

LE RETE DEI SERVIZI SOTTO PRESSIONE

Cristiano Gori

Professore associato, Dipartimento di sociologia e ricerca sociale dell'Università di Trento

Quali conseguenze determina la crescente distanza tra bisogni in aumento e scarsità di risorse disponibili per gli interventi, a titolarità pubblica, rivolti agli anziani non autosufficienti?

Gli approfondimenti compiuti nei Rapporti del Network Non Autosufficienza (NNA) permettono di individuare alcune tendenze di fondo¹

Riduzione dell'utenza

Nel primo decennio del secolo, la percentuale di anziani raggiunti dall'assistenza pubblica per la non autosufficienza è aumentata, in un'epoca segnata da una complessiva espansione quali-quantitativa del sistema.

Con l'esplosione della crisi, invece, la crescita dell'utenza si è interrotta, così da far registrare alcuni, seppur lievi, fenomeni di decremento.

I dati più recenti evidenziano l'accentuarsi della riduzione dell'utenza in tutti gli interventi con l'eccezione dell'ADI, che ha ripreso ad aumentare grazie al Meridione (crescita che si lega agli incentivi economici del Fondo per lo Sviluppo e la Coesione nell'ambito del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013), mentre nel centro-nord la sua utenza è in calo.

Tabella 1. Andamento della copertura dei servizi e degli interventi per anziani non autosufficienti in Italia, utenza come % delle popolazione 65+. Fonti: Mef-Dps-Obiettivi di servizio; Istat; Ministero della salute; Inps

Intervento	Fase espansiva (scorso decennio)	Segnali di crisi	Sviluppi più recenti
ADI	+ da 1,9 (2001) a 4,1 (2010)	= 4,1 (2010 e 2011)	+ da 4,1 (2011) a 4,3 (2013)
SAD	- da 1,8 (2006) a 1,4 (2010)	= 1,4 (2010 e 2011)	- da 1,4 (2011) a 1,3 (2012)
Residenzialità	= ca. 2 (2000-2006)	- da 2,5 (2009) a 2,4 (2010)	- da 2,3 (2011) a 2,1 (2013)
Indennità di accompagnamento	+ da 6 (2002) a 12,7 (2010)	- da 12,7 (2010) a 12,6 (2011)	- da 12,6 (2011) a 11,9 (2014)
Assegni di cura ¹	+ notevole ampliamento	- diminuzione	- ulteriore diminuzione

Persistenti difficoltà di accesso ai servizi

Focalizzazione di alcuni interventi su target in condizioni di maggiore gravità rispetto al passato

È un fenomeno ben noto, che può rappresentare l'esito di scelte esplicite oppure la conseguenza indiretta di altri mutamenti nelle politiche. Da una parte, in diversi contesti è segnalata la variazione nei requisiti di accesso ai servizi in direzione di una maggiore selettività, attraverso l'innalzamento del livello di gravità minimo per potervi ricorrere (ad esempio Piemonte e in Sardegna). Dall'altra parte, in altri contesti (ad esempio Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna) i gestori delle strutture residenziali hanno segnalato un mutamento nel target degli utenti in carico, legato all'incrocio tra l'elevato importo delle rette e le ridotte disponibilità economiche delle famiglie, che si rivolgono alle strutture residenziali sempre più tardi. Da ciò ne consegue che gli anziani istituzionalizzati sono frequentemente molto gravi e affetti da patologie degenerative in modo più rilevante che in passato.

Aumento degli oneri a carico degli utenti nelle strutture

L'interruzione dell'aggiornamento delle quote sanitarie da parte delle regioni, indipendentemente dall'evoluzione dei costi che le strutture effettivamente sostengono, attuata allo scopo di controllare la crescita della spesa, è una tendenza emersa con forza in varie realtà dall'inizio del nuovo decennio. L'azione di ribilanciamento dei gestori fu individuata, allora, nel riversare gli aumenti dei costi sulla compartecipazione degli utenti attraverso un incremento delle quote alberghiere, con il conseguente aumento dei costi a carico di questi ultimi. La tendenza all'aumento dei costi a carico delle famiglie, dovuta all'aumento delle rette o dei costi per servizi aggiuntivi, è largamente confermata dalle rilevazioni più recenti, sebbene nel frattempo sia stato compiuto qualche intervento regolativo, da parte delle regioni, in materia di tariffe e ripartizione dei costi dei servizi.

Spinte alla rifamilizzazione del care

Le tendenze illustrate spingono numerose famiglie ad assumersi in modo crescente l'onere della cura diretta dei propri parenti anziani non autosufficienti. Seppure il modello italiano di welfare abbia sempre attribuito centralità alle responsabilità familiari, la fase di espansione del sistema pubblico di Long-Term Care dello scorso decennio aveva fatto compiere alcuni passi nella direzione di una maggiore tutela pubblica. Nel decennio in corso, invece, si assiste ad un arretramento, segnato sovente dall'incremento dei compiti di cura della famiglia, con ricadute fisico-psicologiche pesanti e, talora, il rischio di cure inappropriate o insufficienti. In situazioni di particolare criticità economica, le famiglie si trovano a dover coniugare le esigenze di cura del proprio congiunto con quelle della sussistenza dell'intero nucleo.

