

Servizi territoriali per anziani in Toscana: strumenti e risultati di una analisi

Il contributo illustra l'analisi dei servizi rivolti agli anziani non autosufficienti e alle persone con disabilità nell'Area Vasta Nordovest, in Toscana. L'autore presenta gli strumenti di rilevazione messi in campo e delinea i principali risultati emersi dalla ricerca.

di Andrea Iacopini (Collaboratore Direzione dei Servizi Sociali dell'azienda USL Nordovest, in Toscana)

Il contesto del progetto di ricerca: Regione Toscana e l'Azienda UsI Nordovest

La Toscana è una delle Regioni a livello italiano che ha dato molta importanza alla problematica della Non Autosufficienza degli anziani; infatti nell'arco di poco più di un decennio (2003 – 2015) ha sviluppato un intenso processo di mutamenti istituzionali ed organizzativi per cercare di dare un nuovo assetto ai servizi territoriali, cercando di renderlo più funzionale al bisogno.

L'occasione per una analisi ad ampio raggio della situazione si è avuta recentemente (2015), quando la previsione di tagli ai finanziamenti nazionali dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) nella legge di Stabilità ha indotto il governo regionale a rivedere profondamente il sistema dei servizi per la Salute nel suo complesso, con il fine dichiarato di mantenere la sostenibilità di una sanità pubblica ad accesso universalistico. Regione Toscana ha quindi deciso di accorpate le Aziende USL esistenti fino al 2014 in 3 grandi aziende di Area Vasta (Centro, Nordovest e Sudest), attraverso un processo di fusione durato formalmente quasi un anno, nei fatti ancora in corso ¹.

Il Gruppo di lavoro Aziendale Non Autosufficienza e Disabilità

A seguito della riorganizzazione prevista dalla legge 28/2015, il Commissario designato per l'Area Vasta Nordovest (Figura 1), comprensiva delle ex USL di Pisa (USL5), Livorno (USL6), Massa Carrara (USL1), Versilia (USL12), Lucca (USL2), ha creato il Gruppo di Area Vasta per la Non Autosufficienza Anziani e disabilità, con l'obiettivo di analizzare la situazione dei servizi nei territori delle Zone Distretto ².

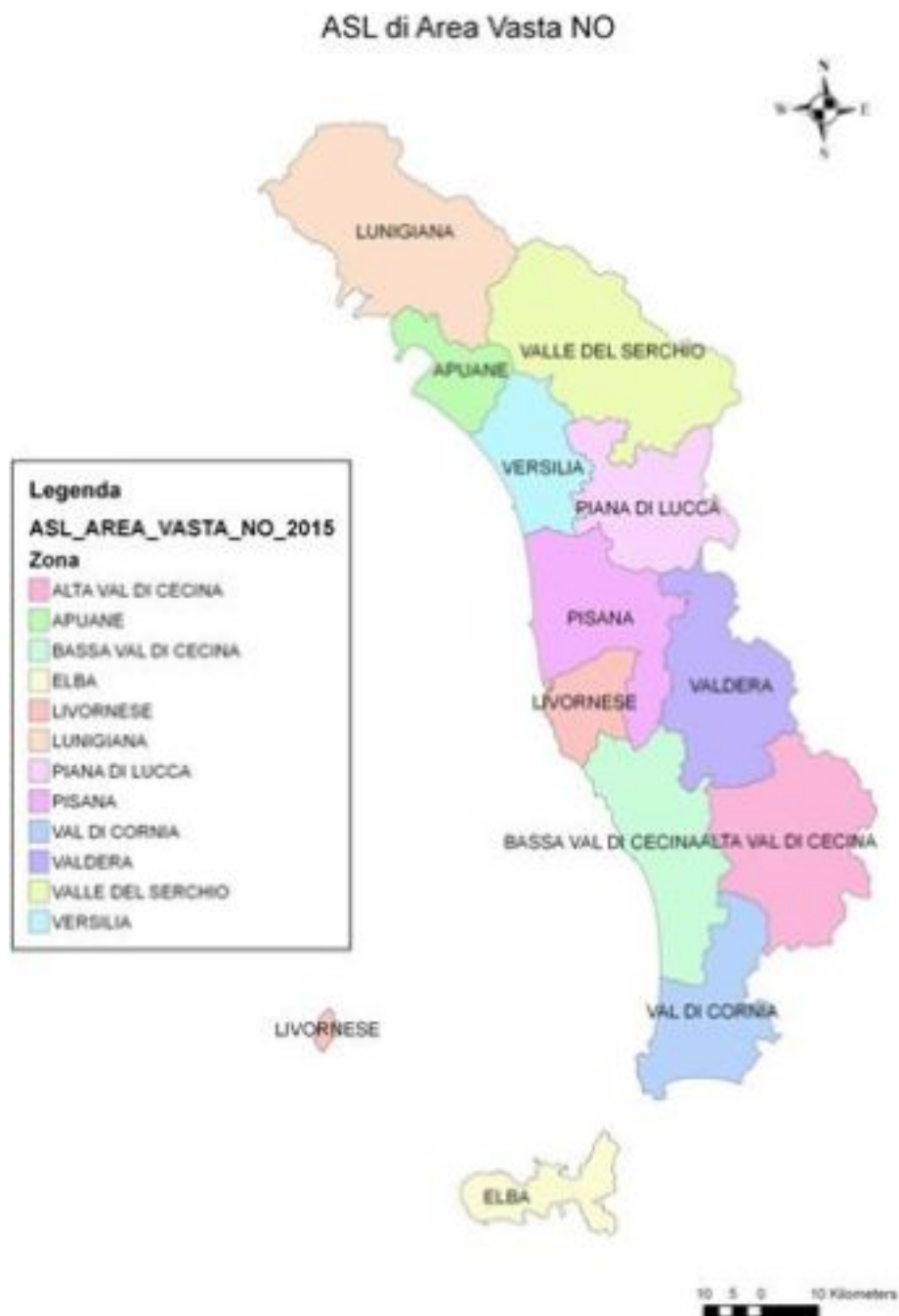


Figura 1 – Il Territorio dell'Azienda Usl Nordovest e le sue Zone – Distretto (anno 2015)

