

Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza in Liguria

Georgia Casanova

Esperta di Politiche Sociali

Nell'ottobre dell'anno scorso la Regione Liguria ha costituito il *Fondo Regionale per la Non Autosufficienza* (D.G.R. 20 ottobre 2006 n. 1106 "Indirizzi per il Fondo Regionale per la Non autosufficienza"), d'ora in avanti *FRNA*. Il *FRNA* diventa così la nuova voce di bilancio di riferimento per le *long term care policies* regionali. La creazione del fondo ligure giunge in un momento in cui altre regioni hanno deciso di adottare un simile strumento o stanno valutando l'opportunità di farlo. In questo scenario, il carattere innovativo dell'azione, il processo di *planning* sviluppato, oltre che il modello di fondo scelto, fanno dell'esperienza ligure una delle più significative tra quelle attive, ad oggi, in Italia (allo stato attuale risultano avviate le esperienze delle Regioni: Veneto, Lazio, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia). Innovatività ed interesse che si accentua se si pensa al contesto in cui si inserisce. Con un tasso di popolazione ultrasessantacinquenne pari al 26% circa di quella totale, la Liguria è una delle regioni più anziane d'Italia. Gli anziani non autosufficienti, poi, sfiorano l'87% del bacino di utenza totale per la non autosufficienza ligure¹. Appare chiaro, quindi, come in Liguria la popolazione anziana sia al centro del modello di *welfare* già da alcuni anni. Il *FRNA* può dunque essere considerato uno dei nuovi passi che la Regione Liguria ha mosso all'interno del proprio sistema. Parliamo di "nuovo passo" perché altri ne sono stati compiuti in questo senso: il riassetto dei servizi del 1998, il cambio di programmazione territoriale, da "sociale" a "socio-sanitaria", del 2004 e la strutturazione di

progetti "ad hoc" come il "Progetto Anziani" e "l'Assegno Servizi".

IL FONDO: STRATEGIE, OBIETTIVI E FLUSSI FINANZIARI

La costituzione del *FRNA* è maturata nell'ambito di una riflessione generale sulle *long term care policies* regionali. Il dibattito si è orientato da una parte sulla composizione dei flussi in entrata dell'azione, dall'altra sulla definizione dei beneficiari e del bacino di utenza. Tutti aspetti che influenzano le scelte strategiche e che, in linea con una coerenza metodologica² di pianificazione della *social policy*, vengono sintetizzate nella definizione data di obiettivi e risorse, perni della nostra riflessione.

Tre i punti di partenza dell'azione programmatica:

- la realizzazione di uno studio di fattibilità finanziaria effettuato da Beltrametti (Beltrametti, 2004);
- la proiezione, sul territorio ligure, dei risultati di uno studio epidemiologico svolto da Buiatti in Toscana, al fine di stimare il fabbisogno regionale;
- la definizione di un tavolo di concertazione sul *FRNA*, a cui hanno preso parte i rappresentanti dell'ANCI e della Federsanità, oltre che i referenti regionali.

Senza entrare nel merito dei singoli momenti, tale riflessione ha dato come risultato una quantificazione del fabbisogno di non autosufficienza regionale che supera di poco le 8.000 unità, e la definizione di un contributo economico quale risultato pratico dell'a-

¹ I dati si riferiscono al 31/12/2006 e il tasso relativo agli anziani non autosufficienti è un dato di stima confermato sia dalla proiezione proposta da Beltrametti nello studio di fattibilità sulla Liguria (Beltrametti, 2004) sia dalla proiezione dello studio epidemiologico toscano richiamato oltre.

² Per approfondimenti metodologici vedi Banchemo, 2005.

zione. La misura economica, pari a circa € 350,00 mensili, ha lo scopo di garantire il sostegno dell'attività di cura alla persona non autosufficiente da parte della famiglia, e può aggiungersi all'indennità di accompagnamento se il soggetto beneficiario ha un livello di non autosufficienza grave (almeno 3 ADL). Accettando il contributo, la famiglia, da parte sua, si impegna a non accedere a forme di residenzialità permanenti. L'obiettivo è quello di contenere il tasso di istituzionalizzazione.

