

A cinque anni dalla riforma dei servizi sociali, una prima analisi

*Relazione sullo stato di attuazione della LR 2/2003
“Norme per la promozione della cittadinanza sociale
e per la realizzazione del sistema integrato
di interventi e servizi sociali”*



**Sesto rapporto sulla legislazione
della Regione Emilia-Romagna**

Illegato

ALLEGATO

A CINQUE ANNI DALLA RIFORMA DEI SERVIZI SOCIALI, UNA PRIMA ANALISI

**RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA LR 2/2003
“NORME PER LA PROMOZIONE DELLA CITTADINANZA SOCIALE E PER LA REALIZZAZIONE
DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI”**

A distanza di cinque anni dall'approvazione di un'importante legge della Regione Emilia-Romagna si vuole fare il punto sullo stato di attuazione degli interventi di maggior rilievo previsti dalla legge stessa in occasione dell'approvazione del Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010

A cura di:

Andrea Orsi, Monia Masetti, Boris Vitiello
Servizio legislativo e qualità della legislazione

Nicoletta Baracchini
Master in Analisi delle Politiche Pubbliche (COREP-Torino)

Hanno inoltre collaborato:

Lidia Testoni
Servizio coordinamento delle Commissioni Assembleari

Marisa Lama
Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Luigi Mazza, Mauro Mirri
Servizio governo dell'integrazione socio-sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza

Finito di stampare nel mese di giugno 2008

INDICE

<i>Presentazione</i>	pag.	5
Sezione 1 - La legge e la governance del sistema integrato di welfare		
1.1 I principi e la struttura	"	7
1.2 Lo stato di attuazione	"	8
1.3 La governance: gli attori e gli strumenti del sistema	"	10
1.4 Il finanziamento del sistema integrato, i "bilanci di zona"	"	15
Sezione 2 - Alcuni strumenti e interventi della legge		
2.1 L'assegno di cura come strumento per il sostegno alle persone non autosufficienti	"	23
2.2 Il Fondo regionale per la non autosufficienza	"	41
2.3 Uno strumento per l'accesso: lo sportello sociale	"	43
Sezione 3 - Un importante processo di trasformazione introdotto dalla legge		
3.1 Breve analisi sul processo di trasformazione delle IPAB	"	45
<i>Spunti per ulteriori riflessioni... la clausola valutativa</i>	"	53

Presentazione

Cinque anni fa la Regione Emilia Romagna approvava una fondamentale riforma dei servizi sociali: la legge n. 2 del 2003. Con l'emanazione di questa legge aveva inizio un imponente lavoro di riorganizzazione che avrebbe di lì a poco coinvolto una molteplicità di enti e di amministrazioni operanti sull'intero territorio regionale.

L'obiettivo di tale riforma era duplice. Da un lato si intendeva consolidare le buone prassi e gli interventi che si erano andati affermando nel sistema di welfare regionale precedente la L 328/00 (legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e la L 3/01 (riforma del Tit. V della Costituzione). Dall'altro si tentava di introdurre principi e strumenti innovativi per garantirne il carattere di universalità, pari opportunità e diritto di cittadinanza sociale.

In occasione dell'approvazione del Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010 (Delibera Assembleare 175/2008) si intende dar conto dell'attuazione della LR 2/03 con una nota informativa che vuole rappresentare un quadro sintetico di alcuni importanti interventi realizzati per dar corpo al sistema integrato di welfare e consentire una lettura agevole di alcuni temi scelti nell'ampio materiale disponibile sui singoli argomenti.

Dapprima si è dedicato spazio alla descrizione del sistema di governance, ponendo l'attenzione sui suoi attori e sugli strumenti utilizzati. L'evoluzione del sistema viene ripercorsa confrontando l'impostazione della LR 2/03 e l'impianto che emerge dal Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010. I dati relativi al finanziamento del sistema ed all'andamento della spesa sociale concludono questa prima disamina sull'impianto generale del sistema integrato.

Di seguito si è scelto, tra i numerosi interventi e servizi proposti dalla legge, di approfondire l'analisi di uno strumento, l'assegno di cura, che la LR 2/2003 consolida tra gli interventi a favore delle persone in condizione di non autosufficienza. In questo contesto si apre poi un focus sul fondo per la non autosufficienza. Parallelamente ai dati sull'assegno di cura viene proposta una riflessione sulle principali caratteristiche demografiche della popolazione regionale anziana e sulla situazione delle famiglie con componenti non autosufficienti. Si dà inoltre conto di uno strumento innovativo previsto dalla LR 2/03, lo sportello sociale.

Infine, in considerazione dei profondi processi di trasformazione che la LR 2/2003 introduce, si dedica una breve analisi al riordino delle IPAB che attualmente è in fase di ultimazione.

Questa nota vuole essere un contributo all'analisi dello stato di attuazione di una legge importante e, al tempo stesso, suscitare la curiosità per futuri approfondimenti mirati a capire quali siano stati gli effetti delle politiche di intervento previste dalla legge.

L'organizzazione di un incontro per presentare questa relazione costituisce un'occasione di coinvolgimento e stimolo a una riflessione comune tra gli attori del sistema di welfare disegnato dalla legge: Regione, Enti Locali, ASP, Terzo settore, soggetti rappresentativi della società civile.

Sezione 1 – La legge e la governance del sistema integrato di welfare

1.1 I principi e la struttura

La LR 2/2003 nasceva dalla necessità di “riordinare” ed integrare la legislazione regionale in materia di *welfare*. L’evoluzione delle esigenze e dei nuovi bisogni della popolazione aveva infatti portato all’approvazione di numerose leggi “specifiche” che si andavano ad affiancare alla LR 2/85 (Riordino e programmazione delle funzioni di assistenza sociale).

Ulteriore spinta alla necessità di una legge regionale in materia derivava dalla normativa statale che, con la legge 328/2000, introduceva un quadro di riferimento innovativo che avrebbe dovuto poi specificarsi attraverso un recepimento regionale.

Il sistema disegnato dalla L 328/00 era indirizzato alla costruzione di un sistema di *welfare* universale ed equo, fondato sulla sussidiarietà, sulla personalizzazione degli interventi, sulla partecipazione del cosiddetto terzo settore alla programmazione del sistema e non più solo alla gestione degli interventi.

La L 328/00 precede la riforma del Titolo V della Costituzione, L 3/2001, un mutamento costituzionale che ha trasferito alle Regioni competenza legislativa esclusiva in materia di servizi ed interventi sociali.

Gli obiettivi della LR 2/03

La LR 2/2003 è nata dunque con una triplice finalità:

- delineare un sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali con carattere di universalità fondato sulla promozione della cittadinanza sociale;
- definire responsabilità e compiti dei soggetti che concorrono alla realizzazione del sistema;
- collocare nell’ambito del “sistema integrato”, provvedendo a darvi un inquadramento sistematico, una serie di interventi già patrimonio del sistema di welfare regionale.

La LR 2/2003 ha quindi rappresentato, tra l’altro, un momento di organizzazione e definizione integrata di un sistema fondato in parte sull’inquadramento e la messa a regime di strumenti ed interventi già sperimentati, in parte su progetti innovativi e strumenti da sperimentare.

La portata innovativa del sistema proposto è la previsione della sua realizzazione mediante l’integrazione delle politiche sociali con le altre politiche, in particolar modo quelle sanitarie, e mediante la partecipazione e l’integrazione dei soggetti pubblici e privati che operano a vario titolo nel sistema, attribuendo loro specifiche responsabilità in ossequio al principio della sussidiarietà.

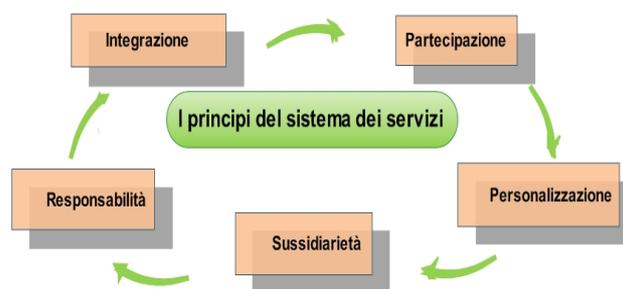
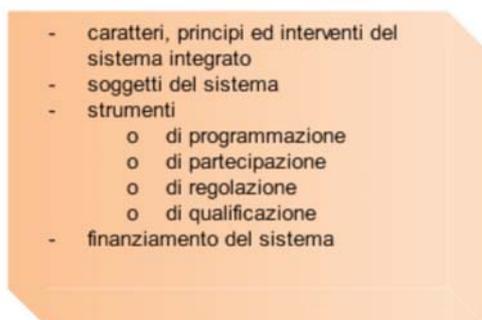
In particolare, gli interventi e i servizi del sistema integrato mirano a prevenire, rimuovere o ridurre le condizioni di bisogno e di disagio individuale e familiare derivanti da limitazioni personali e sociali, da condizioni di non autosufficienza, da difficoltà economiche e consistono in:

- prestazioni socio-assistenziali finalizzate alla promozione sociale e a sostenere le persone e le famiglie attraverso la predisposizione e l’erogazione di servizi e prestazioni economiche;
- prestazioni socio-sanitarie, caratterizzate da percorsi assistenziali integrati per rispondere ai bisogni di salute, di recupero e di mantenimento delle autonomie personali, d’inserimento sociale e miglioramento delle condizioni di vita.

La legge può essere letta:

seguendo la sua **struttura** o ...

il filo dei **principi** su cui si fonda



Tali principi costituiscono oggi gli assi di orientamento trasversali su cui si articolano i cinque ambiti del **Piano sociale e sanitario regionale** (2008-2010) (di seguito PSSR), principale strumento di programmazione dei servizi e degli obiettivi di salute previsto dall'art. 27 della LR 2/2003, recentemente approvato. Esso è infatti articolato in **cinque ambiti** (elevata integrazione, politiche sociali, politiche sociali e sanitarie integrate per bisogni complessi, politiche sanitarie, sviluppo infrastrutture) ed è orientato:

- verso una programmazione settoriale in un'ottica di integrazione fra l'area sociale e sanitaria ma anche con l'area educativa, della formazione, del lavoro, della cultura, dell'abitare e urbanistica (vedi anche l'art. 19 della LR 2/2003);
- alla creazione di un sistema di welfare basato sulla centralità dei diritti dei cittadini all'accesso e alla personalizzazione degli interventi, unitamente alla partecipazione attiva ai progetti di sostegno e di cura;
- al coinvolgimento, nel rispetto delle singole competenze, di tutti i soggetti (Regione, enti locali, strutture pubbliche, private profit e non profit, associazioni, volontariato, forze sociali);
- al perseguimento di logiche di sistema.

1.2 Lo stato di attuazione

La Legge 2/03 prevede numerosi interventi dei quali si da conto anche nell'ambito del Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 di recente approvazione.

Di seguito, sotto forma di tabella sintetica, si propone una schematizzazione grafica dei principali interventi che riassume e visualizza gli elementi di rinvio previsti nella legge. A disposizione, presso il Servizio legislativo e qualità della legislazione, rimane invece l'elenco degli atti adottati dalla Regione con i riferimenti normativi ed i contenuti rielaborati in forma di *abstract* per costruire una documentazione di riferimento.

Una “bussola” per orientarsi tra alcuni importanti interventi realizzati in attuazione della LR 2/03

<p>Incentivazione di programmi per la sperimentazione del reddito minimo di inserimento – Art. 13</p>	<p><i>Il Piano sociale e sanitario 2008-2010, cap. 7.2, prevede che si possano sperimentare a livello locale progetti di reddito minimo di inserimento.</i></p>
<p>Adozione del Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali - Art. 27</p>	<p><i>La prima proposta di “Piano integrato” è stata depositata presso la Commissione competente nel corso del 2007 dalla Giunta: DGR 1448/2007, “Piano sociale e sanitario 2008 – 2010”. Il Piano sociale e sanitario 2008-2010 è stato approvato dall’Assemblea con Del. 175/2008.</i></p>
<p>Individuazione dei servizi e, per ciascuna tipologia di servizio, degli ambiti di applicazione, dei criteri e dei requisiti per il rilascio dell'accreditamento - Art. 38</p>	<p><i>Con DGR 772/2007 “Approvazione dei criteri, delle linee guida e dell’elenco dei servizi per l’attivazione del processo di accreditamento in ambito sociale e sociosanitario” si ha il primo provvedimento attuativo reso necessario in seguito alla modifica dell’articolo 38 della legge da parte dell’articolo 39 della LR 22 dicembre 2005, n. 20. Nella deliberazione, vengono individuati i servizi che, in quanto caratterizzati da un finanziamento pubblico prevalente, da scopi solidaristici, da bisogni di cura e dall’adeguatezza, dalla flessibilità e dalla personalizzazione degli interventi, sono assoggettati all’accreditamento, disciplinandone i criteri, i requisiti e gli ambiti di applicazione, con l’obiettivo di promuovere la qualità del sistema integrato dei servizi e di garantire la trasparenza dei soggetti gestori, la tutela del lavoro e la qualità sociale e professionale dei servizi e delle prestazioni erogate. L’art. 23 della LR 4/08 “Disciplina degli accertamenti della disabilità – ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale” prevede che la Giunta, sentita la Commissione assembleare competente, disciplini entro sei mesi i requisiti, le procedure e i criteri per l’avvio del sistema di accreditamento.</i></p>
<p>Programma annuale per la ripartizione delle risorse sulla base di quanto previsto dal Piano regionale – Art. 47</p>	<p><i>Fino ad oggi le risorse sono state annualmente ripartite sulla base di delibere stralcio del piano regionale sociale e sanitario: nel 2003 l’atto ha svolto una funzione di “ponte” tra la situazione precedente e quella introdotta dalla legge; l’anno successivo, oltre alla consueta ripartizione delle risorse, si è occupato di fissare gli obiettivi settoriali e di elaborare le procedure per l’approvazione dei Piani di Zona per il periodo 2005-2007; nel 2006 si è avviata una modalità diversa di programmazione, che rinvia a successivi atti la ripartizione delle risorse, sulla base degli obiettivi individuati.</i></p>
<p>Semplificazione delle procedure di accertamento delle condizioni di invalidità civile – Art. 19 c. 3</p>	<p><i>La LR 4/2008 individua misure di semplificazione in merito alla disciplina degli accertamenti della disabilità.</i></p>
<p>Organizzazione degli sportelli sociali – Art. 7</p>	<p><i>Un intervento innovativo di cui si dà conto nel paragrafo 2.3 della presente nota.</i></p>
<p>Definizione delle condizioni per la concessione degli assegni di cura, la loro entità, le procedure di concessione e le modalità di controllo dell’attuazione nonché la soglia economica per accedere agli assegni, secondo i principi dell’ISEE - Art. 12</p>	<p><i>Uno strumento importante per il sostegno delle persone non autosufficienti approfondito al paragrafo 2.1.</i></p>
<p>Trasformazione delle IPAB in ASP – Art. 23 e ss</p>	<p><i>Un processo di trasformazione cui è stata dedicata la sezione 3 della presente nota.</i></p>
<p>La Regione istituisce il Fondo sociale per la non autosufficienza - Art. 50</p>	<p><i>Uno strumento importante di cui si dà conto nel paragrafo 2.2 della presente nota.</i></p>

1.3 La governance: gli attori e gli strumenti del sistema

Il modello di *governance* proposto dalla LR 2/03 si allinea con quello piramidale disegnato dalla Legge 328/00 ed è finalizzato alla realizzazione di due importanti obiettivi: **partecipazione** e **integrazione**. In questo contesto, gli attori del sistema di governo individuati dalla legge sono: Regione, Enti Locali, soggetti del Terzo Settore, altri soggetti senza scopo di lucro, aziende pubbliche di servizi alla persona.

Alla **Regione** vengono attribuite le competenze già previste dalla legge quadro nazionale ed in particolare le *funzioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo* degli interventi sociali. Il tutto da realizzarsi promuovendo la **partecipazione** degli Enti Locali (Province e Comuni) e dei soggetti del terzo settore nella definizione di **politiche integrate** tra i diversi settori della vita sociale (sanitarie, del lavoro, della casa, della formazione professionale, dell'educazione, della cultura e della pianificazione territoriale).

Gli **Enti Locali** partecipano alla programmazione regionale e a loro volta attivano la partecipazione dei soggetti del Terzo Settore, degli altri soggetti senza scopo di lucro, e delle aziende pubbliche di servizi alla persona; operano funzionalmente all'integrazione delle *politiche sociali con le politiche settoriali*.

I **Comuni** sono titolari delle funzioni amministrative e dei compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali, dell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali. È poi prevista la partecipazione delle Aziende Sanitarie Locali, dei soggetti del Terzo Settore, di altri soggetti senza scopo di lucro e delle aziende pubbliche di servizi alla persona. Le **Province** partecipano ai compiti di programmazione e supportano la realizzazione del sistema anche attraverso la rilevazione del bisogno e il coordinamento della pianificazione.

La seguente diagrammazione propone gli attori del modello previsto dalla LR 2/2003. Il colore delle frecce rappresenta il tipo di responsabilità rispetto al ruolo: titolarità del ruolo (frecce rosse), partecipazione al ruolo (frecce nere).



NB: La voce "altri soggetti" comprende ASL, ASP e tutti quei soggetti non inclusi nel Terzo settore di cui all'art. 1 comma 4 L 328/00 e art. 20 comma 2 LR 2/03: organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato, organizzazioni di volontariato, enti riconosciuti delle confessioni religiose.

Dall'esame dell'impostazione della *governance* proposta dal Piano di recente approvato emerge una sostanziale conferma del sistema. Inoltre, il Piano definisce con maggiore

precisione ruoli e responsabilità degli attori istituzionali e potenza di organi strategici agli obiettivi dell'integrazione. Provvede infine al recepimento e messa a regime di organi e strumenti nel frattempo nati e già coinvolti in questi anni nei processi di programmazione e governo del sistema integrato.

Questa tendenza ben emerge nel caso della Conferenza territoriale sociale e sanitaria. Nata nel 1994 come conferenza sanitaria territoriale, viene individuata dalla legge come luogo di promozione e coordinamento della stipula degli accordi in materia di integrazione socio-sanitaria previsti dai Piani di Zona. Con il PSSR diventa organo strategico del livello di governo intermedio, ove confluisce la Provincia ad esercitarvi le sue funzioni istituzionali di coordinamento ed integrazione. Il Piano intende valorizzare il ruolo *della CTSS per assicurare il governo integrato del sistema a livello territoriale e, in particolare, favorire il necessario raccordo tra la programmazione regionale e quella distrettuale*. Al fine di accompagnare questo processo di rafforzamento nel PSSR si prevede l'adozione, da parte della Conferenza, dell'**Atto di coordinamento e indirizzo triennale**, da realizzarsi attivando i Consigli Comunali e Provinciali, che costituirà il quadro di riferimento della programmazione territoriale per la salute e il benessere.

Gli strumenti della governance individuati dalla LR 2/03 sono fondamentalmente ancorati ai due pilastri della programmazione regionale e locale, entrambi di durata triennale:

- il **Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali**, approvato dall'Assemblea su proposta della Giunta, è uno strumento di integrazione con la programmazione sanitaria e di raccordo con la programmazione in materia educativa e formativa, del lavoro, culturale e abitativa. Definisce, in particolare, gli obiettivi del triennio, i livelli qualitativi dei servizi essenziali, i criteri per l'accesso, le modalità di raccordo tra gli strumenti di programmazione dei vari livelli;
- il **Piano di Zona**, approvato con accordo di programma tra i Sindaci dei Comuni, con la sottoscrizione della Provincia e dell'ASL e la partecipazione degli altri soggetti (Terzo settore, altri soggetti senza fini di lucro, ASP, ecc) che concorrono alla sua definizione. Il PdZ delinea, in particolare, il sistema locale dei servizi sociali a rete, gli obiettivi e le priorità di intervento, le modalità di accesso.

Il PSSR, a distanza di cinque anni dall'approvazione della legge 2/03, precisa e definisce gli strumenti di programmazione promuovendone gli aspetti di integrazione socio-sanitaria. Tra questi, il piano di zona (PdZ), già sperimentato prima alla legge stessa, rappresenta ormai un'esperienza consolidata di programmazione a livello distrettuale, evolvendosi in Piano di zona distrettuale per la salute ed il benessere sociale.