Il Gruppo di lavoro aziendale ha effettuato di fatto una **valutazione ex post** sull'esito di tutte le Politiche innovative in materia di Non Autosufficienza (e non solo) sviluppate da Regione Toscana, con un notevole livello di dettaglio sull'effettivo funzionamento dei servizi³. Ai fini dell'indagine conoscitiva sono state impostate delle griglie di rilevazione dati a livello di Zona/Distretto sui seguenti aspetti:

- Il sistema di Governance e dell'offerta dei Servizi.
- La domanda accolta e presa in carico nell'anno di riferimento per la ricerca (2014).
- Lo stato delle liste di attesa.
- Il costo del sistema e dei servizi, per capire quanto è stato speso nell'anno di riferimento per mantenere i servizi di presa in carico.

Le schede di rilevazione dati del Gruppo di Lavoro aziendale

Per quanto riguarda il punto **a) Il sistema di Governance e dell'offerta dei Servizi**, la rilevazione è stata effettuata con una griglia predisposta su documento excel di office in un foglio di lavoro denominato "organizzazione Zona_NA_AS"; in questa griglia si chiedeva, dall'alto in basso:

- La Governance della Zona/Distretto.* In particolare interessava cogliere la presenza/costituzione o meno delle Società della Salute, e/o dell'Unione dei Comuni e/o Comunità Montane, in quanto considerate rilevanti per la programmazione e gestione dei servizi in questione, sulla base della normativa vigente in Regione Toscana.

Organizzazione servizi di Zona				
SDS (sì/no)	Unione dei Comuni(sì/no)	Comunità Montana (sì/no)	Gestione associata S. Sociali (sì/no)	note su Gestione dei servizi di Zona

- Lo stato del Servizio Sociale di Zona,* andando a rilevare non solo la consistenza numerica degli addetti, ma anche la loro appartenenza in termini di Istituzione: USL, Comune, Cooperativa.

Servizi Sociali							
personale ASL (sì/no)	n. personale ASL	Personale Comuni (sì/no)	n. personale Comuni	Personale cooperative (sì/no)	n. ore	costo orario	note Servizi Sociali

- Tipologie di servizi di long term care* dedicati alla non Autosufficienza Anziani: l'assistenza domiciliare, con la rilevazione delle professionalità coinvolte.

I Servizi residenziali per la Non Autosufficienza, che rappresentano la componente di maggior impegno in termini di organizzazione, pluralità di soggetti coinvolti e risorse impiegate.

Servizi Residenziali per Anziani							
RSAG. diretta							
n° RSA gestione diretta	n° posti RSA gestione diretta	n° posti modulo base	n° posti modulo motorio	n° posti modulo cognitivo/comp.	n° posti modulo vegetativo	n° RSA gestione FULL SERVICE	

RSA Convenzionate						
n° RSA Convenzionate	n° posti convenzionati RSA	n° posti modulo base	n° posti modulo motorio	n° posti modulo cognitivo/comp.	n° posti modulo vegetativo	

I Centri diurni, altra tipologia di servizio utilizzata spesso insieme all'assistenza domiciliare in PAP (Piani assistenziali

personalizzati) misti. i Centri diurni rappresentano la parte Semiresidenziale dell'offerta dei servizi e sono molto importanti per la loro funzione di "sollevio" alla famiglia.

Centri diurni				
n° CD gestione diretta	n° posti in CD g. diretta	n° CD gestione convenzionata	n° posti in convenzione	note su CD

Nell'ultima sezione della griglia di rilevazione sull'offerta di servizi si chiede ai responsabili di ogni zona di descrivere eventuali altre tipologie di servizi non compresi nelle precedenti tipologie, per esempio progetti sperimentali.

Altra tipologia di Servizi per NON AUTO (es. voucher, assegno badanti, assistenza domiciliare indiretta, ecc...)				
n°	Nome servizio	breve descrizione		

4) Nella parte terminale del foglio excel denominato "Organizzazione Zona NA_AS", è stata aggiunta una breve sezione relativa alle risorse impiegate complessivamente per la Non Autosufficienza nell'anno 2014.

RISORSE impiegate sulla NON AUTO per tipologia di interventi			
ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA (% - importo)	RSA (% - importo)	CDA (% - importo)	ALTRA TIPOLOGIA DI SERVIZI (% - importo)

Sempre in merito al punto a) *Il sistema dell'organizzazione e dell'offerta dei Servizi*, la griglia di rilevazione prosegue su altri due fogli excel, denominati rispettivamente "Punti_Insieme", "PUA", "Dim progr (Dimissioni Programmate)" e "UVM". Con questi strumenti si intende rilevare, rispettivamente:

- La rete dei Punti di Accesso al sistema dei servizi, così come definita dalla legge 66/2008 (Istitutiva del Fondo regionale per la Non Autosufficienza e del sistema dei servizi, con regole di esigibilità, tempi certi, ecc.), quindi i Punti Insieme (art. 10 L. R.T. n° 66/2008), ma anche il PUA, l'ufficio che è preposto a coordinare tutta la rete territoriale e costituisce il punto di riferimento per altri attori della rete assistenziale, quali Medici di Famiglia, Ospedali per Dimissioni programmate, altri soggetti.
- L'UVM, la Commissione Multidisciplinare che ha il compito di effettuare le valutazioni dei casi di cittadini anziani con problematiche di Non Autosufficienza (art. 11 L. RT n° 66/2008) e propone i PAP alle famiglie.

Come ultimo punto di analisi per la comprensione dell'organizzazione del sistema dei servizi nelle Zone è stato preso in esame il percorso assistenziale nel suo insieme (Figura 2), così come declinato dalle normative regionali e nello specifico dal Progetto per la Non autosufficienza (DGRT 370/2010) e dalla L. regionale n° 66/2008.



