relazioni tra i principali soggetti coinvolti nel sistema di erogazione del servizio

I soggetti coinvolti nel sistema di erogazione del servizio sono principalmente tre: il comune, l'AUSL e gli erogatori privati. Come già ampiamente sottolineato nella descrizione del sistema di interventi nei paragrafi precedenti, il comune assume un forte ruolo di coordinamento e regola, dunque, i principali rapporti con gli altri soggetti del territorio.

Dallo studio del caso della città di Parma emerge con chiarezza il ruolo di coordinamento svolto dagli assistenti sociali del comune, che attraverso meccanismi e procedure formali e informali governa le relazioni con l'AUSL, con gli erogatori dei servizi presenti sul territorio, con gli utenti e le loro famiglie. In particolare, è intenso la relazione tra comune e AUSL, i due attori pubblici responsabili dell'intero percorso di presa in carico degli utenti non autosufficienti.

La relazione tra settore pubblico ed erogatori privati è, invece, meno strutturata e, in parte, ostacolata dai regolamenti, che, in alcuni casi, obbligano il rapporto diretto tra utente e produttore, per esempio nel momento in cui deve essere effettuata la scelta dell'erogatore dei servizi domiciliari. Anche in questo caso, però, il ruolo dell'assistente sociale di consulenza e coordinamento informale si rivela determinante.

Ancora una volta, si sottolinea la completa assenza di relazioni tra il livello locale comunale e l'INPS relativamente alla partita dell'assegno di accompagnamento, che rimane uno dei più rilevanti interventi nel sistema di servizi per la non autosufficienza.

Bibliografia

ISTAT, *Disabilità in cifre*, Roma, 2005.

Ministero della Salute (2012), *Secondo rapporto sulla non autosufficienza in Italia* (a cura di Angelo Lino Del Favero), Roma.

Sito web INPS (<http://www.inps.it>; ultimo accesso 7 gennaio 2014).

Sito web Saluter - Il portale del servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna (<http://www.saluter.it>; ultimo accesso 7 gennaio 2014).

Sito web Statistica Comune di Parma (<http://www.statistica.comune.parma.it>; ultimo accesso 7 gennaio 2014).

Sito web Associazione AIMA – Sezione di Parma (<http://www.aimaparma.it>; ultimo accesso 7 gennaio 2014).

11. Regno Unito: il percorso nei servizi a Oxford

di Stefano Tasselli

Il sistema britannico di assistenza e cura per gli anziani non autosufficienti può essere sinteticamente definito come un sistema caratterizzato da una molteplicità di fonti di finanziamento, un elevato grado di incertezza relativamente alla responsabilità della presa in carico, e meccanismi di copertura incompleta del bisogno della popolazione. Il risultato è un sistema che garantisce piena assistenza solamente a quella parte della popolazione anziana che esprime bisogni di non autosufficienza, con il rischio concreto di scaricare elevati costi di cura su coloro che non sono inclusi nei programmi pubblici di presa in carico. Negli ultimi due decenni, c'è stata, da parte dell'opinione pubblica, una rilevante pressione verso un cambiamento del sistema. Ma, nonostante diversi tentativi, sintetizzati in altrettanti «libri bianchi» sul welfare, i progressi concreti, in termini di cambiamento di sistema, sono stati molto limitati e inconsistenti.

Per descrivere sinteticamente la storia recente dei tentativi di riforma del modello di *Long Term Care* nel Regno Unito, un importante punto di partenza coincide con l'istituzione, nel dicembre 1998, della Commissione Reale sulla LTC da parte del governo laburista di Tony Blair. La Commissione è stata istituita come una risposta alla diffusa preoccupazione per gli standard e i livelli di copertura garantiti dai servizi di LTC in tutto il Regno Unito. Le principali carenze del sistema sono state evidenziate nei seguenti punti:

- l'assenza di un'efficace forma di assicurazione (sia essa privata o con *pooling* e finanziamento pubblico) per ripartire i rischi associati con i costi di cura. Come conseguenza di tale assenza, chi trascorre lunghi periodi in strutture residenziali di assistenza deve impiegare una parte considerevole delle proprie risorse personali per sostenere i costi associati con la cura e con la residenza;

- incapacità da parte degli enti locali di soddisfare le esigenze della popolazione a fronte di budget dettati su trend storici e di spesa e spesso sperequati alle reali esigenze dei territori;
- squilibrio tra nord e sud del paese relativamente ai meccanismi di contribuzione al pagamento con risorse private da parte degli utenti dei costi della residenzialità. Il meccanismo di *asset cap*, per cui il cittadino è chiamato a contribuire privatamente alla spesa fino al momento in cui il proprio patrimonio supera un determinato *cap* - tetto, limite- (fissato a 24.000 pounds per l'anno 2012), fa sì che, nelle aree più povere del nord del paese, il 90 per cento degli anziani in strutture residenziali vengano coperti finanziariamente da contributo pubblico; invece, nelle aree più benestanti del sud, l'80 per cento degli anziani contribuisce *out of pocket*. Tale squilibrio e l'assenza di meccanismi di contribuzione parziale a carico degli utenti portano al progressivo impoverimento del ceto medio e contribuiscono a un crescente squilibrio nella qualità dell'assistenza ricevuta nelle diverse aree del paese;
- di conseguenza, c'è un'ampia e, apparentemente, arbitraria divergenza nella qualità della fornitura di LTC tra le autorità locali. Nel Regno Unito, questo fenomeno è comunemente descritto come *post code lottery*, ovvero il fenomeno per cui, anche a pochi chilometri di distanza, gli enti pubblici hanno sviluppato politiche così diverse, che essere residente in un territorio piuttosto che in uno limitrofo può fare la differenza.

Nonostante tali problemi siano stati chiaramente evidenziati a più livelli, a oggi non sono state apportate modifiche significative al sistema. Successivamente, diversi report governativi hanno proposto modifiche al sistema di assistenza coerenti con i cambiamenti previsti nella struttura della popolazione anziana e negli anni attesi di disabilità. Per esempio, la relazione di maggioranza della Commissione Reale (*Royal Commission on Long - Term Care*, anno 2007) raccomanda che i costi di cura e di assistenza debbano essere pagati dallo stato, ma che le spese per la componente residenziale dell'assistenza siano a carico dell'utente. L'impossibilità di disgiungere in maniera netta le diverse tipologie di spesa (se non altro, per la difficoltà di ripartizione degli elevati costi fissi delle strutture) ha reso il sistema ancora più arbitrario e frammentato, anziché ricomporlo.

Negli ultimi mesi, recenti sviluppi del dibattito di *policy* hanno portato il governo di David Cameron ad annunciare l'introduzione di un tetto massimo alle spese annue sostenute da una persona per coprire i costi associati con la propria assistenza per bisogno di LTC. Il tetto è stato fissato a 70.000 pounds, sebbene rimanga incerto il meccanismo di calcolo (per esempio, se includa so-

lamente le spese sostenute per la componente propriamente di cura o assistenza o anche la componente residenziale).

11.1 Il quadro generale: il sistema dei servizi per gli anziani non autosufficienti

Come anticipato nel capitolo 5, dedicato alla descrizione del sistema di welfare britannico, il sistema per la gestione della non autosufficienza è rappresentato da un mix di diverse tipologie di intervento, che prevedono tre filoni principali:

- servizi di cura e assistenza alla persona di tipo *in kind*;
- servizi di prevenzione non strettamente connessi a cura e assistenza, ma rivolti all' *empowerment* dell'utente;
- trasferimenti monetari alle persone con bisogno di assistenza o ai familiari intitolati a gestire la cura.

La presenza di diverse tipologie di interventi – e di diversi meccanismi per avere diritto ad accedere a tali interventi – rende il sistema estremamente complesso e di difficile interpretazione. La complessità del sistema deriva, nello specifico, dalla compresenza di due dimensioni, che danno vita a possibili criticità interpretative: la complessità correlata alla molteplicità dei tipi di servizi e prestazioni; la *governance* del settore e le connessioni istituzionali e finanziarie tra gli enti pubblici e privati coinvolti.

11.1.1 Servizi e prestazioni disponibili

Gli interventi a disposizione nel contesto inglese prevedono una molteplicità di strumenti, che includono (1) servizi di cura e assistenza alla persona, (2) servizi rivolti all'*empowerment* della persona e (3) trasferimenti monetari alla persona o ai famigliari.

Servizi di cura e assistenza alla persona includono servizi residenziali di istituzionalizzazione in struttura (*Nursing homes*) e servizi di cura e assistenza domiciliare, graduati con diverse finalità ed intensità dell'assistenza.

I servizi residenziali di istituzionalizzazione in struttura includono:

- strutture di carattere residenziale, per periodi limitati di tempo, con enfasi sulla componente riabilitativa. Tali strutture – o, spesso, unità riabilitative in altre tipologie di strutture residenziali - sono rivolte prevalentemente a (1) anziani con bisogni provvisori di residenzialità (per esempio, lungo-degenza a seguito di frattura del femore) e a (2) anziani in fase di ricovero di alleggerimento (max 3 mesi), nella fase precedente alla valutazione, per capire a quali servizi debbano essere indirizzati;

- strutture di carattere residenziale con servizi *light* per periodi limitati di tempo (spesso unità specifiche che coprono l'ultimo tratto temporale dei ricoveri di alleggerimento in attesa della dimissione);
- strutture di carattere residenziale con servizi *light* per lungo-degenze (spesso unità specifiche dedicate ad anziani con livelli lievi di non-autosufficienza);
- servizi di carattere residenziale con una connotazione marcatamente sanitaria (dedicate ad anziani non-autosufficienti, che abbandonano la propria residenza per stabilirsi nella struttura di ricovero)

I servizi di cura e assistenza domiciliare graduati, con diverse finalità e intensità dell'assistenza, includono:

- servizi preventivi al domicilio del paziente (*preventive services*, che includono la visita di personale dedicato al domicilio del paziente, l'alleggerimento in attività quotidiane, supporto psicologico per anziani soli o che assistono un parente, ecc.);
- servizi riabilitativi al domicilio del paziente (*rehab services*, che includono alcuni dei servizi di carattere preventivo indicati sopra, più una parte di carattere socio-sanitario. Tali servizi hanno carattere temporaneo e possono coprire periodi di tempo successivi a una riduzione temporanea dell'abilità e dell'autosufficienza dell'anziano (per esempio a seguito di una frattura) oppure possono coprire il periodo precedente la valutazione;
- assistenza sanitaria, medica e sociosanitaria al domicilio del paziente (se, in seguito alla valutazione, può includere una molteplicità di attori pubblici e privati, con un *case manager* sociale coordinato dalla *local authority*, e può essere finanziata attraverso meccanismi di personal budget gestiti direttamente dall'anziano o dalla famiglia);
- assistenza medica e sanitaria di ospedalizzazione al domicilio (*HAA, Hospital at Home*). Tale servizio è coordinato in maniera congiunta dal *Primary Care Trust* e dalla *Local Authority* (che, concettualmente, corrisponde alla ASL italiana).

Servizi rivolti all'*empowerment* della persona includono una serie di servizi che, pur non avendo una specifica connotazione sanitaria o socio-assistenziale, hanno l'obiettivo di mantenere l'anziano in una condizione di autosufficienza, o di rallentarne la perdita in seguito alla comparsa di problemi di carattere clinico (per esempio, prime fasi di patologie degenerative) o socio-economico (per esempio, anziano solo senza figli). Tali servizi possono essere erogati al domicilio del paziente, in contesti abitativi di carattere allargato (per esempio, sale comuni di condomini di *social housing*), oppure in spazi messi a disposi-

zione da attori pubblici e privati. Possono consistere in servizi *in-kind* (ore erogate da soggetti finanziati direttamente dall'intervento pubblico), oppure in modalità di voucher/personal budget che possono essere spesi dai beneficiari. Questi servizi includono:

- servizi di training rivolti alla conservazione della autosufficienza nelle attività domestiche o giornaliere (per esempio, corsi di cucina per anziani soli che non sanno cucinare);
- *counselling* psicologico;
- *counselling* pratico rivolto alla risoluzione di problemi quotidiani (per esempio, pagamento bollette, ritiro prescrizioni mediche)
- *counselling* sociale con l'obiettivo di creare opportunità di incontro per anziani soli;
- *daily lunches* rivolti a specifiche categorie di anziani;
- servizi sportivi/fisioterapici rivolti al mantenimento della autosufficienza (per esempio, nuoto, pilates, ginnastica).

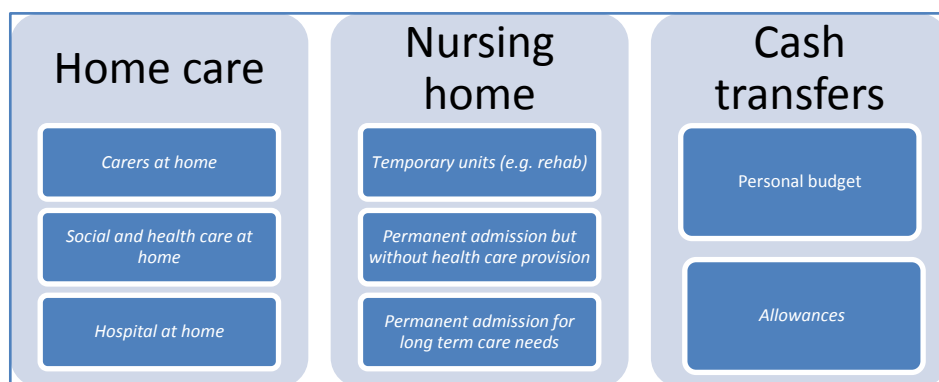
Nel sistema britannico di LTC, vi sono due tipologie di trasferimenti monetari correlati alla non-autosufficienza:

- *Long Term Care allowances*, erogate, previa valutazione, all'anziano giudicato non-autosufficiente e bisognoso di assistenza. Nell'intera Inghilterra, attualmente 1,3 milioni di anziani ricevono tale servizio, per un valore medio mensile pari a circa 300 pounds. Il numero complessivo di anziani con bisogni di LTC è stimato in circa 2,3 milioni di persone in Inghilterra;
- *Carers' allowances*, erogate, previa valutazione dell'anziano giudicato non-autosufficiente e registrazione del congiunto all'albo dei *carers* (requisiti: medesima residenza, livello di reddito familiare e ammontare di ore settimanali lavorate dal congiunto) come modalità di remunerazione/supporto economico all'attività di assistenza. Nel Regno Unito, circa di un milione di persone sono registrate nell'albo dei *carers* (questo numero include sia *professional carers*, che *family carers*). Circa 500.000 persone ricevono la *carers' allowance*, per un ammontare mensile medio di 210 pounds.

A queste due modalità di trasferimento monetari, caratteristiche del sistema britannico, si è aggiunta, di recente, una terza, a oggi ancora oggetto di sperimentazione:

- L' *home care*, assistenza domiciliare, con *personal budget*, che consiste nella quantificazione di un pacchetto di prestazioni riconosciute all'anziano non-autosufficiente previa valutazione e che possono essere consumate attraverso la ricezione o l'acquisto diretto di servizi. Il valore medio dei servizi ricompresi nell'*home care budget* è di circa 600-700 pounds al mese (150-180 pounds a settimana), che l'anziano può scegliere se gestire autonomamente, tramite acquisto di prestazioni a mercato, oppure consumando prestazioni coordinate da un *case manager* (tipicamente, un assistente sociale dell'autorità locale). In questa seconda opzione, l'anziano riceve, in genere, una quantità più consistente di servizi (circa 9 ore a settimana di *home care* contro 6-7 ore, in caso di acquisto di servizi privati), dal momento che il costo a ora-prestazione viene abbattuto di un 20-30 per cento (l'ora di *home care* erogata *in-kind* viene valorizzata per un valore di circa 20 pounds, contro i 25-30 pounds del mercato privato).

Figura 11.1 Le prestazioni e i servizi disponibili



11.1.2 Gli attori principali del sistema pubblico dei servizi

Dopo aver presentato una *overview* dei servizi per la LTC, ci si focalizza, ora, sulla *governance* del sistema di assistenza per gli anziani non autosufficienti. Si analizza, ossia, la rete degli attori che intervengono nella filiera di produzione dei servizi, così come è stata definita nella ricerca (nelle quattro fasi di Intercettazione dei bisogni e primo contatto con gli utenti, valutazione della non autosufficienza, Accesso al sistema, Erogazione e monitoraggio dei servizi). Tale rete include, principalmente, diverse tipologie di enti pubblici locali, enti sanitari locali, enti centrali e produttori pubblici e privati di servizi.

Più dettagliatamente, gli attori in gioco sono:

- a livello di enti locali, le *Local Authorities* e il governo locale, responsabili della *social care*;
- a livello di enti sanitari locali, il *Clinical Commissioning Group* (responsabile per prevenzione e accreditamento e responsabile per il coordinamento e la gestione dei servizi non ospedalieri);
- a livello centrale, la *National Insurance* (responsabile dell'erogazione delle *allowances*);
- i produttori dei servizi, domiciliari e residenziali.

Gli attori del mondo sociale

I dipartimenti di *social care* delle *Local Authorities* (enti di governo locale) sono i principali attori responsabili per la programmazione e implementazione delle *policy* relative alla *social care* nel contesto britannico, nonché per l'organizzazione dei servizi di *social care* e il controllo/monitoraggio dei risultati degli interventi adottati. Essi hanno dipendenti propri per l'erogazione di servizi (per esempio, assistenti sociali, personale infermieristico, personale tecnico e di supporto, OS/OTA), sebbene il livello di erogazione diretta dei servizi o acquisto presso soggetti terzi (attori privati profit o no profit) varia a seconda dello specifico territorio preso in considerazione. L'attività di programmazione ed erogazione della LTC(e, più in generale, della *social care*) da parte delle *Local Authorities* è stata oggetto di riforma per effetto del *Local Government Act* del 2000 e dell' *Health and Social Care Act* del 2001. Attraverso tali passaggi di legge, si sono definiti i confini di responsabilità e attività tra *health care* e *social care* (rimasti sfumati per decenni già a partire dall'introduzione del NHS nel 1948, con la *social care* sempre vista come ancillare rispetto ai servizi sanitari) e si è attribuita alle *Local Authorities* maggiore autonomia finanziaria nell'erogazione dei servizi, attraverso la possibilità di impiego autonomo della *Council Tax* per finanziare i servizi erogati localmente alla popolazione.

Pur nella definizione di confini di separazione tra responsabilità degli attori sociali locali e sanitari, si è tentato di rafforzare l'integrazione delle rispettive competenze: (a) integrando competenze sociali e sanitarie nella valutazione del grado di non autosufficienza, che è coordinato dalla *Local Authority*, ma vede la presenza di personale sanitario in funzione di consulenza tecnica; (b) rafforzando il monitoraggio delle condizioni di salute e di benessere socio-economico della popolazione di riferimento, grazie a un costante scambio informativo tra servizi sociali e i servizi sanitari, che consente di identificare la popolazione target a rischio sociosanitario; (c) la definizione di un piano di cura condiviso e l'accompagnamento dell'anziano e della famiglia nel percorso di cura.

Gli attori del mondo sanitario

L'ente competente per gli interventi sanitari a livello locale è stata storicamente la *Local Health Authority* con i *Primary Care Trust*, ai quali sostituiti oggi dai *Clinical Commissioning Group*, con la riforma entrata in vigore dal 1 aprile 2013. I *Primary Care Trust*, sotto il controllo della *Local Health Authority*, erano gli attori responsabili per la committenza e il controllo di più dell'80 per cento dei servizi non ospedalieri nella vecchia struttura del NHS.

Le loro funzioni sono state assorbite dai *Clinical Commissioning Group*, con un maggiore focus su:

- integrazione con la *Local Authority* (e conseguente integrazione tra *health* e *social care*);
- attribuzione, a livello locale, di funzioni di prevenzione/ *policy*, precedentemente di competenza centrale del Department of Health.