La funzione di governo del sistema integrato, articolata in programmazione, regolazione, verifica dei risultati, si realizza attraverso un sistema impostato su tre livelli: regionale, intermedio e distrettuale.

Di seguito si propone la schematizzazione dei soggetti e degli strumenti secondo quanto previsto dal PSSR.

Livello regionale, i soggetti e gli strumenti

I soggetti



NB: il Consiglio delle Autonomie è previsto dall'art. 23 dello Statuto regionale e, fino alla sua costituzione, opera la Conferenza Regione-Autonomie Locali (CRAL). La Cabina di regia opera in questa fase transitoria verso l'assetto definitivo conseguente al nuovo Statuto regionale svolgendo anche attività di supporto alla CRAL.

Gli strumenti



Livello intermedio, i soggetti e gli strumenti

I soggetti



Gli obiettivi a questo livello territoriale, rappresentato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria (CTSS), sono:

- **integrare** le competenze dei diversi attori;
- **comporre** e armonizzare i differenti strumenti che incidono sullo stesso bacino territoriale, valorizzando allo stesso tempo il ruolo delle CTSS come luogo di integrazione dei diversi soggetti e competenze istituzionali;
- garantire il **raccordo** tra la programmazione regionale e quella distrettuale.

Lo **strumento** per la realizzazione di tali obiettivi, non contemplato dalla LR 2/03 e previsto dal PSSR, è l'**Atto di indirizzo e coordinamento triennale**. L'atto viene adottato dalla CTSS con la partecipazione sistematica degli uffici distrettuali di piano, l'ufficio di supporto, e l'apporto di tutte le professionalità competenti. Si promuove inoltre la partecipazione al processo programmatico dei soggetti sociali (organizzazioni sindacali e soggetti del terzo settore) curando il raccordo tra i diversi strumenti e i diversi ambiti di pianificazione locali ed i diversi livelli di programmazione (regionale, provinciale, aziendale e distrettuale).

Tale atto:

- ricomprende e valorizza l'esperienza dei **Piani per la salute**, previsti dalla DGR 321/2000;
- fornisce le indicazioni strategiche sull'area dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali;
- comprende gli indirizzi per la definizione del **PAL** (Piano Attuativo Locale);
- indica gli ambiti dell'integrazione, compresa l'area della non autosufficienza;

- fornisce, nel quadro degli obiettivi regionali approvati annualmente dall'Assemblea Legislativa, indirizzi e strumenti di coordinamento, monitoraggio e valutazione anche in relazione ai contenuti socio-assistenziali della programmazione di ambito distrettuale.

Livello distrettuale, i soggetti e gli strumenti

La zona distrettuale viene individuata quale ambito territoriale ottimale per l'esercizio associato non solo della funzione tecnico-amministrativa e di committenza ma anche di governo. Il fine è di semplificare e integrare gli strumenti di programmazione e rafforzare il sistema locale anche in considerazione dell'incremento delle funzioni attribuite ai Comuni.

Funzione di governo

- programmazione di ambito distrettuale
- regolazione e verifica dei risultati di salute e di benessere raggiunti,
- definizione delle regole per:
 - i. l'accreditamento,
 - ii. l'accesso al sistema,
 - iii. la compartecipazione alla spesa,
 - iv. la costituzione delle ASP.

Funzione tecnico-amministrativa

- definizione della programmazione
- definizione dell'attuazione (impiego delle risorse, rapporti con i produttori pubblici e privati, integrazione socio-sanitaria a livello organizzativo e professionale, monitoraggio e supporto alla valutazione).

A tal fine il PSSR stabilisce che "...occorre innanzitutto che i Comuni individuino, come previsto dall'art. 16 della LR 2/03, uno strumento, di ambito distrettuale, strutturato e stabile..." (Comitato di distretto o una delle forme associative di cui al Testo Unico Enti Locali e dalla LR 11/01) per esercitare al meglio le funzioni amministrative ed i compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete.

Nel modello di *governance* proposto dal PSSR il livello significativo dove costruire la rete integrata dei servizi è quello **territoriale**, coincidente con i **Comuni associati in ambito distrettuale**.

Il Piano di Zona previsto dalla LR 2/03 viene superato e, per costituire più efficacemente luogo e strumento dell'integrazione socio-sanitaria, diventa **Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale**.

Il Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale, di durata triennale,

SOSTITUISCE

il *Piano sociale di zona* rafforzandone il raccordo con i contenuti dell'atto di indirizzo triennale della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Il Programma Attuativo Annuale (PAA) ***SOSTITUISCE***

il Programma attuativo del piano sociale di zona e costituisce la declinazione annuale del Piano di zona distrettuale per la salute ed il benessere sociale.

1.4 Il finanziamento del sistema integrato, i “bilanci di zona”

Il sistema integrato risulta estremamente articolato e complesso dal punto di vista delle fonti di finanziamento, caratterizzate dal pluralismo dei soggetti e dei livelli istituzionali coinvolti, come confermato dal Piano socio-sanitario 2008-2010.

L’articolazione del sistema ha consigliato di svolgere un’analisi che partisse dai “bilanci di zona”, con i dati del “*Report di analisi dei Piani di zona 2005-2007 e dei Programmi attuativi 2005*”, pubblicato nel maggio 2006 (per approfondimenti, si segnala il sito internet <http://www.emiliaromagnasociale.it/>). A questi dati sono stati affiancati quelli dei più recenti bilanci di zona riferiti ai Programmi attuativi 2006 e 2007. Tali dati sono stati forniti dal Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna.

Figura 1 - Il Finanziamento del Sistema. Fonte: Piano sociale e sanitario 2008-2010.



La rilevazione dei dati per la costruzione del bilancio di zona rappresenta un adattamento (con l’implementazione di informazioni aggiuntive) del modello di rilevazione “Indagine sugli interventi sociali dei comuni singoli e associati” che è stato messo a punto in un tavolo di lavoro a cui hanno partecipato Regioni, Ministero del Welfare, Ragioneria Generale dello Stato ed ISTAT e, dopo una rilevazione pilota per testare lo strumento, viene somministrato annualmente a tutti i Comuni singoli ed associati per rilevare la spesa sociale¹.

¹ Per eventuali approfondimenti si fa rinvio alla pubblicazione “Report di analisi dei Piani di zona 2005-2007 e dei Programmi attuativi 2005” sul sito <http://www.emiliaromagnasociale.it/> sezione “documentazione”.

Prima di passare alla lettura di alcuni dei dati, può essere utile fare riferimento al breve glossario, riportato nel box, tratto dalla pubblicazione stessa.

Passando all'analisi dei dati, nella prima tabella viene riportata **La spesa sociale lorda** la **spesa sociale lorda** (spesa sostenuta dai Comuni per l'organizzazione degli interventi) prevista in ogni area per macro-tipologia di intervento. Viene inoltre specificata la quota di spesa gestita in forma associata tramite gli enti associativi (ConSORZI, Unioni di Comuni, Associazioni di Comuni, Ausl per delega). Oltre a questa, i Comuni gestiscono, tramite Accordi di programma, una quota ulteriore di spesa in forma associata che non viene rappresentata in queste tavole. Stiamo quindi analizzando il "lato" della spesa (erogazione dei servizi), focalizzando la parte che passa attraverso i Comuni (direttamente o con enti associativi). Dai dati emerge la preponderanza degli interventi legati ad Anziani, Famiglia e Disabili.

Glossario

("Report di analisi dei Piani di zona 2005-2007 e dei Programmi attuativi 2005")

Spesa sociale lorda: spesa effettivamente sostenuta dai Comuni per l'organizzazione degli interventi;

Spesa sociale netta: è la spesa che effettivamente grava sul Comune una volta detratti il contributo utenti e il contributo S.S.N;

Spesa socio-sanitaria: spesa netta sostenuta dalla AUSL per l'integrazione sanitaria;

Spesa pubblica per interventi sociali e socio sanitari: somma di spesa sociale netta, spesa socio-sanitaria e spesa gestita direttamente dalla Provincia;

Spesa pubblica per macro-tipologie di intervento (o fattori di spesa): interventi e servizi, trasferimenti in denaro, gestione strutture, personale a valenza sanitaria, analizzata separatamente in spesa sociale e spesa socio-sanitaria;

Spesa pro-capite: è analizzata separatamente in pubblica, sociale, sociosanitaria.

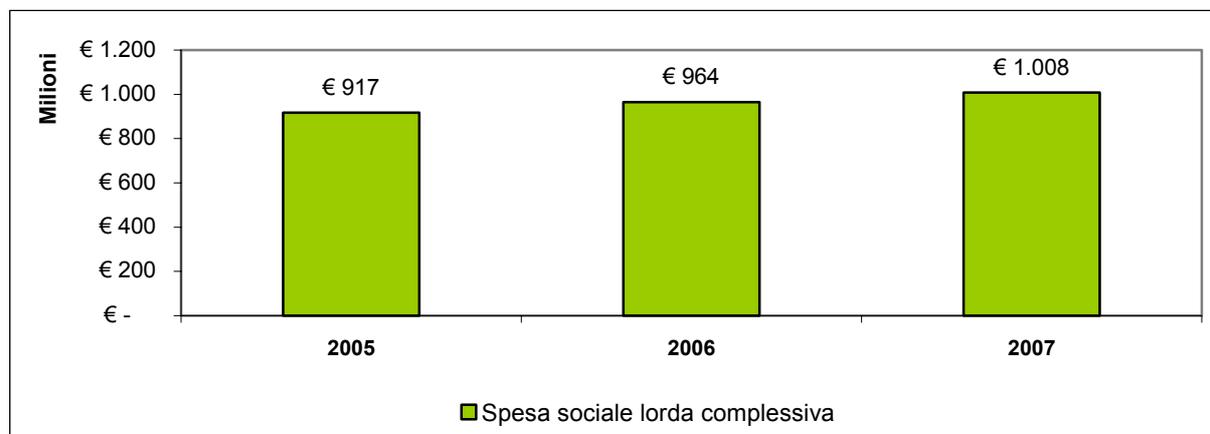
Tabella 1: Spesa sociale lorda complessiva aggregata per area, Regione Emilia-Romagna – anno 2007; Fonte: Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, "Bilanci di zona".

Aree	Spesa sociale lorda complessiva ⁽¹⁾	Ripartiz.ne % aree	Di cui gestita dai comuni		Di cui gestita da enti associativi	
			ass	%	ass	%
Anziani	329.954.008	32,7	255.330.739	77,4	74.623.269	22,6
Dipendenze	5.875.859	0,6	3.786.683	64,4	2.089.176	35,6
Disabili	158.076.665	15,7	83.487.556	52,8	74.589.109	47,2
Disagio adulti	29.707.823	2,9	23.643.824	79,6	6.063.999	20,4
Famiglia e minori	400.746.470	39,8	351.838.212	87,8	48.908.258	12,2
Giovani	10.904.264	1,1	10.034.110	92,0	870.154	8,0
Immigrati	19.183.599	1,9	16.712.691	87,1	2.470.908	12,9
Multiutenza	53.226.002	5,3	42.718.218	80,3	10.507.784	19,7
Regione Emilia-Romagna	1.007.674.690	100,0	787.552.033	78,2	220.122.657	21,8

(1) Spesa sociale lorda complessiva: spesa sociale rilevata attraverso l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Programma attuativo 2007 - sostenuta per gli interventi rilevati; a fronte di questa spesa vengono rilevate, nella tabella 2, le risorse derivanti da entrate varie e da risorse proprie dei Comuni.

Sempre partendo dai "Bilanci dei PDZ", ossia dall'aggregazione a livello regionale della spesa sociale lorda complessiva preventivata, si possono fare alcuni confronti. Innanzitutto il trend dell'andamento della spesa sociale lorda complessiva nel triennio 2005/2007, così come illustrato nel Grafico 1.

Grafico 1 : Spesa sociale lorda complessiva⁽¹⁾, Regione Emilia-Romagna – anni 2005, 2006 e 2007;
Fonte: Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali. Dai “bilanci di zona”.



(1) Spesa sociale lorda complessiva: spesa sociale rilevata attraverso l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Programmi attuativi 2005, 2006 e 2007 sostenute per gli interventi rilevati; a fronte di questa spesa vengono rilevate, nella tabella 2, le risorse derivanti da entrate varie e da risorse proprie dei Comuni.

Si possono poi fare alcune considerazioni sulle modalità di gestione della spesa che, come evidenziato nella Tabella 1, vede la maggior parte della spesa gestita direttamente dai comuni, lasciando una quota nell'ordine del 22% agli Enti associativi². Dalla Tabella 1 emerge come, rispetto al dato medio, si discosti in modo più rilevante la spesa per i disabili (che privilegia la gestione attraverso enti associativi, 47,2% rispetto una media del 21,8%) e quella per i giovani (che privilegia invece la gestione diretta dei comuni, 92% rispetto una media del 78,2%). Anche per quanto riguarda gli interventi per famiglia e minori si privilegia la gestione diretta della spesa da parte dei comuni (87,8%).

Come viene gestita la spesa

Le risorse del sistema

Passando invece al lato delle risorse, tabella 2, vengono evidenziate distinguendo tra quelle proprie dei comuni e quelle derivanti da altre entrate loro trasferite. La tabella, infatti, oltre a riproporre la “destinazione” delle risorse (tipologia dell'intervento) focalizza l'attenzione sulla composizione percentuale della fonte (Stato, Regione, Provincia, fondi del Servizio Sanitario Nazionale per interventi integrati, utenti per rette, risorse proprie dei Comuni) delle risorse.

In proposito giova fare alcune precisazioni per agevolare la lettura della tabella. Innanzitutto si deve tenere conto che il punto di vista è quello dei comuni, quindi la prima ripartizione è tra totale delle altre entrate (43,5% delle risorse) e risorse proprie dei comuni (56,5%). Leggendo le “altre entrate” occorre poi fare alcune precisazioni. Quanto alle “entrate dirette dallo Stato”, non si tratta dell'insieme delle risorse statali, bensì delle sole risorse che lo Stato trasferisce direttamente ai comuni. Le “entrate dalla Regione Emilia-Romagna” comprendono il trasferimento del Fondo sociale regionale, formato con risorse proprie della Regione ma anche con mezzi statali. Quanto alle “entrate da SSN”, si tratta di oneri a rilievo sanitario trasferiti ai comuni dal Fondo sanitario per l'attività a integrazione sanitaria svolta da questi,

² Per esigenze di sintesi non si riportano i dati relativi agli anni precedenti che, tuttavia, sostanzialmente confermano il dato del 2007 evidenziando tanto per il 2005 quanto per il 2006 una quota di spesa gestita in forma associata, tramite enti associativi, nell'ordine del 19%. Oltre a questa, i Comuni gestiscono, tramite Accordi di programma, una quota ulteriore di spesa in forma associata che nei dati non viene specificata.

non rappresenta quindi l'intera spesa per l'integrazione socio-sanitaria. Analogamente, con riguardo alle "entrate da utenti", si fa riferimento alla sola contribuzione dell'utenza per l'organizzazione degli interventi rilevati, quindi, per esempio, non è incluso quanto gli utenti pagano per l'utilizzo di servizi erogati da strutture convenzionate o private. In questa voce non sono quindi comprese le spese dell'utenza per quegli interventi che non sono rilevati in quanto non organizzati nell'ambito dei Piani di zona.

Tabella 2: Risorse per area e fonte⁽¹⁾ (valori percentuali), Regione Emilia-Romagna – anno 2007; Fonte: Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, dai "Bilanci di zona".

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Prov.	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donaz. Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	0,0	0,0	0,2	4,6	0,0	24,0	34,6	0,7	64,2	35,8	100
Dipendenze	0,8	0,0	0,0	26,1	0,1	0,1	16,3	5,1	48,4	51,6	100
Disabili	0,7	0,1	0,3	5,5	0,9	5,3	35,7	0,9	49,4	50,6	100
Disagio Adulti	0,5	0,2	0,2	13,2	0,2	4,6	9,7	2,4	31,0	69,0	100
Famiglia e Minori	0,1	0,0	2,3	7,5	1,6	14,0	1,4	0,8	27,7	72,3	100
Giovani	0,2	0,8	0,1	6,4	0,5	0,7	0,3	2,7	11,7	88,3	100
Immigrati	0,6	0,0	14,9	19,7	1,0	7,4	0,2	0,6	44,4	55,6	100
Indistinti	0,0	0,0	0,2	34,6	3,3	0,0	0,0	9,9	48,1	51,9	100
Multiutenza	0,0	0,2	0,0	3,2	0,6	0,0	0,0	0,6	4,6	95,4	100
TUTTE LE AREE	0,2	0,0	1,2	8,8	1,0	13,8	16,9	1,6	43,5	56,5	100

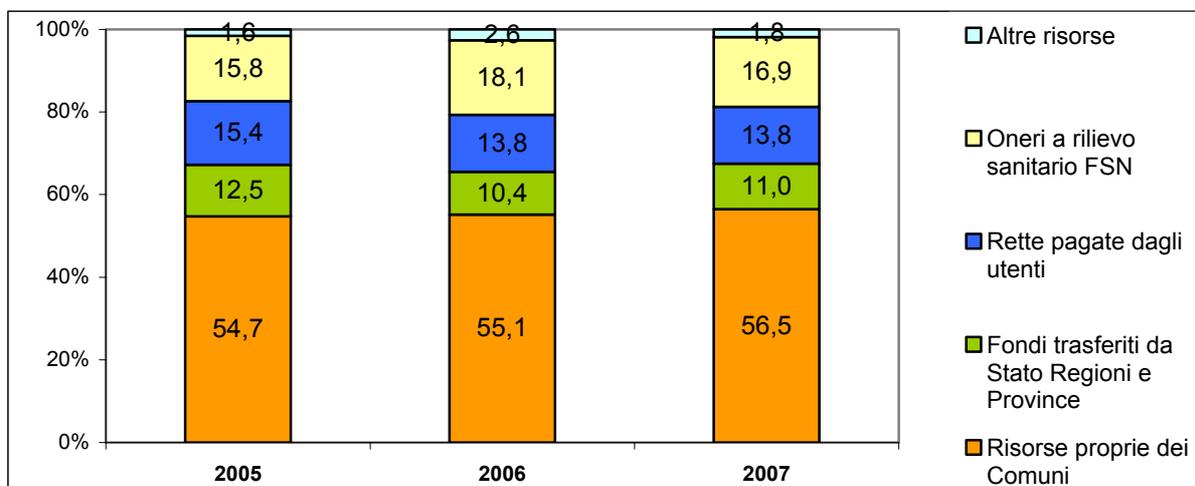
(1) Le "entrate dirette dallo Stato" includono le risorse che lo Stato trasferisce direttamente ai comuni. Le "entrate dalla Regione Emilia-Romagna" comprendono il trasferimento del Fondo sociale regionale, formato con risorse proprie della Regione e con mezzi statali. Le "entrate da SSN" includono gli oneri a rilievo sanitario trasferiti ai comuni dal Fondo sanitario per l'attività a integrazione sanitaria. Le "entrate da utenti" fanno riferimento alla contribuzione dell'utenza solo per l'organizzazione degli interventi rilevati.

Le due tabelle (spesa e risorse) costituiscono il bilancio della zona e sono i documenti ufficiali, parte integrante dell'accordo di programma sottoscritto da tutti gli enti interessati. Nella seconda tabella sono sommate tutte le risorse con cui i comuni singoli o associati e le AUSL per delega sostengono le spese descritte nella prima tabella che, infatti, fa riferimento al lato della spesa.

Nella tabella delle risorse si riporta la composizione percentuale perché in realtà, il totale delle risorse da utilizzare (tabella 2) non coincide esattamente con la previsione di spesa dichiarata (tabella 1 per i dati 2007 e grafico 2 per il triennio 2005-2007). Queste differenze sono in parte dovute all'incidenza dei trasferimenti di risorse da una zona sociale all'altra, ma anche ad alcuni inevitabili errori di rilevazione commessi da alcune zone.