Figura 2 – La presa in carico, valutazione ed erogazione dei servizi socio-sanitari integrati.

Per quanto riguarda invece il punto **b) La domanda accolta** ed il **d) Il costo del sistema dei Servizi**, è stata riutilizzata una scheda di rilevazione inviata da Regione Toscana alle Zone.

Interventi domiciliari socio-sanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico								
	n. persone assistite		n. ore erogate		n. accessi programmati		Spesa Totale al 31/12/2014	Quota parte del Fondo utilizzata al 31/12/2014
	TOTALE	di cui FNA 2014	TOTALE	di cui FNA 2014	TOTALE	di cui FNA 2014		
MMG								
Specialista								
Infermiere								
Operatore Socio Assistenziale								
Assistente di Base								
Operatore Socio Sanitario								
Terapista								
TOTALE								

Per completare la rilevazione della situazione esistente nei territori delle 12 Zone, i Coordinatori del Gruppo di Area Vasta per la Non Autosufficienza Anziani hanno deciso di rilevare la consistenza delle liste di attesa esistenti, per macro tipologia di servizi (domiciliare diretta e domiciliare indiretta, residenziale, semiresidenziale) e per livelli di isogravità dei casi. I dati di tutte le rilevazioni sono stati raccolti in tabelle di sintesi e griglie comparative corredate da analisi swot.

L'analisi del Sistema dei Servizi nelle Zone/Distretto/SDS

dell'Azienda USL Toscana Nordovest

Analisi dell'Organizzazione del sistema dei Servizi a livello di Governance territoriale

Il Gruppo aziendale ha rilevato che alla fine del 2015 solo 7 Zone su 12 (Tabella 1) dichiaravano di avere in essere il Consorzio "Società della Salute"⁴, costituito con la partecipazione dei Comuni della Zone – Distretto e dell'Azienda sanitaria competente per territorio .

Tra le Zone che hanno dichiarato di non avere o di aver sciolto da poco le Società della Salute si collocano quasi tutte quelle con città capoluogo di Provincia: Lucca (Piana di Lucca), Livorno (Zona Livornese) e Massa Carrara (Zona Apuane).

Zone	SDS	Unione Comuni Com. montana	Gestione associata	Convenzione con ASL
Lunigiana	SI	NO	NO	SI
Apuane	NO	NO	NO	NO
Valle del Serchio	NO	SI	SI	SI
Piana di Lucca	NO	NO	SI	SI
Pisa	SI	NO	SI	SI
Valdera	SI	SI	SI	SI
Alta Val di Cecina	SI	SI	SI	SI
Livorno	NO	SI	SI	NO
Bassa Val di Cecina	SI	SI	SI	SI
Val di Cornia	SI	NO	SI	SI
Elba	NO	NO	SI	?
Versilia	SI	NO	SI	SI

Tabella 1 – Quadro riassuntivo dell'organizzazione istituzionale e della gestione dei servizi nelle Zone della USL Nordovest – dati da Zone – materiali di gruppo aziendale per la Non Autosufficienza e disabilità

Situazione con innesti di innovazione e buona garanzia di integrazione sociosanitaria
Persistenza di un vecchio modello di organizzazione, senza SDS ma con una buona integrazione sociosanitaria
Situazione di fallimento della sperimentazione SDS – fase transitoria con criticità
Situazione anomala con criticità, anche rispetto a modelli prec. L. 40 e 41 e s.m.

Invece il modello di Società della Salute è stato realizzato nelle Zone Lunigiana, Pisana, Valdera e Alta Val di Cecina, Bassa Val di Cecina, Val di Cornia e Versilia⁵. Si tratta di Zone di dimensioni medio- piccole, con l'eccezione della Zona Pisana.

Tra le Zone con SDS si distingue la Lunigiana per la presenza della gestione in forma diretta dei servizi, il che garantisce una maggiore integrazione sociosanitaria. Tutte le altre SDS non gestiscono direttamente i servizi, ma

delegano alla Asl competente per territorio.

La Zona Pisana invece ha una gestione unitaria dei servizi territoriali, in quanto i Comuni hanno delegato tutte le funzioni di loro competenza su Servizi sociali e sociosanitari.

Nel suo insieme questo stato dei fatti può essere considerato il sintomo dell'esistenza di un fenomeno di *Path dependency*: in diversi ambiti territoriali le innovazioni di livello regionale sono rimaste ad un livello superficiale e non sono state fatte proprie dai livelli politici locali e dalla rete degli stakeholders (cittadini e terzo settore, operatori commerciali) del territorio.

Un altro ambito di analisi che può confermare la tendenza al conservatorismo dal punto di vista dell'organizzazione del sistema dei servizi, seppure indirettamente, è quello del Servizio sociale stesso; infatti si è constatato che nelle Zone Apuane, Livornese, Piana di Lucca e Versilia le assistenti sociali dipendenti dai Comuni sono prevalenti, mentre nelle Zone Lunigiana, Valle del Serchio, Pisana, Valdera, Val di Cornia le Assistenti sociali sono in maggioranza dipendenti dell'Azienda USL e/o assistenti sociali di Cooperative (in base a Convenzioni). Quindi i Comuni che hanno scelto di mantenere questo tipo di professionalità all'interno del proprio organico hanno di fatto mantenuto la possibilità di gestire direttamente l'erogazione dei servizi (come confermato dalla rilevazione per Zona Apuane e Livornese); queste situazioni coincidono con quelle caratterizzate da assenza della SDS o scioglimento della stessa, ma anche da assenza di gestione associata ed Unione dei Comuni (vedi Tabella 1).

L'esistenza di due dinamiche anche fortemente divergenti tra livelli istituzionali diversi, in questo caso con cambiamenti innovativi per quanto riguarda la Regione e sostanziale stabilità/resistenza al cambiamento a livello locale (politica pubblica *path dependent*), è stata più volte riscontrata nei *policy studies*, in modo particolare nel campo degli studi comparati sulle Politiche Sociali (Natali e Rago, 2010). L'analisi della situazione registrata in alcune zone dell'azienda USL Nordovest sembra dunque confermare questa tendenza.