GLI OBIETTIVI

La lettura degli atti costitutivi del FRNA mostra come esso sia orientato al raggiungimento degli obiettivi di "aumento della domiciliarità" e "riduzione della residenzialità" (Tab. 1). La presenza di progetti specifici, precedenti alla costituzione del fondo, con medesimi obiettivi indica l'esistenza di un piano d'azione di medio-lungo periodo. Proprio una logica di coerenza intertemporale spiega la chiusura dell'esperienza della precedente sperimentazione dell'assegno servizi con l'avvio del fondo.

Per il FRNA, oltre a precisi obiettivi, l'amministrazione regionale definisce percentuali e tempi di realizzazione. Osservando le percentuali di crescita dichiarate in Tabella 1 si vede come si auspichi in due anni, rispetto all'esistente, un incremento del 75% della domiciliarità e del 50% della residenzialità e semiresidenzialità. Dal punto di vista del sistema dei servizi "l'ampliamento della rete" e il "potenziamento dei servizi ADI", indica-

ti come gli strumenti attraverso cui raggiungere gli obiettivi, implicano il coinvolgimento di diversi soggetti: comuni e ASL.

LE RISORSE ECONOMICHE

Dal punto di vista dei flussi di spesa, le possibili scelte finanziarie utilizzate per la costituzione del fondo non autosufficienza sono sostanzialmente tre: redistribuire le risorse disponibili all'interno del bilancio pubblico, utilizzare diversamente le risorse disponibili o richiedere maggiori risorse ai cittadini (Gori, 2003). Nel caso del fondo ligure la scelta è ricaduta su un duplice versante: razionalizzazione dei flussi esistenti e coinvolgimento del cittadino attraverso l'aumento e finalizzazione di una quota della tassazione generale. Il modello del fondo non autosufficienza uscito dal tavolo di concertazione prevede, inoltre, l'inclusione della quota sanitaria, mentre non comprende l'indennità di accompagnamento.

Analizzando la Tabella 2, relativa alla composizione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza per il 2006³, si possono fare alcune considerazioni.

La ripartizione dei flussi del FRNA ligure (Fig. 1) mette in evidenza la predominanza della componente sanitaria, che risulta vincolata nella destinazione (87%), rispetto a quella sociale, che non tocca neanche il 10%. Il quadro finanziario è poi completato da una quota di risorse specifiche finalizzate alla non autosufficienza provenienti dalla fiscalità regionale; identificate come "altre", tali risorse garantiscono la copertura di circa il 4% del totale.

Tabella 1 - Gli obiettivi del FRNA.

Obiettivo	Indice di incremento dell'utenza sulla popolazione 65+	Strumenti
Sostenere la domiciliarità	Base 2006 → 4,1% Obiettivo 2008 → 7%	Ampliamento della rete dei servizi Potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare e ADI
Potenziare la residenzialità e la semiresidenzialità, sociosanitaria e sociale, pubblica, accreditata e privata	Base 2006 → 2% Obiettivo 2008 → 3%	Erogazione contributo economico Valorizzazione dei ricoveri semiresidenziali e residenziali temporanei come misura di sollievo
Fonte: Regione Liguria - elaborazione dati regionali posti negli atti ufficiali.		