Di seguito, grafico 2, si amplia il dato della tabella precedente estendendo l'analisi al triennio di programmazione 2005-2007 (accorpendo, per comodità di lettura, alcune voci relative le risorse). Quello che emerge è una tendenziale continuità delle modalità di finanziamento del sistema.

Grafico 2: Risorse per fonte di provenienza (valori percentuali), Regione Emilia-Romagna – anni 2005, 2006 e 2007. Fonte: Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, dai “Bilanci di zona”.

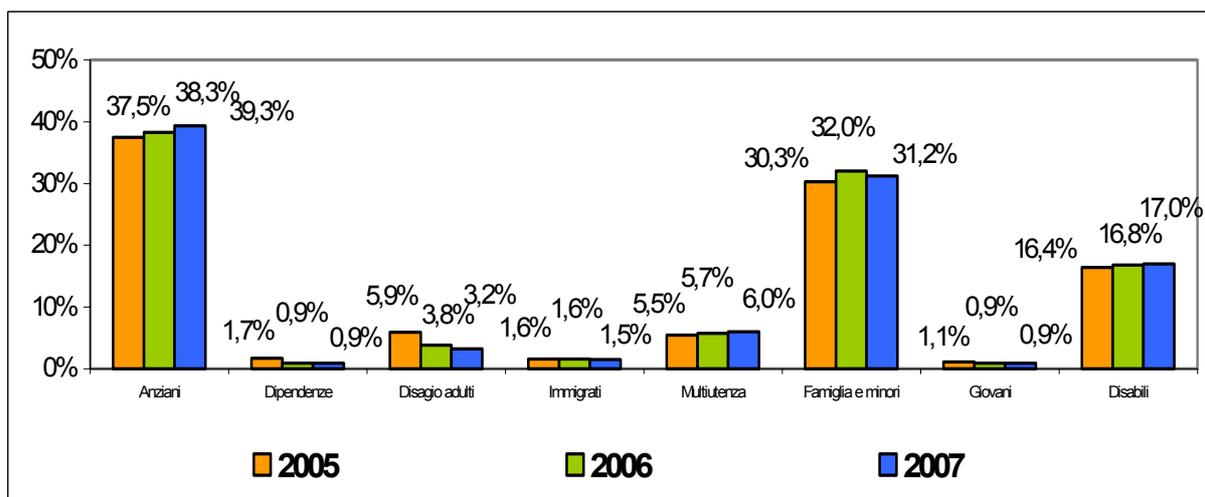


Partendo dai dati tratti dai “bilanci di zona” si possono fare alcuni approfondimenti interessanti che aiutano a comprendere “come” viene impiegata la spesa sociale in Regione.

Come viene impiegata la spesa sociale

Un primo aspetto riguarda la spesa pubblica in funzione dell’area di intervento. Il grafico 3 prende in considerazione la **spesa pubblica totale** (somma della spesa sociale netta sostenuta dai Comuni per l’organizzazione degli interventi e spesa socio-sanitaria, ossia quella sostenuta dalla AUSL per l’integrazione sanitaria).

Grafico 3: Spesa pubblica totale ripartita percentualmente per area di intervento, Regione Emilia-Romagna – confronto anni 2005, 2006 e 2007; Fonte: Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, dai “Bilanci di zona”.

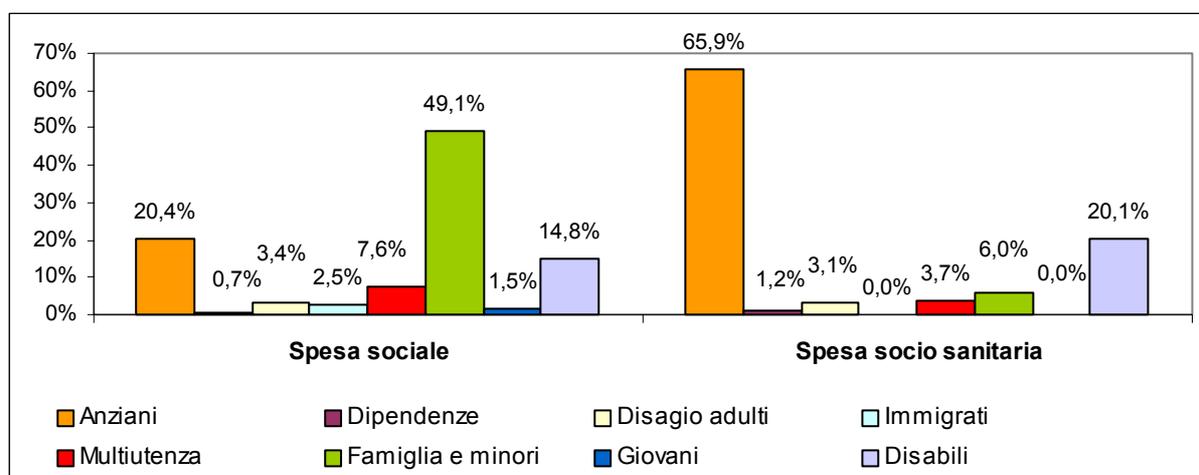


Il primo aspetto che merita attenzione è l’importanza della spesa riferita all’area “anziani” che, nel periodo 2005-2007, ha visto ulteriormente crescere la percentuale di assorbimento della spesa (dal 37,5% del 2005 al 39,3% del 2007). A seguire si collocano gli interventi per la famiglia ed i minori (con una percentuale di spesa oltre il 30%) ed i disabili (spesa

superiore al 16% nel triennio esaminato). Infine un cenno su cosa sia l'area multiutenza (tra il 5% ed il 6% della spesa), dove vengono registrate le spese per il piano di zona, per i sistemi informativi, per lo sportello sociale, il segretariato sociale e, in generale, per gli interventi di sistema e trasversali.

Di seguito, invece, nel grafico 4 si approfondisce il dato sulla **spesa pubblica totale** riferita al Bilancio preventivo 2007 dei Piani di zona, ripartendola fra **spesa sociale netta** (spesa sostenuta dai comuni, anche attraverso altri Enti) e **spesa socio sanitaria** (spesa sostenuta dalla AUSL per l'integrazione sanitaria), evidenziando quindi la diversa distribuzione delle risorse fra le aree di intervento e la titolarità della spesa.

Grafico 4: Spesa sociale (Comuni) e Spesa socio-sanitaria (AUSL) ripartita per area di intervento, Regione Emilia-Romagna – anno 2007; Fonte: Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, dai "Bilanci di zona".



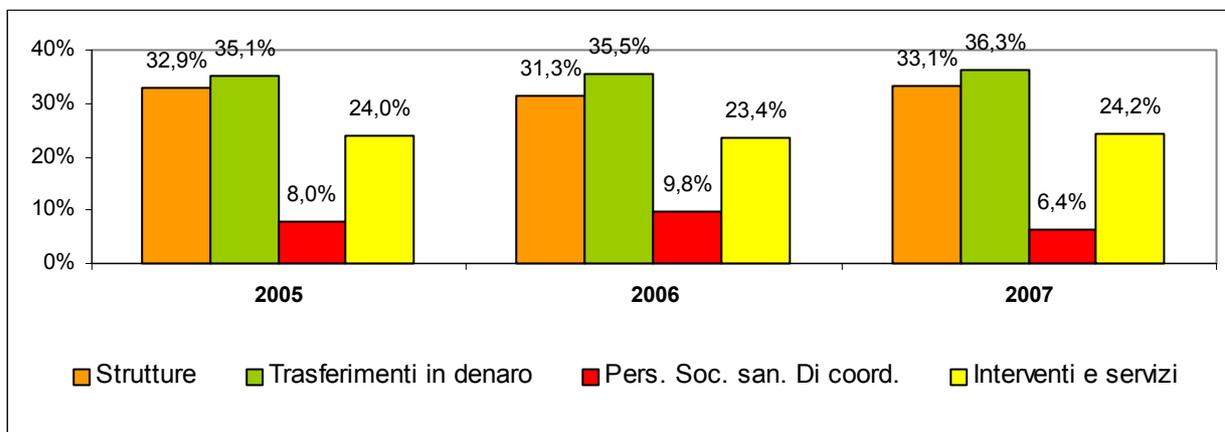
Il dato del 2007 non si discosta significativamente rispetto quello del biennio precedente salvo un ulteriore rafforzamento della percentuale di spesa socio sanitaria dedicata agli anziani (per comodità di lettura sono stati omessi i dati del biennio precedente). Ciò che invece emerge con tutta evidenza è come per "famiglia e minori" i Comuni impegnino quasi la metà delle risorse (49,1%), mentre per l'AUSL quest'area di intervento socio-sanitaria non è primaria (rappresenta infatti il 6% della propria spesa). Va però considerato che il 52% della spesa sociale per l'area famiglia e minori viene sostenuta per i nidi (spesa che rappresenta il 24% della spesa sociale complessiva). Ne deriva che, se si escludono i nidi, la spesa socio-assistenziale per la famiglia è di poco superiore a quella destinata agli anziani. Gli interventi per anziani assorbono quasi il 66% della spesa socio-sanitaria, mentre i Comuni vi dedicano il 20,4% delle risorse. Quanto agli interventi per disabili la differenza è invece meno marcata, rappresentando il 14,8% ed il 20,1% rispettivamente della spesa sociale e della spesa socio-sanitaria. Per immigrati e giovani, non trattandosi di interventi a integrazione socio-sanitaria, la spesa grava sui soli comuni.

Le diverse tipologie di intervento

Un altro aspetto della spesa che può fornire alcuni spunti di riflessione è la ripartizione della spesa pubblica totale (quindi sempre sommando la spesa sociale netta, sostenuta dai Comuni, e la spesa socio-sanitaria, riconducibile alle AUSL per l'integrazione sanitaria) in funzione dei fattori di spesa, ossia della macrotipologia di intervento. Nel grafico 5 la **spesa pubblica totale** viene ripartita in funzione dei fattori di spesa individuati che sono: gli interventi e servizi (ad esempio assistenza domiciliare, trasporti, integrazione, centri servizi), la gestione strutture (ad es. spese

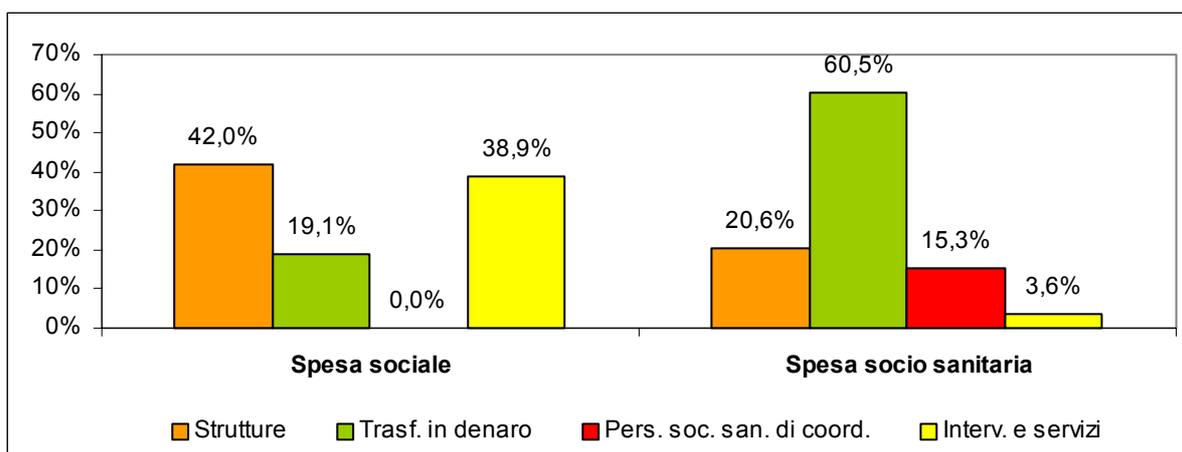
per nidi, centri diurni e residenziali), i trasferimenti in denaro (ad es. pagamento di rette nelle strutture o integrazioni) ed il personale a valenza sanitaria. Il confronto viene esteso ai bilanci di zona per il triennio 2005-2007.

Grafico 5: Spesa pubblica totale ripartita per fattori di spesa, Regione Emilia-Romagna – confronto anni 2005, 2006 e 2007; Fonte: Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, dai “Bilanci di zona”.



Ciò che emerge è una ripartizione “stabile” nel triennio, senza scostamenti di rilievo. Alcuni spunti di maggiore interesse possono venire dalla stessa operazione fatta in precedenza, ossia la scomposizione della spesa pubblica totale in **spesa sociale netta** (sostenuta dai comuni) e **spesa socio sanitaria** (sostenuta dalla AUSL per l’integrazione sanitaria), come evidenziato nel grafico 6, concentrando l’attenzione sul dato del 2007.

Grafico 6: Spesa sociale e Spesa socio-sanitaria ripartita per fattore di spesa, Regione Emilia-Romagna – anno 2007; Fonte: Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, dai “Bilanci di zona”.



Il grafico 6 mette bene in evidenza la diversa caratterizzazione della spesa. Da una parte la spesa sociale (dei comuni) che è tendenzialmente orientata alla gestione di strutture (42%), di cui oltre la metà è per i nidi, ed a fornire interventi e servizi (38,9%). Si tratta quindi di una spesa estremamente finalizzata (i trasferimenti in denaro rappresentano meno del 20%) basata su investimenti forti e radicati degli Enti locali. Passando invece alla spesa socio-sanitaria (quindi riconducibile alle AUSL), il fattore di spesa predominante è rappresentato dai

trasferimenti di denaro (oltre il 60%), sostanzialmente dovuti alle integrazioni di rette per anziani e disabili ospitati nelle strutture del territorio regionale.

La spesa pro-capite

Partendo dai bilanci di zona, così come già analizzato per il 2005 nel citato “Report di analisi dei Piani di zona 2005-2007 e dei Programmi attuativi 2005”, si è avviata la costruzione di un indicatore sintetico che consenta di confrontare l’andamento della spesa pubblica pro-capite fra le diverse zone. Il punto di partenza è la spesa pubblica totale ancora una volta ripartita in spesa sociale netta (la spesa che grava sui comuni) e spesa socio-sanitaria (spesa sostenuta dalle AUSL per l’integrazione sanitaria). A livello regionale, sulla base dei dati contenuti nel bilancio preventivo di zona relativo al 2007, come illustrato nella tabella 3, è stata rilevata una spesa pubblica pro-capite nell’ordine di 285,8 euro (calcolata rispetto la popolazione del 2006).

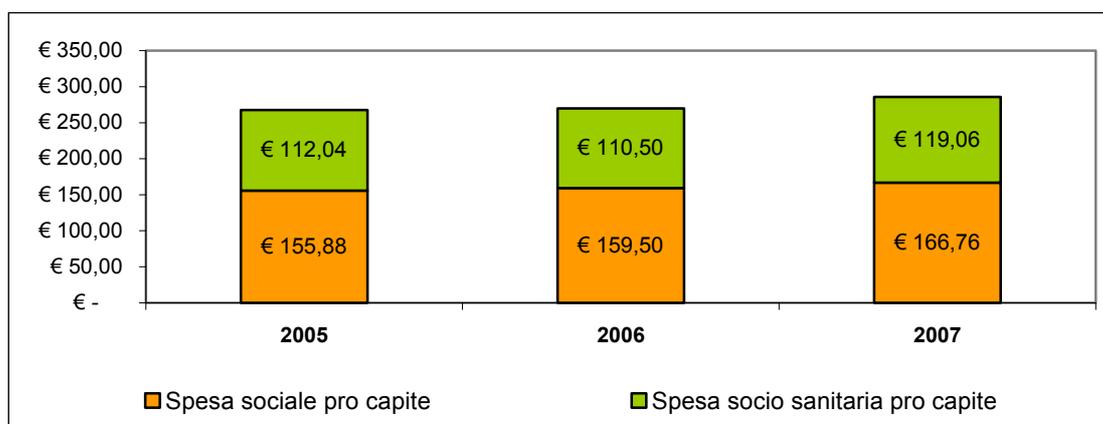
Tabella 3: Spesa pubblica pro-capite, Regione Emilia-Romagna – anno 2007; Fonte: Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, dai “Bilanci di zona”.

Regione Emilia-Romagna Popolazione target (dato 2006) 4.223.585	Spesa sociale netta (sp. Comuni + altri Enti)		Spesa socio-sanitaria (ASL)		Totale spesa pubblica (Sp. Soc. netta + Sp. Soc. san + Sp. altri enti)	
	Totale ⁽¹⁾	Pro-capite	Totale	Pro-capite	Totale	Pro-capite
Interventi e servizi	273.725.756	64,8	18.099.781	4,3	291.825.537	69,1
Strutture	295.855.124	70,0	103.512.812	24,5	399.367.936	94,6
Trasferimenti in denaro	134.376.888	31,8	304.054.999	72,0	438.431.887	103,8
Person. soc. san. coordin.	0	0	77.210.020	18,3	77.210.020	18,3
Regione Emilia-Romagna	704.310.476	166,8	502.877.612	119,1	1.207.188.088	285,8

(1) La somma della Spesa sociale per tutta la Regione Emilia-Romagna include 352.708 euro di altri enti (province).

La spesa pubblica pro-capite di 285,8 euro è poi suddivisa tra spesa sociale (comuni) per 166,8 euro e spesa socio sanitaria (AUSL) per 119,1 euro. Quanto alla spesa pro-capite, con l’aiuto dei dati forniti dal Servizio Informativo Sanità e Politiche Sociali, è stato ricostruito (grafico 7) l’andamento della spesa pro-capite nel periodo 2005-2007.

Grafico 7: Spesa pubblica pro-capite, Regione Emilia-Romagna, confronto anni 2005, 2006 e 2007; Fonte: Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, dai “Bilanci di zona”.



Il dato complessivo evidenzia un andamento della spesa pro-capite crescente, con un aumento per l’anno 2007 più marcato rispetto gli anni precedenti.

Sezione 2 – Alcuni strumenti e interventi della legge

2.1 L'assegno di cura come strumento per il sostegno alle persone non autosufficienti

Il sostegno alla non autosufficienza previsto dal sistema integrato di *welfare* individuato dalla LR 2/2003 non riguarda solo le persone anziane ma include le gravi disabilità cronicizzate e degenerative tali da richiedere “trattamenti di lungo periodo particolarmente complessi, necessariamente integrati e assai onerosi” (PSSR).

L'art. 12 della LR 2/2003 riconosce l'assegno di cura come beneficio di carattere economico finalizzato a favorire le opportunità di vita indipendente delle persone in condizione di non autosufficienza (anziani e disabili). L'assegno di cura a favore di persone anziane è stato introdotto dalla LR 05/94 ma **attraverso la LR 02/2003** viene individuato quale strumento fondamentale del sistema integrato e **viene ampliata la classe dei beneficiari, includendo le persone in situazioni di handicap grave.**

Si tratta di un importante strumento d'intervento nell'ambito delle politiche sociali finalizzato al sostegno delle famiglie che assistono direttamente un anziano, in alternativa all'inserimento stabile in strutture residenziali, definendo criteri omogenei per tutto il territorio regionale. Il contributo viene concesso sulla base della disponibilità della famiglia a garantire la presenza dell'anziano all'interno del proprio contesto abitativo e della valutazione delle unità di valutazione geriatria (UVG). Un assistente sociale valuta la situazione di necessità e, in caso di problemi socio-sanitari, l'anziano viene visitato da uno staff tecnico (UVGT) composto da un medico geriatra, un infermiere professionale e un assistente sociale in modo da elaborare un piano di assistenza personalizzato.

L'assegno di cura per gli anziani

Sul tema dell'assegno di cura era stata adottata una prima delibera di Giunta, la 1377 del 1999 (Direttiva sui criteri, modalità e procedure per la contribuzione alle famiglie disponibili a mantenere l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto), poi modificata con la delibera 2686 del 2004. Tali modifiche si sono rese necessarie per l'approvazione della LR 02/2003, per assicurare una maggiore omogeneità di valutazione e di comportamenti nel territorio regionale circa l'attribuzione dei tre livelli di assistenza previsti (sulla base dall'esperienza condotta dal 1995 per gli anziani non autosufficienti), per favorire l'emersione e la qualificazione del lavoro di cura a domicilio, a seguito della regolarizzazione prevista dalla Legge 189/2002, prevedendo chiari impegni nel caso in cui l'attività di cura venga svolta, anche in parte, da assistenti familiari.