Segnali di crescente "competizione" tra fragili

Nell'utilizzo delle risorse pubbliche per il welfare sociale (inteso come l'insieme dei servizi e interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi) bisogna sempre - in modo più o meno esplicito - compiere delle scelte di tipo allocativo tra le diverse tipologie di utenza. Poiché non solo i bisogni degli anziani bensì quelli della complessiva popolazione interessata al welfare sociale continuano ad ampliarsi, la scarsità di risorse pubbliche impone decisioni sempre più complesse. A livello locale alcuni segnali suggeriscono che i bisogni emergenti di diversa natura potrebbero spingere - e in alcuni casi ciò è già accaduto - a riorientare una parte delle risorse per gli anziani verso altri usi. Una tale tendenza pare confermata dall'analisi della spesa sociale dei comuni: fra il 2005 e il 2012¹ la quota dedicata agli anziani fa segnare una diminuzione in tutte le aree territoriali (Tabella 2).

¹ Ultimo dato Istat disponibile al momento di scrivere, nel novembre 2016.

Tabella 2. Percentuale della spesa sociale comunale destinata agli anziani - Anni 2005-2010-2012. Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati, anni vari.

Area territoriale	2005	2010	2012
Nord-ovest	24,3	22,4	19,8
Nord-est	27,2	22,6	20,8
Centro	19,2	19,0	17,5
Sud	20,3	19,8	18,2
Isole	21,9	17,9	17,5
ITALIA	23,4	20,9	19,1

Cambia la natura degli interventi

Ridimensionamento dell'intensità degli interventi

Si segnala una diffusa tendenza al ridimensionamento dell'intensità dell'assistenza fornita, ad esempio con riferimento agli accessi di assistenza domiciliare. All'interno di questo quadro, tuttavia, vi sono attori del welfare che ripensano il proprio ruolo concentrandosi meno sulle singole prestazioni e rivolgendo maggior attenzione alla regolazione per cercare di realizzare nuovi assetti dei servizi in grado di far fruttare meglio le risorse disponibili. A livello regionale sono in atto alcuni importanti progetti di riorganizzazione tesi ad un uso più efficace ed efficiente delle risorse disponibili (ad es. in Lombardia e in Sardegna) e a livello locale si contano numerose sperimentazioni di nuovi processi, servizi e relazioni tra gli attori operanti sul territorio.

Difficoltà dei gestori ad assicurare l'assistenza secondo gli standard

Si segnala una diffusa presenza la difficoltà dei gestori ad assicurare l'assistenza secondo gli standard normativi ed a realizzare un'adeguata manutenzione. Da un lato, i contributi dei Servizi sanitari regionali eccessivamente bassi (quota sanitaria), i limiti alla quota sociale troppo stringenti (ove definiti) e la ridotta capacità di spesa delle famiglie spingono verso un abbassamento degli standard di servizio. Dall'altro, la definizione da parte del regolatore pubblico di ulteriori requisiti gestionali, di struttura e di personale superiori a quelli prima applicati², e/o l'aggravamento delle condizioni degli anziani al momento del ricovero (che rende indispensabile un'assistenza più intensa e medicalizzata), spingono verso l'alto i costi. Il dilemma che si pone al gestore, dunque, è se abbassare gli standard per rimanere competitivo a livello economico, o se mantenerli adeguati al bisogno, con rette superiori. È importante ricordare che – almeno al Centro-Nord – non si sta parlando di scendere sotto i minimi imposti dalla legge bensì di “appiattirsi” rigidamente su quei valori che molte strutture superano, di loro iniziativa, per fornire un'assistenza adeguata. Nella ricerca di una maggiore remunerazione, il gestore si rivale sui servizi aggiuntivi, sovente imposti, selezionando di fatto l'utenza più “abbiente” (e a volte anche quella meno complessa e più remunerativa), mentre il regolatore pubblico lascia libertà di azione sull'applicazione di quote aggiuntive per i servizi ulteriori (Figura 1).

² La richiesta di requisiti superiori avviene spesso nell'ambito dei meccanismi di “premieria” presenti in diverse regioni, ed è dunque importante per i bilanci delle RSA. L'accoglienza di una tipologia diversa di anziani (pazienti oncologici, in coma, con malattie neurologiche, ecc.), promossa dalla legislazione di molte regioni, implica per i gestori una crescita dei costi che spesso non vengono riconosciuti attraverso quote sanitarie maggiori.