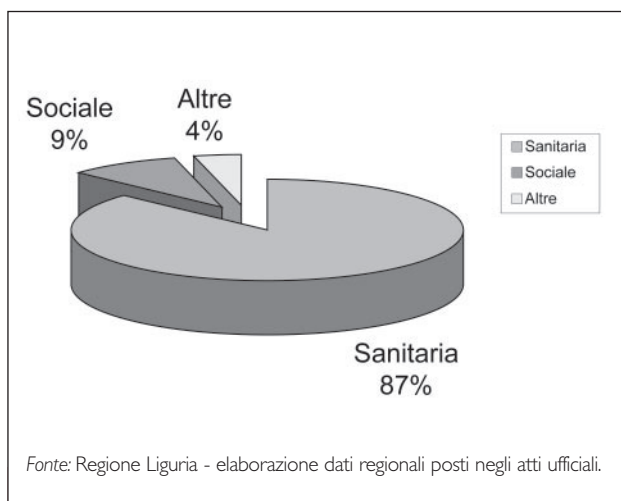
³ Ai sensi della L.R. 12/2006.

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

Tabella 2 - Risorse Finanziarie FRNA per il 2006.

PROVENIENZA	Importo
1. Componente sanitaria	
Quota sanitaria residenzialità e semiresidenzialità	75.000.000 (anziani) 61.000.000 (disabili)
Quota sanitaria domiciliarità	13.000.000
Progetti di Piano Sanitario Nazionale (DGR 264/2006, all'esame del Ministero della Salute)	14.423.000
Totale componente sanitaria	163.423.000
2. Componente sociale	
(a carico dei Comuni) per domiciliarità residenzialità e semiresidenzialità	
Fondo Sociale regionale trasferimenti ai Comuni	10.000.000
Servizi di prossimità (custodi sociosanitari)	1.695.000
Inserimento scolastico non autosufficienti (l.r. 15/06)	3.500.000
Interventi fondo sociale per disabili gravi (cerebrolesi)	1.200.000
Totale componente sociale	16.395.000
3. Altre risorse	
Quota proveniente dalla fiscalità regionale 2006 finalizzata ad interventi per la N.A.	7.500.000
Totale generale	187.318.000

Fonte: Regione Liguria - elaborazione dati regionali posti negli atti ufficiali.


Figura 1 - Composizione percentuale FRNA 2006.

PRIME CONSIDERAZIONI

I tempi recenti di introduzione del fondo non permettono la realizzazione di grosse valutazioni e riflessioni in merito al suo impatto sulla struttura organizzativa del sistema o sui destinatari. Alla luce della rilevanza dell'azione stessa si svilupperanno, quindi, solo alcune riflessioni generali.

Punto di partenza è la linearità dell'istituzionalizzazione del FRNA rispetto al modello di *welfare* ligure. La presenza di un chiaro disegno di policy, oltre che di altri progetti sperimentali di settore, non può che avvalorare tale affermazione e assegnare al FRNA un ruolo di rilievo tra le esperienze ad oggi avviate in Italia. A sottolineare ciò, nei giorni in cui si scrive, arriva la notizia dell'intenzione di istituire un'agenzia regionale per la non autosufficienza, e di come ciò sia ritenuto rilevante a livello nazionale⁴.

⁴ La notizia è stata data in occasione di un convegno tenutosi a Genova sulle long term care regionali a cui ha partecipato il Ministro Turco. Cfr. Redattore Sociale del 13 marzo 2007 (www.redattoresociale.it).

Alla domanda “Quale strategia sottende la costituzione del FRNA?”, sinteticamente si potrebbe rispondere: “Una strategia per lo sviluppo del sistema supportata da un’apertura verso l’esterno per il reperimento delle risorse”. Ciò è messo in rilievo sia dalla dichiarazione di obiettivi quali “aumento della domiciliarità” e “limitazione della residenzialità ai ricoveri di sollievo” sia nella, seppur limitata, razionalizzazione dei flussi di spesa messa in atto attraverso l’unificazione delle componenti “sanitaria” e “sociale”.

L’apertura verso l’esterno segna il coinvolgimento del cittadino ligure che, attraverso il pagamento di una tassa di scopo, partecipa alla copertura del rischio sociale di “non autosufficienza”. Considerando che la tassa copre il 4% del fabbisogno del fondo, l’impegno può essere considerato comunque esiguo rispetto alla totalità delle necessità del fondo.