Destinatari dell'assegno di cura sono:

- le famiglie che accolgono nel proprio ambito l'anziano solo;
- altri soggetti che con l'anziano intrattengono consolidati e verificabili rapporti di "cura", anche se non legati da vincoli familiari;
- altri anziani conviventi;
- l'anziano stesso quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
- l'amministratore di sostegno.

Inoltre, l'assegno di cura può essere concesso anche ad anziani anagraficamente conviventi.

Il sostegno del lavoro di cura dei familiari e la rete di solidarietà di vicinato rientrano negli obiettivi del “Piano d’Azione per la comunità regionale. Una società per tutte le età” (PAR)³. Il PAR, approvato dalla Giunta Regionale con delibera 2299 del 2004, ai sensi di quanto previsto dall’art. 19 della LR 2/2003, si caratterizza come strumento innovativo finalizzato ad affrontare in un’ottica integrata le politiche destinate alla popolazione anziana dove si prevede **“Lo sviluppo dell’utilizzo dell’assegno di cura quale strumento di sostegno delle famiglie** che assistono direttamente un anziano connotandolo maggiormente come opportunità alternativa all’istituzionalizzazione, definendo criteri omogenei per tutto il territorio regionale e verificando efficacia ed utilità dello strumento in relazione alle risorse impegnate”.

Il PSSR ha poi ripreso fra i suoi obiettivi la necessità di sviluppare la domiciliarità, valorizzare il lavoro di cura e sostenere le famiglie. Il raggiungimento di questo obiettivo porta anche a **“consolidare, qualificare e sviluppare la misura dell’assegno di cura** attraverso l’ampliamento del numero dei beneficiari, una maggiore garanzia di continuità d’intervento e una più elevata integrazione con gli altri servizi della rete”.

La dinamica demografica in Emilia-Romagna

integrati. Si è quindi ritenuto opportuno dedicarvi un approfondimento conoscitivo, in ragione della **rilevante quota della popolazione costituita da anziani e dell’assegno di cura quale strumento di supporto alla famiglia** che mantiene nel proprio contesto l’anziano non autosufficiente.

La popolazione italiana invecchia sempre più e, nel contesto nazionale ed europeo, l’Emilia-Romagna (con un’elevata percentuale di anziani con più di 65 anni) si presenta come una regione particolarmente interessata dai mutamenti legati all’invecchiamento della popolazione.

In questo contesto, il quadro demografico della popolazione anziana risulta essere strettamente legato ad una programmazione della risposta assistenziale e di presa in carico in grado di fornire trattamenti sanitari e sociali

In sintesi

- Al 01/01/2007 il 22,8% della popolazione residente in Emilia-Romagna ha più di 65 anni, il 6,7% ha più di 80 anni
- Progressiva femminilizzazione della popolazione anziana (il 66% degli anziani con più di 80 anni è composto da donne)
- L’indice di vecchiaia e la percentuale di anziani con più di 65 anni sono superiori al dato nazionale ed europeo
- Le previsioni demografiche indicano per i prossimi anni un forte incremento della popolazione giovanile e un aumento della popolazione anziana
- Tendenza al ringiovanimento della popolazione in termini di rapporto fra anziani e giovani, in seguito agli incrementi più marcati della popolazione in età giovanile rispetto all’aumento della popolazione anziana
- Si assiste a una modifica delle strutture familiari (aumento delle famiglie unipersonali costituite da persone anziane)
- Nel contesto nazionale ed europeo l’Emilia-Romagna è una regione particolarmente longeva: nel 2007 la stima della speranza di vita alla nascita è di 78,9 anni per gli uomini e 84,4 anni per le donne
- Al 01/01/2007 rispetto al totale della popolazione con più di 65 anni, il 57,7% risulta essere coniugato/a, il 33,1% è vedovo/a
- Le donne, anche in età anziana, sostengono carichi di lavoro familiare consistenti

³ Al PAR è dedicato un sito internet, attivato nel mese di luglio 2007 (<http://www.regione.emilia-romagna.it/par/>), dove è possibile reperire documentazione, materiali e informazioni sulle principali iniziative e progetti di attuazione del Piano.

Una caratteristica della struttura demografica dell'Emilia-Romagna e, in generale, del panorama nazionale è l'elevato peso percentuale della popolazione anziana. Il progressivo processo di invecchiamento della popolazione interessa infatti tutto il territorio nazionale, evidenziando una discreta variabilità.

In particolare, analizzando la situazione dell'Emilia-Romagna, si assiste ad un aumento del numero degli anziani e ad un incremento più marcato della componente giovanile. La Regione è stata infatti interessata negli ultimi anni da alcune trasformazioni che hanno portato a una nuova **"primavera demografica"**: dopo una lunga fase di stazionarietà che ha caratterizzato gli anni Ottanta, l'ammontare della popolazione regionale ha registrato nell'ultimo decennio un incremento rilevante ad opera soprattutto del fenomeno migratorio, che contribuisce a rafforzare le classi giovanili e incide sulla ripresa della natalità.

Al 01/01/2007 la popolazione regionale è pari a 4.223.585 unità, con un incremento del 7,2% nell'ultimo decennio (al 01/01/1997 era pari a 3.939.330). L'aumento della popolazione ne modifica la struttura, in particolare per quanto riguarda anziani e giovani: **le persone con più di sessantacinque anni** risultano essere 961.323 (22,8% del totale) e aumentano la propria consistenza del 13,8% rispetto al 1997. Il numero di "grandi anziani", ossia le **persone con più di 80 anni** registra un aumento del 3,0% rispetto all'anno precedente; il peso percentuale sul totale della popolazione regionale passa dal 5,7% del 1997 al 6,7% del 2007.

Il 22,8% della popolazione emiliano-romagnola ha più di 65 anni

I ragazzi fino ai 14 anni rappresentano il 12,6% della popolazione, contro un peso del 10,9% rispetto al 01/01/1997.

Tabella 4: Emilia-Romagna - Popolazione residente per grandi classi di età al 01/01/2007 (valori assoluti e percentuali). Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rilevazione per sesso ed età della popolazione residente.

	0-14 anni	15-39 anni	40-64 anni	65 anni e oltre	di cui 80 anni e più	Totale
Valori assoluti	533.637	1.278.120	1.450.505	961.323	283.791	4.223.585
Valori %	12,6	30,3	34,3	22,8	6,7	100

Più della metà degli anziani è composto da donne

La percentuale di anziani si differenzia per genere: al 01/01/2007 le donne rappresentano il 58% degli anziani con più di 65 anni e si sale al 66% se si

considerano gli ultra-ottantenni.

Un importante indicatore della struttura per età della popolazione è l'indice di vecchiaia⁴. **L'Emilia-Romagna è stata a lungo soggetta ad un invecchiamento della popolazione in termini di rapporto tra anziani e giovani. A partire dalla seconda metà degli anni novanta l'indice di vecchiaia ha iniziato a diminuire, non in seguito a una riduzione nel numero degli anziani ma in ragione dell'aumento più consistente della componente giovanile che va a compensare la crescita del contingente anziano** (si assiste quindi a un forte aumento nel denominatore dell'indice).

L'andamento dell'indice di vecchiaia

Nel 1998 l'indice ha raggiunto il suo massimo (197,2, ovvero due over 65 anni ogni ragazzo di età inferiore ai 14 anni) per poi iniziare a diminuire negli anni successivi. **L'indice di**

⁴ **Indice di vecchiaia:** rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e la popolazione fra 0 e 14 anni.

vecchiaia al 01/01/2007 è pari a 180,2, valore ancora elevato ma che permette di evidenziare il trend in diminuzione.

L'indice si differenzia se calcolato per genere in seguito alla maggiore presenza femminile in questa fascia d'età ma risulta comunque in diminuzione per entrambe le componenti.

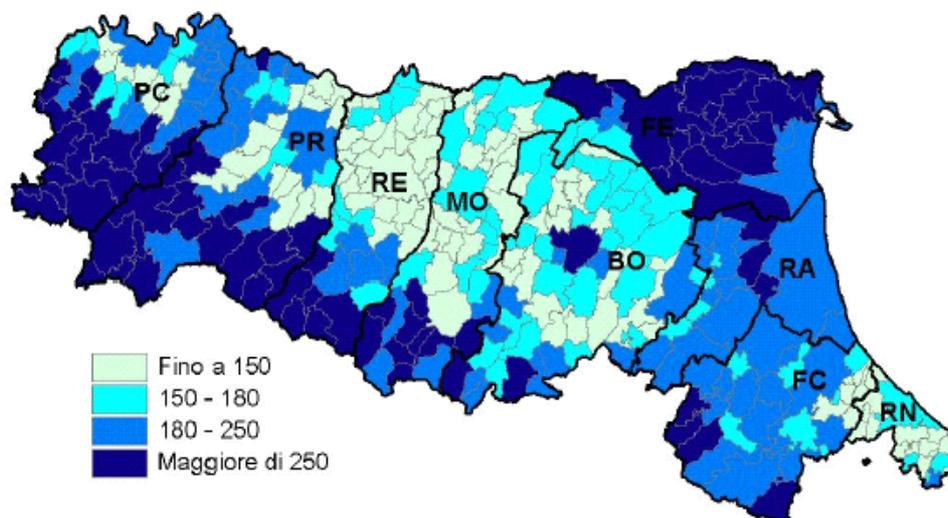
Questo “ringiovanimento” della popolazione, in termini di rapporto fra anziani e giovani, è dovuto in larga parte al contributo della popolazione straniera residente⁵.

Per approfondimenti si rimanda alla consultazione dei dati e delle pubblicazioni disponibili sul sito di statistica della Regione Emilia-Romagna (<http://www.regione.emilia-romagna.it/statistica/>) nella sezione “Popolazione”.

Il processo di invecchiamento non è omogeneo sul territorio

La figura 2, invece, evidenzia la **variabilità territoriale** dell'indice di vecchiaia nei comuni della Regione, dove è possibile individuare una zona di invecchiamento che va dalla provincia di Ferrara all'Appennino di Forlì-Cesena attraversando la provincia di Ravenna. Il processo di invecchiamento non è infatti distribuito in modo omogeneo sul territorio, in quanto le aree collinari e montane sono maggiormente interessate da un punto di vista quantitativo: considerando i Comuni distinti per zona altimetrica, dalla montagna alla pianura l'indice di vecchiaia passa da 251,9 a 173,7, il valore per la collina è intermedio (pari a 186).

Figura 2: Emilia-Romagna - indice di vecchiaia della popolazione residente al 01/01/2007. Fonte: “Quadro demografico dell'Emilia-Romagna al 01/01/2007”, Regione Emilia-Romagna.



Da un confronto tra i valori assunti dai principali indicatori calcolati per l'Italia e l'Europa, risulta che l'Emilia-Romagna presenta un indice di vecchiaia e una percentuale di anziani con più di sessantacinque anni superiori al dato nazionale e al dato europeo, anche se il trend evidenzia un ringiovanimento.

⁵ La prevalenza di persone in età giovanile è una delle caratteristiche principali della popolazione straniera. Al 01/01/2007 i cittadini stranieri residenti in Emilia-Romagna rappresentano il 7,5% della popolazione complessiva, il 20,8% è composto da ragazzi fino ai 14 anni e la fascia più giovane della popolazione in età lavorativa (15-39 anni) è del 52,8%. La popolazione straniera con più di 65 anni è pari al 1,7% (Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rilevazione regionale della popolazione straniera residente).

Al 01/01/2007 la composizione percentuale della popolazione dell'UE25 è caratterizzata per il 15,9% di popolazione fino ai 14 anni (rispetto al 14,1% nazionale e al 12,6% dell'Emilia-Romagna), 17% di anziani (19,9% per l'Italia e 22,8% per la Regione), la popolazione in età lavorativa è il 67,1%.

L'Emilia-Romagna è fra le regioni più anziane d'Europa

Gli indici di dipendenza totale e di struttura della popolazione attiva⁶ sono più alti rispetto ai valori per l'Italia e per l'Europa: il primo indice evidenzia per l'Emilia-Romagna 55 persone (tra giovanissimi e anziani) dipendenti da 100 persone in età lavorativa, il secondo evidenzia una struttura più anziana della popolazione attiva.

Tabella 5: Confronto fra Emilia-Romagna, Italia e UE25 al 01/01/2007. Fonte: Regione Emilia-Romagna ed Eurostat ⁷.

	Emilia-Romagna	Italia	UE 25
% popolazione fino a 14 anni	12,6	14,1	15,9
% popolazione 65 anni e più	22,8	19,9	17,0
% popolazione 15-64 anni	64,6	66,0	67,1
Indice di vecchiaia	180,2	141,5	107,3
Indice di struttura popolazione attiva	113,5	104,2	98,3
Indice di dipendenza totale	54,8	51,5	49,0

Le politiche socio-sanitarie, con particolare attenzione in questo ambito all'assegno di cura, attribuiscono alla famiglia un ruolo centrale. Di seguito si propongono quindi alcuni dati al fine di evidenziare brevemente i riflessi del processo di invecchiamento sulle tipologie famigliari e sulle reti di parentela.

Fra le profonde trasformazioni sociali coinvolte dall'invecchiamento della popolazione rientra l'aumento delle **famiglie unipersonali**, in quanto il vivere in famiglie di questo tipo è un fenomeno che interessa particolarmente le età anziane. Secondo i dati del Censimento Istat 2001 il numero di famiglie in Regione è pari a 1.652.425, di cui 27,7% (457.345) è costituito da famiglie unipersonali (+40,3% rispetto al Censimento del 1991). Il numero di **famiglie unipersonali con più di 65 anni** è pari a 234.871 (51,4% sul totale delle famiglie unipersonali), mentre 147.074 sono le famiglie unipersonali con più di 75 anni (con un'incidenza del 32,2%).

Modifica delle strutture familiari

In particolare, la presenza femminile risulta preponderante fra le età anziane: **sul totale delle famiglie unipersonali con più di 65 anni l'incidenza delle donne è del 77,7%**.

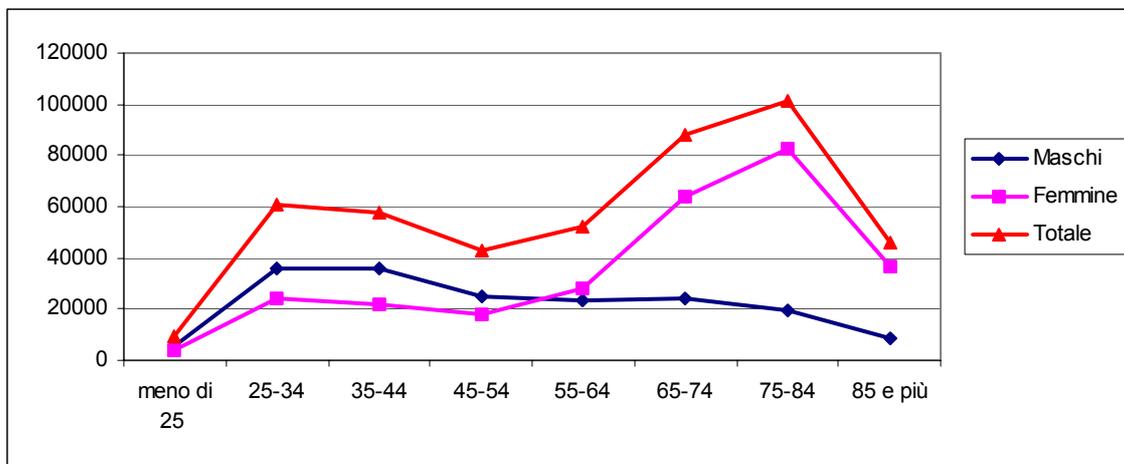
La distribuzione delle famiglie unipersonali per classi di età e genere al censimento 2001 è descritta dal seguente grafico.

⁶ **Indice di dipendenza totale:** popolazione in età 0-14 anni e popolazione in età superiore a 65 anni per 100 residenti in età 15-64 anni. Evidenzia la quota di persone in età non lavorativa ogni 100 in età lavorativa (la popolazione in età non lavorativa è composta dai giovani fino ai 14 anni e dagli anziani oltre i 65 anni).

Indice di struttura della popolazione attiva: popolazione in età 40-64 anni per 100 residenti in età 15-39 anni. Evidenzia il rapporto fra la quota della popolazione attiva più anziana e la quota più giovane.

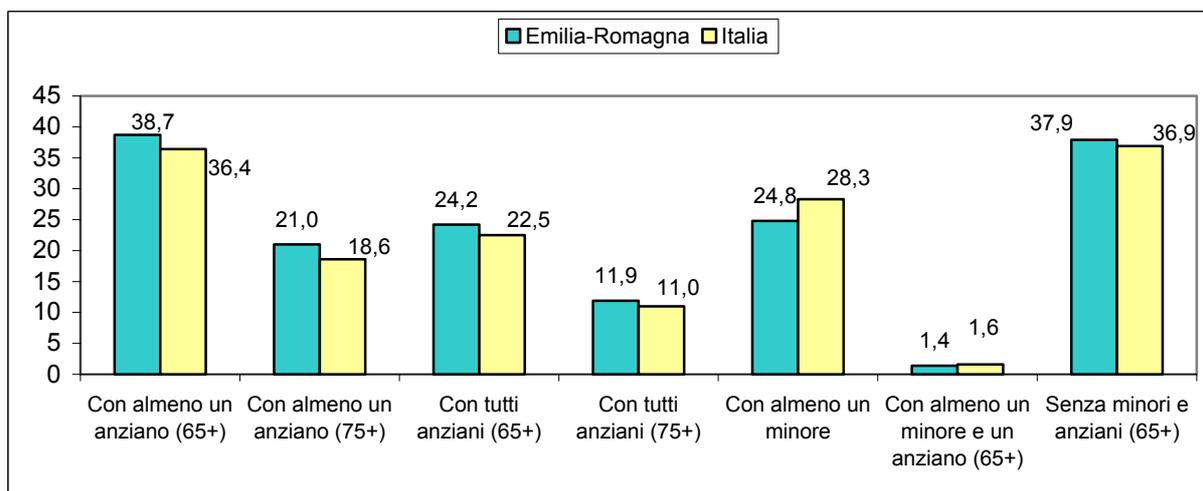
⁷ Eurostat è l'Ufficio Statistico della Comunità Europea. Per dati e approfondimenti si rimanda al sito <http://ec.europa.eu/eurostat> e alle pubblicazioni "Eurostat statistical yearbook 2008" e "Regions: Statistical yearbook 2006"

Grafico 8: Famiglie unipersonali in Emilia Romagna al Censimento 2001 per classe di età e sesso.
Fonte: Istat, 14° Censimento della popolazione e delle abitazioni.



Oltre al Censimento (la cui cadenza è decennale), un'altra importante fonte informativa sulle famiglie è l'Indagine Multiscopo annuale "Aspetti della vita quotidiana" condotta dall'Istat. Gli ultimi risultati sono relativi alla media 2005-2006 e sono consultabili sul sito dell'Istat (<http://www.istat.it/>). **In Emilia-Romagna, così come in Italia, il numero di famiglie con anziani è più elevato rispetto a quello delle famiglie con minori:** le famiglie con almeno un sessantacinquenne sono il 38,7%, quelle con almeno un minore rappresentano il 24,8%. Le famiglie con almeno un anziano di oltre 75 anni risultano essere il 21,0%⁸.

Grafico 9: Emilia-Romagna e Italia – Famiglie con anziani, famiglie con bambini per alcune tipologie. Media 2005-2006 (per 100 famiglie).
Fonte: Istat, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", Media 2005-2006.



L'invecchiamento della popolazione si riflette sulla composizione della popolazione per stato civile. Questo legame si può evidenziare, ad esempio, nella maggiore sopravvivenza rispetto

⁸ Per ulteriori approfondimenti si rimanda anche al Dossier statistico "La famiglia in Italia" realizzato dall'Istat e dal Ministero delle politiche per la famiglia.

al passato e si ripercuote particolarmente nelle età anziane, dove il differenziale di mortalità fra donne e uomini comporta che il numero di vedove sia molto superiore al numero di vedovi.