Le attività dei medici di famiglia, *General Practitioners* afferiscono, perciò, al *Clinical Commissioning Group*, che ha funzioni di programmazione e – pur nell'eterogeneità dei modelli locali – di erogazione di servizi con riferimento a diverse aree, tra cui:

- cure riabilitative
- servizi socio-sanitari di comunità
- salute mentale e servizi per le disabilità
- prevenzione

Per rafforzare le integrazioni tra servizi sociali e servizi sanitari, è stata estesa a diverse aree territoriali la sperimentazione di *Joint Commissioning*, ovvero autorità a livello locale, che aggregano le risorse sanitarie (extra-ospedaliere) e socio-sanitarie attraverso la gestione di un budget integrato socio-sanitario.

Gli attori centrali

Tra gli attori centrali, quello maggiormente coinvolto nell'erogazione di interventi per la LTC è la *National Insurance*, in quanto soggetto che eroga le *family allowances* e le *carers' allowances*. La *National Insurance* è un soggetto pubblico che opera a livello centrale. Gli uffici locali non hanno alcun potere di formulazione di *policy* né di adattamento di queste al contesto locale. Le regole sono le medesime e stabilite a livello centrale, così come l'ammontare degli assegni delle *allowances* (al netto dell'integrazione prevista all'interno della *Great London Area*). Negli ultimi anni, soprattutto per ragioni di aggregazione di ri-

sorse e controllo dei flussi erogati, sono stati avviati dei progetti pilota volti a integrare i database della *National Insurance* e quelli delle *Local Authorities*, con esiti, al momento, non soddisfacenti e parziali.

Gli attori dal mondo degli erogatori

In Inghilterra, i soggetti produttori dei servizi operano in un regime di accreditamento sia da parte della *Local Health Authority – Clinical Commissioning Group* (che verifica la *compliance* a standard di qualità clinica e assistenziale), sia da parte della *Local Authority* (che valuta la coerenza della proposta imprenditoriale con le esigenze del territorio). Per quanto il modello britannico sia sempre stato caratterizzato da un'imprenditorialità diffusa, si sta registrando uno spostamento progressivo verso la creazione di grandi gruppi presenti in tutto il territorio. Tra di essi, alcuni dei più rappresentativi e rilevanti sono *Southern Cross* (che gestisce strutture residenziali, servizi a domicilio e ha uno *spin off* finanziario per la gestione di piani finanziari per gli anziani che vengono istituzionalizzati in strutture di ricovero), *Bupa* (che gestisce prevalentemente strutture residenziali) e *Four Seasons* (che offre più di trecento diversi pacchetti di assistenza domiciliare).

11.2 Il caso della città di Oxford

Oxford, capoluogo della contea dell'Oxfordshire, conta circa 150.000 abitanti ed è situata a nord-ovest di Londra. La contea è mediamente benestante e si colloca nel 10 per cento delle contee con un livello più basso di indice di deprivazione socio-sanitaria (dato 2010). Rispetto alla media nazionale, perciò, la contea ha un posizionamento migliore con riferimento a (1) indice di mortalità, (2) Pil pro capite, (3) livelli di salute fisica e mentale. La percentuale della popolazione over 65 anni è pari al 15,6 per cento della popolazione (in linea con la media inglese del 15,5 per cento), così come in linea è la percentuale degli anziani over 85 anni (il 2,3 per cento della popolazione, contro una media nazionale del 2,3 per cento). Nonostante i dati demografici siano sostanzialmente allineati con quelli medi inglesi, i trend attesi nei prossimi venti anni vedono un progressivo invecchiamento della popolazione, con quote sempre crescenti di over 85 anni. La presenza dell'Università pone anche la necessità di programmare politiche diverse per la città (in cui vi è una quota molto rilevante di popolazione tra i 20 e i 24 anni) e per la campagna (dove, invece, la percentuale di popolazione anziana raggiunge livelli molto più elevati). Come diretta conseguenza del trend demografico atteso, è previsto un drammatico aumento dell'indice di dipendenza nei venti anni dal 2015 al 2035, con picchi attesi per l'indice di 0.50 (ovvero un anziano over 65 per due persone in età lavorativa) contro il valore attuale di 0.30.

Tutti questi elementi fanno di Oxford un contesto particolarmente stimolante e, allo stesso tempo, critico per un approfondimento sugli interventi sociali e sociosanitari e le loro modalità di erogazione. Gli enti locali della città e del dipartimento, alla luce di questa situazione, hanno avviato, negli ultimi anni, alcuni interventi di rimodulazione delle politiche e di innovazione nei servizi, a partire dalla istituzione di una *Joint Commissioning* per la gestione integrata del budget sociale e socio-sanitario.

11.2.1 *Il sistema dei servizi della città*

Guardando all'assetto del sistema sociale e sanitario per gli anziani non autosufficienti della città e della contea, dati molto interessanti possono essere estrapolati dal documento «Report on Social Care» dell'*Oxfordshire County Council* (2010).

Un'analisi di circa 1.700 anziani ricoverati in struttura con finanziamento pubblico mostra che l'età media degli ammessi è di 85 anni, con un *range* tra i 65 e i 103 anni. Il 63 per cento degli ammessi, prima del ricovero, viveva da solo, il 19 per cento era sposato e il 19 per cento viveva con un altro familiare. Il 70 per cento circa viveva nella propria casa di proprietà o in affitto solvente, il 20 per cento circa in una soluzione abitativa di *social housing* e il 10 per cento in casa di figli o parenti. L'analisi delle problematiche cliniche che ha portato al ricovero mostra il seguente *break down* per patologia:

- incontinenza urinaria 45 per cento
- demenza 40 per cento
- incontinenza intestinale 34 per cento
- depressione 25 per cento
- disabilità/indebolimento della vista 21 per cento
- infarto 19 per cento
- diabete 17 per cento
- BPCO 6 per cento
- Disturbi specifici dell'apprendimento 2 per cento

Il 56 per cento dei ricoverati era pluripatologico. Combinazioni di patologie includono tipicamente: demenza e incontinenza (19 per cento); depressione (17 per cento); demenza e infarto (10 per cento); e demenza e diabete (9 per cento).

Per quanto riguarda gli indicatori di presa in carico nella città di Oxford e nella contea dell'Oxfordshire, su un totale di 19.980 persone che compongono il totale delle persone non autosufficienti, 3.500 (17 per cento) ricevono servizi a domicilio; 1.700 anziani sono istituzionalizzati in struttura e 8.500 (42 per cento) sono beneficiari di trasferimenti monetari dalla *National Insurance* (Tabella 11.1).

Tabella 11.1 La presa in carico degli anziani non autosufficienti a Oxford e Oxfordshire

	Numero	Percentuale sulla popolazione over 65
Popolazione over 65 non autosufficiente	19.980	100%
Anziani che ricevono servizi di <i>home care</i>	3.500	17%
Anziani in strutture residenziali	1.700	9%
Anziani beneficiari di trasferimenti monetari dalla <i>National Insurance</i>	8.500	42%

11.2.2 *Gli attori principali del sistema pubblico dei servizi*

Rispetto al territorio di Oxford, si è scelto di intervistare manager e professionisti da alcuni enti particolarmente significativi a livello locale, coerentemente con quanto descritto rispetto all'organizzazione generale del sistema sociale e sociosanitario per gli anziani non autosufficienti. Sono state, per questo, condotte cinque interviste approfondite, in modo da avere informazioni esaurienti circa tutto il percorso degli anziani nei servizi, con riferimento alle principali tipologie di servizi e prestazioni disponibili. Le interviste sono state condotte con accademici, manager, *policy makers* e professionisti. In aggiunta, si è condotto un *focus group* con la presenza di un attore in posizione manageriale, un *policy makers* e due professioniste (assistenti sociali). Per esplorare meglio anche il ruolo dei produttori, sulla base della disponibilità delle persone da intervistare, si sono intervistati anche due professionisti impiegati in un produttore privato nella città di Cambridge (uno con ruolo di supervisione dei servizi di assistenza domiciliare, l'altro con ruolo di supervisione dei servizi di residenzialità).

I principali attori intervistati a Oxford sono stati quindi:

- Esperti della materia dall'Università di Oxford – Green Templeton College: all'interno dell'università, il Gruppo di *Social Policy Studies* e il gruppo di *Government Studies* hanno una lunga e prestigiosa tradizione scientifica di analisi delle politiche per la *social care*, con focus specifico sulla non autosufficienza. Membri di tale gruppo sono stati anche attivamente coinvolti nelle attività di disegno dei pro-

cessi di *policy making*; sono stati intervistati profili di prestigio che hanno svolto in passato consulenze per la creazione della *Joint Commission*;

- *Local Authority – Local Council Oxfordshire*: Il dipartimento per i servizi sociali del *Local Council* si occupa della programmazione, della gestione e del finanziamento dei servizi per la LTC nel territorio di riferimento. Per il *Local Council* sono state intervistate tre persone: un responsabile dei rapporti con la *Joint Commission*; due persone in posizione di supervisione all'erogazione di servizi di LTC (un' assistente sociale in qualità di supervisione del processo di *home care* e una capo-infermiera, che coordina i team di *home care*);
- *Joint Commission*: la *Joint Commission* è stata gestita con l'obiettivo di integrare budget sanitario e socio-sanitario, con un focus specifico sulla LTC. Per la non autosufficienza, gestisce un budget di circa 180 milioni di pounds, di cui 80 milioni (44 per cento) sono utilizzati per finanziare il ricovero in struttura di 1.700 anziani (circa il 13 per cento dei 12.200 anziani che ricevono servizi di). È stato intervistato il responsabile dell'area LTC.
- uno dei provider privati (di Cambridge) più importanti del Regno Unito per l'offerta di servizi di *home care* e per la gestione di strutture residenziali. È stata intervistata una persona con ruolo di supervisione dei servizi di assistenza domiciliare e una persona con ruolo di supervisione dei servizi di residenzialità.

11.3 Il percorso degli anziani nei servizi: assistenza e presa in carico a Oxford.

Prima di descrivere le caratteristiche e le peculiarità delle quattro fasi di erogazione nei servizi, è necessario fornire un breve quadro di funzionamento generale del sistema per precisare meglio quanto verrà descritto poi. Si è scelto di restringere il campo di indagine alle modalità di funzionamento del sistema dei servizi di natura sociale o sociosanitaria con finanziamento (dove previsto co-finanziamento) pubblico, ovvero il cui costo è sostenuto in tutto o in parte da finanziamenti pubblici: per il sistema inglese, questo vuol dire restringere il campo a quei servizi (prestazioni) erogati gratuitamente ai cittadini o co-finanziati dagli stessi cittadini. Non sono, perciò, presi in considerazione i servizi out of pocket, che sono a libero mercato. Bisogna, però, aggiungere, a titolo di completezza, che, per quanto riguarda i ricoveri in strutture residenziali, i cittadini sono chiamati a un significativo co-finanziamento (tranne le classi più disagiate), a eccezione delle prestazioni a esclusivo carattere sanitario, che sono, invece, pagate direttamente dal NHS (o, nel caso del *joint budget* di Oxford, dalla *Joint Commission*).

Con riferimento al sistema dei servizi perciò:

- i cittadini possono accedere ai servizi residenziali e domiciliari offerti sul mercato privato sostenendo una spesa out of pocket – qualora non siano riconosciuti invalidi a seguito della valutazione;
- possono beneficiare di un *personal budget* assegnato dalla *Local Authority* a seguito della valutazione. L'ammontare del budget varia a seconda della complessità dei bisogni, con un ammontare medio di 150-180 pounds a settimana. Esso può essere speso dall'anziano attraverso l'acquisto di servizi erogati da attori pubblici e privati, oppure l'anziano può fare affidamento a un *case manager* nominato dalla *Local Authority* (tipicamente un assistente sociale), che ricostruisce il percorso di cura individuale;
- la coerenza del budget assegnato rispetto alle esigenze di cura dell'anziano è verificata con valutazioni periodiche (mediamente ogni sei mesi, ma può essere chiesto dall'anziano qualora le condizioni di non autosufficienza si aggravino). Il budget può, perciò, essere aumentato, ma quando supera i 400 pounds a settimana viene solitamente scelta la soluzione dell'istituzionalizzazione;
- a contribuire al finanziamento di tale schema, si sommano le risorse erogate agli anziani e alle famiglie attraverso la *National Insurance* e che restano in piena disposizione dei cittadini e non rientrano nel modello di *local social care* qui descritto.

11.3.1 Fase 1: informazione e primo contatto

Il disegno formale del sistema inglese prevede diversi luoghi privilegiati di primo contatto da parte dei cittadini anziani e delle loro famiglie: da un lato, le attività dei *General Practitioners* (d'ora in poi, GPs), dall'altro il call center dedicato alla non autosufficienza e gestito dalla *Local Authority*. È, però, molto comune che la richiesta di informazione relativa ai servizi per la LTC avvenga in seguito a un momento acuto, come, per esempio, un'ospedalizzazione in seguito a una caduta.

I punti di informazione disegnati all'interno del percorso – GP, *Local Authority* e call center - dovrebbero funzionare come primi *gatekeepers* rispetto alla presentazione di domande di assistenza agli altri enti. Ma l'accesso di molti pazienti alle valutazioni per effetto di momenti acuti costringe gli operatori della *Local Authority* a rivedere continuamente le priorità, con possibili ritardi per la valutazione dei pazienti non acuti.

Dalle interviste effettuate emergono alcuni elementi discordanti rispetto a questa impostazione.

11.3.1.1 Come avviene il primo contatto tra un potenziale utente (o la sua famiglia, o altri) e i servizi?

Le Local Authorities sono individuate come uno dei luoghi dove sono disponibili la maggior parte delle informazioni per gli utenti. Parallelamente, il sito web è una fonte di informazione che viene raramente utilizzato. È molto utilizzato il call center.

I luoghi individuati come quelli dove più frequentemente viene attivato un contatto sono:

- uffici della *Local Authority*;
- il medico di famiglia o l'ospedale nel caso di un ricovero;
- le farmacie.

Gli intervistati rilevano, in generale, un ottimo livello di diffusione delle informazioni tra i cittadini, soprattutto con riferimento all'attività dei GPs e del call center. Le informazioni sono disponibili sia in luoghi fisici (presso le *practices* dei GPs, presso gli uffici pubblici), apposito numero verde e online. Chi, tipicamente, richiede le prime informazioni è il familiare, l'utente, talvolta i GPs che hanno una presa in carico dell'anziano già attiva. I tipi di informazioni disponibili sono su politiche, diritti e meccanismi di accesso. Le informazioni che vengono richieste maggiormente riguardano regole di accesso e specifiche sugli interventi.

Box 11.1 Come avviene il primo contatto tra un potenziale utente (o la sua famiglia, o altri) e i servizi?

Dove sono disponibili le informazioni	Luoghi fisici (presso le <i>practices</i> dei GPs, presso gli uffici pubblici), apposito numero verde e online
Chi tipicamente richiede le prime informazioni	Familiare, Utente, talvolta GPs che hanno una presa in carico dell'anziano già attiva
Quali tipi di informazioni sono disponibili	Su politiche, diritti e meccanismi di accesso
Quali informazioni vengono richieste maggiormente	Specifiche sugli interventi
Qual è il livello di diffusione delle informazioni	Alto

11.3.1.2 In che modo un potenziale utente arriva a richiedere informazioni?

Le principali fonti di diffusione delle informazioni individuate sono: specifiche campagne mediatiche attivate a livello locale dagli enti locali competenti e con

coinvolgimento del settore sanitario (per esempio, attraverso gli ospedali o tramite i servizi sanitari territoriali), oppure attraverso campagne pubblicitarie con cartelloni presso luoghi pubblici e GPs.

La prima richiesta di informazioni avviene, solitamente, al momento dell'acuirsi di un bisogno di assistenza già esistente, ma fino a quel momento gestito dalla famiglia, e su richiesta dei famigliari (nella maggior parte dei casi, dei figli), oppure in seguito a momento acuto.

Box 11.2 In che modo un potenziale utente arriva a richiedere informazioni?

Come avviene la segnalazione dell'esistenza di politiche/interventi?	Campagne informative, tramite i GPs
Quando avviene nella maggior parte dei casi la prima richiesta di informazioni?	All'acuirsi del bisogno di assistenza, o in seguito a un episodio di acuzie

11.3.2 Fase 2: selezione dell'utenza e accesso al servizio

Il disegno formale del sistema inglese prevede un sistema essenzialmente a due fasi:

- una prima fase coincidente con il primo contatto (dopo una telefonata al call center, una visita al GP, un ricovero ospedaliero, un accesso all'ufficio della *Local Authority*);
- una seconda fase – in media a due/tre mesi di distanza – in cui viene effettuato una valutazione formale.

Fase di primo accesso al sistema

L'anziano viene in contatto con il sistema in diversi modi. Per esempio, tramite telefonata al call center (è in casa da solo, non riesce a uscire di casa e ha bisogno immediato di cibo o di medicine, o di altra forma di aiuto) o tramite visita presso il GP (che, preso atto del bisogno di intervento immediato dei servizi sociali, contatta la Local Authority), oppure in seguito a ricovero ospedaliero, o, ancora, tramite accesso diretto dell'anziano o dei famigliari ai servizi. In questa prima fase, riconosciuto il bisogno dell'anziano, vengono attivati in tempi molto rapidi (max 48 ore) degli interventi immediati di sollievo all'anziano. A seconda delle esigenze e in seguito a un primo triage, gli interventi possono includere forme di sostegno a domicilio o ricovero temporaneo in struttura.

Fase di valutazione

Il processo definitivo di presa in carico viene attivato sulla base di una valutazione sanitaria e socio-sanitaria e del conseguente profilo di non autosufficienza. Nel momento dell'accesso, l'anziano viene affidato a servizi temporanei con l'obiettivo di dare soddisfazione al bisogno immediato, siano essi servizi al domicilio del paziente oppure in struttura. L'indirizzo al tipo di servizio più indicato viene deciso, tipicamente, dall'assistente sociale (o da un team composto da un infermiere e un assistente sociale) tramite un primo triage, che può avere due modalità: un triage telefonico per l'attivazione del primo intervento, a cui segue triage fisico al momento del primo servizio; un triage fisico al momento del primo servizio.

Nel momento in cui vengono attivati i servizi, viene avviata la procedura per la valutazione, che ha luogo, tipicamente, due/tre mesi dopo il primo contatto. Nel periodo tra il primo intervento e la valutazione definitiva, l'anziano continua a ricevere servizi a carattere provvisorio .

La valutazione operata dai servizi sociali della Local Authority

Prende avvio a partire dalla presentazione di una richiesta formale di apertura dell'istanza di valutazione fatta dall'anziano tramite gli uffici dedicati, oppure a seguito di un primo accesso (tramite call center e GP) e al conseguente primo triage.

La valutazione dello stato di non autosufficienza viene effettuata da un team multidisciplinare, che vede tipicamente la presenza dei seguenti specialisti:

- uno o più assistenti sociali: hanno la funzione di coordinamento del processo e, in genere, assumono il ruolo di case manager in seguito alla valutazione. Sono dipendenti della Local Authority;
- uno o più infermieri: hanno la funzione di dare una valutazione del carico assistenziale per la partita sanitaria. Possono essere sia impiegati dai servizi sociali della Local Authority, che dipendenti NHS;
- un medico, generalmente un geriatra, nominato dal NHS;
- a richiesta dell'anziano, e previa disponibilità del medico, il GP curante (che, alternativamente, viene comunque interpellato per discutere della storia personale del paziente);
- a richiesta, uno psicologo o altre figure che possono aiutare una comprensione più completa dello specifico caso.

La valutazione avviene nell'arco di un'unica giornata (la durata può variare da mezz'ora fino a due ore) in diversi sedi possibili:

- l'ufficio dei servizi sociali della *Local Authority*;
- il domicilio dell'anziano, qualora sussistano problemi di mobilità;
- la struttura di ricovero temporaneo, qualora sussistano problemi di mobilità.