Analisi dell'Organizzazione del sistema territoriale dei Servizi

Sulla base dei dati relativi al sistema di accesso alla rete dei servizi possiamo dedurre che tutte le Zone hanno costituito una rete abbastanza capillare di Punti Insieme sui territori, coordinati da un PUA di Zona.

Il Gruppo aziendale ha rilevato che la rete dei Punti di accesso è costituita dall'insieme delle sedi territoriali dove si svolge la preesistente funzione di Segretariato Sociale (vedi L. 328/2000) e dai "nuovi" Punti Insieme costituiti in base alle recenti normative.

Bisogna considerare che prima dell'istituzione dei Punti Insieme le Assistenti sociali dei Comuni e delle Asl assicuravano le prese in carico di anziani fragili o non autosufficienti, attraverso il servizio del Segretariato Sociale. I Punti Insieme hanno introdotto la particolarità di una tipologia di sportello dedicato a problemi di Non Autosufficienza, ma non hanno sostituito il modello precedente; anzi, in diversi casi il segretariato sociale continua ad essere preferito dai cittadini, ormai abituati ad un rapporto di fiducia con l'assistente sociale competente per territorio.

E' parere dell'autore che questa compresenza di due tipologie di sistemi dell'accesso, quella vecchia (segretariato sociale) e la nuova (Punti Insieme) rappresenti un altro sintomo di *path dependency* nelle modalità organizzative aziendali/comunali.

Per quanto riguarda le Commissioni Unità di Valutazione Multidimensionali è stato somministrato un questionario relativo alle fasi del percorso assistenziale dell'anziano non autosufficiente, per capire come si svolge effettivamente nelle Zone. le risposte hanno permesso di appurare il rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente nelle fasi di

segnalazione, valutazione e presa in carico.

Zone	% spesa domiciliare sul totale	% spesa CD/CDA sul totale	% spesa RSA sul totale
Lunigiana	14	15	71
Apuane	22	6	71
Valle del Serchio	24	2	74
Piana di Lucca	NP	NP	NP
Alta Val di Cecina	19	4	78
Valdera	16	10	74
Pisana	13	3	84
Bassa Val di Cecina	33	18	49
Livornese	18	3	79
Val di Cornia	16	4	79
Elba	10	32	57
Versilia	22	4	74

Tabella 2 – Percentuale di spesa per tipologia di servizio

Per quanto riguarda invece i contenuti dei PAP e la fase di erogazione delle prestazioni in essi previste sono state rilevate alcune differenziazioni tra le Zone, dal punto di vista della preferenza accordata a determinati strumenti di *policy*; per quanto riguarda l'assistenza domiciliare gli indicatori che si riferiscono al livello di spesa per servizi (Tabella 2) e al carico assistenziale di utenti (Tabella 3, colonne "Utenti AD diretta" e "Utenti AD indiretta") mostrano chiaramente un maggior impiego di questo tipo di assistenza in alcune realtà.

Zone	Totale utenti	Utenti RSA def.	Utenti RSA temp.	Utenti CD	Utenti AD diretta	Utenti AD indiretta	Utenti lista d'attesa
Lunigiana	30,2	9,8	1,9	4,7	7,2	6,6	0,0
Apuane	14,0	3,9	0,7	1,1	6,3	2,2	0,0
Valle del Serchio	34,2	11,3	6,3	0,5	6,5	9,6	0,0
Piana di Lucca	27,7	5,5	2,4	1,2	10,3	8,4	2,0
Alta Val di Cecina	46,8	26,3	0,0	2,1	16,9	1,5	3,4
Valdera	28,1	10,0	0,9	3,2	8,9	5,0	4,2
Pisana	32,2	12,6	0,8	0,8	10,8	7,2	0,8
Bassa Val di Cecina	23,0	4,2	1,8	5,0	6,1	6,0	3,0
Livornese	37,2	10,4	0,8	1,5	15,5	9,0	1,3
Val di Cornia	22,3	8,1	1,1	1,1	8,4	3,6	1,4
Elba	18,0	4,3	0,1	5,3	3,2	5,1	1,9
Versilia	42,8	11,7	2,7	0,5	19,4	8,6	2,4
USL NO	30,1	9,2	1,6	1,7	11,0	6,7	1,6

Tabella 3 – Tasso di utenti presi in carico per tipologia servizio o in lista attesa x 1.000 anziani residenti – Anno 2015

Se si considera il rapporto tra n° utenti presi in carico (nell'anno 2014) x 1.000 anziani residenti si nota soprattutto la Zona Versilia, che presenta valori molto elevati per entrambe le forme di assistenza domiciliare; infatti per la domiciliarità diretta questo territorio ha un tasso di 19,4 utenti per 1.000 anziani residenti e 8,6 sull'indiretta. A seguire, l'Alta Val di Cecina (16,9) e la Zona Livornese (15,5) per la domiciliarità diretta e di nuovo Livornese (9,0), Valle del Serchio (9,6) e Piana di Lucca (8,4) per l'indiretta. Le altre Zone si pongono in linea con la media di USL NO (11 diretta, 6,7 indiretta) o al di sotto. Dal punto di vista del livello % di spesa (Tabella 2) per assistenza domiciliare le Zone Valle del Serchio (24%), Versilia (22%) ed Apuane (22%) sono ai primi posti, seguite da Alta Val di Cecina (19%) e Livornese (18%). Anche i servizi residenziali e semiresidenziali presentano una notevole variabilità da zona a zona, nel senso che emerge chiaramente in certe realtà una predilezione per questo tipo di risposta.