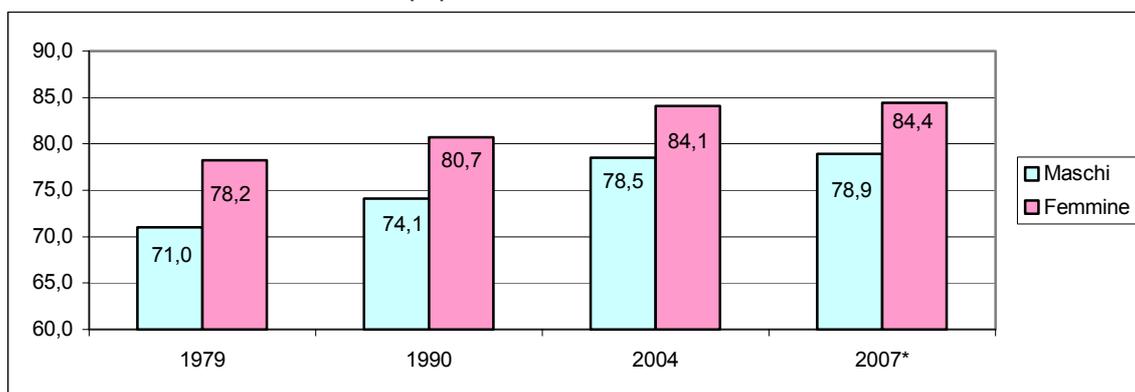
La vita media delle donne è più lunga rispetto a quella degli uomini

Nel 2007 la stima per l'Emilia-Romagna della speranza di vita⁹ alla nascita per le donne è di 84,4 anni e 78,9 anni per gli uomini. Complessivamente, la diminuzione della mortalità riconducibile a fattori medici, scientifici e sociali,

ha portato ad un aumento nella speranza di vita. La vita media delle donne è più lunga rispetto a quella degli uomini, anche se, nel corso degli anni, si sta lentamente riducendo il divario tra i due generi in seguito a una maggiore omogeneità nei comportamenti e negli stili di vita: si assiste quindi a una tendenza all'avvicinamento fra i valori dei due indicatori (la differenza era pari a 7,2 nel 1979, 6,6 nel 1990, 5,6 nel 2004 e risulta 5,5 nel 2007), come evidenziato dal seguente grafico (il dato riferito al 2007 è stimato). Questa tendenza si riscontra anche a livello nazionale.

Per quanto riguarda la speranza di vita a 65 anni, nel 2004 è pari a 17,9 anni per gli uomini e 21,9 anni per le donne.

Grafico 10 : Emilia-Romagna - Speranza di vita alla nascita per genere Anni 1979, 1990, 2004 e 2007
Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana 1974-2004



* per il 2007 il dato è stimato

Nel **confronto con il contesto europeo**, dove la speranza di vita alla nascita nel 2004 è pari a 75,6 anni per gli uomini e 81,7 anni per le donne (UE25) e **con il valore nazionale** (per l'Italia i valori risultano essere rispettivamente 77,9 e 83,7 anni), **l'Emilia-Romagna si caratterizza**

Una regione particolarmente longeva

come una Regione particolarmente longeva.

Considerando la **speranza di vita in buona salute alla nascita** il vantaggio da parte delle donne si modifica: in Emilia-Romagna è pari a 55 anni per i maschi e 51,2 anni per le femmine (anno 2005), con un divario di 3,8 anni a svantaggio delle donne. Le donne vivono quindi più a lungo rispetto agli uomini ma la maggiore longevità è spesso accompagnata da condizioni di salute peggiori.

⁹ La **speranza di vita o vita media** è il numero medio di anni che una persona può ancora attendersi di vivere, calcolato in base ai tassi specifici di mortalità registrati nell'anno considerato. La speranza di vita può essere calcolata *alla nascita* e misura il numero medio di anni di vita di un individuo nato in un determinato anno, oppure *in diversi momenti della vita* e misura il numero medio di anni che rimangono da vivere ai sopravvissuti di una determinata età.

La **speranza di vita in buona salute**, indicatore sintetico dello stato di salute, rappresenta il numero di anni che, ad una determinata età, una persona può attendersi di vivere in buona salute.

L'aumento della speranza di vita, l'invecchiamento della popolazione, il crescente inserimento delle donne nel mercato del lavoro (con la necessità di conciliare tempi di lavoro retribuito con il lavoro domestico e familiare) sono fattori che incidono sulle reti di parentela e di solidarietà all'interno delle quali vivono gli individui:

la famiglia rappresenta infatti la maggiore istituzione responsabile del lavoro di cura nei confronti dei componenti non autosufficienti.

Le reti di solidarietà e i forti carichi di lavoro di cura per le donne

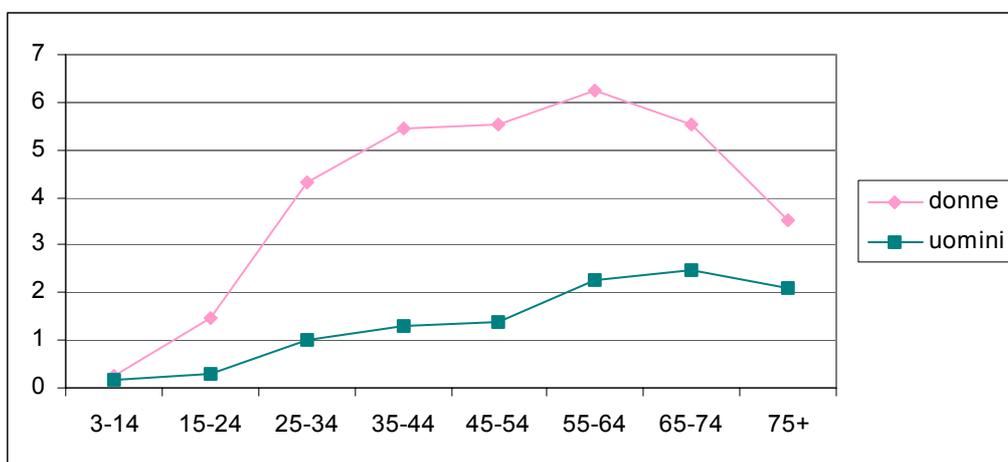
Il lavoro di cura non riguarda solo lo svolgimento di funzioni assistenziali, coinvolge la presa in carico dei bisogni, lo scambio di affettività e un utile indicatore è il carico di lavoro di cura che incide sulla popolazione femminile.

Esistono differenze di genere nell'organizzazione della vita quotidiana. In tutti i Paesi dell'Unione Europea le donne dedicano più tempo al lavoro familiare rispetto al lavoro extra-domestico (il lavoro familiare include la cura dei componenti della famiglia e altre attività come preparazione dei pasti e pulizia della casa). Si sottolinea però che all'Italia appartiene il primato del tempo dedicato dalle donne al lavoro familiare seguita dall'Estonia, mentre all'opposto si collocano le svedesi (Eurostat, *A statistical view of the life of women and men in EU25*, new release, 29, 2006).

Mediamente, le donne italiane dedicano al lavoro familiare 4 ore e 30 minuti, gli uomini 1 ora e 28 minuti. Questo *gap* di genere si manifesta in tutte le classi di età, dall'infanzia e adolescenza fino alle età più avanzate dove le donne, anche quelle di età superiore ai 75 anni, continuano a sostenere consistenti carichi di lavoro domestico, come evidenziato nel grafico che segue¹⁰.

Grafico 11 : Italia, durata media generica¹¹ in ore e minuti dedicata al lavoro familiare per genere e classe d'età (anni 2002-2003).

Fonte: Istat, "I tempi della vita quotidiana, un approccio multidisciplinare all'analisi dell'uso del tempo"



Questi dati aiutano a identificare chi sono le persone maggiormente coinvolte nelle attività domestiche e di cura e si tratta di aspetti che trovano riscontro in indagini mirate finalizzate a identificare le relazioni di cura tra anziani, assistenti familiari e famiglie degli assistiti. Emerge che ad occuparsi di anziani non autosufficienti sono in prevalenza donne di età

¹⁰ Per ulteriori approfondimenti e per la metodologia di analisi si rimanda alle statistiche Istat sull'uso del tempo e alla pubblicazione Istat, Ministero per le Pari Opportunità "Conciliazione dei tempi di vita e natalità".

¹¹ Un importante indicatore dell'uso del tempo è la durata media generica, riferita a un giorno medio settimanale, alla cui costruzione concorrono tutti i giorni della settimana.

compresa fra i 50 e i 75 anni con legami di parentela stretti con l'anziano (Dossier "La sostenibilità del lavoro di cura, famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna" a cura dell'Agenzia Sanitaria Regionale). **Gli anziani risultano quindi non solo beneficiari ma spesso anche fornitori dell'aiuto e del sostegno.**

L'assegno di cura per gli anziani come sostegno per le famiglie – Le caratteristiche dell'intervento

Il quadro demografico delineato ben illustra come l'assegno di cura rappresenti un importante strumento per sostenere le famiglie che mantengono l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto,

valorizzando il lavoro di cura.

La normativa prevede che **l'entità dell'assegno** sia stabilita in funzione di determinati parametri:

- 1- in base alla gravità della condizione di non autosufficienza dell'anziano;
- 2- alle necessità assistenziali;
- 3- alle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario che la famiglia e gli altri soggetti coinvolti si impegnano a garantire.

Se l'anziano non autosufficiente è titolare di indennità di accompagnamento o indennità analoga, erogata dall'INPS, dall'INAIL o da altri, il contributo economico alla famiglia viene ridotto. Questi elementi vengono messi in relazione con l'obiettivo di mantenere l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto abitativo.

Tabella 6: Contributo economico giornaliero dell'assegno di cura. Fonte: Regione Emilia-Romagna

	Anno 2006 (DGR 378/2006)	Anno 2007 (DGR 122/2007)	Anno 2008 (DGR 2/2008)
Livello A (assistenza di livello elevato)	18,11 €	19,50 €	21,50 €
Livello B (assistenza di livello alto)	12,08 €	13,50 €	15,00 €
Livello C (assistenza di livello medio)	8,45 €	9,50 €	11,50 €

NB: Per quanto riguarda l'assegno di cura in presenza di indennità di accompagnamento, secondo quanto previsto dalla DGR 378/2006, il contributo economico alla famiglia è ridotto a: euro 7,75 (livello A), euro 5,17 (livello B), euro 3,62(livello C). Dal 01/04/2007 non possono più essere concessi assegni di cura di livello C a soggetti che percepiscono indennità di accompagnamento, ad eccezione del mantenimento dello stesso ad esaurimento per coloro che a tale data già percepiscono l'assegno di cura di livello C ridotto (DGR 122/2007).

Si segnala che a partire dall'1 febbraio 2005 la fruizione dei contratti per l'assegno di cura e il rinnovo dei contratti esistenti risultano essere legati alla **valutazione della condizione economica del solo anziano beneficiario definite in base all'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente)**¹². Precedentemente, si applicava quanto previsto dalla

¹² Nella DGR 2686/2004 si prevede:

- l'utilizzo dell'ISEE (indicatore della situazione economica equivalente);
- il nucleo familiare di riferimento costituito dal solo anziano beneficiario;
- l'aggiornamento del limite ISEE. I limiti indicati vengono rivalutati annualmente al 31/12, sulla base della variazione percentuale dell'indice dei prezzi al consumo calcolato dall'ISTAT.

La Determina 1908/2008 stabilisce che a partire dal 01/01/2008 il limite ISEE dell'anziano beneficiario delle cure non dovrà essere superiore a 21.120,00 euro.

DGR 1377/99 dove il nucleo familiare di riferimento, ai fini della determinazione del **reddito complessivo**, era costituito da **tutti i soggetti conviventi, compreso l'anziano**.

Attraverso l'approvazione della DGR 1206/2007 che contiene gli indirizzi attuativi sul FRNA, si è avviata, a partire dal 7 novembre 2007, **una sperimentazione che prevede un ulteriore contributo di 160 euro** al mese per i beneficiari dell'assegno di cura che ricorrono ad **assistenti familiari** con regolare contratto (a prescindere dal livello dell'assegno A, B o C). A tal fine, la condizione economica e patrimoniale del beneficiario in base all'indicatore ISEE non deve essere superiore a 10.000 euro ed è necessario attestare la regolare contrattualizzazione del rapporto di lavoro. Nei primi quattro mesi del 2008 sono stati individuati 1164 beneficiari di questo contributo.

Alcuni dati sull'assegno di cura per gli anziani

Si presentano di seguito alcuni dati circa l'utilizzo dell'assegno di cura per gli anziani, tratti dalle relazioni a cura della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali sull'applicazione della DGR n. 1377/99.

Tabella 7: Emilia-Romagna. Totale contratti (assegno di cura) attivi al 31/12.

Fonte: Relazioni sull'applicazione della DGR n. 1377/99.

Aziende USL	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Piacenza	689	744	772	967	1.079	1.110
Parma	818	922	729	1.187	1.049	1.477
Reggio Emilia	649	729	815	1.363	1.362	1.086
Modena	1.032	1.078	1.109	1.618	1.278	1.191
Imola	232	266	320	375	426	437
Bologna	1.570	1.962	2.160	2.610	2.246	2.892
Ferrara	461	599	759	774	784	858
Ravenna	578	568	856	1.210	1.046	1.045
Forlì	313	369	433	698	725	769
Cesena	191	376	349	473	504	573
Rimini	260	256	342	485	307	714
Emilia-Romagna	6.793	7.869	8.644	11.760	10.806	12.152

La diffusione dell'assegno di cura negli ambiti delle Aziende USL è influenzata da molte variabili fra le quali la diversa articolazione della rete dei servizi, le strutture familiari, la distribuzione dei livelli assistenziali. Pertanto, le differenze fra Aziende USL possono essere correttamente analizzate in relazione a questi aspetti.

Al 31/12/2006 i contratti attivi risultano essere 12.152, con un incremento del 12,5% rispetto all'anno precedente e del 40,6% rispetto al 2003, confermando la continua erogazione di assegni nel corso del tempo.

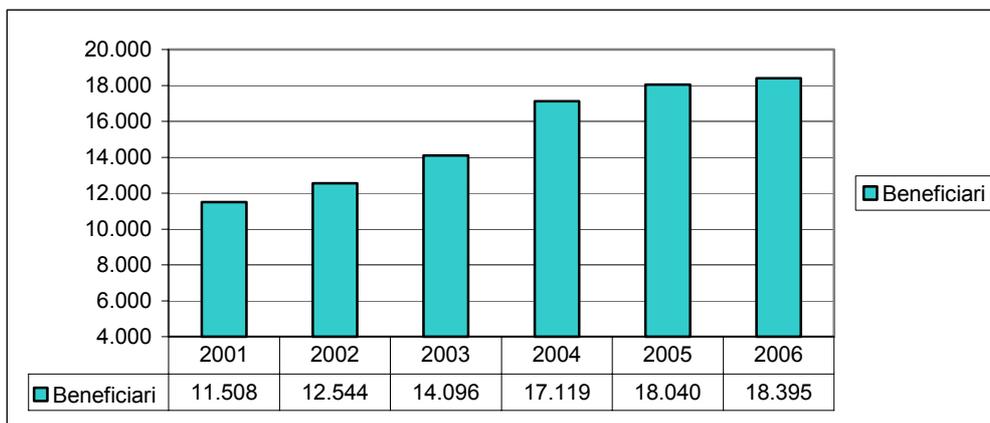
Per quanto riguarda la distinzione nei tre livelli assistenziali indicati precedentemente, i 12.152 assegni concessi nel 2006 risultano suddivisi per il 21,1% nel livello A (2.569 assegni), per il 58,8% nel livello B (7.141 assegni) e per il 20,1% nel livello C (2.442 assegni). Anche per gli anni precedenti si assisteva alla stessa tipologia di distribuzione per livello assistenziale.

Il numero di assegni di cura attribuiti a persone che ricevono anche l'indennità di accompagnamento dal 2003 al 2006 è aumentato del 53,4%. Al 31/12/2006 il numero di contratti attivi con indennità di accompagnamento (e per questo d'importo ridotto) risulta essere pari a 8.454, pari al 69,6% dei complessivi 12.152 (al 31/12/2005 risultavano essere 7.754, pari al 71,8% del totale). Considerando i livelli assistenziali, gli assegni ridotti per

l'indennità di accompagnamento risultano essere l'88,7% degli assegni di livello A, il 74,5% per il livello B e il 35% per il livello C.¹³

Per quanto riguarda i destinatari, il numero di anziani che hanno ricevuto l'assegno di cura nel 2006 è pari a 18.395 unità, con un incremento del 59,9% rispetto al 2001.

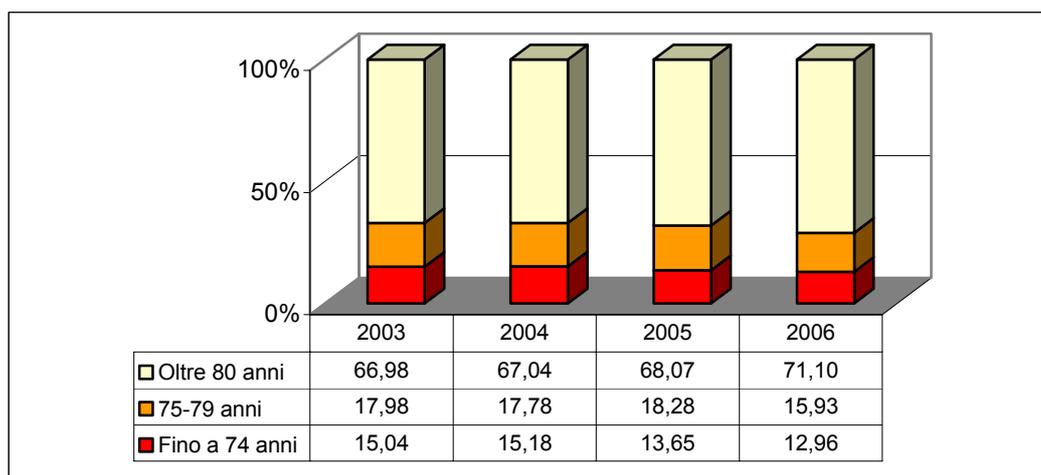
Grafico 12: Emilia-Romagna. Totale persone che hanno usufruito dell'assegno di cura dal 2001 al 2006 (valori assoluti). Fonte: Relazione sull'applicazione della DGR n. 1377/99. Anno 2006



Sulla base della rilevazione dei dati per **età dei beneficiari**, dei 18.395 anziani che hanno usufruito dell'assegno di cura nel 2006, il 71,1% ha più di 80 anni, il 15,9% ha un'età fra i 75 e i 79 anni e il 13% ha meno di 74 anni. Il quadro della distribuzione dei beneficiari per classe di età è analogo agli anni precedenti, come evidenziato dal grafico seguente.

Grafico 13: Emilia-Romagna. Distribuzione per classi di età delle persone che ricevono l'assegno di cura (anni 2003-2006, valori percentuali).