Mantenendo lo sguardo sul rapporto tra non autosufficienza e cittadino, la Regione Liguria sembra muoversi su due livelli:

- in maniera *allargata*, assumendo una visione di non autosufficienza come problema sociale, impone una partecipazione economica al FRNA a tutti i cittadini attraverso la tassazione generale;
- in senso *più ristretto*, chiede alle famiglie dei beneficiari di sostenere la domiciliarità, facendosi pieno carico dell’erogazione delle cure informali.

Secondo tale logica, la mancata vincolazione dell’eborsorio monetario all’erogazione di servizi può essere letta come un ulteriore riconoscimento della “responsabilità sociale” che il nucleo familiare si assume, e un tentativo ulteriore di sostegno a tale funzione. Non è un caso che (nei casi più gravi) la misura economica affianchi e non sostituisca l’indennità di accompagnamento; indennità che, in generale, occupa un ruolo importante nella strategia italiana di sostegno alla non autosufficienza. Pur non essendo una misura specifica, essa è una delle voci principali delle risorse destinate agli invalidi, oltre ad essere la misura economica sociale con il più alto numero di beneficiari. La sua rilevanza per la *long term care*, però, è legata oltremodo al fatto che spesso proprio l’indennità di accompagnamento diviene l’unico riconoscimento che il soggetto non autosufficiente ha della sua condizione (Facchini, 2007; Da Roit, 2006). Pro-

prio la definizione del rapporto tra FRNA e indennità di accompagnamento, quindi, aiuta la comprensione della possibile strategia che un fondo non autosufficienza locale può avere all’interno della *long term care* nazionale.

Da anni si parla di una riforma in ambito sociale che coinvolga non solo il sistema dei servizi socio-sanitari ma anche l’indennità di accompagnamento. L’evoluzione del contesto italiano, e ancor più di quello locale, non possono che spingere ancora una volta in tale direzione. Considerando poi che proprio l’indennità di accompagnamento e l’integrazione socio-sanitaria rappresentano gli aspetti fondamentali del sistema di *long term care* italiano, appare chiaro come questi possano essere i due ambiti su cui focalizzare la possibile riforma nazionale e locale (Gruppo per la riforma dell’assistenza continuativa, 2006; Hanau e Iurlaro, 2005; Casanova, 2006).

Alla luce di quanto detto, la scelta di non comprendere l’indennità di accompagnamento nel FRNA può essere interpretata come un tentativo di proporre un modello innovativo di integrazione locale-nazionale per la non autosufficienza. Modello in cui la centralità della azione in materia di *long term care* si sviluppa a livello locale attraverso il fondo, in un’ottica di corrispondenza ai bisogni territoriali-*policy*. La presenza di una misura economica universale come l’indennità assume, così, il ruolo di riconoscimento nazionale della problematica, limitando eventuali discrepanze dei modelli locali.

Affermare che il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza ligure sia una possibile esperienza innovativa in materia di *long term care*, non significa sostenere che esso sia privo di criticità. Dal punto di vista organizzativo si sono manifestate alcune disfunzioni principalmente legate alla gestione amministrativa contabile e al percorso di assegnazione del contributo economico. Il modello di *welfare* proposto in Liguria è fortemente incentrato sull’attività dei distretti socio-sanitari e degli ambiti territoriali sociali (ATS)⁵. Tale sistema territoriale è funzionale ad una composizione geografica regionale caratterizzata, per la maggior parte, da piccoli comuni con chiare difficoltà di gestione singola dei servizi. Nello specifico, la gestione territoriale del FRNA è assegnata agli ATS; a loro

⁵ Gli ATS sono definiti, in base alla L.R. 12/2006, come il territorio ove i comuni limitrofi si associano o quelli di maggiore dimensione si decentrano al fine di programmare e gestire l’organizzazione dei servizi sociali di base per una popolazione pari a 10.000 abitanti.