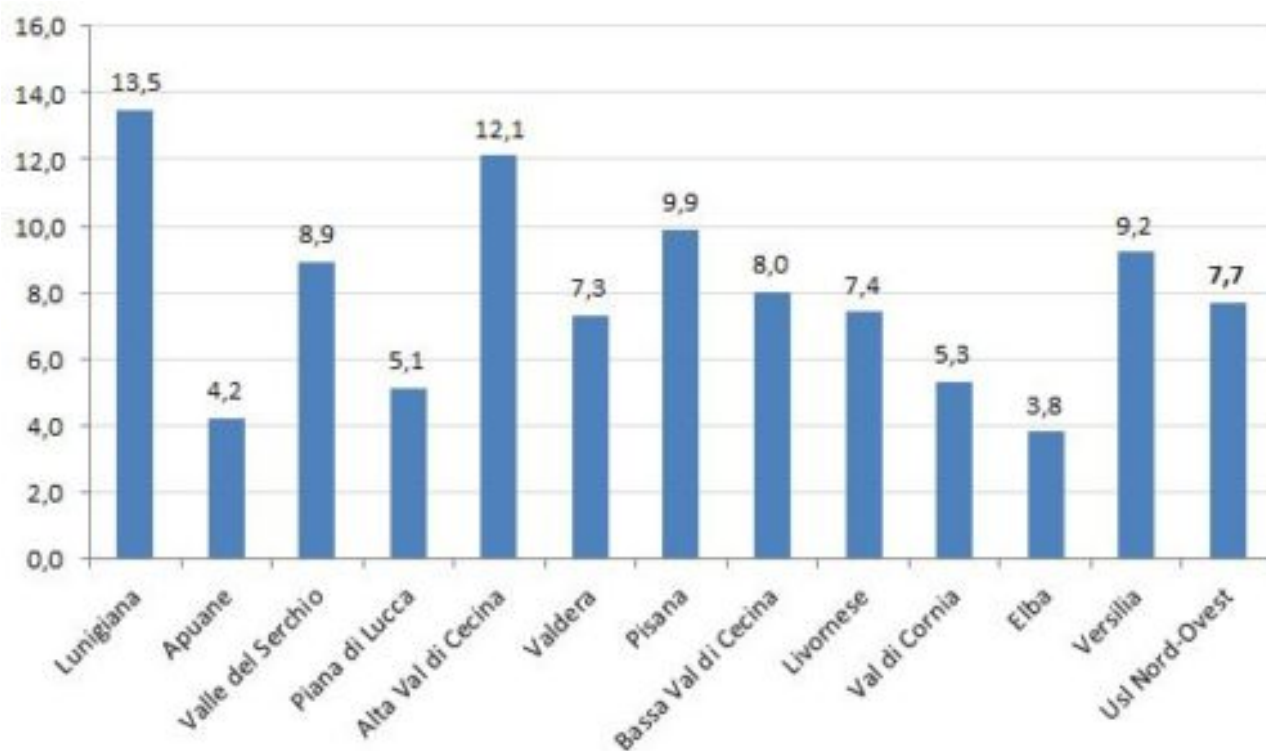


Figura 3 – n° di posti letto in RSA per anziani Non Autosufficienti in rapporto alla popolazione anziana, per zona Fonte: dati da Zone – materiali di gruppo aziendale per la Non Autosufficienza e disabilità e Istat/Regione Toscana

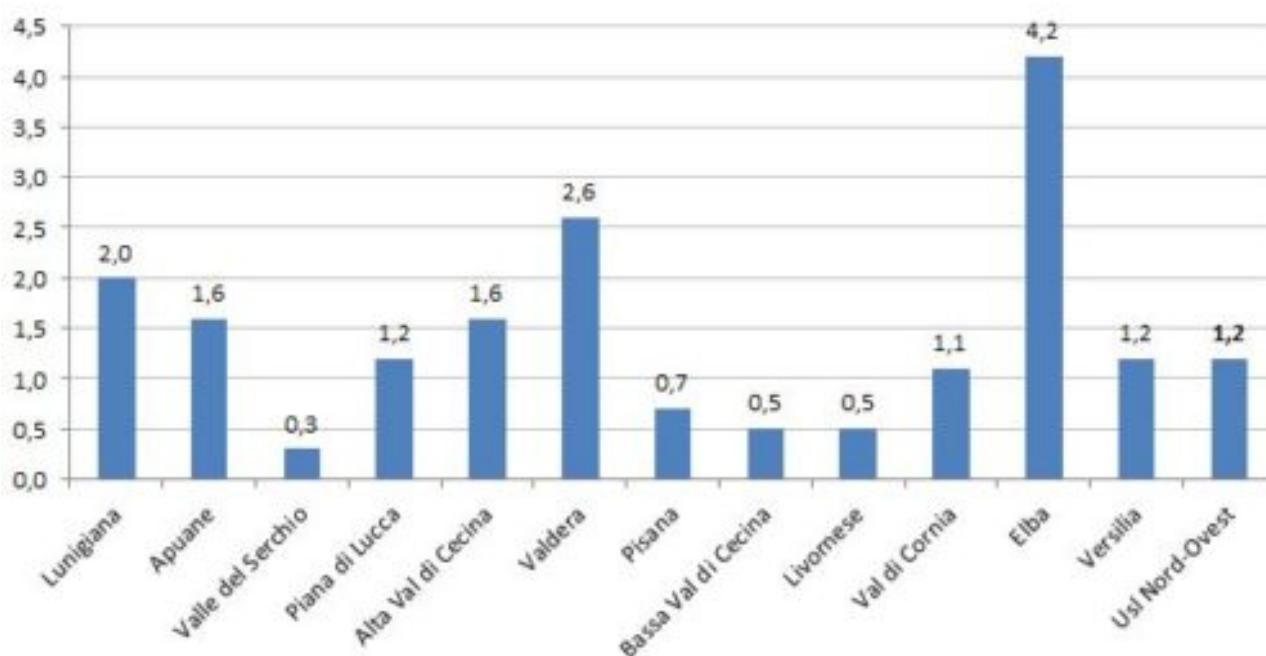


Figura 4 – n° posti letto in CD/CDA per anziani Non Autosufficienti in rapporto alla popolazione anziana, per zona Fonte: dati da Zone – materiali di gruppo aziendale per la Non Autosufficienza e disabilità e Istat/Regione Toscana

Prendendo in esame l'indicatore che pone in rapporto il n° di posti letto delle strutture RSA (Residenze Sanitarie Assistite) esistenti sul territorio x 1.000 anziani residenti (Figura 3), si nota che le Zone della Lunigiana (13,5), Alta Val di Cecina (12,1), Pisana (9,9) e della Versilia (9,2) hanno dato particolare importanza negli anni a questo strumento di policy

, di contro a Zone come Elba (3,8), Apuane (4,2), Piana di Lucca (5,1), e Val di Cornia (5,3) che sono su livelli di copertura molto più bassi (circa la metà).