Fonte: Relazione sull'applicazione della Deliberazione della Giunta Regionale n. 1377/99. Anni 2003-2006

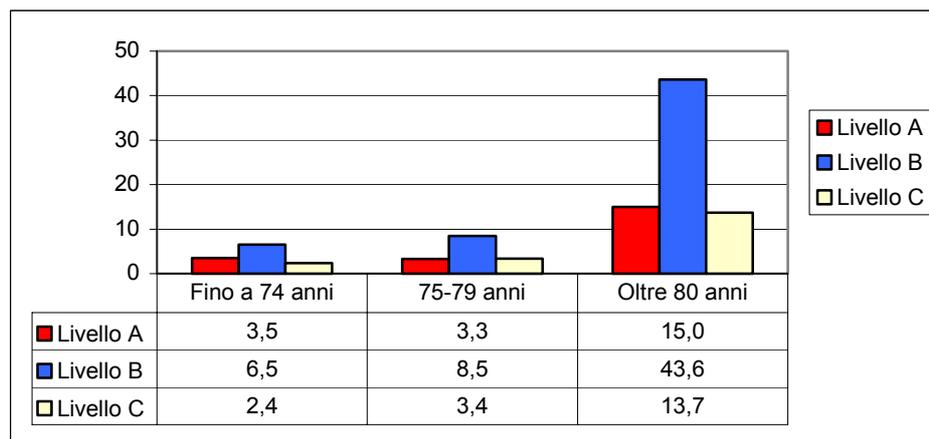


¹³ Si ricorda che, a partire dal 01/04/2007, non possono più essere concessi assegni di cura di livello C a soggetti che percepiscono l'indennità di accompagnamento, fatto salvo il mantenimento a esaurimento per coloro che a tale data già lo percepiscono, secondo quanto previsto dalla DGR 122/2007.

Analizzando congiuntamente classe di età e fascia assistenziale, rispetto al totale degli anziani che nel 2006 hanno ricevuto l'assegno di cura, **si registra la prevalenza del livello assistenziale medio (B) per tutte le fasce d'età**, come evidenziato dal seguente grafico. Il 43,6% del totale dei beneficiari è composto da ultraottantenni con livello assistenziale B (8.028 persone).

Grafico 14: Emilia-Romagna. Distribuzione dei beneficiari per livello assistenziale e classi di età delle persone che ricevono l'assegno di cura (valori percentuali sul totale dei beneficiari).

Fonte: Relazione sull'applicazione della Deliberazione della Giunta Regionale n. 1377/99. Anno 2006



Un anziano non autosufficiente dipende da altre persone per lo svolgimento delle attività quotidiane e, nella maggioranza dei casi, è la famiglia il responsabile di cura¹⁴. Tenuto conto che, nel 57,6% dei casi (dati per l'anno 2006 della citata relazione sull'assegno di cura) i familiari che si prendono cura degli anziani a domicilio convivono con l'assistito, sostenere e promuovere il mantenimento a domicilio dell'anziano significa "sostenere le persone che scelgono di prestare cura ai propri familiari o conoscenti".

Per quanto riguarda il ricorso ad assistenti familiari alle attività di cura, la DGR 2686/2004 prevede che, al fine di favorire l'emersione e la qualificazione del lavoro di cura a domicilio, il familiare che si assume la responsabilità dell'accordo/contratto si impegni a sottoscrivere con l'assistente familiare un contratto di lavoro e a favorire la partecipazione dell'assistente ad apposite iniziative di aggiornamento e formazione. Per il 2006, delle 18.395 persone che hanno percepito l'assegno di cura, il 34,2% hanno dichiarato di ricorrere a un'assistente familiare e hanno sottoscritto il relativo impegno.

Oltre agli anziani, l'assegno di cura viene concesso anche a persone con handicap grave, al fine di favorire la vita delle persone nell'ambito del proprio contesto sociale ed affettivo, fornendo un supporto alla famiglia per assolvere i compiti di cura e sostegno.

L'assegno di cura per disabili

L'assistenza alle persone disabili ha le sue basi fondamentali nell'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali e nel coinvolgimento delle famiglie, con l'obiettivo di costruire un sistema di servizi ed interventi in grado di rispondere alle esigenze della persona in termini

¹⁴ Per approfondimenti si rimanda al Dossier "La sostenibilità del lavoro di cura, famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna", a cura dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

unitari, globali, integrati e flessibili (PSSR 2008-2010). L'attenzione è dedicata all'intero progetto di vita della persona, promuovendo una visione unitaria dei bisogni e finalizzata a migliorare la qualità della vita delle persone disabili attraverso la loro partecipazione e inclusione ai diversi ambiti della vita sociale come la famiglia, la scuola, il lavoro.

Obiettivo del settore socio-sanitario consiste quindi nel **favorire e sostenere l'autonomia e la vita indipendente delle persone con disabilità, in particolare per quanto riguarda il sostegno alle scelte di permanenza al proprio domicilio**. In questo contesto, un importante strumento utilizzabile nella realizzazione di un progetto personalizzato, legato alla valorizzazione del ruolo attivo delle famiglie, è rappresentato dall'assegno di cura (art. 12 LR 2/2003).

Alcuni dati sulla disabilità in Emilia-Romagna

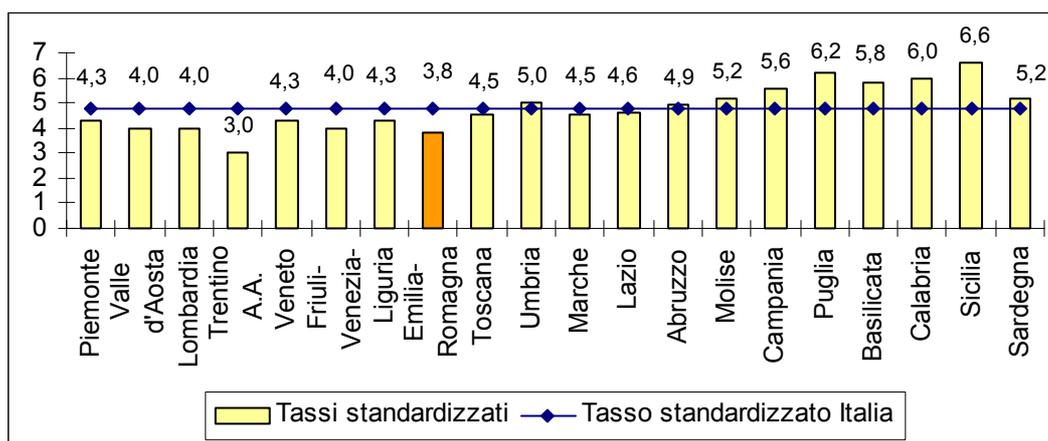
In Italia, nel 2005, le persone con disabilità che hanno più di sei anni sono 2 milioni e 600 mila, 171.000 in Emilia-Romagna (stime Istat nell'ambito dell'indagine multiscopo "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari").

L'indagine è la principale fonte per stimare la popolazione con problemi di disabilità in Italia. Le stime non includono le persone istituzionalizzate in quanto la popolazione d'interesse è costituita dalle famiglie residenti in Italia e dagli individui che le compongono, inoltre non vengono inclusi i disabili di età inferiore ai sei anni. Il seguente grafico riporta i tassi standardizzati per età.

In sintesi

- L'Istat stima che nel 2005 in Emilia-Romagna le persone disabili con più di 6 anni residenti in famiglia siano 171.000;
- Il tasso standardizzato per età è del 3,8% (4,8% a livello nazionale);
- La disabilità risulta in calo (4,8% nel 2005 rispetto a 5,7% nel 1994);
- Le differenze di genere evidenziano uno svantaggio per le donne, maggiormente colpite da disabilità;
- La tipologia di disabilità più diffusa consiste in limitazioni nell'esercizio di funzioni della vita quotidiana.

Grafico 15: Persone con disabilità di 6 anni e più per Regione (tassi standardizzati)¹⁵. Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari", Anno 2005



Nel 2005 la quota della popolazione italiana disabile è pari al 4,8% della popolazione di sei

¹⁵ Il **tasso standardizzato** permette di confrontare popolazioni che hanno una diversa struttura per età. Il tasso "grezzo" dipende infatti non solo dal fenomeno oggetto di analisi ma anche dalla struttura per età della popolazione, mentre attraverso il calcolo del tasso standardizzato si riconduce la popolazione alla stessa composizione per età, in modo che le differenze fra le regioni non siano riconducibili al fattore età ma al fenomeno d'interesse.

anni e più (nel 1994 il tasso standardizzato per età era pari al 5,7%). A livello regionale sono le regioni meridionali che presentano i livelli più elevati del tasso standardizzato: Sicilia (6,6%), Puglia (6,2%), Calabria (6,0%), Basilicata (5,8%). In Emilia-Romagna il tasso risulta essere del 3,8%.¹⁶

Per quanto riguarda la tipologia di disabilità, il tasso standardizzato più elevato si riscontra nel caso di limitazioni nell'esercizio di funzioni della vita quotidiana (3% della popolazione con più di sei anni a livello nazionale e 2,3% per l'Emilia-Romagna), ovvero si tratta di persone che non risultano autonome nello svolgimento di attività quotidiane o di cura della persona.

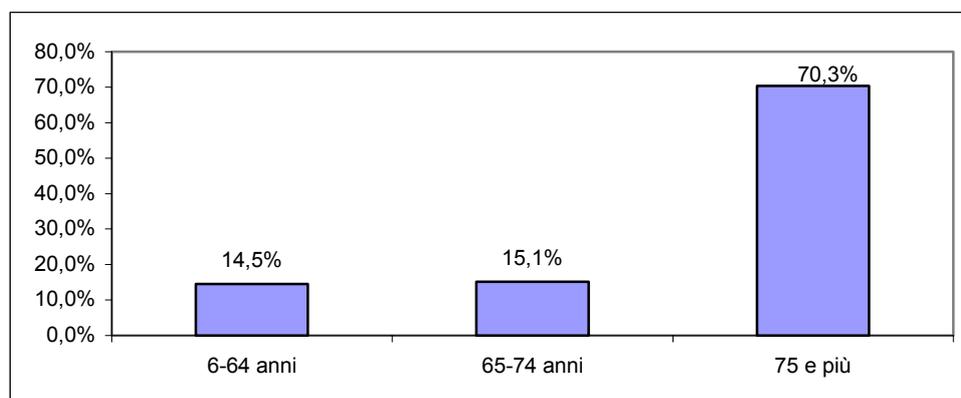
Il 2,3% delle persone con più di sei anni presenta difficoltà nel movimento (come camminare, salire le scale e così via), 1,9 % per l'Emilia-Romagna; il 2,1% risulta confinato (1,6% per l'Emilia-Romagna), ovvero è costretto permanentemente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione per motivi psichici o fisici. Infine, difficoltà nell'ambito della comunicazione (limitazioni nel vedere, sentire, parlare) interessano l'1,1% della popolazione con più di sei anni a livello nazionale e lo 0,8% a livello regionale.

Il fenomeno della disabilità è molto diffuso fra le età anziane, in cui le patologie di tipo invalidante si cumulano al processo di invecchiamento, come evidenziato dal seguente grafico.

Inoltre, si individua uno svantaggio femminile nella presenza di disabilità in quanto è disabile il 5,8% delle donne contro il 2,9% degli uomini (Emilia-Romagna, persone di 6 anni e più), aspetto in larga misura riconducibile alle differenze di genere che si riscontrano dopo i 65 anni (è disabile il 20% delle donne rispetto al 10,3% degli uomini). Anche a livello nazionale si registra la medesima situazione.

Le donne risultano più colpite da disabilità

Grafico 16: Emilia-Romagna, persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia per classe d'età, valori percentuali. Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari", Anni 2005



¹⁶ Il testo completo dell'indagine, le tavole di dati e la nota metodologica sono consultabili nel sito dell'Istat www.istat.it. Inoltre, si rimanda al sito "Disabilità in cifre" <http://www.disabilitaincifre.it/default.asp> realizzato dall'Istat nell'ambito del progetto "Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità" promosso dal Ministero della Solidarietà Sociale.

Per rilevare la disabilità l'Istat fa riferimento a una batteria di quesiti individuati da un gruppo di lavoro dell'OCSE sulla base della classificazione ICIDH (*International Classification of Impairment, Disease, Disability and Handicap*) dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) in base alla quale una persona è definita "disabile" se presenta gravi difficoltà a carattere permanente in almeno una delle seguenti dimensioni: confinamento, difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, difficoltà nella comunicazione.

Il **contesto familiare e il rapporto con parenti e amici** hanno una grande importanza per l'integrazione delle persone disabili, al fine di fornire un sostegno psicologico importante e rapporti interpersonali soddisfacenti.

Nel 2004 l'Istat ha realizzato un'indagine sulle persone con disabilità che vivono in famiglia ("L'integrazione sociale delle persone con disabilità") per **cogliere l'integrazione dei disabili nel contesto di vita, come relazioni, scuola, lavoro, tempo libero. L'indagine considera le persone con disabilità non anziane (fra i 4 e i 67 anni)** ed è stata realizzata nell'ambito del progetto "Sistema di Informazione statistica sulla disabilità"¹⁷.

Considerando il totale delle persone non anziane con disabilità (dati a livello nazionale), il ruolo più diffuso all'interno della famiglia è quello di genitore (42,0%), seguono quello di coniuge in una coppia senza figli (23,4%) e la posizione di figlio (22,1%) in una coppia o con un solo genitore, il 6,2% vive da solo.

L'assegno di cura viene erogato dai Comuni ai sensi dell'articolo 12 della LR 2/2003 e della delibera di Giunta n. 1122 del 01/07/2002 (Direttiva per la formazione di progetti personalizzati finalizzati a favorire le condizioni di domiciliarità e le opportunità di vita indipendente dei cittadini in situazione di handicap grave - assegno di cura e di sostegno) e si rivolge alle persone in situazione di handicap grave e alle relative famiglie.

Le caratteristiche dell'assegno di cura per disabili

Attraverso la successiva Delibera di Giunta n. 2068/2004 (Il sistema integrato di interventi sanitari e socio assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni) si vanno a consolidare e integrare gli interventi attuati dalla DGR 1122/2002, ampliando la sfera dei beneficiari "all'insieme di coloro che acquisiscono disabilità gravissime conseguenti a patologie/deficit che si manifestano in età adulta derivanti da varie cause (traumi, malattie cronico degenerative), dalle quali deriva una grave dipendenza nel compiere le normali attività della vita quotidiana fino a raggiungere situazioni di totale non autosufficienza e/o di minima coscienza". La delibera 2068/2004 individua le seguenti condizioni:

- gravissime cerebrolesioni acquisite;
- gravissime mielolesioni;
- gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata (ad esempio Sclerosi Laterale Amiotrofica, Coree, etc.).

Si tratta di patologie che coinvolgono nella maggior parte dei casi persone giovani e adulti che in precedenza erano autonome, in piena età scolastica o lavorativa, che comportano quindi gravi conseguenze non solo sul soggetto interessato ma anche sulla famiglia.

Risultano prioritari gli interventi a favore di **persone in età adulta (15-64 anni)**.

Ai sensi della DGR 1122/2002 **l'importo giornaliero** dell'assegno è fissato in 15,49 euro; nel caso di impegno assistenziale ridotto e nell'ambito di progetti assistenziali individualizzati che prevedono il ricorso anche ad altri servizi o interventi, il contributo giornaliero può essere fissato in 10,33 euro. Con la delibera 2068/2004 è stato individuato un ulteriore livello di contributo, pari a 23 euro al giorno, a favore di **persone con disabilità gravissime** o in stato vegetativo e/o di minima coscienza assistite al domicilio, **in situazione di dipendenza totale**,

¹⁷ Per consultare il testo dell'indagine e la nota metodologica si rimanda al sito http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20050704_00/.

non in grado di collaborare all'assistenza personale e che necessitano di assistenza completa nell'arco delle 24 ore. Nel corso del 2005 quindi, le AUSL in collaborazione con i Comuni hanno avuto il compito di attivare il terzo livello di contribuzione.

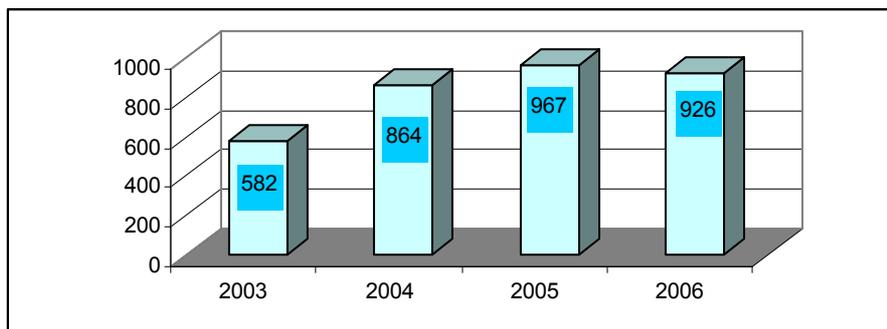
Per l'accesso al contributo il valore ISEE del nucleo familiare del soggetto beneficiario non deve superare i 34.000 euro (DGR 1122/02).

Come nel caso degli anziani, l'assegno di cura è alternativo al ricovero in strutture residenziali e integra l'accesso alle altre opportunità della rete dei servizi disponibili sul territorio così come individuati nel Piano di Zona.

I dati relativi all'utilizzo dell'assegno di cura per disabili¹⁸ evidenziano un incremento nel numero di contratti che passano da 582 al 31/12/2003 a 926 al 31/12/2006 (+59,1%).

Grafico 17: Emilia-Romagna. Contratti attivi per disabili dal 2003 al 2006 (dati al 31/12).

Fonte: Relazione sul monitoraggio sullo stato di attuazione della DGR 1122/02



Per quanto riguarda la distribuzione sulla base dell'importo, i contratti da 10,33 euro e 15,59 euro risultano essere rispettivamente il 47,4% e il 52,6%, andamento registrato anche per gli anni precedenti. Nel corso del 2005 è stato introdotto, per le situazioni di maggiore gravità, il terzo livello contributivo pari a 23 euro al giorno; a inizio 2006 sono state 103 le persone che hanno visto cessare il proprio assegno da 10 o 15 euro per ricevere il nuovo assegno.

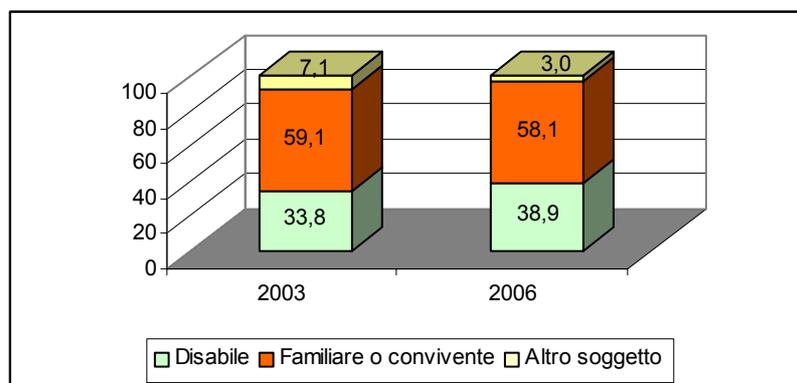
Le **caratteristiche degli utenti** possono essere così sintetizzate:

- **tipologia di deficit:** l'assegno di cura viene utilizzato prevalentemente per far fronte a disabilità fisiche che richiedono un aiuto personale e domestico in seguito alla condizione di non autosufficienza. Inoltre, vi si ricorre per far fronte a situazioni di disabilità plurima e in misura più ridotta per le disabilità psichiche.
- **Età:** l'assegno di cura per disabili si caratterizza come un intervento rivolto alle persone in età adulta, in quanto gli utenti si suddividono in prevalenza nelle fasce d'età 19-45 anni e 45-65 anni. Al 31/12/2006 il 47,9% dei destinatari ha un'età compresa fra i 19 e i 45 anni, il 50,8% ha fra i 45 e i 65 anni, l'1,3% ha un'età inferiore ai 18 anni.
- **Destinatari:** l'assegno di cura è uno strumento attivabile nell'ambito di un progetto di vita indipendente. In prevalenza gli assegni vengono erogati ai familiari anche se risulta in aumento la percentuale di assegni erogati direttamente alla persona disabile (38,9% al 31/12/2006 rispetto a 33,8% al 31/12/2003, come evidenziato dal seguente grafico).

¹⁸ I dati qui presentati circa l'utilizzo dell'assegno di cura per disabili rappresentano una parte di una più ampia selezione attualmente in fase di elaborazione e aggiornamento presso i competenti servizi di Giunta.

Grafico 18: Emilia-Romagna. Tipologia di destinatario del contributo, anni 2003 e 2006 (valori al 31/12)

Fonte: Relazione sul monitoraggio sullo stato di attuazione della DGR 1122/02.



Risorse e destinatari

La seguente tabella riepiloga i beneficiari dell'assegno di cura per anziani e disabili, unitamente alle risorse erogate, dal 2003 al 2006.