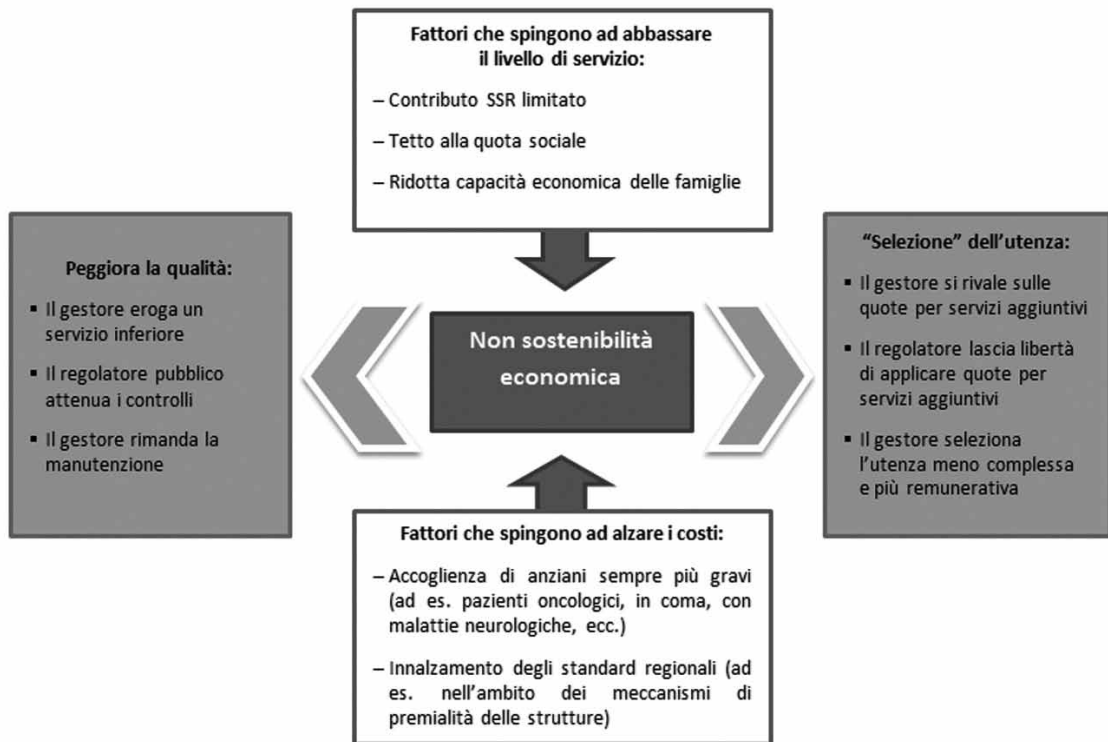


Figura 1. Il difficile equilibrio del gestore e i possibili effetti

Si indebolisce il presidio del percorso assistenziale

Da alcuni anni si registrano precisi segnali d’involuzione rispetto ai precedenti sforzi di rafforzamento del presidio pubblico del percorso assistenziale. Si tratta di un’inversione di rotta rispetto allo scorso decennio nel quale, pur tra numerose difficoltà e con esiti altalenanti, si era molto lavorato – in gran parte del paese - per la costruzione di un sistema capace di presidiarne le diverse fasi: informazione e primo filtro, lettura del bisogno, valutazione multidimensionale, progettazione personalizzata, monitoraggio e accompagnamento del caso. Con l’insorgere della crisi economica, invece, è emersa la tendenza a concentrare le risorse sulle prestazioni dirette, nell’ambito, appunto, di un progressivo indebolimento del sostegno al percorso assistenziale di utenti e famiglie.

Il lavoro nei servizi: ombre e (qualche) luce

Peggioramento nelle condizioni di affidamento dei servizi.

La tendenza prevalente consiste nel peggioramento delle condizioni di affidamento dei servizi. In particolare, in molte regioni le quote sanitarie sono ancora ferme e i contratti hanno durate molto brevi. Due i principali rischi conseguenti: che negli appalti vengano avvantaggiate le offerte al ribasso e, secondariamente, che in ambito residenziale si verifichi un livellamento del servizio da parte degli operatori di grandi dimensioni che gestiscono molte strutture, una volta vinto l’appalto.

Peggioramento delle condizioni lavorative

I monitoraggi di NNA mostrano un'involuzione delle condizioni lavorative. Fra le criticità emerse si segnalano l'aumento dei carichi di lavoro, il minor rispetto delle regole di turnazione, il largo uso del lavoro precario, la riduzione degli stipendi e ritardi anche molto consistenti nel pagamento degli operatori (Calabria, Sardegna). Inoltre, l'aggravarsi delle condizioni degli anziani si riflette sul lavoro degli operatori, chiamati a svolgere attività più complesse e continue.