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

spetta la raccolta delle richieste e l'erogazione diretta del contributo al beneficiario; la procedura di valutazione del caso per l'ottenimento del contributo, invece, è di competenza dell'Unità di Valutazione Geriatrica facente capo alla ASL.

La gestione economica territoriale del fondo assegnata agli ATS comporta l'inserimento della quota totale di Ambito all'interno del bilancio del comune capofila, con la conseguente inclusione della stessa nel patto di stabilità dell'amministrazione: questo, soprattutto nel caso di comuni di piccola dimensione, può creare alcune difficoltà di contabilità interna.

Sul versante della valutazione del caso, invece, la delega totale all'UVG tende a separare in due il percorso di gestione del fondo poiché gli Ambiti Territoriali Sociali (organo di competenza in materia sociale) non intervengono nel processo di valutazione. L'impressione che se potrebbe trarre è di una discontinuità con il processo di integrazione sociosanitaria in atto nella regione; d'altra parte, però, nel carattere sperimentale del fondo è insita la perfezionabilità dello strumento.

BIBLIOGRAFIA

Banchero A. Programmare i servizi sociali e sociosanitari, Bologna, Il Mulino 2005.

Beltrametti L. Un Fondo per la Non autosufficienza in Liguria: problemi e prospettive. Paper non pubblicato, Genova 2004.

Casanova G. Il sistema di finanziamento delle politiche sociali. In: Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte a confronto, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Roma 2006: 45-62.

Da Roit B. La riforma dell'indennità d'accompagnamento. In: Gori C. (a cura di), La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti, Fondazione Smith Kline, il Mulino, Bologna 2006: 287-316.

Facchini C. Anziani non autosufficienti e assegni di accompagnamento. I luoghi della cura 2007; 1: 7-12.

Gori C. Il finanziamento dell'assistenza ai non autosufficienti: strategie a confronto. In: Falcitelli N, Trabucchi M, Vanara F. (a cura di), Rapporto Sanità 2003. Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie, Collana Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna 2003: 461-504.

Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa. Riforma l'assistenza ai non autosufficienti in Italia. In: Gori C. (a cura di), La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte, Collana Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna 2006: 423-74.

Hanau C, Iurlaro F. Per l'istituzione di un fondo per la non autosufficienza. In: Gensini GF, Rizzini P, Trabucchi M, Vanara F. (a cura di), Rapporto sanità 2005. Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari, Collana Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna 2005: 97-136.

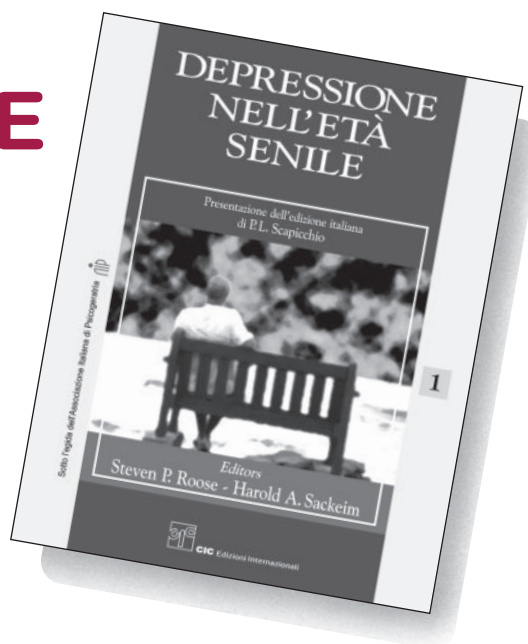
S.P. Roose, H.A. Sackeim

DEPRESSIONE NELL'ETÀ SENILE

**Presentazione dell'edizione italiana
di Pier Luigi Scapicchio**

**Sotto l'egida dell'Associazione
Italiana di Psicogeriatrica**

**Volume cartonato
di 448 pagine
f.to cm 22x28
€ 60,00**



CIC Edizioni Internazionali