Anche in caso di valutazione presso l'ufficio dei servizi sociali della *Local Authority*, viene solitamente visionato il domicilio del paziente per verificare la sua compatibilità con le esigenze abitative e di assistenza dell'anziano. La valutazione si basa, essenzialmente, su due componenti:

- una componente di valutazione del bisogno socio-sanitario per effetto del giudizio sul livello di non autosufficienza dell'anziano;
- una componente di valutazione del bisogno sociale per effetto del giudizio sul contesto socio-economico-familiare in cui l'anziano vive.

La valutazione in presenza dell'anziano è principalmente volta a verificare il livello di non autosufficienza. Tale livello viene registrato su una scala nazionale (ranking) che porta alla definizione di un punteggio preciso. Durante valutazione, vengono effettuate domande volte a identificare il livello di bisogno sociale, sebbene, per questo, solitamente il team di valutazione si affidi a molteplici fonti, inclusa una visita al domicilio dell'anziano, il colloquio con parenti e un colloquio con il GP curante. Tale valutazione sociale include, perciò, elementi di discrezionalità nelle scelte dei professionisti incaricati.

Gli elementi considerati (condivisi, in ogni caso, con l'anziano) variano in funzione del contesto e della finalità della valutazione (tra quelli descritti sopra). Sebbene la valutazione relativa alla non autosufficienza sia basata su criteri oggettivi e prevalentemente socio-sanitari, i criteri usati per dare una valutazione complessiva (socio-sanitaria e sociale) includono anche criteri reddituali e patrimoniali, letti in funzione del profilo sociale e sanitario dell'anziano. In tutti i casi, gli intervistati sono concordi nello specificare che la valutazione dell'anziano tende a basarsi su una visione complessiva che tenga conto di tutte le risorse a sua disposizione e, quindi, anche del suo status familiare e della rete sociale in cui è inserito.

È importante sottolineare come, in questo processo, le responsabilità degli attori sono separate, con il chiaro intento di risparmiare. Il budget è assegnato dall'ufficio *budgeting* della *Joint Commission*. Il *case manager* può negoziare il budget sulla base delle specifiche esigenze dell'anziano, ma non ha potere decisionale al riguardo.

Nel caso di valutazione negativa, la famiglia può liberamente presentare ricorso. Solitamente, il ricorso porta a una successiva valutazione per opera di un diverso team. Nel caso in cui la famiglia, successivamente, chieda, invece, una rivalutazione, ciò deve essere fatto a fronte di una presunta condizione di peggioramento del profilo di non autosufficienza dell'anziano (per esempio, a seguito di ricovero).

Box 11.3 Come si svolge il processo di valutazione del bisogno

Chi esegue la valutazione?	Team/ <i>panel</i> coordinato dall'assistente sociale dipendente del governo locale
Come viene svolta la valutazione?	Colloquio e valutazione multi-disciplinare
Come viene definito l'esito della valutazione?	Ranking/punteggio, più elementi di discrezionalità da parte del valutatore
I criteri di valutazione sono condivisi con il potenziale utente?	Si
Quali elementi entrano nella valutazione?	Condizioni di salute, bisogno di assistenza
In quanti momenti si articola il processo di valutazione?	Due fasi separate: prima valutazione al momento del contatto e valutazione formale entro tre mesi
Dove si svolge la valutazione?	Domicilio o struttura o uffici amministrativi

Box 11.4 L'utente e la sua famiglia partecipano in modo attivo al processo di selezione?

La famiglia è presente?	Si
L'utente e la famiglia possono intervenire?	Si
Si tiene conto di elementi riguardanti il contesto familiare e sociale dell'utente durante la valutazione?	Si

11.3.3. Fase 3: definizione del piano di cura

Il piano di cura viene tracciato dal *case manager*, coadiuvato da un team di specialisti, a seguito della valutazione.

Tendenzialmente, vi sono tre *output* attesi in caso di valutazione positiva – ovvero, constatazione di una non autosufficienza che merita l'intervento in termini di erogazione di servizi:

- assegnazione di servizi a domicilio (forme di *home care*). Il numero delle ore varia a seconda della gravità del livello di non auto-sufficienza, ma, solitamente, il pacchetto *home care* consiste di nove ore settimanali al domicilio. Bisogna sottolineare come non si tratti, tendenzialmente, di anziani con completi livelli di non autosufficienza, dal momento che essi vengono indirizzati direttamente alle *nursing homes*. Oppure si tratta di anziani con livelli elevati di non autosufficienza, ma per cui è stata valutata la presenza di una rete di sostegno economico-familiare tale da non richiedere l'istituzionalizzazione;
- ricovero in *nursing home*. Avviene, solitamente, per le forme più avanzate di non autosufficienza, che non consentono all'anziano di vivere al domicilio, oppure per anziani che, pur avendo livelli non particolarmente elevati di non autosufficienza, hanno condizioni socio-economico-familiari tali da non poter essere assistiti adeguatamente al domicilio;
- assegnazione di servizi a domicilio (*home care*), in attesa di ricovero in *nursing homes*. Avviene per quegli anziani il cui livello di non autosufficienza è considerato tale da richiedere l'istituzionalizzazione, ma che, per ragioni di liste d'attesa, devono attendere (mediamente alcuni mesi) prima di poter accedere a una struttura. Per questi anziani, solitamente il carico di assistenza a domicilio aumenta, fino a raggiungere le venti ore settimanali.

Il piano di cura viene redatto, solitamente, dalla stessa persona che si è occupata della valutazione del bisogno (tipicamente, un assistente sociale coadiuvato da un team in funzione di *case management*). In alcuni casi, per esempio quando la situazione risulta essere particolarmente complessa, altri professionisti vengono chiamati a partecipare alla redazione del piano. I piani di cura tendono a essere dettagliati, includendo il carico assistenziale e il tipo specifico di attività.

Oltre all'utente, vengono coinvolti nella redazione del piano anche la famiglia, se disponibile, il GP, gli assistenti sociali che sono intervenuti o che interverranno in futuro nella presa in carico, e operatori della struttura in caso di istituzionalizzazione.

Box 11.5 Come si svolge il processo di definizione del piano di cura?

Chi redige il piano di cura?	Tendenzialmente la stessa persona/ <i>panel</i> che ha eseguito la valutazione, coadiuvata da un team
Quali elementi entrano nel piano?	Servizi, prestazioni, frequenza, intensità assistenziale, e valorizzazione economica nel caso di <i>personal budget</i>
Come viene redatto il piano?	Consultando l'utente o la famiglia
Quando viene redatto?	Contestualmente o subito dopo la valutazione
Chi viene coinvolto nella redazione del piano	Utente, famiglia, GPs, assistenti sociali
Nel caso di prestazioni <i>cash</i> , nel piano	Si fissa l'ammontare del <i>personal budget</i>

Nel caso in cui venga selezionato il *personal budget*, questo valorizza un pacchetto di prestazioni a cui l'anziano ha diritto e che può acquistare liberamente a mercato (da produttori a sua scelta) o di cui può beneficiare sotto la supervisione di un *case manager* che si occupa di provvedere all'acquisto delle prestazioni a domicilio o a mercato. Questo strumento è completamente separato dalle *allowances*, che sono gestite, con diverso processo, dalla *National Insurance*.

Nel complesso, le tipologie di assistenza che possono essere inserite nel piano sono piuttosto predefinite rispetto alle tipologie di servizi. In caso di assegnazione del *personal budget*, l'anziano può scegliere l'erogatore da cui acquistare tali servizi, oppure affidarsi al suo *case manager*. Fermo restando la possibilità per l'utente di acquistare privatamente ulteriori servizi, questa ipotesi non viene inserita nel piano.

Box 11.6 Elementi di flessibilità del piano di cura

Quali sono gli elementi per i quali è prevista flessibilità	Scelta dall'erogatore (nel caso di <i>personal budget</i>)
È possibile definire già nel piano di cura alcune componenti dell'assistenza che verranno acquistate privatamente dall'utente/famiglia?	Si

Le famiglie, nel complesso, ricevono *counselling* da parte del *case manager*. Ma il livello di *counselling* ricevuto può variare ampiamente da caso a caso.

Il piano di cura può essere rivalutato periodicamente. La rivalutazione avviene sulla base della richiesta degli operatori e dell'utente. Di fatto, avviene su base routinaria ogni sei mesi o seguendo il normale evolversi dei bisogni, ma anche in base a specifiche richieste di attivazione (da parte dell'utente o della famiglia) in specifiche situazioni di urgenza. Solitamente, il caso è trattato da unità diverse dalla prima valutazione.

Box 11.7 Revisione del piano di cura

Con che frequenza?	Semestrale, – o a richiesta dell'anziano o della famiglia ma solo in caso di sopraggiunto aggravamento del livello di non autosufficienza (ad esempio in seguito a ricovero)
Quali esiti può produrre la revisione del piano?	Conferma o modifica dell'assistenza indicata
Con che modalità?	Rivalutazione dei livelli di non autosufficienza, e quindi del bisogno
Chi richiede la revisione del piano?	Su richiesta dell'operatore o dell'utente o della famiglia

11.3.4 Fase 4: erogazione del servizio

L'erogazione di servizi *in kind* si distingue in tre tipologie chiave per natura della forma di finanziamento tra:

- servizi a finanziamento pubblico (sia *home care*, che *nursing care*). Per tali servizi, è il *case manager* a decidere le modalità di erogazione (chi è l'erogatore, come coordinare i meccanismi di erogazione) e a prendere in carico del monitoraggio dell'appropriatezza del servizio e dei livelli di qualità;
- servizi a finanziamento privato. Consistono sia in forme di *home care* pagata *out of pocket* (per esempio, in caso di valutazione negativa della valutazione) o in forme di *nursing home* acquistata *out of pocket*. In questo caso, il controllo della qualità del servizio avviene tramite accreditamento, mentre non vi è controllo relativo all'appropriatezza;
- servizi a co-finanziamento. Nel caso di *home care*, tale co-finanziamento spesso si esplicita nell'acquisto di ore aggiuntive di servizio (per esempio, 9 ore a settimana sono coperte da finanziamento pubblico e altre 5 sono acquistate dall'anziano). L'erogatore rimane il medesimo ed è sottoposto al medesimo controllo da parte del *case manager*. Nel caso di *nursing home*, tipicamente il co-finanziamento consi-

ste nell'attribuzione di diverse categorie di costi a carico del soggetto pubblico e dell'anziano: nel caso di valutazione di non autosufficienza, la componente sanitaria è sempre a carico del finanziamento pubblico, mentre, per la componente residenziale e assistenziale, il meccanismo di co-finanziamento dipende da una valutazione più olistica delle condizioni socio-economiche.

Se il piano di cura è coordinato dal *case manager*, la scelta è limitata a pochi erogatori suggeriti dallo stesso *case manager*. Nel caso in cui venga assegnato un *personal budget* per l'acquisto di *home care*, l'anziano è libero di scegliere tra gli erogatori accreditati, ma il *case manager* è tenuto a controllare appropriatezza del servizio.

Box 11.8 Scelta tra gli erogatori

Su quali basi l'utente/famiglia scegliere l'erogatore del servizio?	Informazioni fornite dal case manager
Chi stabilisce il primo contatto con l'erogatore/produttore?	Tipicamente case manager (ma anche l'anziano o la famiglia se nel modello di <i>personal budgeting</i>)
È possibile cambiare erogatore?	Non sempre – se l'erogatore è scelto dal case manager, spesso diventa difficile cambiarlo anche a causa di ragioni economiche e di risparmio
Sono disponibili informazioni sulla qualità dei servizi/erogatori?	Sì
Esistono standard di qualità/meccanismi di accreditamento degli erogatori?	Sì
Quali sono i meccanismi di pagamento/finanziamento del produttore?	Da parte degli enti pubblici ma anche con co-finanziamento
Nel caso di più servizi previsti dal piano, l'erogatore è unico o possono esserci più erogatori?	Più erogatori

Volgendo il focus sulle prestazioni monetarie, è necessario un distinguo tra due forme di prestazioni:

- le forme di *allowance* (per l'anziano o per il *carer*) consistono di trasferimenti monetari dalla *National Insurance* all'anziano o alla famiglia. Non esiste alcun vincolo all'uso delle risorse, né la *Local Authority* ha alcun potere sul veicolare tale utilizzo;
- le forme di *personal budget* sono erogate dalla *Local Authority* (nel caso di Oxford, dalla *Joint Commission*) e sono vincolate all'acquisto di servizi sulla base del piano di cura (per esempio, ore di *home care* o riabilitazione).

Box 11.9 Erogazione delle prestazioni *cash* (erogate dal comune)

Esiste un vincolo nel suo utilizzo?	Sì, nel caso di <i>personal budgeting</i>
L'utente deve dichiarare la modalità di impiego del <i>cash</i> ?	Sì
L'utente deve dichiarare il soggetto dal quale riceverà assistenza?	Sì
Nel caso l'utente scelga di avvalersi di un caregiver familiare, questo deve essere formalizzato in qualche modo?	Sì
Esistono meccanismi di controllo sull'utilizzo del <i>cash</i> ?	Sì

Più nel complesso, il piano di cura stabilisce il bisogno assistenziale e la relativa quantità/valorizzazione di prestazioni (per esempio, 10 ore settimanali per *home care*). Se l'anziano riceve fondi per acquistare tali prestazioni con il *personal budget*, può scegliere l'erogatore, ma è vincolato all'acquisto di tali prestazioni. Rimane ferma la possibilità di acquistare prestazioni aggiuntive con risorse proprie.

In questo modello, il *co-payment* per i servizi a finanziamento pubblico è regolato a livello locale. Il livello di compartecipazione è spesso connesso all'acquisto di prestazioni aggiuntive a quelle riconosciute come servizio *in kind* o sotto forma di *personal budget*. La compartecipazione richiesta consiste, perciò, di prestazioni aggiuntive che completano il piano di cura (per esempio, se il piano di cura prevede 15 ore settimanali di *home care* e vengono erogati servizi *in kind* per 9 ore, la compartecipazione è di 6 ore). Il livello di compartecipazione viene regolato sulla base dei fabbisogni assistenziali e sulla base di una più complessiva valutazione socio-economica.

Un altro tema rilevante è quello delle liste di attesa, che ha ampia variabilità a seconda del contesto locale. Solitamente, le liste di attesa per il ricovero in struttura hanno una durata di alcuni mesi (la durata media può variare da 3 a 6 mesi). In considerazione del numero ridotto di posti letto finanziati pubblicamente, però, spesso gli anziani escono dalla lista di attesa per essere ricove-

rati a proprie spese in struttura. In attesa del ricovero, qualora la valutazione evidenzi bisogni assistenziali, vengono erogati servizi in *home care*.

11.4 Relazioni tra i principali soggetti coinvolti nel sistema di erogazione del servizio

Il ruolo pivotale nel sistema è detenuto dalla *Local Authority* (nel caso specifico di Oxford, dalla *Joint Commission*), in quanto ente che si occupa, da un lato, della programmazione generale delle politiche per la non autosufficienza nel territorio, e, dall'altro, in quanto soggetto che gestisce il budget, finanzia ed eroga parte dei servizi, e garantisce la qualità dei servizi tramite accreditamento e controllo di qualità.

Quali rapporti ha, dunque, la *Local Authority* con gli altri soggetti coinvolti? La *Local Authority* coordina il processo di gestione della cronicità, agendo da attore centrale del sistema:

- gestisce le relazioni con il NHS coordinando l'accreditamento per la componente socio-sanitaria e sanitaria delle strutture e dei servizi offerti, e ripartendo il finanziamento della componente sociale da quella sanitaria, nel caso del ricovero in struttura;
- gestisce le relazioni con le famiglie coordinando il contatto, l'accesso e il meccanismo di valutazione e svolgendo il ruolo di *case manager* del percorso;
- allo stesso tempo, fa committenza su una rete di erogatori privati, gestendo accreditamento e finanziamento e garantendo il controllo della qualità dei servizi e dell'appropriatezza delle cure erogate.

Nel caso della contea di Oxford, il modello prevede la *Joint Commission*, che, come spiegato sopra, somma budget sociale e socio-sanitario (di competenza delle *Local Authorities*) e budget sanitario (di competenza del NHS). Nell'intento di questo modello, ciò dovrebbe garantire un accumulo di risorse e maggiore capacità di controllo e negoziazione con gli attori privati.

Bibliografia

Desai, S. V., Law, T. J., Needham, D. M. (2011), «Long-term complications of critical care», *Critical care medicine*, 39(2), 371-379.

Hawton, K., Simkin, S., Deeks, J., Cooper, J., Johnston, A., Waters, K., Simpson, K. (2004), «UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings», *Bmj*, 329(7474), 1076.

Khan, N. F., Watson, E., & Rose, P. W. (2011), «Primary care consultation behaviours of long-term, adult survivors of cancer in the UK», *British Journal of General Practice*, 61(584), 197-199.

Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., Harvey, M. A. (2012), «Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference» *Critical care medicine*, 40(2), 502-509.

Oxfordshire Joint Commissioning (2013), *Oxfordshire Joint Commissioning Strategy*, online at <https://publicinvolvementnetwork.oxfordshire.gov.uk/consult.ti/OPstrat/consultationHome>

Wanless, D., Forder, J., Fernández, J. L., Poole, T., Beesley, L., Henwood, M., Moscone, F. (2006), *Wanless social care review: securing good care for older people, taking a long-term view*, King's Fund.

12. Servizi a confronto: la *Long Term Care* in quattro città

di Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola

L'assetto dei sistemi di intervento per la *Long Term Care* in Francia, Germania, Italia e Regno Unito evidenzia significative differenze nella dotazione di risorse complessive, nell'articolazione della spesa tra trasferimenti e servizi, nella distribuzione delle responsabilità tra amministrazioni centrali e locali. Pur in un quadro molto differenziato, e con livelli tra loro differenti, tutti i paesi hanno sviluppato, nel corso degli anni, per la LTC modelli di intervento, in cui le risorse, le titolarità e gli interventi sono caratterizzati da un'elevata frammentazione. I sistemi disegnati all'interno dei singoli paesi rappresentano lo sfondo su cui vengono delineati i servizi che, nei contesti locali, vengono incontrati dai cittadini.

In ognuno dei quattro paesi, i tassi di copertura dei bisogni della popolazione non autosufficiente a mezzo di servizi sono limitati e molto lontani da modelli di tipo universalistico. Chi realmente riesce ad accedere ai servizi è condizionato dalle dinamiche di frammentazione e ricomposizione dei sistemi istituzionali e dalle scelte di progettazione dei servizi a cui i cittadini fanno riferimento.

Il disegno dei servizi, nel contesto locale, oltre a rendere più o meno semplice l'accesso ai servizi per differenti utenti, impatta sulla selezione degli utenti e sul livello di intensità della presa in carico pubblica per quegli utenti che accedono al sistema.

Nelle pagine che seguono, saranno richiamate le principali caratteristiche dei servizi emerse nell'analisi del percorso di fruizione da parte degli utenti dei casi di Marsiglia, Lipsia, Parma e Oxford.

La sintesi si articola attorno alle quattro fasi attraversate dagli utenti e dalle famiglie nel percorso di fruizione dei servizi e che hanno costituito la struttura comune all'analisi di caso condotta su ognuna delle quattro città:

- primo contatto
- selezione dell'utenza e primo accesso
- definizione del piano di cura
- erogazione del servizio

La sintesi evidenzia come l'articolazione istituzionale e finanziaria dei quattro paesi trovi riscontro nelle modalità con cui i cittadini fruiscono dei servizi, e dà conto dei principali elementi di convergenza e delle principali differenze emerse nel disegno dei percorsi delle quattro città.

12.1 Primo contatto con i servizi

Il primo contatto è il momento in cui l'utente o la famiglia, di fronte a un'esigenza connessa a una condizione di non autosufficienza, entrano in relazione con i servizi pubblici.