Tabella 8: Emilia-Romagna – Beneficiari dell'assegni di cura e risorse erogate (anni 2003-2006, valori assoluti).

Fonte: Regione Emilia-Romagna (DPEF 2008-2010), "Utilizzo dell'indicatore ISEE nelle politiche regionali", a cura del Servizio Controllo strategico e statistica. Relazione sull'applicazione della DGR n. 1377/99. Anno 2006

	<i>Beneficiari assegni di cura</i>			
	2003	2004	2005	2006
Anziani	14.096	17.119	18.040	18.395
Disabili	582	864	1.179	1.220

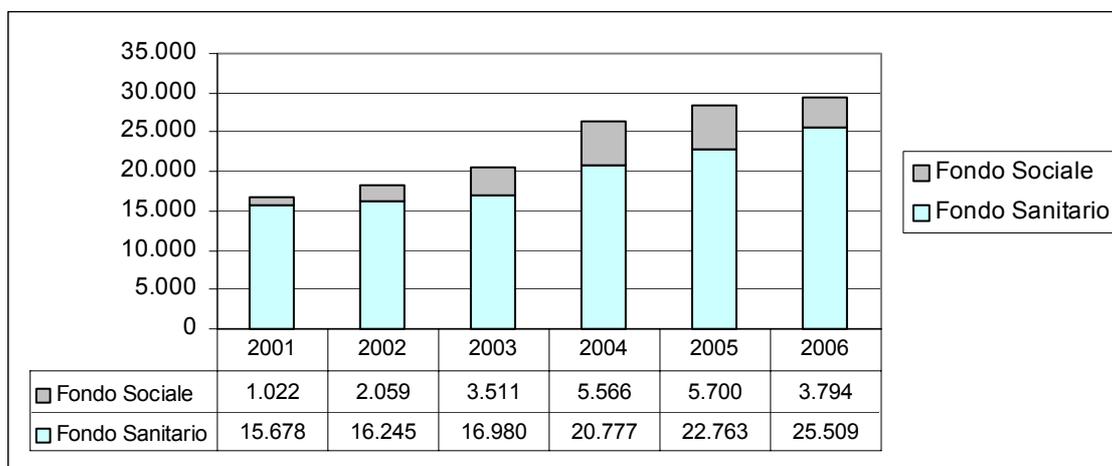
	<i>Risorse erogate</i>			
	2003	2004	2005	2006
Anziani	20.491.000	26.343.000	28.463.000	29.304.000
Disabili	1.250.000	2.000.000	2.630.000	3.097.000

NB: Le risorse erogate indicate sono il totale delle risorse utilizzate (Fondo sanitario + Fondo sociale)

Nella definizione del budget delle risorse disponibili per l'assegno di cura per gli anziani concorrono quote delle risorse del **Fondo Sanitario** e del **Fondo sociale**. Partendo dai dati forniti dalle relazioni di Giunta, il grafico che segue individua le risorse utilizzate dal 2001 al 2006 per l'effettiva erogazione degli assegni di cura per gli anziani. In proposito, si segnala come i tempi e le procedure del finanziamento regionale comportino un fisiologico slittamento temporale tra l'anno di assegnazione delle risorse e l'anno di effettivo utilizzo. Considerando che i dati proposti nel grafico fanno riferimento alle effettive erogazioni, i dati per i singoli anni è ipotizzabile facciano riferimento anche a stanziamenti di anni precedenti (per approfondimenti si rinvia alla Relazione sull'assegno di cura relativa all'anno 2006).

Grafico 19: Emilia-Romagna. Somme erogate per l'assegno di cura per gli anziani, anni 2001-2006 (valori assoluti, migliaia di euro).

Fonte: Relazione sull'applicazione della Deliberazione della Giunta Regionale n. 1377/99. Anno 2006



NB: Le relazioni di Giunta sull'Assegno di cura, dalle quali sono tratti i dati, segnalano che la rilevazione delle quote riferite al Fondo sociale sono meno omogenee rispetto a quelle del Fondo sanitario e che l'attendibilità di detti dati "va migliorata". Si sono quindi indicate separatamente le risorse del Fondo sanitario rispetto quelle del Fondo sociale.

L'avvio del Fondo Regionale per la non Autosufficienza (FRNA) modifica le modalità di finanziamento del sistema, includendo al suo interno, tra gli altri interventi, anche l'assegno di cura. Secondo quanto previsto dalla DGR 509/2007 (FRNA, programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009), obiettivo del triennio 2007-2009 è un progressivo aumento dell'entità del contributo economico per gli anziani che non percepiscono indennità di accompagnamento per i tre livelli e l'esclusione della concessione di nuovi assegni di livello C per coloro che percepiscono l'indennità di accompagnamento (garantendo la continuità per le situazioni in essere).

Il Fondo Regionale per la non Autosufficienza e l'assegno di cura

L'obiettivo consiste nel giungere, nell'arco del triennio, alla concessione dell'assegno di cura con una valutazione integrata con la disponibilità dell'indennità di accompagnamento. In questo modo si vuole garantire maggiore equità fra i cittadini utilizzando in modo coordinato tutte le risorse destinate alla non autosufficienza, integrando i diversi assegni di cura esistenti perseguendo omogeneità nell'entità del contributo economico, nei criteri e nelle procedure.

Il FRNA per l'anno 2007 è definito in 311 milioni di euro quale sostegno delle attività e dei servizi per la non autosufficienza. Di questi 311 milioni, 211 quale consolidamento per il 2007 del livello delle risorse derivanti dal Fondo sanitario regionale nella misura già destinata a queste finalità per il 2006, e ulteriori 100 milioni quali risorse aggiuntive per il 2007 derivanti anche dalla fiscalità generale regionale. La delibera, rispetto la disponibilità complessiva di 311 milioni di euro stabilisce di accantonare la somma di 15 milioni di euro, riservandosi di valutarne la destinazione in base a successivi approfondimenti tematici. Di seguito, nella tabella 6, il riparto del Fondo per l'anno 2007 per Azienda USL.

Tabella 9: Emilia-Romagna – Riparto FRNA per l’anno 2007 per Azienda USL.
Fonte: DGR 509/2007

Azienda USL	Totale FRNA	<i>di cui FRNA assegnato sulla base popolazione 75+</i>	<i>di cui Assegno di cura gravissime disabilità acquisite</i>
Piacenza	21.229.877	20.927.657	302.220
Parma	30.765.666	30.379.496	386.170
Reggio Emilia	31.511.662	30.965.987	545.675
Modena	42.727.249	42.139.599	587.650
Bologna	61.935.974	61.138.449	797.525
Imola	8.877.094	8.776.354	100.740
Ferrara	27.458.755	26.913.080	545.675
Ravenna	28.064.035	27.728.235	335.800
Forlì	13.665.490	13.405.245	260.245
Cesena	12.279.759	11.994.329	285.430
Rimini	17.754.295	17.435.285	319.010
Totale	296.269.856	291.803.716	4.466.140

Al Fondo regionale per la non autosufficienza è dedicato il paragrafo successivo.

2.2 Il Fondo regionale per la non autosufficienza

Il Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA), previsto dall’art. 50 della LR 2/2003 ed istituito dall’art. 51 della LR 27/2004 (legge finanziaria regionale), **rappresenta una delle azioni strategiche per la costruzione del sistema regionale integrato dei servizi sociali e sanitari.**

Strategica è infatti la scelta di garantire il sostegno alla domiciliarità per soddisfare i bisogni delle persone non autosufficienti e le loro famiglie, attraverso il potenziamento dei servizi domiciliari, la valorizzazione delle relazioni e il supporto della rete familiare. Con l’avvio del Fondo la rete dei servizi socio-sanitari agisce quindi per sostenere la scelta delle persone non autosufficienti di rimanere nel proprio ambiente di vita, assumendo la realtà delle famiglie come centrale.

Dopo alcuni anni di sperimentazione, **il fondo è stato avviato nel 2007 con la DGR 509/2007** “Fondo regionale per la non autosufficienza. Programma per l’avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009”, gli indirizzi attuativi sono contenuti della **DGR 1206/2007**. Queste Delibere promuovono in via prioritaria il potenziamento e la qualificazione degli interventi a sostegno delle famiglie e alla domiciliarità, al fine di mantenere il più possibile la persona non autosufficiente nel suo contesto ambientale. Gli obiettivi della costruzione del FRNA possono essere così riassunti:

- ricerca di maggiore equità nello sviluppo della rete dei servizi e delle opportunità, unitamente alla promozione di livelli omogenei di opportunità di accesso al sistema della rete alle persone in condizione di non autosufficienza e alle famiglie;
- un alleggerimento del carico economico che oggi pesa sulle famiglie per la fruizione dei servizi della rete e per l’assolvimento dei compiti di cura;
- la qualificazione e personalizzazione degli interventi e dei servizi e l’equità complessiva del sistema, sia in termini di opportunità di accesso che di contribuzione al costo dei servizi.

Il Piano Sociale e Sanitario conferma a carico del fondo i servizi e gli interventi sociali e sanitari che costituiscono la rete “storica” dell’offerta assistenziale a favore delle persone non autosufficienti:

- assegno di cura per anziani, disabilità gravissime e gravi;
- assistenza domiciliare per anziani e disabili;
- strutture diurne e residenziali.

Oltre a questo, vengono promosse nuove opportunità assistenziali a favore delle famiglie e delle persone (*care-giver*) che assistono la persona non autosufficiente che vive a domicilio tra le quali:

- ricoveri temporanei e di sollievo;
- iniziative di emersione e qualificazione delle assistenti familiari;
- servizi di E-CARE (in particolare, Telesoccorso e Teleassistenza);
- consulenza e sostegno economico per l’adattamento domestico alle esigenze delle persone non autosufficienti.

Il **sistema di governo del FRNA** si caratterizza dall’integrazione istituzionale, assicurata dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria (CTSS) e dal Comitato di Distretto individuato dalla LR 2/2003 e dalla LR 29/2004. In particolare:

- la CTSS favorisce il raccordo tra la programmazione Regionale e quella distrettuale e ripartisce le risorse nel primo triennio, con l’obiettivo di assicurarne un’equa allocazione;
- il Comitato di Distretto esercita le funzioni di governo relativamente alla programmazione distrettuale attraverso l’approvazione del Piano delle attività per la non autosufficienza nell’ambito del Piano di Zona e dei Piani attuativi annuali, attraverso il quale si definiscono le priorità di utilizzo del fondo nel rispetto dei criteri minimi regionali.

La gestione del Fondo è affidata al Comitato di Distretto che, secondo quanto previsto dall’art. 51 LR 27/2004, “definisce le priorità di utilizzo del Fondo tra i diversi servizi in relazione alla specificità del territorio” e garantisce il coerente, successivo raggiungimento di tali priorità. Il Comitato di Distretto provvede alla programmazione, destinazione e monitoraggio delle risorse del Fondo attraverso l’Ufficio di piano.

Il FRNA è destinato ad interventi a favore di cittadini residenti in Emilia-Romagna non autosufficienti ed ha contabilità separata e destinazione vincolata nell’ambito del Bilancio delle Aziende USL. Le risorse (vedi la tabella 9 anticipata nel capitolo precedente) sono ripartite fra le Aziende sanitarie locali sulla base della distribuzione della popolazione residente con più di settantacinque anni, con eccezione dell’assegno di cura per gravissime disabilità acquisite (il riparto avviene in base alla frequenza dei casi). In ragione della destinazione vincolata, le somme assegnate e non spese nell’anno di assegnazione confluiscono nel fondo per gli anni successivi.

2.3 Uno strumento per l'accesso: lo sportello sociale

La L.R. 2/03 all'art. 7 prevede che l'accesso al sistema locale dei servizi sociali a rete sia garantito da sportelli sociali – attivati dai Comuni in raccordo con le AUSL - che forniscono informazioni ed orientamento ai cittadini sui diritti e le opportunità sociali, sui servizi e gli interventi del sistema locale, nel rispetto dei principi di semplificazione e che i Comuni organizzino l'attività degli sportelli sociali con modalità adeguate a favorire il contatto anche di chi, per difficoltà personali e sociali, non vi si rivolga direttamente. Si tratta di un obiettivo ambizioso finora sperimentato su 32 territori della Regione.

Il **PSSR 2008-2010** afferma l'obiettivo che nell'arco del triennio, a tutti i cittadini della regione, sia garantito:

- il **diritto all'accesso** alla rete dei servizi e delle prestazioni sociali e socio-sanitarie;
- il **diritto all'informazione e alla presa in carico**;
- il **diritto**, nell'ambito della regolazione del sistema integrato e delle risorse finanziarie che lo sostengono, ad un **piano assistenziale individuale** appropriato.

Per aprire lo sportello è necessario fare:

- 1) la ricostruzione dei percorsi di accesso ai servizi;
- 2) la ricostruzione della mappa dei servizi offerti;
- 3) la connessione sistematica dei punti di accesso alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari del territorio, anche attraverso sistemi informativi condivisi;
- 4) l'apertura di punti fisici di accesso, in sedi facilmente riconoscibili al cittadino, prive di barriere architettoniche;
- 5) la formazione degli operatori addetti allo sportello sociale.

Nel 2003 la Regione ha avviato la sperimentazione su 32 territori.

Nel 2007 si è avuta la conclusione e la rendicontazione della sperimentazione avviata nel 2003 ed è stato avviato un confronto sulla sperimentazione, teso ad individuare punti di forza e di criticità emersi.

Sulla base della valutazione delle sperimentazioni saranno definite le linee guida regionali ai sensi dell'art. 7 della L.R. 2/03.

Il PSSR prevede che con un successivo atto la Regione definisca le linee di indirizzo per il futuro sviluppo degli sportelli sull'intero territorio.

Nel 2008 è stata ripartita la somma di € **1.400.000,00** per la realizzazione del programma di Promozione e sviluppo degli sportelli sociali.

Per il perseguimento di tale obiettivo è essenziale la definizione di un sistema unificato, **di livello distrettuale**, di accesso ai servizi ed agli interventi, che preveda criteri e modalità comuni, e che presupponga la connessione tra gli sportelli sociali e gli sportelli unici distrettuali al fine di assicurare ai cittadini adeguata informazione ed orientamento ai servizi sociali e sanitari da entrambi gli accessi e la presenza di equipe interprofessionali che garantiscano il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica la cui complessità richiede la predisposizione di una risposta altrettanto complessa.

3.1 Breve analisi sul processo di trasformazione delle IPAB

Per analizzare le importanti novità che interessano lo specifico settore delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (Ipab), ora divenute in gran parte Aziende di servizi alla persona (Asp), è utile partire, anche al fine di delineare un quadro il più possibile completo del tema, dalla legge 8 novembre 2000, n. 328 recante la “legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”. Ora va detto e specificato che la materia del “sociale” è da sempre, assieme a quella sanitaria, una materia “decentrata” (si vedano al riguardo il d.P.R. 15 gennaio 1972, n. 9 e il successivo d.P.R. 24 luglio 1977, n. 616). Tuttavia, la legge quadro, pur non introducendo un’assoluta novità nell’ordinamento, ha per la prima volta fissato le linee di un “sistema integrato di servizi sociali” in cui sono chiamati a fornire il proprio contributo, quali co-protagonisti, ed in nome innanzitutto del principio di sussidiarietà, enti locali, regioni e Stato. Circa allora le Ipab, la delega contenuta nell’art. 10 della legge quadro ha permesso alle regioni di intervenire sul tema con una propria normativa in maniera il più possibile definitiva, con l’obiettivo di inserire le stesse Istituzioni, trasformatesi in gran parte in Aziende di servizi alla persona, nel sistema regionale di assistenza. Sul punto è molto chiaro il nuovo Piano sociale e sanitario 2008 - 2010 laddove esplicitamente, al Capitolo 7, definisce questi nuovi enti “soggetti pubblici produttori ed erogatori di servizi”: essi saranno quindi strumenti fondamentali in campo assistenziale, anzi, prosegue sempre il Piano, “dovranno rapportarsi alle esigenze della programmazione locale”.

L’art. 10 della legge quadro, da cui scaturisce poi il D. Lgs. 4 maggio 2001, n. 207 evidenzia innanzitutto la volontà di conferire alle Ipab, all’interno del sistema integrato, una funzione non solo di erogazione, ma anche di programmazione. Altro

Il quadro normativo nazionale

aspetto di rilievo è certamente il modello organizzativo proposto; al riguardo, il legislatore delegante prevede la “trasformazione della forma giuridica delle Ipab” ipotizzando due possibili schemi, uno pubblicistico, pur con forti accenti di autonomia, e l’altro essenzialmente privatistico. Infatti, da un lato, l’art. 10, co. 1, lett. b) parla di “autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica compatibile con il mantenimento della personalità giuridica pubblica” e allo stesso tempo di “forme di controllo relative all’approvazione degli statuti, dei bilanci annuali e pluriennali, delle spese di gestione del patrimonio in materia di investimenti, delle alienazioni, cessioni e permutate, nonché di forme di verifica dei risultati di gestione, coerenti con la loro autonomia”; dall’altro alla lett. d) dello stesso comma prevede la possibile trasformazione delle Ipab “in associazioni o in fondazioni di diritto privato fermo restando il rispetto dei vincoli posti dalle tavole di fondazione e degli statuti”. Come ben sappiamo, il modello per il quale “propende” il nostro legislatore regionale è quello della “Azienda di servizi alla persona - Asp”, modello per alcuni aspetti “inedito”, se relazionato alle finalità da garantire.

Vi è poi, sempre nello stesso articolo, un insieme di disposizioni che mirano a razionalizzare il settore, prescindendo dalla questione del modello organizzativo. Ecco che quindi, in nome dell’efficienza, sono possibili per le Ipab:

- a) accorpamenti e fusioni a fini riorganizzativi;
- b) separazione della gestione dei servizi da quella dei patrimoni, “garantendo comunque la finalizzazione degli stessi allo sviluppo e al potenziamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

c) scioglimento nei casi di inattività da due anni ovvero risultino esaurite le finalità previste nelle tavole di fondazione o negli statuti.

È poi previsto - altro dato importante - che quelle Ipab che si limitano esclusivamente all'amministrazione del proprio patrimonio adeguino gli statuti "a principi di efficienza, efficacia e trasparenza ai fini del potenziamento dei servizi" ed inoltre che siano contemplati, negli stessi, "appositi strumenti di verifica della attività di amministrazione dei patrimoni".

Venendo ora al decreto n. 207 del 2001, che espressamente (art. 1, co. 1) regola il riordino delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, il legislatore delegato "impone" la trasformazione in Asp di quelle Ipab "che svolgono direttamente attività di erogazione di servizi assistenziali" (art. 5, co. 1). Allo stesso tempo tuttavia sono previste una serie di esclusioni, tra le quali vanno riportate innanzitutto quelle inerenti specifiche realtà, per le quali il legislatore ha voluto garantire la massima autonomia: da un lato le Ipab che operano prevalentemente nel settore scolastico, alle quali si applicano le disposizioni del d.P.C.M. 16 febbraio 1990 (art. 3, co. 1), e dall'altro gli enti equiparati alle Ipab in virtù dell'art. 91 della "legge Crispi" (ad esempio eremi o confraternite), i quali "deliberano la propria trasformazione in enti con personalità giuridica di diritto privato senza sottostare ad alcuna verifica di requisiti".

La trasformazione in Asp è esclusa, poi, in una serie di ipotesi non così "definite" come quelle ora riportate, in quanto riferite a quattro parametri generici, che trovano maggiore definizione nelle leggi e negli atti regionali. L'art. 5, co. 2 esclude quindi la trasformazione in Asp nelle seguenti ipotesi:

- a) nel caso in cui le dimensioni dell'Ipab non giustifichino il mantenimento della personalità giuridica di diritto pubblico;
- b) nel caso in cui l'entità del patrimonio e il volume del bilancio siano insufficienti per la realizzazione delle finalità e dei servizi previsti dallo statuto;
- c) nel caso di verificata inattività nel campo sociale da almeno due anni;
- d) nel caso risultino esaurite o non siano più conseguibili le finalità previste nelle tavole di fondazione o negli statuti.