Interruzione dei processi di aggiornamento e formazione del personale.

Nei primi anni della crisi economica si è manifestata con chiarezza una tendenza all'interruzione dei processi di aggiornamento e formazione del personale, che più recentemente pare ridursi. Nel complesso, la formazione appare oggi legata all'iniziativa del singolo ente e agli adempimenti imposti dalla normativa (ad esempio al personale sanitario in medicina, nel campo della sicurezza, ecc.). Nel primo caso vi sono ridimensionamenti "a macchia di leopardo" (che possono anche arrivare all'interruzione totale, soprattutto in ambito sociale), mentre per quanto riguarda la formazione obbligatoria non emergono variazioni in negativo; anzi, la recente entrata in vigore della formazione continua cogente anche per la categoria degli assistenti sociali è stata sottolineata da molti.

Ricostruire il futuro

Il monitoraggio compiuto dal Network Non Autosufficienza (N.N.A.) indica un importante mutamento di scenario, avvenuto di recente e legato al superamento dello smarrimento iniziale dovuto all'insorgere della crisi. Mentre qualche anno fa per i servizi agli anziani non autosufficienti sembrava esistere unicamente la prospettiva dell'arretramento, infatti, oggi vi sono segnali dell'apertura di nuovi spazi di riflessione e progettualità, per la costruzione di un futuro diverso.

Vari operatori ritengono che la scarsità di risorse possa rappresentare un incentivo alla riorganizzazione dei servizi e delle relazioni tra gli attori del territorio, nella direzione di una maggiore efficienza. Si tratta di una posizione diffusa, che tuttavia necessita di essere verificata realtà per realtà in quanto i margini di miglioramento non sono gli stessi dovunque. Si registra, inoltre, una ampia consapevolezza sul fatto che l'efficientamento non potrebbe risolvere la necessità di maggiori finanziamenti nemmeno se – per ipotesi – ogni realtà locale utilizzasse nel modo migliore possibile tutte le risorse economiche disponibili: senza un loro incremento, infatti, la distanza tra domande e interventi è destinata ad allargarsi. Se una leggera riduzione di risorse può costituire una sfida per rimettersi in gioco, individuare nuove soluzioni e innovare, un'ampia diminuzione di risorse implica necessariamente una riduzione degli interventi. Ciò premesso, esiste un crescente patrimonio di progettualità nelle diverse realtà locali. Da molti territori, infatti, viene segnalata l'apertura di opportunità e spazi di riflessione per mettere in discussione l'assetto dei servizi e per migliorarlo. Fra i diversi esempi sono identificabili, in particolare, alcune piste di lavoro che vengono indicate - da più parti - come prioritarie: articolare la rete d'offerta e mettere a sistema risorse di fonte plurima.

Riarticolare la rete d'offerta. L'intento è quello di articolare maggiormente il mix di servizi e interventi disponibili, così da rispondere in maniera più sensibile alle esigenze degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie. Si tratta di disegnare una rete d'offerta maggiormente articolata, nell'ambito dello spazio intercorrente fra i tradizionali servizi domiciliari e quelli residenziali per l'accoglienza di persone gravemente non autosufficienti. Le nuove tipologie di servizi e di prestazioni vanno nella direzione di adattarsi maggiormente alle eterogenee esigenze degli anziani e delle loro famiglie, e al loro mutare nel

tempo. È la sfida che alcune amministrazioni regionali - come ad esempio la Lombardia, la Sardegna e la Liguria - stanno cercando di vincere.

Allargare il perimetro degli interventi pubblici mettendo a sistema risorse di fonte plurima. L'evidente difficoltà di rispondere ai bisogni degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie ha spinto diversi contesti locali a porre in discussione il ruolo dell'Amministrazione e l'assetto dei servizi. Si registrano sperimentazioni che vanno nella direzione di allargare l'utenza e i servizi offerti, mettendo a sistema risorse di fonte diversa: pubbliche, familiari, private. Fra gli esempi più citati si annoverano i progetti tesi alla valorizzazione del lavoro di cura delle assistenti familiari e alla sua inclusione nella rete dei Servizi ad accesso pubblico. Un'altra linea di lavoro guardata con interesse riguarda la creazione di un sistema di offerta comune tra istituzioni pubbliche, fondi integrativi, assicurativi e pensionistici, oltre al welfare aziendale, che garantisca nel suo complesso una risposta adeguata a fronte di esigenze crescenti.

Bibliografia di riferimento

Si possono vedere i Rapporti sulle politiche per gli anziani non autosufficienti in Italia e i testi di approfondimento su temi specifici (come le demenze e il rapporto tra anziano e ospedale) elaborati dal Network Non Autosufficienza (NNA) sul sito www.maggioli.it/rna. Tutte le pubblicazioni di NNA sono scaricabili gratuitamente da tale sito.