L'analisi svolta fa riferimento a cittadini che entrano per la prima volta in contatto con i servizi senza provenire da altri servizi pubblici (per esempio, da un percorso ospedaliero).

In ognuno dei casi indagati sono previsti strumenti informativi *ad hoc*, preliminari rispetto alla fase di contatto dell'utente con i servizi; essi utilizzano soprattutto i canali degli sportelli dei servizi pubblici, dei medici di famiglia e delle farmacie, delle mutue (Lipsia) e del web.

L'urgenza, in tutti i casi indagati, caratterizza il momento del primo contatto con i servizi. Secondo gli intervistati, chi esprime la domanda è soprattutto la famiglia; possono, in alcuni casi, intervenire direttamente gli anziani o segnalazioni dirette da parte di medici di famiglia (nel caso di Oxford).

In tutti i casi, i servizi assumono, nei fatti, la *mission* prevalente di risposta *on demand* a situazioni di estrema urgenza, che necessitano di risposta rapida o immediata; lo sviluppo di un approccio di welfare «di iniziativa», con una finalità preventiva, non caratterizza, quindi, nessuno dei sistemi, sebbene sia presente nel dichiarato di alcuni.

L'orientamento a identificare dei centri «unici» per il primo accesso sembra caratterizzare tutte le città, a eccezione di Oxford, dove il ruolo del medico di famiglia (*General Practitioner*) come soggetto «accentratore» sembra assumere un ruolo prevalente rispetto ad altri enti o soggetti, soprattutto se confrontato con la centralità che assume negli altri casi indagati.

Sebbene, come detto, il luogo individuato per il primo contatto venga, spesso, dichiarato come «unico», la sua unicità o meno, nei fatti, dipende da quanto sia in grado di presidiare funzioni e risorse, che saranno messe in gioco nelle fasi successive. Per esempio, nel caso italiano, riferito alla città di Parma,

sono stati creati i Poli territoriali, che sono punti «unici» rispetto agli interventi comunali e della Ausl, ma non rispetto alle procedure per l'Indennità di Accompagnamento; quindi, sebbene il sistema locale si autopercepisca e si descriva come basato su un unico luogo di accesso, gli utenti ne sperimentano, invece, almeno due.

Tabella 12.1 Fase 1 – Primo contatto-descrizione

	MARSIGLIA	LIPSIA	PARMA	OXFORD
LUOGHI E ATTORI FORMALMENTE DESIGNATI:	CENTRI UNICI DI PRESA IN CARICO	ASSICURAZIONI LTC (UFFICI O WEB)	POLO TERRITORIALE	SPORTELLO SOCIALE DELLA LOCAL AUTHORITY
LUOGHI EFFETTIVAMENTE PIU' FREQUENTATI	CENTRI UNICI DI PRESA IN CARICO	ASSICURAZIONI LTC (UFFICI O WEB)	POLO TERRITORIALE	CALL CENTER LOCAL AUTHORITY; GENERAL PRACTITIONER (GP)
FUNZIONI FORMALMENTE ASSEGNATE	CONTATTO PROGETTAZIONE	CONTATTO SELEZIONE PROGETTAZIONE FINANZIAMENTO CONTROLLO	CONTATTO ASSESSMENT PRELIM. PROGETTAZIONE	CONTATTO VALUTAZIONE PRELIM. PRIMO INTERVENTO IN ATTESA DELLA VALUTAZIONE
PRIMO INTERLOCUTORE DEL SISTEMA	FAMIGLIA	FAMIGLIA	FAMIGLIA	ANZIANO O FAMIGLIA O GP
NATURA PRIMA RELAZIONE	REAZIONE URGENZA	REAZIONE URGENZA	REAZIONE URGENZA	REAZIONE URGENZA
FUNZIONE DESIGNATA DEL PRIMO CONTATTO	ORIENTATIVO	INFORMATIVO	INFORMATIVO ORIENTATIVO GATEKEEPING	INFORMATIVO
FUNZIONE EFFETTIVA	INFORMATIVO	INFORMATIVO	INFORMATIVO ORIENTATIVO GATEKEEPING	PRIMO INTERVENTO
TIPOLOGIA DI INFORMAZIONI RICHIESTE	SPECIFICHE SUI SERVIZI	SPECIFICHE SUI DIVERSI PERCORSI ASSISTENZIALI	SPECIFICHE SUI SERVIZI	SPECIFICHE SU SERVIZI

Mentre i profili informativi e i modelli di relazione degli utenti e delle famiglie sembrano convergere nei differenti casi, le funzioni assunte dal luogo del primo contatto sembrano differenti nelle quattro città. Infatti, questo può assumere diverse funzioni: di tipo informativo (semplice presentazione di informazioni) oppure orientativo (con forme di *counselling* personalizzato); di valutazione preliminare (o *gate keeping* rispetto agli step successivi); di primo intervento urgente

in attesa di una valutazione più approfondita; di progettazione degli interventi. Il mix di funzioni svolte dipende dalla natura del luogo di primo contatto: se questo coincide (o si avvicina molto) con l'attore pubblico nodo centrale del sistema, che poi si occuperà delle fasi successive, le sue funzioni saranno molto complesse e articolate; se si tratta di un soggetto diverso, creato appositamente per svolgere la funzione di contatto, avrà funzioni più limitate.

Le differenti articolazioni «verticali» delle funzioni in capo al luogo del primo contatto definiscono, di conseguenza, una maggiore o minore unitarietà» della relazione con i servizi dal punto di vista dei cittadini, siano essi gli utenti o, soprattutto, i familiari. Essi potranno assumere uno stesso contesto di riferimento nei momenti successivi della fruizione o dovranno rivolgersi ad altri uffici o sportelli nella loro relazione con i servizi.

12.2 Selezione dell'utenza e accesso al sistema pubblico

Una volta che l'utente è entrato in contatto con i servizi, si avvia un processo di valutazione dei suoi bisogni preliminare a un eventuale accesso alle prestazioni offerte nell'ambito del sistema di offerta pubblica. Nonostante i modelli analizzati abbiano articolazioni differenti degli interventi, ognuno dei sistemi di *Long Term Care* si dispiega attorno a tre ambiti di intervento principali: i trasferimenti finanziari, i servizi residenziali, i servizi domiciliari.

Il disegno della fase di selezione è cruciale rispetto al livello di integrazione delle risorse e degli interventi perché sviluppa processi di valutazione e di accesso, che leggono in modo più o meno integrato il sistema di offerta a cui l'utente può accedere. La capacità di governo dei sistemi locali e la capacità di fruizione degli interventi da parte dell'utente sono influenzate in misura significativa da quanto la fase di selezione si sviluppa in modo integrato o frammentato tra le tre aree di intervento indicate.

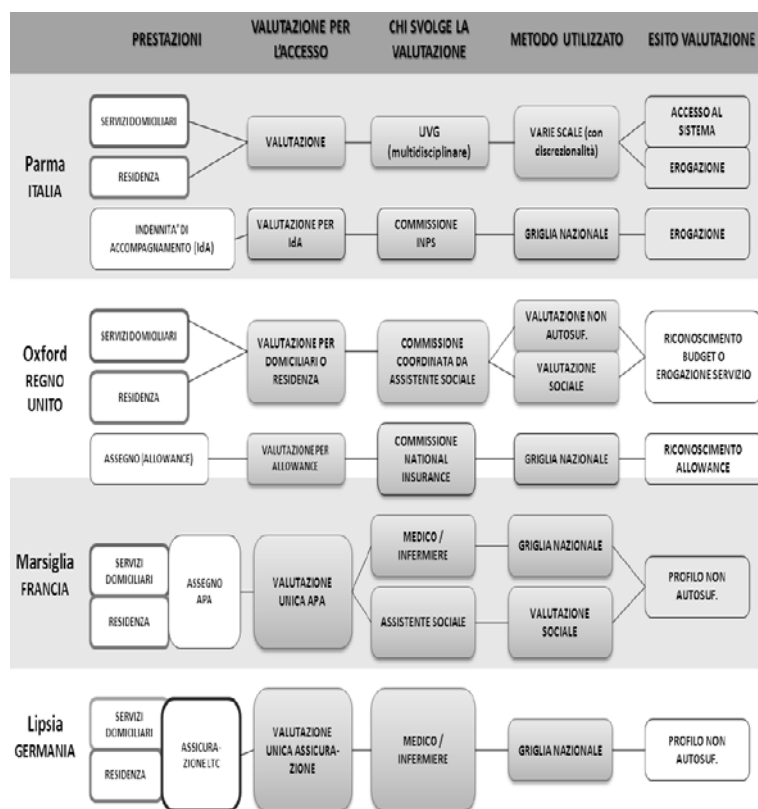
Dai casi emergono due modelli: da una parte, il modello di Parma e Oxford, dall'altra, quello di Marsiglia e Lipsia.

Il primo modello si basa su due processi di valutazione distinti in relazione al tipo di prestazione (procedendo, quindi, con due valutazioni separate): una è finalizzata alla selezione dell'utenza per la titolarità ai trasferimenti finanziari (indennità) erogati da un'ente nazionale, tipicamente previdenziale (Inps e *National Insurance*); l'altra, è finalizzata alla selezione dell'utenza per l'accesso alle prestazioni residenziali o domiciliari. In entrambe le città, il percorso valutativo si muove, quindi, lungo due percorsi simili: per la valutazione dell'indennità entra in campo una commissione, definita dall'ente previdenziale nazionale; per la valutazione finalizzata all'accesso ai servizi reali, gestiti al livello locale, interviene, invece, una commissione multidisciplinare. La prima

valutazione si basa su una griglia nazionale; per la seconda, possono essere utilizzate differenti scale, che sono frutto delle scelte adottate nel contesto locale.

Al contrario, il modello di selezione adottato a Lipsia e Marsiglia prevede un'unica commissione di valutazione per l'assegnazione di unica misura, dalla quale derivano sia l'accesso ai servizi reali, che l'erogazione di prestazioni *cash* (APA o Assicurazione per la LTC). La valutazione, a Marsiglia, si compone di elementi sia sociali che sanitari, che sono valutati in due momenti separati e da professionisti diversi: la valutazione sanitaria è svolta da un medico e da un infermiere (sulla base di una griglia nazionale), mentre un assistente sociale svolge la propria valutazione. A Lipsia, la valutazione ha natura più sanitaria ed è svolta, in un unico momento, da un medico e da un infermiere. Questi si basano su una griglia nazionale, che ha lo scopo di vincolare e rendere omogenei i modelli di valutazione e gli esiti delle singole assicurazioni.

Figura 12.1 Fase 2 – Selezione e accesso al servizio



Mentre a Oxford e a Parma la valutazione ha due scopi distinti (riconoscimento ed erogazione del trasferimento finanziario, oppure presa in carico e titolo alla fruizione di un servizio), a Lipsia e Marsiglia l'esito della valutazione è unicamente un profilo di non autosufficienza, a cui corrisponde un budget di finanziamento per le prestazioni assistenziali: nel primo modello, l'esito della valutazione sfocia nella definizione del piano di cura, mentre nel modello di Lipsia e Marsiglia la valutazione esita nel riconoscimento di un diritto finanziario, che verrà tradotto in prestazioni al momento della definizione del piano di cura da parte di attori diversi da quelli che hanno eseguito la valutazione.

12.3 Definizione del piano di cura

Una volta determinato l'accesso dell'utente al sistema di offerta pubblico, si passa alla definizione di un piano di cura. In tutti i casi, la famiglia viene coinvolta direttamente nel processo, anche se in misura diversa: maggiore a Lipsia e Oxford, minore soprattutto a Marsiglia.

Il piano di cura, nei diversi modelli, può essere più o meno legato alla precedente fase di valutazione. Nel modello di Oxford e di Parma, il contenuto del piano tipo deriva dal processo di valutazione per l'accesso ai servizi domiciliari o territoriali; subito dopo la valutazione, il caso viene preso in carico da un *case manager*, a cui compete la definizione del piano, che stabilisce lo standard di servizio offerto all'utente. Questo piano non include le misure di indennità derivanti dal secondo processo di valutazione, come descritto al § 12.2.

Nel caso di Lipsia e Marsiglia, invece, la valutazione determina un diritto finanziario in capo all'utente, definendo, così, l'ammontare di risorse pubbliche disponibili per gli interventi a cui può accedere. Successivamente, l'utente potrà scegliere quale tipo di prestazione preferisce ricevere (assegno, cure domiciliari, cure residenziali). La definizione del piano vero e proprio avviene nella sfera pubblica a Marsiglia (dove viene redatto dal committente pubblico), mentre viene redatto dall'utente (o dalla famiglia) e dal produttore a Lipsia. La scelta del soggetto, committente pubblico o produttore privato, che definisce il piano di cura, è determinante perché tende a generare una spinta completamente diversa rispetto al livello di prestazioni che verranno richieste e, nel caso, erogate, all'utente. Nel caso il piano di cura competa al produttore, più probabilmente la spinta sarà diretta all'espansione della richiesta. Viceversa, è più probabile che sia orientata al contenimento delle prestazioni, nel caso sia compito del committente pubblico. Qualora il budget di risorse pubbliche sia definito *ex ante*, la spinta si traduce in uno spostamento del confine tra risorse pubbliche e risorse messe in campo dalla famiglia, a integrazione dei bisogni non soddisfatti dal sistema pubblico.

Se i servizi pubblici sono, invece, erogati su una logica prestazionale, slegata dalla definizione precisa di un budget complessivo (come nel modello di Parma o di Oxford), si determina una spinta a espandere la domanda nei confronti del soggetto pubblico finanziatore del servizio, in quanto l'utente e l'operatore che di volta in volta si occupa della definizione del piano, non hanno percezione delle risorse complessive a disposizione.

Un altro elemento distintivo della fase di redazione del piano riguarda la gestione dei trasferimenti *cash* (assegni diversi), che possono essere vincolati rispetto all'utilizzo oppure affidati alla gestione dei destinatari, senza la definizione di specifici impieghi e relativi controlli. A Lipsia e Marsiglia, anche nel caso della scelta di assegni *cash*, sono previste modalità predefinite di utilizzo delle risorse a disposizione dell'utente; a Parma e a Oxford questo avviene solamente con riferimento all'assegno trasferito dal livello locale, mentre non riguarda l'indennità percepita dagli enti previdenziali centrali, che segue un percorso distinto di valutazione (si veda § 12.2 12.2) e successiva erogazione.

Solo nel caso di Oxford, eventuali prestazioni aggiuntive a carico della famiglia vengono specificate già nel piano di cura, mentre in nessuno degli altri modelli il piano include altre eventuali prestazioni acquistate privatamente dalla famiglia. La scelta di evidenziare nel piano la presenza di ulteriori prestazioni finanziate dalla famiglia rende esplicita la differenza tra il fabbisogno dell'utente e lo spazio di intervento pubblico.

Nel loro insieme, le modalità di definizione dei piani di assistenza configurano scelte implicite di riparto del finanziamento tra sistema pubblico e famiglie, e rendono più o meno evidente il differenziale tra le risorse pubbliche in gioco e il fabbisogno complessivo di risorse. Inoltre, nei differenti modelli la definizione del confine tra finanziamento pubblico e finanziamento da parte dell'utente può mettere in gioco differenti attori, con maggiore o minore peso: l'utente e la famiglia, un attore pubblico, il soggetto erogatore.

Le risorse pubbliche per la LTC non sono in grado di garantire la copertura di tutta la popolazione e, rispetto ai singoli interventi, di tutte le esigenze del singolo utente. Le scelte relative al disegno dei diversi modelli rendono più o meno esplicito ed evidente questo secondo gap di finanziamento, e spingono in misura maggiore o minore perché sia coperto con risorse private da parte degli utenti e delle famiglie. In particolare, lo spazio che rimane aperto tra la definizione del piano di cura e la fase successiva di erogazione definisce i margini per la copertura finanziaria degli interventi da parte degli utenti e delle famiglie.

Tabella 12.2 Fase 3 – Definizione del piano di cura per i servizi domiciliari

SERVIZI DOMICILIARI FORMALIZZATI	Marsiglia	Lipsia	Parma	Oxford
CHI SI OCCUPA DELLA DEFINIZIONE DEL PIANO DI CURA?	COMMITTENTE	PRODUTTORE	CASE MANAGER	CASE MANAGER
QUAL E' IL CONTENUTO DEL PIANO?	VALORE SERVIZI DA EROGARE STANDARD DI SERVIZIO	CONTENUTO SPECIFICO DELLE PRESTAZIONI	STANDARD DI SERVIZIO	VALORE SERVIZI DA EROGARE STANDARD DI SERVIZIO
COINVOLGIMENTO DELL'UTENTE (O DELLA FAMIGLIA)	RIDOTTO LA FAMIGLIA SI COORDINA POI CON IL PRODUTTORE	Sì, COORDINAMENTO E COPROGETTAZIONE	Sì, NELLA DEFINIZIONE DEI DETTAGLI	Sì, NELLA SCELTA DELLE DIVERSE TIPOLOGIE DI SERVIZIO
SONO PREVISTI CONTROLLI SULL'EFFETTIVO RISPETTO DEL PIANO?	sì	sì	sì	sì

12.4 Erogazione del servizio

Le caratteristiche del processo di erogazione definiscono lo standard di servizio erogato, il decisore e il finanziatore di tale standard, e il grado di libertà degli utenti nella scelta dell'erogatore.

Pur con differenze e sfumature tra servizi residenziali e territoriali, le quattro città analizzate permettono libertà nella scelta dell'erogatore, sebbene più limitata per i servizi residenziali a Oxford e a Parma (dove la scelta dell'erogatore è mediata dal soggetto pubblico). Il *counseling* da parte dell'ente

pubblico, con controllo sul budget, è presente a Oxford, non è ammesso a Lipsia e Marsiglia, mentre a Parma è parzialmente presente per i servizi domiciliari, ma non è ammesso per quelli residenziali.

Il contenuto assistenziale specifico della prestazione può essere concordato tra erogatore e utente in ognuno dei quattro modelli sia per le prestazioni domiciliari, sia per quelle residenziali.

Sebbene questi si differenzino rispetto alla possibilità di prevedere eventuali prestazioni aggiuntive nel piano individuale, tutti consentono l'acquisto contestuale di ulteriori prestazioni da parte dell'utente. Il livello di standard di servizio definito nel piano di cura e a monte concorre a determinare maggiori o minori esigenze di acquisto di prestazioni aggiuntive da parte degli utenti.

La compartecipazione degli utenti è più rilevante in ambito residenziale, poco rilevante in ambito domiciliare. Nei servizi residenziali, a Parma essa è definita da standard regionali, mentre, nei modelli che definiscono un diritto finanziario in capo all'utente (Lipsia e Marsiglia), la compartecipazione è negoziata con il produttore (Lipsia) o sulla base di standard nazionali (Marsiglia).

Il processo di erogazione è altrettanto importante nel definire l'impatto dei trasferimenti finanziari. Laddove tali trasferimenti, definiti nella Fase 2- selezione- siano erogati in funzione del piano identificato nella Fase 3- definizione del piano di cura-, sono attivati dei controlli che verifichino la coerenza tra il budget assegnato e il relativo impiego (Lipsia, Marsiglia).

Laddove il sistema sia più frammentato, i canali di valutazione distinti e l'erogazione delle indennità finanziarie separata dai processi di erogazione delle prestazioni, non sono previsti obiettivi rispetto all'utilizzo dei trasferimenti, né, di conseguenza, controlli sull'utilizzo. A Lipsia e Marsiglia, qualora il sistema deliberi trasferimenti diretti di risorse, questi trasferimenti hanno una destinazione specifica e finanziano attività di cura, anche informale, che sono monitorate e verificate dai soggetti pubblici. Laddove, come in Italia, tali risorse siano trasferite senza alcuna forma di programmazione di utilizzo e di controllo della destinazione, concorrono a finanziare, insieme alle altre risorse delle famiglie, un ampio sistema di lavoro informale di cura, in parte sommerso, che costituisce una componente prevalente del welfare italiano.