Per quanto riguarda i Centri diurni (Figura 4), stavolta è l'Elba a primeggiare, con 4,2 posti per 1.000 anziani, seguita da Valdera (2,6 posti), Lunigiana (2), Apuane (1,6) ed Alta Val di Cecina (1,6), mentre tutte le altre Zone si pongono intorno al valore medio dell'Azienda USL Nordovest (1,2), con Valle del Serchio (0,3), Bassa Val di Cecina (0,5) e Livornese (0,5) ai livelli bassi.

I RISULTATI DELLA RICERCA

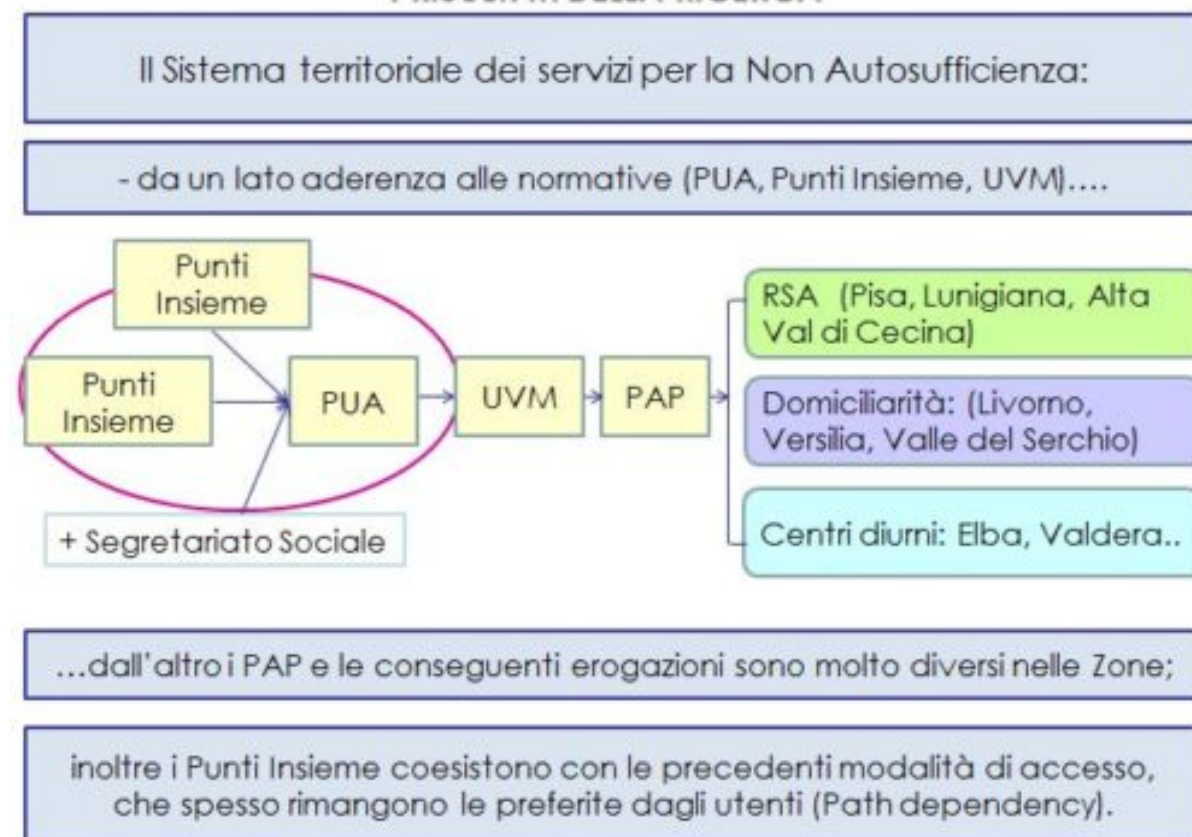


Figura 5 – sintesi dei risultati di analisi comparata per quanto riguarda l'organizzazione del sistema territoriale dei servizi per la Non Autosufficienza.

In definitiva (Figura 5) si può ragionevolmente dire che nel corso di questi anni le Zone hanno sviluppato caratteristiche differenziate nel sistema dell'offerta dei servizi (vedi rapporti con i fornitori di servizi, es. case di riposo, terzo settore non profit, Cooperative sociali), che non sono state messe in discussione dall'evoluzione delle Politiche pubbliche promossa da Regione Toscana in anni recenti. Semmai si evidenzia che chi aveva già dei punti di forza li ha ulteriormente potenziati, in certi casi sfruttando le nuove politiche regionali per completare il proprio set di risposte ai bisogni di non autosufficienza. Si può concludere che il concetto di path dependency aiuta a spiegare le variabilità riscontrate nelle zone anche a questo livello di analisi, relativo all'organizzazione del sistema dei servizi territoriali.