Non va dimenticato, inoltre, che le Ipab, che pur svolgono direttamente attività di erogazione di servizi assistenziali e che quindi rientrerebbero appieno nell'obbligo di trasformazione in Asp, non sono tenute a farlo se è possibile la loro depubblicizzazione in virtù del d.P.C.M. 16 febbraio 1990.

Nel caso di cui alla lettera c) il legislatore delegato non prevede tout court, pur potendo in base alla delega di cui all'art. 10 della legge quadro (vedi co. 1, lett. h), l'immediato scioglimento dell'istituzione - comunque contemplata quale possibile fase successiva - ma consente, come pure nel caso di cui alla lettera b), di avviare un piano di risanamento, anche mediante fusione con altre istituzioni. Anche nell'ipotesi sub d), prima di giungere - eventualmente - allo scioglimento, il legislatore dà la possibilità di "tenere in vita" l'istituzione: quest'ultima, infatti, ove disponga di risorse adeguate, "può deliberare la modifica delle finalità statutarie in altre finalità il più possibile simili a quelle previste nelle tavole di fondazione", prevedendo anche in questo caso fusioni per così dire "strategiche". Quindi soltanto nel caso di insufficienti dimensioni - lett. a) - la via dello scioglimento sembra ineludibile.

Le ipotesi di esclusione, come già detto, sono definite dalle regioni (art. 5, co. 3): si deve al riguardo tener conto "del territorio servito dall'istituzione, della tipologia dei servizi e della complessità delle attività svolte, del numero e della tipologia degli utenti e di ogni altro elemento necessario per la classificazione delle istituzioni".

Circa ora i caratteri dell'Azienda per i servizi alla persona, nuova figura creata ad hoc ex lege vanno evidenziati quegli elementi risultanti già dalla delega legislativa: assenza di fini di lucro, riconoscimento della personalità giuridica di diritto pubblico, forte autonomia, innanzitutto statutaria. Il decreto delegato è ancora più chiaro quando, all'art. 6, co. 1, afferma che l'Asp "opera con criteri imprenditoriali" o anche che "informa la propria attività di gestione a criteri di efficienza, efficacia ed economicità, nel rispetto del pareggio di bilancio da perseguire attraverso l'equilibrio dei costi e dei ricavi". È utile riportare inoltre che l'Azienda "può porre in essere tutti gli atti ed i negozi, anche di diritto privato, funzionali al perseguimento dei propri scopi istituzionali", come pure può esternalizzare la gestione del proprio patrimonio (art. 6, co. 3).

La trasformazione in Asp non è l'unica opzione prevista dal legislatore delegato dal momento che questa operazione si verifica solo in determinati casi (art. 5, co. 1). Nelle altre ipotesi, ossia quando è espressamente esclusa la trasformazione in soggetti pubblici, si assiste ad una modifica istituzionale dell'Ipab in associazione o fondazione di diritto privato, nel rispetto delle originarie finalità statutarie, che trovano disciplina nel d.P.R. 10 febbraio 2000, n. 361. Va sottolineato che questi nuovi soggetti dismettono sì la loro veste pubblicistica ma rimangono comunque gestori di servizi sociali, e pertanto sono definite "persone giuridiche di diritto privato senza fine di lucro, dotate di piena autonomia statutaria e gestionale e perseguono scopi di utilità sociale" (art. 16, co. 3).

Il quadro normativo regionale

Fatto un quadro della normativa nazionale è possibile ora focalizzare l'attenzione sui compiti delle regioni nell'opera di riordino delle Ipab. Al riguardo, è necessario innanzitutto evidenziare i momenti in cui "si innesta" l'intervento regionale, partendo dalla constatazione, come già detto, della volontà del legislatore nazionale di inserire gli enti trasformati nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali. A tal uopo "le regioni definiscono:

- a) le modalità di partecipazione delle istituzioni e delle loro associazioni o rappresentanze alle iniziative di programmazione e gestione dei servizi;
- b) l'apporto delle istituzioni al sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari;
- c) le risorse regionali eventualmente disponibili per potenziare gli interventi e le iniziative delle istituzioni nell'ambito della rete dei servizi."

La legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 recante "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", e che riporta al Titolo IV le disposizioni sul riordino delle Ipab, non sembra discostarsi affatto dal decreto n. 207: è facile notare, infatti, sommariamente lo stesso impianto normativo. Ricordando che quest'ultimo conferisce alle regioni, tra le altre cose, il compito di definire le ipotesi di esclusione elencate nel suo art. 5, co. 2, e riferite a parametri quali le dimensioni dell'istituzione, l'entità del patrimonio, l'eventuale inattività da almeno due anni e l'esaurimento delle finalità statutarie o di fondazione dell'ente, l'art. 23 L. R. n. 2/2003 dispone innanzitutto, al comma 1, che il Consiglio regionale stabilisca i parametri per la trasformazione in Asp sulla base dei seguenti elementi: a) il territorio servito dall'Azienda; b) la tipologia dei servizi; c) la complessità ed innovatività delle attività svolte; d) il numero e la tipologia degli utenti; e) il volume di bilancio; f) il patrimonio mobiliare ed immobiliare.

In base all'art. 23, comma 5 l'Istituzione si trasforma in Azienda quando:

- a) svolge direttamente attività socio-assistenziale o socio-sanitaria, anche associata all'erogazione di contributi economici;
- b) opera prevalentemente in ambito scolastico e non ha i requisiti previsti dal d.P.C.M. 16 febbraio 1990;

c) in assenza dei parametri per la trasformazione, presenta, anche con altre Istituzioni, un piano di riorganizzazione o di risanamento che può prevedere fusioni.

A differenza del decreto n. 207, dunque, la legge regionale parla anche di “attività socio-sanitaria”.

Secondo il comma 6, invece, l’Istituzione può trasformarsi in Associazione o Fondazione quando:

- a) possiede i requisiti previsti dal d.P.C.M. 16 febbraio 1990;
- b) svolge attività socio-assistenziali ed educative, ma non possiede le dimensioni sufficienti per trasformarsi in Azienda;
- c) non svolge prioritariamente attività socio-assistenziali ed educative rispetto ad altre attività.

Infine, il comma 7 dispone l’estinzione dell’ente quando lo stesso non rientri nei casi di cui al comma 5 e, contestualmente, non abbia i requisiti previsti per la trasformazione in Asp o in Associazione o Fondazione oppure, ancora, non provvede alla fusione con altra Istituzione. Al riguardo va ricordato che uno dei poteri che il legislatore delegato conferisce alle regioni (art. 19 d. lgs. n. 207) è quello di promozione ed incentivazione delle fusioni tra istituzioni, nell’ottica di un riordino del settore dell’assistenza razionale e semplificato. Sul punto l’art. 23, al suo comma 3, e quindi prima ancora di prevedere in quali casi l’Ipab può trasformarsi in Asp o in un ente di diritto privato, parla di “piano di trasformazione o di fusione con altra Istituzione”: il nostro legislatore dà quindi molto rilievo a questo eventuale passaggio che porta comunque alla creazione di una nuova Azienda.

La delibera consiliare n. 623 del 2004, che delinea i profili generali del riordino, fissa i “requisiti minimi” delle Istituzioni per individuare la loro potenziale capacità aziendale sulla base dei parametri riportati all’art. 23, co. 1, lettere d), e) e f) della L. R. n. 2/03 - numero e tipologia di utenza, volume di bilancio, patrimonio mobiliare ed immobiliare - i quali indicano le dimensioni che devono avere le Istituzioni per la loro trasformazione in Asp, e sono divisi in due settori: anziani e minori (ed altro).

Le delibere assembleari

Sul punto vanno sottolineati due elementi. Il primo è che, per quanto riguarda l’utenza assistita, la delibera di Giunta n. 284/05 specifica che questo parametro vada ricondotto ai posti letto di strutture residenziali o alla capacità ricettiva di strutture semiresidenziali o al numero di bambini presenti nelle strutture scolastiche; pertanto non rientrano nella definizione di utenza assistita ai fini del requisito minimo per la trasformazione, ad esempio, il numero di soggetti beneficiari di contributi economici, né può essere indicato il dato dell’utenza assistita nel caso l’Istituzione svolga attività indiretta.

L’altro dato, che risulta sempre dalla delibera consiliare, è il seguente: gli “ulteriori parametri” di cui alle lettere a), b) e c) dello stesso art. 23 si riferiscono alle caratteristiche che dovranno possedere le future Aziende, e il cui rispetto deve comunque risultare dai Piani di trasformazione aziendale. In specifico, circa il “territorio servito dall’Azienda” vanno fatte le seguenti considerazioni:

- a) l’ambito territoriale di attività dell’Azienda è quello della zona sociale, corrispondente di norma con il Distretto sanitario - tuttavia si possono costituire Aziende di ambito sub o sovra zonale se maggiormente funzionali o coerenti con le esigenze della programmazione sociale di zona;
- b) le Istituzioni che operano nello stesso settore di attività e nello stesso ambito territoriale di zona sono tenute a fondersi in un’unica Azienda (sono previste comunque specifiche deroghe).

Per quanto riguarda la “tipologia dei servizi”:

- a) l'Azienda può, per garantire le necessarie sinergie nell'erogazione dell'attività assistenziale, caratterizzarsi come Azienda multiservizi, nell'ambito dello stesso settore di assistenza, ed anche come Azienda multisetoriale, con servizi in più settori assistenziali (art. 22, co. 1, lett. c);
- b) in deroga al principio dell'Azienda multiservizi, possono essere costituite Aziende che svolgono un solo tipo di servizio, purché dotato di elevata specializzazione ed operante in un bacino di utenza almeno regionale.

Circa poi la “complessità ed innovatività delle attività svolte”:

- a) l'Azienda deve amministrare un volume di attività e di bilancio adeguati ad una scelta aziendale, e pertanto al termine del percorso di riorganizzazione, il volume delle spese correnti, a bilancio, deve essere superiore ad un valore attualizzato all'anno 2004 di euro 4.000.000 per il settore anziani e di 1.500.000 per il settore minori ed altro;
- b) è comunque ammissibile l'Azienda che, costituita da tutte le Istituzioni operanti nello stesso settore di attività e stesso ambito di zona, non raggiunga il volume di spesa indicato.

La delibera n. 623 descrive molto chiaramente quali sono le strade percorribili ai fini del riordino. Prima però va sottolineato che è possibile lo svolgimento anche in via indiretta delle attività socio-assistenziali, socio-sanitarie o socio-educative: si tratta di quell'ipotesi, prevista dall'art. 15 del D. Lgs. n. 207/01 - anche se espressamente solo per le attività socio-assistenziali - in cui l'ente eroga, ad enti ed organismi pubblici e privati operanti nel settore, le rendite derivanti dall'attività di amministrazione del proprio patrimonio e delle liberalità ricevute.

Evidenziato questo dato, il quadro generale delle trasformazioni è il seguente:

- a) le Istituzioni che svolgono direttamente o indirettamente attività socio-assistenziali, socio-sanitarie o socio-educative, in possesso dei “requisiti minimi” per la trasformazione in Asp, possono presentare il piano di trasformazione aziendale oppure, se in possesso dei requisiti di cui al d.P.C.M. 16 febbraio 1990, possono optare per la personalità giuridica privata;
- b) quelle non in possesso dei “requisiti minimi” per la trasformazione in Asp, come pure le Istituzioni che non svolgono prioritariamente attività socio-assistenziali, socio-sanitarie o socio-educative rispetto ad altre attività, possono comunque decidere di trasformarsi in Azienda, ferma restando chiaramente la possibilità di divenire soggetti di diritto privato;
- c) le Istituzioni che operano prevalentemente in ambito scolastico, non in possesso dei requisiti di cui al d.P.C.M. 16 febbraio 1990, ma con i “requisiti minimi” per la trasformazione aziendale, diventano Asp.

La delibera n. 623, allo stesso tempo, contiene apposite previsioni nel caso in cui l'Istituzione “non agisca” come invece gli impone la legge (ricordiamo che il processo di riordino riguarda inevitabilmente tutte le Ipa).

I casi di estinzione

Nelle ipotesi di cui al precedente punto b), se l'ente non ha presentato il Piano di trasformazione aziendale o oppure non ha deliberato la trasformazione in persona giuridica privata, esso si estingue. Come pure si estinguono le Istituzioni inattive che non abbiano presentato un piano di riorganizzazione, magari contemplando apposite fusioni, nonché quelle che prevedono nei propri statuti finalità incompatibili con la natura pubblica delle Asp e che non hanno deciso nulla circa la loro trasformazione. Stessa sorte tocca agli Enti comunali di assistenza (Eca) che non hanno i requisiti per la trasformazione aziendale e che non prevedano di fondersi. In sostanza, quindi, la causa principale di avvio del procedimento di estinzione è legata all'inerzia dell'Istituzione che non esprime, nei tempi dovuti, nessuna volontà in merito alla trasformazione della sua forma giuridica. Un

commissario ad acta, appositamente nominato dalla Regione, provvede ad effettuare la ricognizione dei rapporti attivi e passivi dell'Istituzione, nonché l'inventario del patrimonio, i cui beni sono destinati conformemente alle indicazioni statutarie o, in mancanza di disposizioni al riguardo, ad Asp dello stesso territorio con finalità analoghe, oppure, se queste non sono presenti, al Comune sede dell'Istituzione estinta o a quello ove si svolge l'attività prevalente.

Invece, nelle ipotesi di cui ai precedenti punti a) e c), se le Istituzioni non hanno i requisiti di cui al d.P.C.M. 16 febbraio 1990 e non presentano il Piano di trasformazione aziendale, la Regione, con decreto del Presidente della Giunta, nomina un commissario che provvede in via sostitutiva (potere espressamente previsto in capo alla Regione dall'art. 20 D. Lgs. n. 207/01). In specifico l'organo commissariale definisce il Piano di trasformazione e la proposta di statuto in coerenza e conformità con quanto previsto dal Programma delle trasformazioni e dei Piani di trasformazione già approvate dalle Istituzioni coinvolte in processi di fusione finalizzati a costituire la medesima Azienda.

In base all'art. 23, co. 2, della legge regionale e al contenuto dispositivo della delibera consiliare n. 623, spetta alla Giunta stabilire, come fatto poi con l'atto n. 284/05:

- a) le procedure da seguire per la trasformazione, fusione ed estinzione che riguarda tutte le Ipb presenti in Emilia-Romagna (questo assunto viene ribadito più volte nelle delibere);
- b) le modalità per la definizione dei piani di trasformazione, che possono prevedere un percorso anche graduale di riorganizzazione dell'attività e della struttura;
- c) tutti i termini per arrivare alla costituzione delle nuove Aziende.

Il programma delle trasformazioni aziendali

Va innanzitutto evidenziato che il processo di riordino interessa la singola zona sociale coincidente con il Distretto sanitario. Nell'ambito territoriale della zona sociale, quindi, è approvato, con le modalità indicate all'art. 29, co. 3, L. R. n. 2/03, il Programma delle trasformazioni aziendali che costituisce allegato al Piano di zona. Il Programma deve indicare in particolare le Istituzioni interessate da processi di fusione (nel qual caso va riportata la "capofila"), le Aziende che si dovranno costituire, i settori in cui dovranno operare, la previsione di costituzione di Aziende nei casi di deroghe ammesse dalla delibera consiliare n. 623/04. È chiaro che un ruolo importante in questo processo è ricoperto dal Sindaco che ha promosso l'Accordo di programma - trasmesso, attraverso la Conferenza territoriale sociale e sanitaria, che esprime apposito parere, alla Regione - ed il Comitato di Distretto, logicamente.

L'altro strumento fondamentale per il riordino è il Piano di trasformazione aziendale che ogni Istituzione deve presentare alla Regione, tramite il Comitato di distretto che esprime proprio parere, corredato tra l'altro da una proposta di Statuto. Il Piano costituisce, quindi, quello strumento con cui si attuano compiutamente le indicazioni strategiche e programmatiche del Programma delle trasformazioni. In relazione ai Piani va menzionata la delibera di Giunta n. 722/06 contenente alcuni chiarimenti pratici sui tempi e le modalità di trasformazione. È qui importante sottolineare che questo atto, in tema di fusioni tra Istituzioni, nel tenere conto del reale evolversi del processo di riordino, ha evidenziato che alcune realtà territoriali hanno individuato come soggetto "capofila" per la definizione del Piano un ente locale o una forma associativa tra gli stessi, anziché un'Istituzione. Va ricordato poi che, sempre in caso di fusione, i Consigli di Amministrazione degli enti finalizzati a costituire la stessa Azienda adottano il medesimo Piano di trasformazione e la stessa proposta di Statuto.

Ma quando si realizza effettivamente la trasformazione? La Giunta regionale valuta i Piani e le proposte di Statuto e comunica al Comitato di Distretto, per il tramite del Sindaco che ha promosso l'Accordo di Programma di non avere osservazioni o comunica, al contrario,

eventuali osservazioni o richiesti di documentazione integrativa. In assenza di osservazioni da parte della Giunta, deliberato con apposito atto, il Comitato chiede alla Regione il provvedimento di costituzione della nuova Azienda ed indica i termini entro cui dal provvedimento regionale di costituzione saranno insediati gli organi della nuova Azienda.

Spunti per ulteriori riflessioni... la clausola valutativa

Come anticipato, questa nota vuole fare il punto sullo stato di attuazione di una importante legge ma, al tempo stesso, intende anche suscitare la curiosità per futuri approfondimenti. Si tratta di un primo passo verso il consolidamento delle nuove funzioni previste dallo Statuto regionale circa il controllo sull'attuazione delle leggi da parte dell'Assemblea, inteso come naturale estensione della funzione legislativa. In questo contesto il termine "controllo" vuole perdere la sua accezione ispettiva per acquisire una valenza conoscitiva e di apprendimento.

Questo obiettivo ha trovato conferma in un documento di indirizzo sottoscritto nel 2007 dalle Assemblee legislative delle Regioni e delle Province Autonome, la "Carta di Matera", dove si sottolinea come "il dovere di fare delle buone leggi implica anche il compito di raccogliere e utilizzare le informazioni necessarie a verificare se e come le leggi approvate sono state realmente attuate e a capire se e in che misura le politiche promosse da tali leggi abbiano ottenuto gli effetti desiderati".

La nota è stata elaborata dal Servizio legislativo e qualità della legislazione dell'Assemblea incontrando il supporto informativo dei competenti Servizi di Giunta che, naturalmente, detengono le informazioni e i dati sull'attuazione delle politiche regionali. In proposito, si coglie l'occasione per ringraziare tutti coloro che hanno collaborato. Il risultato vuole rappresentare uno stimolo al pieno utilizzo di quei saperi e di quelle conoscenze già patrimonio della Regione, anche al fine di dare risposta a quelle esigenze informative evidenziate dal Legislatore già in occasione dell'approvazione della LR 2/2003 che prevedeva all'art. 51 una "clausola valutativa".

Art. 51

Monitoraggio ed analisi d'impatto

1. A partire dal primo anno successivo a quello di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale presenta al Consiglio una relazione annuale in cui sono contenute le seguenti informazioni:

- a) stato di attuazione degli interventi previsti dalla legge per la realizzazione del sistema integrato;
- b) evoluzione dei compiti assegnati ai soggetti attuatori;
- c) modalità di finanziamento della legge, entità, fonti e criteri delle ripartizioni dei fondi agli Enti locali ed agli altri soggetti coinvolti nell'attuazione della legge.

2. Entro cinque anni dall'entrata in vigore della legge, la Giunta regionale presenta al Consiglio un'analisi d'impatto. Tale analisi si concentra su:

- a) i destinatari degli interventi del sistema integrato, valutando il grado di soddisfacimento dei bisogni degli utenti, nonché il livello di qualità dei servizi resi e degli interventi attuati;
- b) gli Enti locali e gli altri soggetti coinvolti nell'attuazione della legge, con riferimento alla capacità degli stessi di fare fronte ai compiti assegnati;
- c) l'andamento della spesa sociale dei Comuni, in relazione ai servizi resi ed agli interventi attuati.