Tabella 12.3 Fase 4 – Erogazione del servizio- servizi domiciliari formalizzati

SERVIZI DOMICILIARI FORMALIZZATI	Parma	Oxford	Marsiglia	Lipsia
ESISTE LIBERTA' DI SCELTA?	SI (LIMITATA NEI FATTI)	sì	sì	sì
VIENE FATTO COUNSELLING DA PARTE DELL'ATTORE PUBBLICO?	In parte	sì	NO	NO
L'UTENTE E L'EROGATORE POSSONO CONCORDARE IL CONTENUTO DELLE PRESTAZIONI?	sì	sì	sì	sì
L'UTENTE PUO' ACQUISTARE CONTESTUALMENTE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE?	sì	sì	sì	sì
CHI DEFINISCE LA PARTECIPAZIONE DELL'UTENTE AL FINANZIAMENTO PUBBLICO?	(POCO RILEVANTE PER DOMICILIARE)	nd	STANDARD NAZIONALI	PRODUTTORE (POCO RILEVANTE PER DOMICILIARE)

Tabella 12.4 Fase 4 – Erogazione del servizio- servizi domiciliari formalizzati

SERVIZI RESIDENZIALI	Parma	Oxford	Marsiglia	Lipsia
ESISTE LIBERTÀ DI SCELTA?	MEDIATA dalla PA	LIMITATA	sì	sì
VIENE FATTO <i>COUNSELLING</i> DA PARTE DELL'ATTORE PUBBLICO?	NO	sì	NO	NO
L'UTENTE E L'EROGATORE POSSONO CONCORDARE IL CONTENUTO DELLE PRESTAZIONI?	sì	sì	sì	sì
L'UTENTE PUÒ ACQUISTARE CONTESTUALMENTE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE?	sì	sì	sì	sì
CHI DEFINISCE LA PARTECIPAZIONE DELL'UTENTE AL FINANZIAMENTO PUBBLICO?	STANDARD REGIONALI	nd	STANDARD NAZIONALI + PRODUTTORE	PRODUTTORE

12.5 Sintesi del percorso nei servizi

In sintesi, l'articolazione del sistema di interventi, che il cittadino si trova di fronte, definisce alcuni elementi fondamentali delle prestazioni, di cui i cittadini possono beneficiare:

- il grado di libertà di cui dispongono per plasmare gli interventi e scegliere gli erogatori;
- il posizionamento del confine tra contributo pubblico e privato e la trasparenza di tale posizionamento;
- l'espansione del sistema di servizi professionali o del sistema di cure informali.

Nelle quattro fasi del percorso, che l'utente sviluppa nell'ambito dei servizi, la configurazione delle leve di *service management* (si veda il capitolo 7) può assumere connotati differenti, in parte derivanti dai modelli istituzionali che definiscono la cornice dei servizi medesimi, in parte, più limitata, ma molto significativa, in relazione alle scelte assunte nei singoli contesti di progettazione.

Le leve di *service management* operano sempre in modo olistico e integrato, e sono presenti in tutta la durata dei servizi, tuttavia si ritiene di poter affermare che il peso di ognuna delle leve si modifica nelle diverse fasi del percorso di fruizione da parte dell'utente.

Nella Fase 1 (Primo contatto con i servizi), assumono particolare rilevanza le leve connesse alle politiche del personale, alle politiche di comunicazione e quelle correlate alle politiche degli accessi, layout e logistica. La connotazione di queste leve, nei casi analizzati, è coerente con la postura strategica di sistemi di welfare di attesa, piuttosto che di iniziativa.

Nella Fase 2 (Valutazione e selezione dell'utenza), le politiche del personale assumono una funzione centrale: il mix di competenze chiamate in gioco nei differenti modelli di valutazione dipende e, al tempo stesso, orienta un assetto più sociale o più sanitario della lettura dei bisogni e, a valle, del sistema di interventi. Anche le leve collegate alle politiche di prodotto e servizio incidono sul processo di selezione: quali e quante tipologie di intervento sono state progettate e come queste si relazionano tra loro determinano le caratteristiche del processo e del contenuto del percorso di selezione.

Nella Fase 3 (Definizione del piano assistenziale), sono di nuovo centrali le politiche del personale e, piuttosto che il ruolo di committenza amministrativa, quello di *case management*, assegnato al personale. Tuttavia, assumono un peso particolarmente rilevante le politiche di prodotto/servizio. Le scelte re-

lative alla definizione dei piani individuali permettono, infatti, maggiore o minore flessibilità e adattabilità dei servizi nella successiva fase di erogazione.

Tabella 12.5 Le leve di service management nel percorso di fruizione dei servizi

Le leve nel sistema dei servizi	Le leve nel sistema dei servizi di LTC	FASE DI PRIMO CONTATTO CON I SERVIZI	FASE DI SELEZIONE DELL'UTENZA	FASE DI DEFINIZIONE DEL PIANO DI CURA	FASE DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO
Politiche del personale	<i>Skill mix</i> dei professionisti e del personale coinvolto nelle diverse fasi del processo di erogazione del servizio.	X	X	X	
Politiche tariffarie	Meccanismi di definizione del co-payment e del budget a disposizione dell'utente				X
Politiche di comunicazione	Livello di coinvolgimento degli utenti (e delle loro famiglie).	X			
Le politiche degli accessi, il layout e la logistica	Accessibilità del sistema in termini di: <ul style="list-style-type: none"> – Disponibilità e diffusione di informazioni tra i potenziali utenti (cittadini) – Presenza di procedure e processi <i>user-friendly</i> che facilitano i contatti 	X			
Le politiche di prodotto/servizio	Caratteristiche dei servizi offerti in termini di: <ul style="list-style-type: none"> – Livello di integrazione tra diverse componenti dell'offerta – Livello di flessibilità e adattabilità ai bisogni – Possibilità di modificare le caratteristiche dei servizi al cambiare dei bisogni (shaping and re-shaping) – Livelli di scelta disponibili – Mix tra servizi standard /core e aggiuntivi 		X	X	X

Ancora più critico il peso delle politiche di prodotto/servizio nella Fase 4 (Erogazione delle prestazioni), in combinazione con le politiche tariffarie. Le scelte relative all'offerta, in termini di prodotto/servizio *core* e di *peripherals*, non definiscono solo lo standard di intervento, ma anche il relativo fabbisogno finanziario. Inoltre, determinando quali prestazioni dei servizi core saranno incluse

nell'offerta pubblica e quali no, si determina uno spazio più o meno ampio per la domanda di altri servizi da parte degli utenti e delle famiglie, e delle relative scelte tariffarie. Tali scelte, in ultima analisi, configurano uno spostamento, di fatto, del confine tra finanziamento pubblico e privato. Esse delimitano simbolicamente, quindi, il confine tra interesse generale, presidiato dalle risorse pubbliche, e interesse individuale, finanziato dal singolo beneficiario.

Dall'analisi dei percorsi svolta fin qui, emerge come le leve di *service management* possano essere detenute dai soggetti pubblici, ma anche dagli altri attori che intervengono nel sistema di interventi.

La distribuzione del potere tra gli attori, nel definire le peculiarità di ciascuna fase del processo di fruizione da parte dell'utente, dipende dal peso delle leve di *service management* che è in grado di influenzare.

PARTE III

I modelli e i percorsi: l'Italia in controluce

13. L'Italia in controluce

di Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola

La prima parte del testo rappresenta i profili di welfare in Francia, Germania, Italia e Regno Unito, e i relativi modelli di intervento nell'ambito della *Long Term Care*. La seconda parte descrive l'assetto degli interventi nel campo della LTC in quattro contesti locali: Marsiglia, Lipsia, Parma e Oxford.

Complessivamente, quali considerazioni si possono trarre dalla lettura «in controluce» del sistema italiano, sotto il profilo del sistema e degli interventi? La distanza tra alcuni temi dell'agenda italiana del welfare e la realtà così come emerge dal confronto con i modelli in atto in Francia, Germania e Regno Unito sarà discussa nel § 13.1.

Più interessanti e di maggiore valore prospettico possono essere alcuni elementi che emergono da uno spostamento della prospettiva: dal macro verso il micro, dal disegno di sistema al percorso di fruizione da parte dell'utente. Disegno «macro» di *policy* e presidio «micro» delle leve di *service management* evidenziano, nei modelli analizzati, convergenze e divergenze che saranno discusse nel § 13.2. Alla luce dei dati, alcune prospettive di *policy* sembrano più o meno realistiche, praticabili e rilevanti (§ 13.3), ma emerge, per tutti i paesi, la necessità di riconoscere e comprendere la dimensione qualitativa e la portata del cambiamento che li attraversa.

Cambiamenti al margine e miglioramenti di vario genere negli assetti attuali sono necessari, possibili e doverosi, tuttavia emerge complessivamente, per tutti i paesi, l'evidenza di un fabbisogno, la cui portata va molto oltre l'assetto attuale degli interventi. Di fronte a una distanza tanto ampia tra il posizionamento dei sistemi e le esigenze della popolazione, si prospetta un cambiamento, la cui natura non sia limitata a dimensioni di tipo organizzativo o finanziario, ma tocchi, nella sostanza, nel disegno e nei meccanismi, i paradigmi di fondo che sono impliciti negli attuali modelli di servizi.

13.1 Il welfare italiano tra miti e realtà

L'analisi comparativa dei modelli di welfare evidenzia la necessità di rifocalizzare il dibattito pubblico sui sistemi di LTC nel nostro paese, concentrando l'attenzione sui temi a oggi più realistici e praticabili, e liberando, così, lo spazio pubblico dalla discussione di aspetti, che, alla luce di alcuni dati ed evidenze, appaiono di minore rilevanza.

Prima di proporre alcuni dei temi che, alla luce dei dati rappresentativi dei sistemi di welfare indagati, richiederebbero, a nostro parere, una prospettiva di analisi diversa, vorremmo riepilogare alcune informazioni emerse dal quadro ricompositivo dei sistemi, proposto nel capitolo 6:

- L'Italia è il paese che investe nel welfare meno risorse, in termini assoluti, e quello con il minore Pil pro capite;
- la distribuzione intergenerazionale delle risorse è molto differente nei paesi considerati e il sistema previdenziale occupa in Italia un peso particolarmente significativo, molto maggiore di quello occupato negli altri paesi. Al contrario, le risorse allocate, in Italia, alla LTC sono inferiori rispetto a Francia, Germania e Regno Unito;
- nonostante una dotazione di risorse più limitata, l'Italia è, tuttavia, il paese con i maggiori livelli di presa in carico: non desta meraviglia che l'intensità delle risorse allocate al singolo caso sia la minore. Mentre la maggior parte delle risorse, in ognuno dei paesi considerati, è impiegata per finanziare l'erogazione di servizi reali, in Italia più del 50 per cento delle risorse viene trasferito direttamente alle famiglie, che si confrontano con un sistema di offerta residenziale, che vede la presenza di fornitori caratterizzati da dimensioni più ridotte che negli altri paesi.

L'Italia risulta, quindi, un paese che sceglie meno degli altri quando si tratta di allocazione della spesa per interventi, distribuendo le risorse pubbliche disponibili su una platea più ampia di utenti, ognuno dei quali gode, però, di una quota limitata di risorse pubbliche.

L'Italia è il paese caratterizzato, oltre che da una quota maggiore di trasferimenti finanziari, anche da un'incidenza più elevata della spesa previdenziale. Tale spesa, ovviamente, dipende dai modelli di contribuzione adottati e non da effettivi bisogni di assistenza dei cittadini italiani. Nel portafoglio complessivo del welfare italiano, che vede prevalere, nella maggior parte degli ambiti assistenziali, i trasferimenti finanziari rispetto ai servizi reali, la maggiore rilevanza della spesa previdenziale contribuisce ad accrescere, nel mix finale di impieghi delle risorse per il welfare del nostro paese, il peso della componenti di trasferimenti, rispetto a quella di servizi.

In sostanza, il peso delle caratteristiche del sistema previdenziale e delle scelte circa il mix tra trasferimenti e servizi reali nella componente assistenziale, fanno sì che il sistema italiano sia quello che, pur offrendo pochi servizi rispetto agli altri, tende a trasferire più potere d'acquisto ai propri cittadini.

A fronte di questi dati, alcune convinzioni diffuse, linee di dibattito e «parole d'ordine», che hanno caratterizzato la discussione sul sistema di welfare italiano degli anni recenti, assumono una prospettiva diversa. In particolare, possono essere discussi cinque «miti» del welfare italiano:

- **L'Italia spende molto per il welfare.** I dati evidenziano che non è affatto così: la spesa procapite per il welfare, in Italia, è leggermente inferiore a quella del Regno Unito e molto inferiore rispetto a quella di Francia e Germania. D'altro canto, il nostro paese è anche quello che dispone di un Pil più povero e, sebbene la quota messa a disposizione del welfare sia in linea con quella degli altri paesi, è, comunque, inferiore rispetto a quella di Francia e Germania, leggermente superiore a quella del Regno Unito.
- **L'Italia ha un problema di libertà di scelta nei servizi.** Lo spostamento dell'asse dell'intervento pubblico verso il privato ha caratterizzato le riforme di *New Public Management* introdotte nella Gran Bretagna di Margaret Thatcher e negli Stati Uniti di Ronald Reagan. Queste riforme, nel corso degli anni Novanta, sono diventate un *mainstream* e hanno improntato i processi di riforma delle amministrazioni pubbliche, soprattutto in Europa. I processi di esternalizzazione dei servizi pubblici sono uno degli assi principali di queste riforme, così come il tema dello sviluppo di dinamiche competitive tra i produttori di servizi pubblici, al fine di migliorarne la qualità e l'efficienza. Il tema della libertà di scelta per i cittadini si colloca nell'ambito di questo filone e ha dato vita, nel nostro paese, a un ampio dibattito, che si è concentrato, negli ultimi anni, soprattutto sul tema della «voucherizzazione dei servizi». La comparazione dell'assetto dei sistemi di offerta nei quattro paesi considerati evidenzia come, in Italia, il dibattito su questo tema sia ampiamente superato dalla realtà: nessun paese trasferisce ai cittadini un ammontare così ampio di risorse finanziarie come il nostro, ponendo il cittadino nella posizione di poter disporre liberamente di un ammontare di risorse più ampio (in proporzione rispetto alle risorse complessive, non certo in termini assoluti) di quello dei propri corrispondenti francesi, tedeschi o anglosassoni. Il mix di risorse finanziarie, unito alla propensione al risparmio delle famiglie italiane e alla diffusa proprietà dell'abitazione, ha fatto emergere, nel nostro paese, un sistema di welfare parallelo liberamente organizzato, promosso e finanziato dalle famiglie. Mentre il dibattito sulla libertà di scelta dei fornitori accreditati nella sfera pubblica si faceva sempre più acceso, articolato e dettagliato, e le analisi via via più approfondite, le famiglie italiane stavano dando vita a un wel-

fare caratterizzato dalla presenza di circa 800.000 badanti, accreditate prevalentemente dalla fiducia a loro accordata da una connazionale.

- **Il welfare locale** è il cuore del sistema di protezione sociale in Italia. Nel corso degli ultimi anni, il processo di decentramento delle titolarità verso gli enti locali è stato enfatizzato nel dibattito pubblico e si è diffusa nel paese la convinzione che la titolarità principale degli interventi per le politiche sociali, tradizionalmente intese, sia a livello locale. In ambito socio-sanitario, in particolare, vi è largo consenso sull'esigenza di porre il tema dell'integrazione tra comuni e aziende sanitarie al centro dell'agenda. Tuttavia, un'analisi distaccata della distribuzione delle risorse tra i livelli di governo evidenzia come nessun paese europeo veda così poche risorse allocate ai soggetti pubblici più vicini al territorio. Gli attori che, a livello locale, hanno la responsabilità dei budget, governano una quota di risorse residuale rispetto a quella governata dalle amministrazioni centrali, così che il grado di centralizzazione, in Italia, è superiore a quello di tutti gli altri paesi considerati. Anche la Francia, tradizionalmente considerata un paese a elevato grado di accentramento, vede un'allocazione di risorse a livello locale superiore a quelle del modello di welfare italiano. Le risorse che vengono governate dalle amministrazioni centrali danno luogo a trasferimenti monetari diretti verso le famiglie, secondo canali distinti e separati da quelli a cui fanno riferimento gli enti locali e le aziende sanitarie.
- **La programmazione sociale integrata** è diventata una consuetudine dopo la Legge quadro del 2000. Il nostro paese ha sviluppato, nel corso degli anni, un'ampia e diffusa attività di programmazione in ambito sociale e in ambito sociosanitario. Tuttavia, è ancora molto limitata la disponibilità di dati per comprendere il posizionamento dell'offerta e della domanda di servizi. La frammentazione degli interventi ha prodotto, nel corso degli anni, una moltiplicazione di punti di vista sempre più ristretti e frammentati, senza che le molteplici visioni parziali siano state portate a sintesi. A differenza di Francia, Germania e Regno Unito - che dispongono, anche se in alcuni casi parzialmente, di dati e stime dettagliate circa gli interventi di welfare e, in particolare, per la non autosufficienza - l'Italia non è, oggi, ancora in grado di «contare» gli utenti in carico, di rappresentare una mappa credibile dei propri sistemi di offerta, di individuare target differenti di popolazione, di cui sia possibile rappresentare le esigenze e le risposte di cui godono. Il sistema sa quante sono le prestazioni erogate da ogni singolo attore pubblico, ma non sempre è in grado di sapere a quanti utenti ognuna di queste si rivolga e non è quasi mai in grado di rappresentare le prestazioni erogate dal punto di vista dei destinatari che le ricevono. Quale sia il senso dell'attività di programmazione, nell'ambito di sistemi conoscitivi così frammentati, meriterebbe una discussione approfondita. In queste pagine, ci limitiamo a registrare che la narrazione sui modelli di programmazione

dovrebbe essere accompagnata da un investimento importante sulla ricomposizione di quadri conoscitivi, che sappiamo superare le molteplici visioni «periferiche» indotte dalla frammentazione del nostro sistema di welfare.

- **L'efficienza** è la soluzione per migliorare la capacità di risposta del sistema italiano. L'Italia investe, nel welfare, una dotazione di risorse molto inferiore a quella investita in Francia e Germania, leggermente minore di quella investita nel Regno Unito. La minore dotazione di risorse amplifica il danno indotto da qualunque spreco e pone il tema dell'efficienza al centro del dibattito. Tuttavia, è necessario che l'attenzione all'efficienza del sistema di welfare non produca aspettative che non possono essere soddisfatte o alibi che non dovrebbero avere luogo. Qualora il sistema riuscisse a viaggiare a regime, la ristrettezza delle risorse, rispetto ai bisogni della popolazione, imporrebbe, in ogni caso, l'assunzione di decisioni nelle aree di intervento ritenute prioritarie: il coraggio di stabilire priorità non può essere sublimato dal richiamo retorico a un'efficienza, che, impropriamente, ha assunto, nell'esperienza concreta delle persone, anche le forme del contenimento dell'offerta o della compressione dei sistemi di ricompensa degli operatori, come è avvenuto in alcuni casi di esternalizzazione di servizi, per non dire del fenomeno delle badanti.