Conclusioni

Sulla base delle analisi comparate sviluppate nel presente lavoro si può concludere che Regione Toscana con le innovazioni normative introdotte dal 2003 al 2015 **ha definito un sistema territoriale assai più evoluto del precedente**

, dal punto di vista della Governance territoriale, dell'organizzazione del sistema dell'accesso e presa in carico e dell'offerta di servizi mirati al bisogno di Non Autosufficienza; come elemento caratterizzante è evidente la costante ricerca dell'integrazione sociosanitaria da parte del legislatore: dal livello di Governance istituzionale – il Consorzio Società della Salute – al livello gestionale, operativo e professionale costituito da PUA e Commissione UVM. L'integrazione in effetti è un obiettivo importante da raggiungere per riuscire a garantire una risposta efficace al bisogno di non autosufficienza delle persone, che si caratterizza per la sua notevole complessità.

Questo sistema però **non si è realizzato in maniera omogenea** in tutte le Zone della Toscana, per effetto di una serie di fattori di ordine storico – istituzionale, socio-economico e culturale/professionale. Recenti ricerche hanno posto in evidenza la presenza di fenomeni “conservatori” a vari livelli (Pierson, 2000; Natali, Rago, 2010;), che possono aiutare a spiegare questi esiti differenti nella concreta realizzazione delle politiche pubbliche per anziani non autosufficienti in Toscana.

Alcuni studi comparativi recenti collocano la Toscana tra le Regioni italiane che riescono ad assicurare un livello “medio” di copertura del bisogno, sia per i servizi domiciliari, che pure sono stati potenziati, sia per quelli residenziali (Gori, 2010; Carrino, 2015). Per questo sono **necessari ulteriori progressi** per portare la Regione ai livelli avanzati che si riscontrano in altre Regioni italiane, ma anche in altri paesi europei. Tra gli elementi negativi riscontrati si nota una tendenza, comune anche al resto d'Italia, a mantenere una impostazione delle Politiche Pubbliche per la Non Autosufficienza che “poggia” sulle famiglie (Ferrera, 2012; Naldini, 2002), pur supportandole con diversi strumenti, come i contributi mirati all'assunzione delle badanti o il recente progetto “Pronto badanti”.

Anche l'importanza assegnata in questi anni ai **servizi domiciliari** (sin dalla delibera n° 402/2004) risponde certamente al nobile scopo della maggior umanizzazione della cura, grazie al fatto che la persona può rimanere di più al proprio domicilio. Ma facendo riferimento alle tendenze in atto anche a livello europeo, questa impostazione rischia di non reggere alla prova dei fatti, viste le dinamiche di invecchiamento della popolazione e la mutazione nella struttura delle famiglie (sempre più anziani soli, spesso donne vedove e non di rado senza figli o con figli lontani); per non parlare dei cambiamenti in atto nel mercato del lavoro e delle abitazioni, che hanno forte influenza sulle capacità delle famiglie di organizzarsi per far fronte a problemi così complessi e d'impatto sulla qualità della vita di tutto il nucleo familiare (Ranci e Pavolini, 2015). Infine le dinamiche socio-economiche innescate dalla crisi iniziata nel 2008 mettono sempre più in primo piano un forte rischio di impoverimento per le famiglie che devono occuparsi di accudire i loro anziani in condizioni di non autosufficienza (Luppi, 2015).

Viste queste tendenze, sarebbe opportuno che la Regione Toscana, non da sola, ma in sinergia con altre realtà che hanno messo questa problematica nelle loro agende politiche già da tempo, si facesse promotrice di una forte spinta innovatrice sul livello nazionale, facendo leva sulla comparazione con quei paesi dell'UE che “si sono attrezzati” negli anni (Pesaresi e Gori, 2003; Ferrera, 2012; Pavolini e Ranci, 2015); infatti alcuni paesi nordici hanno sviluppato e diversificato i servizi di Long Term Care rendendo più sostenibile il sistema nel suo complesso.

D'altro canto, è bene che Regione Toscana riprenda la **spinta innovativa** anche a livello "micro", nei confronti di tutte quelle realtà locali sul suo territorio che, come appurato nel corso di questo lavoro, hanno dimostrato una certa resistenza al cambiamento, a volte senza incorrere in particolari difficoltà, in altri casi con maggiori criticità; infatti, in relazione alle dinamiche demografiche certe zone (in particolare Lunigiana, Alta Val di Cecina e Val di Cornia) dell'area Vasta Nordovest (Figura 6) sono ad uno stadio molto avanzato del processo di invecchiamento della popolazione, anche rispetto alla media di Regione Toscana (24,76% di popolazione anziana al 31/12/2014) e dell'Italia (21,4%).