In estrema sintesi, ci pare che si possa porre in discussione l'idea di un welfare italiano sovradimensionato, ma che, al tempo stesso, sia necessario fare i conti con una prospettiva realisticamente non espansiva. Il mix di servizi reali e trasferimenti monetari, abbinato alle limitate risorse del welfare italiano, offrono ai cittadini più potere d'acquisto che supporto e cura, e non desta sorpresa, se letto *ex post*, che in questo contesto abbia preso vita una sorta di welfare «fai da te», in cui il lavoro di cura informale vede la presenza di un numero di operatori che non ha eguali in nessuno degli altri paesi analizzati. Il ruolo degli attori locali è quindi molto meno centrale di quanto essi stessi si rappresentino. Tuttavia, è molto difficile per gli questi ultimi rendersi conto di quanto le proprie visite e le proprie azioni siano parziali, perché la frammentazione istituzionale e finanziaria del sistema di welfare genera anche una frammentazione cognitiva. Quello che ogni singolo attore vede è una parte limitata del sistema, ma, non essendo a conoscenza delle altre parti, ognuno ha valide ragioni per ritenere di essere centrale. Un sistema così frammentato vive attorno a un paradosso: da un lato, esige azioni integrative e ricompositive, dall'altro, è fisiologiche che ogni singolo attore cerchi di orientare i propri sforzi nella gestione dei propri spazi di governo, delle conoscenze che ha, delle risorse di cui dispone.

Anche la prospettiva dell'efficienza del singolo attore rischia di rappresentare, in un quadro così complesso, una forma di ripiegamento laddove

l'apertura sia ciò che è più richiesto.. Inoltre, i dati evidenziano che l'Italia dispone di una dotazione di risorse sensibilmente inferiore a quella di altri paesi: una volta posto a regime il sistema su livelli di efficienza ottimale, rimane tutto il tema della definizione delle priorità che si vogliono perseguire con un perimetro di risorse più limitato, nel quadro di un Pil più povero.

I possibili spazi di miglioramento dell'efficienza rappresentano un'esigenza sul piano finanziario e una preconditione sul piano etico, tuttavia occorre evitare due rischi: la chiusura verso la gestione finanziaria in una fase che richiede, invece, apertura strategica, e il ricorso all'efficienza come retorica o come alibi per non porre in agenda il tema delle priorità, che il sistema vuole presidiare.

Le caratteristiche dei modelli di intervento sono una leva implicita, con cui ogni sistema governa le priorità, in modo più integrato o più frammentato, presidiando, così, con maggiore o minore capacità di governo le scelte fondamentali che attengono a cosa offrire, a chi, con quali criteri di selezione.

Il *focus* sui percorsi di fruizione della LTC in quattro città si è posto l'obiettivo di individuare quali siano gli elementi critici che definiscono tali scelte.

13.2 I percorsi di *Long Term Care*: frammentazione e ricomposizione nei modelli di welfare locali

Le *policy* che definiscono il contesto dei sistemi di intervento trovano il loro «momento della verità» nel processo di fruizione dei servizi da parte dei cittadini. Esso determina, in prima istanza, chi siano i soggetti inclusi nel perimetro dell'offerta di servizi e, in secondo luogo, quali siano le prestazioni erogate e i meccanismi di finanziamento.

L'analisi dei modelli di intervento nelle quattro città evidenzia quali siano le principali scelte che concorrono a definire il sistema dal punto di vista dei destinatari e fa emergere alcuni elementi comuni ai quattro paesi e alcuni tratti specifici del caso italiano.

Tra gli aspetti che ricorrono nei diversi paesi deve essere sottolineato che nessuno dei quattro paesi ha livelli di presa in carico di tipo universalistico: i bisogni connessi alla condizione di non autosufficienza, pur in presenza di modelli di welfare molto diversi, non trovano, soddisfazione complessivamente, nel perimetro dell'offerta pubblica. I modelli di selezione dell'utenza e i meccanismi di governo dei budget assumono, quindi, una rilevanza determinante per definire le forme di esercizio delle responsabilità pubbliche e per orientare le modalità di perseguimento delle condizioni di equità possibili nel contesto delle risorse e dei bisogni di ogni paese. Sulle possibilità e le forme possibili per tentare di espandere la platea dei beneficiari, si vedano i §§13.3 e 13.4.

Tra gli elementi comuni ai quattro casi, spicca con forza la tonalità preminente di sistemi di welfare per la non autosufficienza dominati da una postura strategica di attesa: l'ipotesi che un welfare di iniziativa possa essere auspicabile o conveniente non pare avere improntato l'impostazione di nessuno dei modelli analizzati.

Un terzo elemento di convergenza tra le quattro città è la presenza di uno spazio di rinegoziazione dell'offerta, affidato alla relazione tra produttore e utente. Ogni sistema lascia un ampio spazio per l'acquisizione di servizi aggiuntivi e attribuisce alla negoziazione tra domanda e offerta il ruolo di definire il prezzo di tali servizi. I quattro modelli, in sostanza, convergono nel definire un confine tra lo spazio di finanziamento pubblico e quello privato, non solo sul fronte della selezione tra chi beneficia dei servizi e chi ne è escluso, ma anche sul fronte della compartecipazione. I meccanismi espliciti di compartecipazione adottati nelle quattro città sono caratterizzati da regolamenti e procedure differenziati e regolati da diversi livelli di governo, talvolta omogenei a livello nazionale, talvolta definiti in ambito locale. Tuttavia, ognuno dei quattro modelli prevede uno spazio di rinegoziazione tra produttore e utente, che apre il campo a una forma di *co-payment* implicito. Dal punto di vista formale, infatti, si tratta di una relazione diretta e immediata tra utente e produttore. Dal punto di vista sostanziale, riconoscendo un fabbisogno complessivo dell'utente, un disegno delle prestazioni correlate al bisogno e un budget complessivo necessario per finanziarle, lo spettro di prestazioni aggiuntive, di cui l'utente avverte la necessità, dipende dall'ampiezza delle prestazioni incluse nella quota di finanziamento pubblico.

Sebbene la frammentazione delle risorse e delle responsabilità non sia una caratteristica esclusiva dei servizi in Italia, vi sono alcune peculiarità del nostro paese che meritano di essere evidenziate.

L'accesso ai servizi e la selezione degli utenti sono più frammentati a Parma e Oxford di quanto accada a Lipsia e Marsiglia. I sistemi che definiscono l'accesso, come titolo, a un'unica misura, che permette di accedere a servizi reali o a trasferimenti finanziari, genera meccanismi di integrazione, che sono più complessi da attuare laddove vi sia una separazione tra i canali che danno accesso separatamente a misure di tipo finanziario e quelli che danno accesso alle prestazioni.

La valutazione che esita in un piano di cura, come nel modello italiano, genera, di fatto, un minore impatto di integrazione rispetto alla valutazione che esita in un profilo di non autosufficienza, a cui corrisponde un diritto finanziario traducibile in trasferimenti o in prestazioni.

Tuttavia, pur nell'ambito di un disegno istituzionale che determina maggiore frammentazione, come quello di Parma e Oxford, sono possibili scelte locali differenti. A Oxford, il piano individuale è definito sulla base delle esigenze dell'utente e comprende sia le prestazioni erogate dagli attori pubblici,

sia altre presentazioni ritenute coerenti con le esigenze dell'utente, ma non comprese tra le prestazioni che godono del finanziamento pubblico. A Parma, il piano individuale corrisponde alle prestazioni incluse nell'offerta che gode del finanziamento pubblico. Parma rappresenta un caso di elevata integrazione nel contesto italiano perché il piano di assistenza fa riferimento, in modo integrato, ai bisogni sociali e sanitari. Tuttavia, non vengono identificate le prestazioni che, pur coerenti con le esigenze dell'utente, non sono incluse nell'offerta pubblica. I casi di Parma e Oxford evidenziano come sia, quindi, possibile definire in modo diverso i piani individuali, a seconda che il perimetro di definizione del piano sia il bisogno dell'utente o il budget del soggetto pubblico.

La definizione di un piano fondato sul bisogno che evidenzia il fabbisogno di prestazioni che non sono coperte dall'intervento pubblico, permette di porre in connessione altre eventuali forme di intervento e orienta l'utente nell'impiego di eventuali risorse proprie e aggiuntive. Tuttavia, richiede presupposti di fiducia e livelli di negoziazione più complessi. Il piano fondato sul budget del soggetto pubblico può dare spazio alla presenza di più progetti individuali, che concorrono in capo al medesimo utente da parte di soggetti diversi, per esempio il comune e l'azienda sanitaria: non facilita l'evidenza di un gap tra bisogno e offerta e nemmeno l'integrazione degli interventi, richiedendo, tuttavia, un contesto di relazione con il servizio meno robusto e meno solido nella capacità di gestire negoziazione con l'utenza.

Anche la gestione dei trasferimenti finanziari può avvenire con differenti modalità. È possibile che il trasferimento sia associato al perseguimento di determinati obiettivi o all'acquisto dei prestazioni definite oppure può essere libero da vincoli di qualunque natura. In tutti i modelli osservati esistono trasferimenti finanziari vincolati e sono sempre attivi dei meccanismi di verifica e monitoraggio rispetto all'utilizzo. Solo Italia e Gran Bretagna prevedono la presenza di trasferimenti finanziari non vincolati all'utilizzo, che in Italia costituiscono una quota particolarmente rilevante delle risorse impiegate per fare fronte ai bisogni delle persone in condizioni di non autosufficienza.

La definizione di un piano di assistenza correlato ai bisogni della persona non autosufficiente, invece che alle prestazioni erogate dai soggetti pubblici che redigono il piano, permette di sviluppare una progettualità che tenga conto, in modo più ampio, delle risorse di cui un utente può disporre, senza che questo imponga all'utente il modo in cui utilizzarle. Da questo punto di vista, pur in contesti che frammentano le risorse tra le amministrazioni centrali e i livelli locali, il metodo impiegato per la definizione dei progetti individuali definisce condizioni più o meno favorevoli per l'integrazione delle risorse e delle prestazioni in capo al singolo utente.

La frammentazione che, in Italia, prevale nei modelli locali, di cui Parma rappresenta uno dei contesti a maggiore integrazione, è difficilmente ricomponibile, se ogni soggetto in gioco rispetto all'utente sviluppa una progettualità

distinta e separata, che non conosce la presenza di altre risorse, altre prestazioni o altri progetti.

Le attività di cura informale hanno dato vita, in Italia, a un sistema diffuso e ramificato, con una dotazione complessiva di circa 800.000 persone che collaborano, come badanti, con le famiglie italiane per la presa in carico di persone non autosufficienti. La consistenza reale del fenomeno non è del tutto nota perché una parte significativa di questa attività sfugge alle regole del mercato del lavoro formalizzato e non può essere, quindi, conosciuta se non per mezzo di stime. Tuttavia, nessuno degli altri tre paesi vede una presenza altrettanto rilevante di un sistema di cure informali gestito da personale che opera ai confini delle regole del mercato del lavoro ed è organizzato di fatto in forma individuale dalle famiglie. Solo in Italia, in sostanza, nel campo della LTC operano due mercati separati e distinti entrambi finanziati da risorse pubbliche (Bonanomi, Fosti, Notarnicola, Tasselli 2013).

13.3 Implicazioni per le *policy* e per il management: finanziamento, prestazioni, servizio

Francia, Germania, Italia e Regno Unito condividono la difficoltà di definire sistemi di offerta in grado di prendere in carico con standard di servizio appropriati tutte le persone non autosufficienti. L'Italia è il paese in cui il gap tra i bisogni e gli interventi è maggiore e si caratterizza per un'ampiezza elevata del tasso di copertura, con livelli di intensità assistenziali molto limitati.

Le risorse investite, in ambito comunale e regionale, per finanziare le prestazioni per le popolazione non autosufficiente non reggono il passo con l'espansione dei bisogni. Anche nelle regioni più avanzate del paese inizia ad avvertirsi la difficoltà di mantenere i livelli di intervento fino a oggi erogati: l'adeguamento delle risorse investite è inferiore al fabbisogno indotto dal tasso di inflazione, che pure, negli ultimi, anni si è ridotto. Quando il rischio di perdita di risorse in termini reali non si verifica, è, comunque, difficile che si riesca a espandere l'offerta a livelli coerenti con il fabbisogno.

Gli spazi di manovra per tentare di avvicinare gli interventi ai fabbisogni della popolazione possono essere collocati su tre assi tra loro differenti, ma non incompatibili né alternativi:

- i modelli di finanziamento dei servizi;
- i modelli di prestazione;
- i modelli di servizio.

Sul fronte dei **modelli di finanziamento**, le prospettive possibili, osservando anche quanto avvenuto negli altri paesi, sono connesse all'espansione delle risorse o all'integrazione delle risorse attualmente allocate.

L'espansione delle risorse trova molte giustificazioni, tra le quali una prevale in assoluto, confrontando l'Italia con gli altri paesi analizzati in questo testo: nessun paese alloca una quota di risorse così ridotta alla LTC.

Per aumentare la dotazione di risorse per il welfare è possibile agire su alcune leve:

- la compartecipazione da parte degli utenti;
- l'introduzione di una tassa di scopo;
- l'introduzione di una assicurazione obbligatoria per il rischio di non autosufficienza;
- lo sviluppo degli strumenti di «secondo welfare».

Ognuna di queste leve opera in modo differente e ha un diverso impatto redistributivo.

La compartecipazione diretta degli utenti (anche facendo leva sulla revisione di alcuni parametri, come l'ISEE) opera solo su una parte di popolazione che beneficia degli interventi e rimane nascosta alla maggior parte della popolazione, che non ne percepisce l'aumento. Questo, per certi versi, rende tale ipotesi più praticabile e praticata, tuttavia è difficile da introdurre con differenze significative per categorie di utenti, quando già beneficiano di interventi. Inoltre, nei casi in cui gli utenti dei servizi non fossero nelle condizioni di partecipare al finanziamento, un altro soggetto pubblico sarebbe chiamato a supplire questa funzione. In tal caso, non si configurerebbe una vera espansione delle risorse, ma un trasferimento della responsabilità finanziaria da un soggetto pubblico a un altro: un trasferimento implicito, non negoziato, tuttavia reale e, talvolta, significativo in termini di impatto finanziario complessivo. In ogni caso, la leva del cofinanziamento può operare al margine, ma è difficile immaginare che il portafoglio di singoli utenti possa reggere il fabbisogno finanziario di una svolta «di sistema». La leva del cofinanziamento può essere considerata insieme ad altre, ma, se agita da sola, appare come un tentativo di recuperare risorse per mantenere il sistema, non certo una scelta progettuale di posizionamento. In quanto tale, sembra più un tentativo di rimanere ancorati al passato, che una leva per progettare il futuro.

Le altre due prospettive (tassa di scopo o assicurazione obbligatoria) lasciano, invece, poco spazio a operazioni di tipo implicito, sono più evidenti e richiedono scelte di sistema più complesse. Pur molto differenti tra loro, entrambe fanno perno sul potere d'acquisto della popolazione, o di porzioni di popolazione, in relazione ai target che dovrebbero essere considerati esenti. Inoltre, per essere legittimate, necessitano di uno straordinario sforzo progettuale, che renda conto della straordinarietà dell'intervento.

Le analisi comparative condotte nel testo evidenziano che è possibile introdurre strumenti *ad hoc* per finanziare gli interventi per la non autosufficienza.

za; tuttavia, sempre in termini comparativi, occorre tenere presente che l'Italia alloca complessivamente meno risorse degli altri paesi al welfare e che sviluppa le proprie scelte nell'ambito di un Pil più ridotto di quello degli altri paesi.

Una quarta linea di espansione delle risorse può essere ipotizzata con riferimento alla crescita del cosiddetto «secondo welfare» (Ferrera, Maino 2012), che fa riferimento a forme di finanziamento integrativo su base volontaria e che può avere basi contrattuali/professionali o territoriali. La dimensione di questo fenomeno, pur significativa, è ancora limitata e la sua rilevanza, nell'ambito delle politiche per la non autosufficienza, è da verificare; inoltre, la capacità del paese di finanziare questo asse si fonda sullo stesso Pil che rende complesso il finanziamento dell'asse pubblico. Tuttavia, se queste risorse dovessero crescere e connettersi con le risorse in campo sul fronte pubblico, potrebbero costituire un significativo polmone e, potenzialmente, un *driver* di innovazione; se dovessero, invece, rimanere perimetrare nelle aree di applicazione individuate dai singoli attori potrebbero, al contrario, contribuire ad amplificare la frammentazione delle risorse, delle responsabilità, dei sistemi conoscitivi e, in ultima analisi, degli interventi per la popolazione.

Pur in presenza di un fabbisogno molto alto, l'espansione di risorse non sembra, quindi, la strada più probabile: sul fronte pubblico, richiede una scelta di sistema che faccia leva sul potere d'acquisto dei cittadini o, come alternativa meno impraticabile, ma pure molto difficile, l'avvio di scelte molto conflittuali di riallocazione di quote del budget complessivo del welfare. Si sottrarrebbero, così, ad altre poste (anch'esse limitate) le risorse che andrebbero allocate alla politiche per la LTC; sul fronte privato l'incremento di risorse disponibili è possibile, con esiti diversi in ragione del prevalere di traiettorie di integrazione o di frammentazione.

Anche l'integrazione delle risorse è una via molto discussa nel dibattito sul finanziamento del welfare nel nostro paese (Bosi, Ranci Ortigosa 2013). La prevalenza di trasferimenti finanziari, nel mix di risorse per la LTC, è stata messa in discussione sotto diversi profili e, in particolare, da due punti di vista: la minore efficacia dei trasferimenti finanziari rispetto ai servizi reali, e la scarsa equità della distribuzione di risorse per la non autosufficienza, indipendentemente dal ricorso a un test dei mezzi, che opera, invece, per l'accesso alle prestazioni reali. Il confine tra interventi sociali (non universalistici) e sanitari (universalistici) è molto labile negli interventi per la non autosufficienza e, nelle sue vicinanze, si sviluppano problemi di equità molto complessi. Nel richiamare alcune delle principali ragioni delle tesi che sostengono la ricomposizione, e di quelle che ne evidenziano i limiti, occorre precisare che non tutte sono state esplicitamente affermate in letteratura, né nei dibattiti più formalizzati, ma sono, nei fatti, presenti al dibattito sostanziale tra gli addetti ai lavori e, in quanto tali, riteniamo opportuno trattarle.

L'ipotesi di integrare, a monte, i trasferimenti finanziari con i servizi più complessivamente offerti ai cittadini a livello locale appare interessante sotto più punti di vista. Prima di tutto, perché tale integrazione obbliga a rivedere il dibattito sull'equità e a valutare se sia più o meno opportuno differenziare gli interventi per le persone non autosufficienti in relazione al reddito, ponendo il tema nello stesso dibattito e non affidandolo alla regolazione automatica adottata dai differenti regimi (per cui varrebbe sempre il reddito delle persone in ambito sociale, e mai in ambito INPS). In secondo luogo, perché una ricomposizione delle risorse renderebbe più facile una maggiore ricomposizione dei sistemi conoscitivi: cittadini su cui convergono risorse in modo integrato a monte sarebbero probabilmente portatori di bisogni la cui analisi viene svolta in modo integrato. La comparazione tra i modelli di servizio che è stata condotta nella Parte II di questo testo evidenzia una maggiore facilità di ricomporre i sistemi conoscitivi laddove i budget sono più integrati. Una terza ragione, addotta a sostegno della proposta di integrare le risorse finanziarie e destinarle all'erogazione di prestazioni, è la facilità con cui tali trasferimenti, la cui ragione è il supporto a persone in condizioni di non autosufficienza, si trasformano in benefici finanziari a supporto più ampio del potere d'acquisto delle famiglie, non essendo in alcun modo legati all'acquisizione di prestazioni a favore delle persone non autosufficienti. Infine, il trasferimento finanziario non vincolato, anche qualora fosse speso per l'acquisto di prestazioni a supporto della persona non autosufficiente, contribuisce ad alimentare quell'enorme mercato della cura informale, che sfugge, in gran parte, sia alle più elementari forme di garanzia pubblica della qualità delle prestazioni erogate, sia alla regolazione del mercato del lavoro, sia alle garanzie per le persone che offrono in quel mercato le proprie prestazioni professionali.