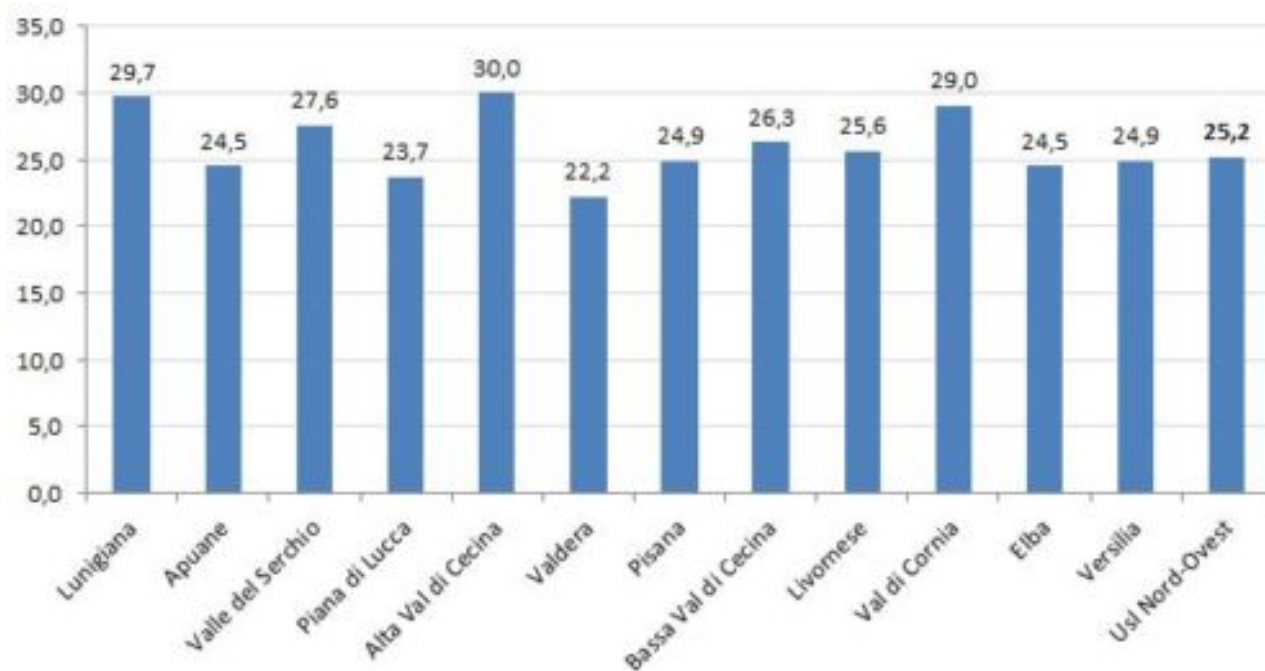


Figura 6 – La popolazione anziana nelle Zone/Distretto dell'Azienda USL Toscana Nordovest – Anno 2015 (01/01/2015)
Fonte: ISTAT

In questi ultimi anni è in corso una imponente ristrutturazione del sistema delle Aziende USL della regione, che in maniera diretta e/o indiretta arriva ad investire gli stessi ambiti locali; alcuni di questi territori si devono unire con altri, in parte volontariamente, in parte sulla base di criteri regionali. Anche gli stessi Comuni, i "mattoni" alla base di tutta l'architettura istituzionale, stanno decidendo in alcuni casi se fondersi. E' quindi un momento di transizione, che "rompe" i vecchi equilibri e per questo rappresenta una fase di grande potenzialità, nella quale possono innescarsi altre spinte innovative a vari livelli, in un processo a catena. Allo stesso tempo tutto questo costituisce un forte rischio di peggioramento e di perdita dei precedenti punti di riferimento.

In ultimo si pone con forte evidenza la problematica di avere **dati certi e attendibili**, soprattutto sul fronte dei costi, per poter monitorare su basi attendibili la sostenibilità del sistema dei servizi di Long Term Care per gli anziani a fronte delle dinamiche demografiche in atto.

Note

1. Leggi regionali n° 28/2015 e 84/2015 (modifica legge 40/2005).
2. L'autore ha partecipato nel 2015 a tale gruppo. Su questa esperienza e materiale ha sviluppato una Tesi di

ricerca in “Politiche Pubbliche dell’Unione Europea” presso il Dipartimento di Scienze Politiche dell’Università di Genova (Relatore Prof. Andrea Mignone), con una metodologia di analisi comparata (in proposito si veda la nota 3).

3. Nota metodologica: Lo studio si è basato sul materiale raccolto dal Gruppo di Lavoro per la Non Autosufficienza; è stata sviluppata un’analisi comparata delle Politiche Pubbliche con il supporto di un modello di studio del mutamento istituzionale ed organizzativo denominato *Path dependency framework* (Pierson, 2000; Lanzalaco L., Prontera A., 2012). Questo modello interpretativo si basa sulla premessa che le politiche del passato (ad un tempo T₀), una volta sviluppate, contribuiscono alla creazione di un ecosistema di policy che diviene autoreferenziale, ovvero ha ragione di essere indipendentemente dalle politiche che lo hanno generato e diviene un fattore di resistenza a qualunque tentativo di cambiamento successivo e così molto spesso rimane spazio solo per piccole modifiche di tipo incrementale.
4. La Società della Salute è stata istituita da Regione Toscana (Del. CR 155/2003) per assicurare una visione d’insieme del Territorio dal punto di vista dei bisogni sociali e sanitari e per organizzare i servizi in modo da fornire risposte appropriate, basandosi sul principio cardine dell’integrazione sociosanitaria tra i servizi sociali dei Comuni ed i servizi sanitari dell’azienda USL. Laddove non sia stata costituita la SDS l’integrazione sociosanitaria è garantita attraverso apposita Convenzione sociosanitaria (L. 40 – art. 70 bis).
5. La Società della Salute della Versilia è stata sciolta per volontà di alcuni soci (Comuni) il 31/12/2017.

Bibliografia

- Carrino L. (2015), *Le Regioni: le tendenze in atto*, in *Network Non Autosufficienza* (a cura di), L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. V Rapporto. Un futuro da ricostruire, Rimini, Maggioli Editore.
- Ferrera M. (2012) (a cura di), *Le Politiche Sociali*, II ed., Bologna, Il Mulino.
- Gori C. (2010), *Il Sistema di Protezione e Cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, Progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, IRS.
- Lanzalaco L., Prontera A. (2012), *Politiche Pubbliche Comparate*, Bologna, Il Mulino Itinerari.
- Luppi M. (2015), *Non Autosufficienza e impoverimento*, in *Network Non Autosufficienza* (a cura di), L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. V Rapporto. Un futuro da ricostruire, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.
- Naldini M. (2002), *Le Politiche Sociali e la Famiglia nei paesi mediterranei. Prospettive di analisi comparata*, in “Stato e potere”, Bologna, Il Mulino.
- Natali D., Rago M. (2010), *L’analisi comparata delle Politiche di Welfare: una riflessione metodologica*, in “Rivista Italiana di Politiche Pubbliche”, n° 1, pp. 61 – 82.
- Pavolini E., Ranci, C. (2015), *Le politiche di Welfare*, Bologna, Il Mulino.
- Pesaresi F., Gori C. (2003), *Servizi Domiciliari e Residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*, in *Tendenze Nuove*, n° 4-5, pp. 433 – 470.
- Pierson P. (2000), *Increasing returns, path dependence, and the study of politics*, in “American Political Science Review”, vol 94, n° 2, pp. 251 – 267.