Vi sono, tuttavia, anche alcune controindicazioni. Anche chi riconosce che sia inappropriato operare trasferimenti finanziari alla popolazione non autosufficiente che si traducano in potere d'acquisto per le famiglie, pone, tuttavia, questa domanda: quel tipo di potere d'acquisto, seppure trasferito in modo inappropriato, può essere tolto senza conseguenze? Oppure si renderebbe esplicito che il sistema pubblico del nostro paese ha un problema che, forse, non è in grado di affrontare? Inoltre, pur riconoscendo che finalizzare tutte le risorse all'acquisto di prestazioni permetterebbe di ricondurre il sistema di cure informali in un alveo più coerente con le regole del mercato del lavoro e dei sistemi di cura del paese, va anche detto che, dentro tale quadro, la sostenibilità finanziaria di tale sistema non sarebbe la medesima. In altre parole: quanti degli utenti oggi in carico al sistema di cure informali non sarebbero in grado di essere trattati in un quadro più regolato? Chi si farebbe carico degli utenti che, nella transizione da un sistema irregolare a uno più regolare e, in ultima analisi legale, non sarebbero in grado di organizzarsi? Infine, un ulteriore elemento che non sostiene l'ipotesi di ricomporre le risorse è il timore che, una volta ri-

condotte le risorse a un unico paniere, possa essere più difficile «difendere» la consistenza stessa di quell'investimento.

In sostanza, la tesi che privilegia la ricomposizione delle risorse per la non autosufficienza si fonda su presupposti consistenti, è avversata anche sulla base di considerazioni realistiche e, per affermarsi, necessita di una riforma rilevante e coraggiosa, che ripositiona non solo le risorse, ma anche i pesi relativi tra centro e periferia nel sistema di welfare del paese.

Mentre qualsiasi modifica nei modelli di finanziamento richiede un intervento organico, esplicito e deliberato, è possibile per molti più soggetti agire con ampia autonomia sul secondo fronte: i **modelli di prestazione**. Le principali prospettive sono rappresentate dall'efficienza e dall'appropriatezza.

L'efficienza rappresenta una condizione di funzionamento e di sostenibilità fondamentale e può essere ricercata con ricorso a molteplici leve. La frammentazione degli attori che operano sul fronte della produzione, di per sé, non è necessariamente un fattore di inefficienza, tuttavia imporrebbe l'aggregazione di alcune funzioni (tipicamente quelle amministrative e logistiche) che non sono necessariamente *core* e che possono essere integrate riducendo i costi dei fattori produttivi. Le condizioni di economicità dei soggetti erogatori sono fortemente condizionate dai relativi livelli di efficienza e la minore disponibilità a pagare da parte della domanda consente meno che in passato la traslazione di eventuali livelli di inefficienza dal produttore all'utente. Quei soggetti erogatori che hanno tradizionalmente operato in condizioni di minore efficienza stanno, oggi, uscendo dal settore della LTC. Tuttavia, anche il perseguimento dell'efficienza deve essere affrontato tenendo conto di alcuni limiti. In primo luogo, si richiamano le considerazioni già proposte (si veda § 13.1.): data la ristretta disponibilità di risorse, sarebbe scorretto invocare l'efficienza come soluzione «magica» per reperire risorse che non ci sono. Oltre una certa soglia di fabbisogno, occorre scegliere quali, tra le molteplici esigenze di una comunità, siano considerate prioritarie e trattate come tali. In secondo luogo, occorre ricordare che, oltre una certa soglia di efficienza, le organizzazioni potrebbero perdere capacità di innovazione. Non esistono evidenze univoche del contributo che le *Slack Resources* offrono al conseguimento delle performance delle aziende (Tan e Peng, 2003, Voss, Sirdeshmukh, e Voss, 2008), tuttavia, quanto maggiore è il grado di incertezza del contesto ambientale, tanto maggiore deve essere la flessibilità della struttura organizzativa (Lawrence e Lorsch, 1967). In terza battuta, è necessario distinguere tra: 1) l'efficienza che deriva dalle soluzioni che riorganizzano processi e fattori produttivi; 2) i risparmi che derivano da altri tipi di scelte, quali la ridefinizione degli standard di servizio, la rinegoziazione dei livelli contrattuali, il razionamento dell'offerta. Ognuna di queste forme di risparmio, se percorsa con coerenza e con argomentazioni robuste e suffragate da dati, può essere corretta, ma è ben differente da una semplice e

asettica valutazione di uso ottimale delle risorse. Collocare scelte di negoziazione salariale, di razionamento dell'offerta o di rimodulazione degli standard di servizio sotto la voce «efficienza», è un modo per spostare tali decisioni dal perimetro della negoziazione e inscrivere nei confini più «neutrali» della razionalità assoluta e dell'«unico percorso possibile».

In sintesi, l'efficienza è una prospettiva che deve essere assolutamente percorsa con rigore, con metodo e con competenza perché, di fronte a scelte che necessariamente vanno a ridistribuire oneri e benefici, un sistema non efficiente non è legittimato. È, però, necessario che il perseguimento dell'efficienza non generi aspettative «magiche» e che non venga assunto come elemento per legittimare altri tipi di scelte, che possono essere corrette, ma devono essere valutate per le loro implicazioni e non possono essere considerate frutto di una *one best way* organizzativa.

Una seconda prospettiva è quella **dell'appropriatezza**, che risponde, a sua volta, a diverse esigenze. In prima istanza, il governo dell'appropriatezza è fondamentale per assicurare una risposta corretta ai fabbisogni delle persone, garantendo, quindi, i maggiori livelli possibili di efficacia dei servizi. In seconda battuta, l'appropriatezza consente di contenere i costi proprio presidiando l'efficacia delle prestazioni. In terzo luogo, con il presidio di maggiori livelli di appropriatezza, è possibile rimodulare l'impiego delle risorse e soddisfare una platea più ampia di utenti con le stesse risorse. I due principali ostacoli all'appropriatezza sono costituiti dalla rigidità dei sistemi di offerta e dalla frammentazione istituzionale del sistema di presa in carico. I modelli di offerta definiscono contenitori di prestazioni rigidi e definiti: sia l'offerta di servizi residenziali, sia l'offerta di servizi di cura informale costituita dalle badanti, seppure in modo diverso, non sono certo modulati in funzione delle esigenze dei differenti utenti e si caratterizzano, di fatto, per una logica «prendere o lasciare», che è ben lontana dalla fasatura sul fabbisogno del singolo utente. A causa della frammentazione istituzionale, le prestazioni erogate sono definite più sulla base delle funzioni e delle competenze del soggetto erogatore, che sui fabbisogni dell'utente. Rigidità dell'offerta e frammentazione istituzionale si amplificano, quindi, reciprocamente, riducendo i livelli di efficacia potenzialmente accessibili e riducendo la capacità complessiva del sistema di fare fronte ai bisogni. Sebbene gli sforzi compiuti, soprattutto, nel corso degli ultimi anni, per integrare i percorsi degli utenti siano stati notevoli e diffusi, la realizzazione di forme di ricomposizione istituzionale e finanziaria sarebbero molto rilevanti per facilitare il miglioramento dei sistemi locali sotto il profilo dell'appropriatezza.

In attesa di verificare gli esiti delle proposte di riforma orientate a ricomporre risorse e assetti di *governance*, ci sono almeno due ambiti possibili di integrazione ugualmente perseguibili. Il primo è quello della **ricomposizione conoscitiva**, fondata sull'identificazione di sistemi informativi interistituzionali in

grado di registrare e rendere comprensibili ai singoli attori pubblici l'insieme di soggetti e di risorse che convergono su un singolo utente; il secondo, più difficile e solo successivo al precedente, è quello della **ricomposizione dei budget di intervento**, facendoli convergere su un soggetto in grado di decidere un piano di cura integrato fondato sull'insieme delle risorse pubbliche disponibili in relazione al fabbisogno di cura. Entrambe queste linee di ricomposizione, come emerge dall'analisi dei casi nelle quattro città, sono più semplici laddove vi sia un'unitarietà a monte delle fonti di finanziamento; tuttavia, in assenza di un modello di integrazione definita per via istituzionale e gerarchica, l'unica leva di integrazione è quella perseguita dai soggetti per via autonoma, secondo logiche di tipo negoziale. Il costo della mancata negoziazione tra le parti è quello della inappropriatezza degli interventi perché, di fronte a un sistema di bisogni dei territori, non esiste una filiera di interventi, ma un insieme di attori e di possibilità poco integrate e giustapposte.

Gli sforzi principali tendono a costituire ambiti di integrazione organizzativa, in cui il *focus* è l'integrazione di alcune professionalità e la condivisione di alcuni utenti tra differenti organizzazioni. Si tratta di sforzi importanti perché delineano tentativi di apertura delle organizzazioni e di riconoscimento della rilevanza dei processi che si svolgono al di fuori dell'intervento del singolo attore. Tuttavia, la soluzione organizzativa fatica a reggere, in assenza di una ricomposizione delle conoscenze relative ai bisogni e, in secondo luogo, delle risorse complessivamente disponibili: i dispositivi organizzativi, in assenza di quella che, in sostanza, è una ricomposizione di tipo strategico, tendono a essere sottoposti a tutti gli stress che la frammentazione degli interventi definisce e che non può essere risolta sul piano operativo se non viene riconosciuta e interpretata sulla linea strategica.

Paradossalmente, in un contesto dotato di risorse così limitate, ci sono maggiori probabilità di successo laddove si sviluppino attività di cosiddetto «welfare di iniziativa», caratterizzate dalla promozione attiva di iniziative volte a conoscere in modo più ravvicinato i bisogni e a promuovere attività di prevenzione, piuttosto che limitarsi a rispondere a domanda.

Il terzo fronte su cui è possibile agire è quello dei **modelli di servizio** e si pone su un piano logico differente. La questione a cui si tenta di rispondere, lavorando sui modelli di finanziamento e sui modelli di prestazione, è quella del migliore impiego delle risorse date a fronte di bisogni definiti. Il tema a cui risponde l'innovazione dei modelli di servizio è completamente diverso. I bisogni non sono assunti come dati e conosciuti, devono essere esplorati e compresi, sono più ampi e complessi di quanto il sistema di prestazioni tenda a prendere in carico e solo l'ancoraggio a una lettura più profonda e complessa dei bisogni è in grado di fondare un la progettazione di un sistema di interventi sostenibile.

Dopo aver fin qui assunto una prospettiva di analisi caratterizzata dal riconoscimento dei limiti imposti dalle risorse disponibili e aver evidenziato lo scarso realismo di ipotesi di tipo espansivo, può apparire paradossale e, forse, contraddittorio ipotizzare una prospettiva di questo tipo.

Tuttavia, una presa in carico più ampia dei bisogni della popolazione può permettere di mettere in gioco anche una componente più ampia di risorse, se gli attori che partecipano al gioco si riconoscono come soggetti in grado di elaborare offerte coerenti con i bisogni di alcuni target di popolazione, invece che soggetti erogatori di prestazioni definite, per via amministrativa, in un quadro di risorse dato.

Mentre la prestazione si concretizza nell'attività svolta da un soggetto, il servizio si connota come beneficio generato per un destinatario (Manoukian, 1998; Normann, 2000). La prospettiva del servizio, in quanto tale, non coincide con l'identificazione di un set di prestazioni definito e standardizzato, ma con la rappresentazione di un insieme di elementi, che concorrono a generare un beneficio in relazione al tipo di bisogni per cui si ritiene di voler generare una risposta. Quanto più il set di prestazioni è delimitato e rigido, tanto più il criterio di scelta da parte dei destinatari è orientato alla ricerca di quelle prestazioni più vicine, o meno distanti, rispetto ai propri bisogni.

L'attività svolta dalle badanti è una prestazione, ma non è determinata in modo necessario e diretto dal bisogno di un destinatario; semplicemente, è la forma più diffusa di soddisfacimento in via individuale di un generico fabbisogno di cura. Quali siano gli elementi di questo bisogno non è, tuttavia, stato indagato in misura più approfondita, ma, anche a un'analisi superficiale, risulta evidente che le circa 800.000 badanti presenti nel paese si trovano di fronte a famiglie che esprimono esigenze tra loro differenti: il bisogno di essere rassicurati, di avere qualcuno che presidi la persona non autosufficiente in alcuni momenti della giornata, di sollievo da parte della famiglia, l'esigenza di una persona estranea che faciliti il sistema di relazioni familiari e molte altre. A fronte di questi differenti bisogni, non si propone un'offerta articolata e differenziata, ma, sostanzialmente, una linea di interventi che si caratterizzano per diversi livelli di intensità sanitaria e diversi livelli di intensità della presenza nel tempo.

Figura 13.1 Articolazione della linea di interventi

		Bassa	- Intensità nel tempo -	Alta
Intensità sanitaria	Alta	Centro Diurno Integrato ADI		Ospedale Lungodegenza Struttura residenziale socio-sanitaria
	Bassa	Centro Diurno SAD		Struttura residenziale sociale Badante

Complessivamente, il sistema di interventi è piuttosto articolato, ma le dimensioni del problema che prende in carico sono molto limitate. Il riconoscimento di una sfera di bisogni più articolata e complessa potrebbe aprire il campo a processi di innovazione di servizio in grado di mobilitare risorse attualmente «bloccate» o di ridurre il fabbisogno di risorse, che, in alcuni casi, sono sovradimensionate.

La famiglia come singolo datore di lavoro, infatti, non è in grado di connettere i propri bisogni con quelli di altre famiglie e rimodulare il modello di offerta: l'unico modo in cui può rispondere, a titolo individuale, ai propri fabbisogni di cura è assumere un operatore a tempo pieno, soprattutto nel caso in cui l'esigenza principale della famiglia fosse un'esigenza di flessibilità. Tuttavia, vi sono bisogni che possono trovare maggiore soddisfacimento, nel caso in cui vengano definite risposte in grado di aggregare più soggetti. Per esempio, un *pool* di operatori rispetto a un gruppo di utenti può soddisfare le esigenze di flessibilità a costi probabilmente più sostenibili di quelli connessi al rapporto individuale operatore – utente, che caratterizza il sistema delle badanti. Le paure e i timori dei familiari, che trovano poche forme di supporto, sono poco considerate dai servizi e, al tempo stesso, sono un vettore di espansione della spesa: perché non immaginare una prospettiva di sviluppo che si caratterizzi per la capacità di intercettare questi bisogni, invece che per un'infinita rincorsa a una domanda di prestazioni potenzialmente inarrestabile?

13.4 Dalle prestazioni ai servizi, dall'erogazione alla connessione, dal deliberato all'emergente: verso un nuovo paradigma?

Sono state discusse tre linee di sviluppo possibile: la linea dell'espansione delle risorse assume, come dato, il sistema di offerta di prestazioni e si pone il problema di come finanziarlo; la linea del cambiamento nei modelli di prestazione tenta di «lavorare ai fianchi» il sistema di offerta dato, cercando di migliorarne i livelli di efficienza o di efficacia; la linea dell'innovazione nei modelli di servizio pone in discussione i paradigmi stessi che fondano i sistemi di offerta in essere.

Nella discussione delle tre linee di sviluppo, è stato segnalato come esse richiedano differenti *driver* attuativi (per una sintesi delle linee di sviluppo e dei driver relativi, si veda la Tabella 13.1).

Se la sostenibilità dei sistemi di welfare, e in particolare dei modelli di intervento per la LTC, costituisce un problema critico di questi anni, la prospettiva dell'innovazione di servizio appare particolarmente promettente perché permette di collocare il tema della sostenibilità in uno schema di analisi che rimette in gioco sia la lettura dei problemi, sia quella delle risorse. Gli interventi per la LTC possono rappresentare un territorio di innovazione e un apripista per il ripensamento degli interventi di welfare e del loro posizionamento:

dall'individuazione di sistemi di prestazioni e delle correlate fonti di finanziamento, allo sviluppo di una *value proposition* per le persone e le comunità.

L'ipotesi implicita che viene messa in discussione è quella di sapere già cosa serve e di dover solo trovare le risorse per finanziarlo.

Il paradigma classico di intervento presuppone che il sistema pubblico, riconoscendo alcuni bisogni, eserciti un prelievo che consenta di finanziare le risposte alla domanda. Ci troviamo di fronte a una situazione in cui il circuito prelievo – domanda – risposta ha palesemente dimostrato (anche in ragione dei livelli di indebitamento che, nel corso degli anni, hanno drogato il meccanismo e che, oggi, non sono più accessibili) di non reggere, in termini finanziari, di fronte all'espansione della domanda.

I percorsi di aumento del prelievo non sembrano praticabili e quelli di efficientamento della risposte non appaiono sufficienti. Tutto ciò che migliora le condizioni di finanziamento e migliora i livelli di economicità del sistema, sia sul fronte dell'efficienza, sia sul fronte dell'efficacia, contribuisce ad affrontare il problema. Tuttavia, le argomentazioni fin qui proposte evidenziano che queste piste non possono essere di per sé risolutive e che l'innovazione di servizio permette di cogliere due differenti opportunità: da una parte, rispetto ai modelli prestazionali, permette di offrire proposte più coerenti con i bisogni; dall'altra parte, consente di attrarre in modo più efficace una quota di risorse pubbliche (i trasferimenti finanziari) e private (le risorse che le famiglie stanno già spendendo per la LTC, in taluni casi le risorse patrimoniali) che possono contribuire al finanziamento degli interventi, ma possono essere attivate in modo coerente solo attorno a servizi che colgano la complessità dei bisogni degli anziani e delle famiglie.

Il sistema di welfare come piattaforma prestazionale si pone di fronte a dinamiche fisiologiche di espansione della domanda, rigidità dell'offerta e frammentazione degli interventi, che risultano incompatibili tra loro, inefficaci per i cittadini e insostenibili per il sistema.

Non è solo la scarsità di risorse a esigere un profondo rinnovamento del nostro welfare, quanto l'eccessiva distanza che ha assunto rispetto ai bisogni delle persone e delle comunità; per sostenere un'evoluzione possibile e utile del welfare, è necessario riconoscere che, nei territori, il sistema di welfare crea valore se è in grado di promuovere legame, rafforzare le capacità delle comunità di farsi carico dei problemi delle persone, consolidare le forme di reciprocità e supporto che non possono essere affidate solo all'erogazione di sistemi di prestazioni individuali.

Tabella 13.1. Sviluppi possibili e driver attuativi

Paradigma		Paradigma prestazionale/individuale		Paradigma di servizio/connessione
Spazi di azione		Modello di finanziamento		Modello di servizio
Prospettive:		Espansione delle risorse	Integrazione delle risorse	
Driver attuativi	Riforma	Compartecipazione		
	Riforma	Tassa di scopo		
	Riforma	Assicurazione Obbligatoria		
	Riforma + Risorse private	Secondo Welfare		
	Riforma		Integrazione delle risorse	
	Cambiamento organizzativo			Efficienza
	Cambiamento inter-organizzativo			Appropriatezza
	Innovazione Sociale			

Non è un welfare che possa essere **progettato** da uno o più attori, nazionali, regionali o locali, ma un welfare che **emergerà** dai comportamenti di molti soggetti, che potranno essere più o meno integrati dalla qualità delle proposte che ciascuno saprà mettere in campo e da quanto tali proposte possano risultare interessanti, convenienti e praticabili da parte dei diversi attori.

Nel quadro di un welfare più «emergente» che «deliberato», le idee più capaci di mobilitare attori e risorse conquistano il centro del perimetro di gioco: le innovazioni possibili sono quelle che aggregano competenze, risorse ed energie attorno a ipotesi praticabili, che vengono tradotte in prassi, interventi, legami e capacità di supportare le persone e le famiglie.

Le innovazioni si qualificheranno solo se saranno **sostenibili**, perché dovranno reggere in un quadro di interventi pubblici e di dotazione di risorse private più limitato e selettivo.

La disponibilità a innovare si alimenta di prospettive di futuro che, in questo momento, sono quantomeno «flessibili» nel welfare locale, sia sul fronte pubblico sia su quello delle organizzazioni no profit. Entrambi stanno vivendo i molti cambiamenti come passi indietro rispetto alle posizioni conquistate, perché la tensione sulle risorse finanziarie è molto più evidente e riconoscibile della distanza tra il posizionamento del welfare e i problemi dei cittadini.

Contesti professionali «depressi» non possono cogliere il senso della progettualità e della possibilità, ma devono essere sostenuti per poter riaprire

spazi di pensiero e di innovazione: difficile immaginare realisticamente che si possano promuovere vere innovazioni, senza offrire un supporto conoscitivo, che permetta di cogliere il fabbisogno di innovazione e cambiamento di questi anni, e gli ambiti di azione possibili.

L'evoluzione dei soggetti produttori verso una posizione più imprenditoriale, centrata sulla capacità di connettere risorse per generare servizi e valore per le persone, più che sull'erogazione di prestazioni finanziate in modo preordinato dai soggetti pubblici, è la condizione fondamentale per l'innovazione di servizio. Un posizionamento delle amministrazioni pubbliche più focalizzato sulla promozione dell'innovazione, che sulla certificazione degli interventi, svolge in questo quadro una funzione altrettanto critica (Fosti, 2012). Tra gli strumenti a disposizione dei soggetti pubblici per svolgere questa funzione, due emergono come prioritari in questa fase: l'integrazione interistituzionale dei sistemi informativi e la promozione di budget integrati di territorio, che permettano la definizione di piani di intervento integrati sugli utenti, in grado di favorire lo spostamento degli operatori dall'individuazione delle prestazioni finanziabili alla lettura del bisogno complessivo dell'utente.

Al termine dell'analisi condotta fin qui, rimane difficile immaginare quali traiettorie assumerà, nei prossimi anni, il welfare del nostro paese, in particolare quello per la non autosufficienza. Sul piano delle risorse, non sappiamo se le risorse pubbliche potranno aumentare, se andranno a integrarsi di più o continueranno ad alimentare due mercati distinti e separati. Altrettanto difficile sapere, oggi, se gli interventi di secondo welfare riusciranno a espandersi e se si integreranno con gli interventi pubblici o costituiranno un terzo universo, ulteriormente frammentato e limitato, in grado di generare solidarietà significative e forti, ma dentro perimetri molto chiusi, sulla base di appartenenze di tipo aziendale, sindacale, locale. In termini realistici, occorre, tuttavia, ricordare che il perimetro del welfare, sia pubblico, sia complessivo, dipenderà anche dall'andamento del Pil del paese, ed è difficile immaginare che, senza una ripresa economica, si possano allocare maggiori risorse al welfare, sia nel campo pubblico, sia in quello privato.

Tuttavia, in un quadro di risorse limitate, un enorme pericolo, ampiamente sottovalutato, è dato dalla frammentazione, che ostacola la possibilità sia di creare valore con le risorse disponibili, sia di impiegare le poche risorse con la maggiore equità possibile. Per accedere ad interventi pubblici in contesti di risorse ed interventi molto frammentati, competenze sociali, relazioni personali, status di ogni persona contano più delle esigenze delle persone: è una competizione che, nei contesti frammentati, favorisce i più forti, invece dei più fragili.

Difficile prevedere se il nostro sistema ridurrà o no la frammentazione e come. Tuttavia, senza alcuna ambizione previsionale, ma solo a fini esemplifi-

cativi dei possibili esiti, si possono ipotizzare tre possibili linee di evoluzione, non necessariamente incompatibili.

La grande riforma top down. Le ipotesi di espansione o di integrazione delle risorse richiedono la realizzazione di forme in grado di ampliare o ricomporre le fonti di finanziamento. Integrazione delle risorse e ampliamento delle disponibilità finanziarie mirano a ripristinare un contesto più simile alle migliori esperienze internazionali, in cui la disponibilità di risorse è più ampia e l'erogazione di prestazioni ai casi più critici prevale rispetto alla distribuzione a molti soggetti di poche risorse finanziarie ciascuno, che caratterizza, invece, come abbiamo visto, il modello italiano. Non sappiamo, tuttavia, se tale ipotesi riuscirà a dare vita a una riforma o se si limiterà a tenere attivo un importante dibattito, che ha il merito di evidenziare le esigenze di equità del sistema e le difficoltà nel rispettarle.

«Io speriamo che me la cavo». Una seconda prospettiva opposta è quella di continuare a mantenere l'attuale separatezza tra welfare pubblico e secondo welfare e, nell'ambito del welfare pubblico, tra i trasferimenti finanziari alle famiglie operati dall'INPS e gli interventi in servizi reali finanziati da regioni ed enti locali. Senza esprimere opinioni su questo modello, c'è, tuttavia, da chiedersi se, in assenza di innovazioni significative, possa reggere in un contesto sociale ed economico caratterizzato da una minore capacità di cura della famiglia e da una riduzione della spesa per pensioni. Se dovesse prevalere questa prospettiva, è lecito attendersi: un posizionamento del sistema pubblico attestato progressivamente, in via residuale, su interventi particolarmente complessi, che richiedano professionalità e competenze specialistiche; il secondo welfare, come ambito di solidarietà forti, ma ristrette e vincolate a identità professionali o territoriali; qualche residuo di welfare informale, seppure meno esteso (perché le famiglie non saranno in grado di reggerlo), e una fascia ampia di popolazione in gravi difficoltà, con ricorso a modelli di cura familiare di cui non è facile prevedere le forme e gli impatti più complessivi sulla struttura sociale del paese.

Imprenditorialità diffusa e innovazione sociale. Una terza possibilità è quella di aggiustamenti progressivi, non necessariamente regolati, in cui alcuni attori particolarmente attivi riescano a ricomporre risorse pubbliche e private per offrire interventi diversi tra di loro coordinati, in grado di mobilitare le risorse disponibili e di generare vantaggi ed economie dall'integrazione degli interventi. Non si tratta di ricercare efficienza a prestazioni costanti, ma di rileggere le esigenze in modo diverso e trovare forme nuove per costruire risposte più efficaci di quelle che attualmente conosciamo, superando il paradigma domanda – offerta, per aprire traiettorie in cui la partnership tra soggetti che hanno dei bisogni e soggetti che propongono interventi costituisce la condizione e la leva per generare innovazione.

Non sappiamo se le risorse nazionali saranno trasferite a livello regionale e locale oppure no, e se ci saranno regole e incentivi per integrare le componenti del welfare. Non sappiamo neppure se gli attori che si stanno muovendo dentro ai confini (quelli sanitari, per esempio) della non autosufficienza saranno in grado di proporre innovazioni sociali e modi radicalmente differenti per trattare il problema. Riforma dall'alto e imprenditorialità diffusa, peraltro, non si escludono reciprocamente. Tuttavia, quello che è impossibile negare, è che il mantenimento dell'assetto attuale del sistema in condizioni di minori risorse ed elevata frammentazione andrà a svantaggio soprattutto della popolazione anziana più fragile.

Bibliografia

Bonanomi A., Fosti G., Notarnicola E., Tasselli S. (2013), «Un welfare che non sa scegliere», *La Voce.info*.

Bosi P., Ranci Ortigosa E. (2013), «Nella crisi, oltre la crisi. costruiamo il welfare di domani. Proposta per una riforma delle politiche e degli interventi socio-assistenziali attuale e attuabile», *Prospettive sociali e sanitarie*, n° 8-10.

Ferrera M., Maino F. (2012) «Quali prospettive per il secondo welfare?», in Ferrera M., Maino F. (2012), *Quali prospettive per il secondo welfare? La crisi del welfare state tra sfide e nuove soluzioni*, in Bray M. e Granata M. (a cura di) (2012), *L'economia sociale: una risposta alla crisi*, Roma, Solaris.

Fosti, G. (2012), «Imprenditori di rete per governare il welfare locale», *Economia & Management*, n° 1, pp. 69-70.

Lawrence P., Lorsch J., (1967), *Organization and environment*, Harvard Business School.

Manoukian Olivetti, F. (1998), *Produrre servizi: lavorare con oggetti immateriali*, Bologna, Il Mulino.

Normann, R. (2000), *Service management: Strategy and leadership in service business*, Third edition, New York, John Wiley.

Tan, J., Peng, M. W (2003), «Organizational slack and firm performance during economic transitions: Two studies from an emerging economy», *Strategic Management Journal*, 24(13), 1249-1263.

Voss, G. B., Sirdeshmukh, D., Voss, Z. G. (2008), «The Effects of Slack Resources and Environmental threat on Product Exploration and Exploitation», *Academy of Management Journal*, 51(1), 147-164.

Appendice

**Schema logico per la rilevazione dei dati
sui percorsi nei servizi degli anziani nei servizi
nelle quattro città studio**

FASE 1: INFORMAZIONE E PRIMO CONTATTO

1. Come avviene il primo contatto tra un potenziale utente (o la sua famiglia, o altri) e i servizi? (descrizione del processo)

Dove sono disponibili le informazioni?

Luoghi fisici (quali)

Web (come)

Altro (cosa)

Chi tipicamente richiede le prime informazioni?

Utente

Familliare

Altro

Quali tipi di informazioni sono disponibili?

Specifiche sugli interventi

Generali sul sistema nel suo complesso

Quali informazioni vengono richieste maggiormente?

Sulle politiche in generale

Su un singolo intervento

Qual è il livello di diffusione delle informazioni?

Alto

Basso

2. In che modo un potenziale utente arriva a richiedere informazioni?

Come avviene la segnalazione dell'esistenza di politiche/interventi?

Passaparola

Informazioni diffuse

Specifiche campagne di sensibilizzazione

Segnalazione alla famiglia (da MMG, Operatore sociale, Dimissione ospedaliera)

Quando avviene, nella maggior parte dei casi, la prima richiesta di informazioni?

A una determinata età (in via preventiva)

Dopo la pensione

Quando i figli/famigliari ne sentono la necessità

All'acuirsi del bisogno di assistenza già esistente

FASE 2: SELEZIONE DELL'UTENZA E ACCESSO AL SERVIZIO

1. Come si svolge il processo di valutazione del bisogno? (descrizione del processo)

Chi esegue la valutazione?

Singolo specialista
Team/panel
Operatore sanitario
Operatore sociale
Medici specialisti
Infermieri
Psicologi

Come viene svolta la valutazione?

Su scala
Valutazione multidimensionale
Visita medica
Colloquio

Come viene definito l'esito della valutazione?

Automatico su ranking/punteggio
Ci sono elementi di discrezionalità da parte del valutatore

I criteri di valutazione sono condivisi con il potenziale utente?

Sì
No
Come?

Quali elementi entrano nella valutazione?

Reddito
Patrimonio
Stato di salute
Condizioni sociali

In quanti momenti si articola il processo di valutazione?

Incontro unico
Più incontri
Diverse fasi separate

Dove si svolge la valutazione?

Uffici amministrativi

Strutture dei servizi
In ospedale

Come viene comunicato l'esito della valutazione?

Quando viene comunicato?

3. Il principale responsabile della valutazione ha anche responsabilità di budget rispetto ai servizi?

Si

No

Se sì, su quale budget opera? Quali limiti deve rispettare? Questi limiti vengono rispettati?

4. L'utente e la sua famiglia partecipano in modo attivo al processo di selezione?

La famiglia è presente?

L'utente e la famiglia possono intervenire?

Si tiene conto di elementi riguardanti il contesto familiare e sociale dell'utente durante la valutazione?

5. Nel caso siano previsti più interventi/politiche, viene svolta una valutazione unica (integrata) oppure più valutazioni separate?

Una unica

Più valutazioni successive (si considera l'esito delle valutazioni precedenti)

Più valutazioni ognuna a se stante

6. Nel caso di valutazione negativa (o insoddisfacente) l'utente/la famiglia ha possibilità di ricorso?

Si

No

Come?

Quali modalità di ricorso sono previste?

In che modo viene ripetuta la valutazione?

In termini %, quanti utenti/famiglie fanno ricorso?

Di questi quanti ottengono una valutazione diversa dalla precedente?

FASE 3: DEFINIZIONE DEL PIANO DI CURA

1. Come si svolge il processo di definizione del piano di cura? (descrizione del processo)

Chi redige il piano?

La stessa persona/panel che ha eseguito la valutazione

Altri ovvero:

Singolo specialista

Team/panel

Operatore sanitario

Operatore sociale

Quali elementi entrano nel piano?

Servizi

Prestazioni

Frequenza

Intensità assistenziale

Profili professionali

Altro

Come viene redatto il piano?

Insieme a utente

Dai soli operatori

Quando viene redatto?

Contestualmente alla valutazione

Successivamente

Chi viene coinvolto nella redazione del piano?

Utente

Famiglia

Erogatori dei servizi

Medici di medicina generale

Altri enti

Nel caso di prestazioni *cash*, nel piano:

Si prevede solo l'ammontare della prestazione

Si prevedono delle modalità predefinite di utilizzo dell'ammontare

Si danno indicazioni specifiche rispetto all'assistenza/cura che deve essere garantita

Deve essere indicato in modo specifica la modalità di erogazione dell'assistenza definita

2. Nel caso siano previsti più interventi/politiche, viene predisposto un unico piano omnicomprensivo o più piani?

Si

No

Come viene redatto il piano integrato?

3. Il piano è predefinito o ci sono degli elementi di flessibilità per i quali l'utente/famiglia può scegliere?

Quali sono gli elementi per i quali è prevista flessibilità:

Tipologia di prestazione (*cashlinkind*)

Tipologia servizio

Erogatore del servizio

Valore economico delle prestazioni

Intensità assistenziale

Altro

È possibile definire già nel piano di cura alcune componenti dell'assistenza che verranno acquistate privatamente dall'utente/famiglia?

4. Nel caso in cui esista una flessibilità nel contenuto del piano, gli utenti/famiglie ricevono *counseling*?

Obbligatoriamente

A richiesta dell'utente/famiglia

Mai

In percentuale, quanti utenti/famiglie ne fanno richiesta?

Chi eroga il *counseling*?

Quali informazioni vengono date?

Con che frequenza?

5. Il piano di cura viene rivisto?

Con che frequenza?

Quali esiti può produrre la revisione del piano?

Con che modalità?

Chi richiede la revisione del piano?

È automatica

Utente/famiglia

Erogatore del servizio

FASE 4: EROGAZIONE DEL SERVIZIO

1. **Nel caso di servizi *inkind*, esiste la possibilità di scegliere tra diversi erogatori? (descrizione del processo)**

Su quali basi l'utente/famiglia scegliere l'erogatore del servizio?

Informazioni ufficiali

Counseling pubblico

Counseling privato

Passaparola/vie informali

Chi stabilisce il primo contatto con l'erogatore/produttore?

Utente/famiglia

Soggetto che ha definito il piano di cura

Altro

È possibile cambiare erogatore?

Sono disponibili informazioni sulla qualità dei servizi/erogatori?

Esistono standard di qualità/meccanismi di accreditamento degli erogatori?

Quali sono i meccanismi di pagamento/finanziamento del produttore (ovvero chi lo paga?)

Direttamente l'ente pubblico di riferimento

L'utente con le risorse ricevute dal pubblico

Mix tra i due

Nel caso di più servizi previsti dal piano, l'erogatore è unico o possono esserci più erogatori?

2. **Nel caso di prestazioni *cash*, con quali modalità viene erogata ed impiegata la prestazione?**

Esiste un vincolo nel suo utilizzo?

L'utente deve dichiarare la modalità di impiego del *cash*?

L'utente deve dichiarare il soggetto dal quale riceverà assistenza?

Nel caso l'utente scelga di avvalersi di un *care giver* familiare, questo deve essere formalizzato in qualche modo?

Esistono meccanismi di controllo sull'utilizzo del *cash*?

3. Tutte le componenti del servizio vengono definite nel piano o l'utente/famiglia può negoziare direttamente con l'erogatore alcune prestazioni?

Con che modalità?

Gli erogatori possono variare il piano assistenziale? In quali casi?

È possibile per gli utenti acquistare (privatamente) prestazioni aggiuntive?

4. Come viene regolato il *co-payment*?

È previsto *co-payment*? Per quali servizi?

Da chi viene definito l'ammontare del *co-payment*?

Su che criteri viene definito?

Intensità assistenziale

Capacità reddituale dell'utente

Per differenza rispetto alla tariffa totale dei servizi

Qual è l'incidenza percentuale del *co-payment* rispetto al costo totale del servizio?

5. Come vengono gestite le liste d'attesa?

Sono rilevanti rispetto ai servizi in questione (quanti utenti coinvolgono rispetto al numero di posti disponibili)?

Quali caratteristiche hanno?

L.A. unica, che integra più servizi

L.A. separate per più servizi

Qual è la velocità di scorrimento medio delle liste d'attesa?

Durante il periodo di attesa, l'utente riceve dell'assistenza sostitutiva/integrativa?

Gli Autori

Giovanni Fosti è responsabile dell'Area Servizi Sociali e Sociosanitari presso il CERGAS, Università Bocconi. Professore a contratto nel corso di Economia e Management delle Amministrazioni Pubbliche presso l'Università Bocconi, docente della Sda Bocconi, dove, dal 2008 al 2013, ha diretto l'Executive Master in Management delle Amministrazioni Pubbliche. Svolge attività di ricerca sui temi degli assetti istituzionali, della *governance* e della strategia nelle Amministrazioni Pubbliche, con un *focus* sui sistemi di welfare e sui servizi sociali e sociosanitari.

Ornella Larenza è dottoranda in Scienze Sociali presso il polo nazionale di ricerca "LIVES" dell'Università di Losanna. I suoi interessi di ricerca si concentrano sulle trasformazioni della famiglia e delle politiche in favore di quest'ultima, in ottica comparata, con particolare riferimento ai temi della cura dei non autosufficienti e dei disabili, della conciliazione famiglia-lavoro e della monogenitorialità. Per lo studio di questi temi, Ornella adotta un approccio multidisciplinare, che include l'analisi dei sistemi welfare e delle politiche pubbliche, l'analisi sociologia dei percorsi di vita e il management delle Amministrazioni Pubbliche.

Francesco Longo è professore di Management pubblico e sanitario presso il Dipartimento di Public Policy and Management, direttore di OASI (Osservatorio aziende e sistema sanitario nazionale) del CERGAS Bocconi, ricercatore presso lo stesso CERGAS e docente senior della SDA Bocconi. I suoi interessi di ricerca e le sue pubblicazioni si focalizzano sugli assetti istituzionali e di funzionamento dei sistemi pubblici, in particolare su quelli del welfare, sul management sanitario e sociale, soprattutto sui temi della

strategia, dell'organizzazione e delle reti, con una particolare enfasi sui servizi territoriali, cure primarie e dell'integrazione tra sociale e sanitario.

Elisabetta Notarnicola è ricercatrice presso il CERGAS, Università Bocconi. I suoi interessi di ricerca si focalizzano sul management dei servizi sociali e socio-sanitari, in particolare sui temi della programmazione e della *governance* del sistema, oltre che sull'analisi dei servizi e delle *policy* di *Long Term Care* in Italia e in Europa.

Andrea Rotolo, è ricercatore presso il CERGAS e la SDA Bocconi. I suoi interessi di ricerca e le sue pubblicazioni si focalizzano sul management sanitario e sociale, in particolare sui temi della strategia e del *performance management*, della gestione e dell'integrazione dei servizi sociali e sociosanitari.

Stefano Tasselli, è Research Fellow presso il CERGAS - Università Bocconi e membro del gruppo di ricerca in Organizational Behavior presso la Judge Business School dell'Università di Cambridge. È responsabile del corso in Management of International and Supranational Organizations presso l'Università Bocconi e del corso in Social Network Analysis presso l'Università di Cambridge. È, inoltre, docente in SDA Bocconi. I suoi interessi di ricerca e le sue pubblicazioni si focalizzano sui temi della strategia e dell'organizzazione nelle aziende pubbliche e sanitarie, con particolare enfasi sulle dinamiche relazionali all'interno delle organizzazioni.

