

L'assistenza agli anziani non autosufficienti: squilibri territoriali e prospettive di riforma

Laura Pelliccia*, Elisabetta Tondini**, Mauro Casavecchia**

Introduzione

La questione dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è stata inserita tra le riforme che l'Italia si è impegnata a realizzare nell'ambito del Recovery Plan. All'inizio del 2023 è stata approvata la L. 33 «Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane» con l'impegno all'adozione dei relativi decreti attuativi entro i primi mesi del 2024. L'implementazione operativa dovrà disciplinare una serie di questioni: percorsi di accesso e di valutazione del bisogno, sistemi informativi, adeguatezza quali-quantitativa degli interventi domiciliari, residenziali e diurni, sistemi di programmazione e di monitoraggio.

La sfida è quella di potenziare gli interventi volti alla prevenzione dell'ospedalizzazione o del ricovero permanente presso i presidi preposti. Si tratta di un passaggio importante per un Paese come il nostro che, a differenza dei principali referenti internazionali, presenta programmi per gli anziani datati, mai confluiti in una vera e propria riforma organica. L'avvio di tale riforma ha visto in questi giorni, come prima fase del processo più generale, l'introduzione di un *assegno universale*, rivolto agli anziani non autosufficienti, che assorbirà l'indennità di accompagnamento e altre prestazioni assistenziali.

Al fine di disporre di un quadro di riferimento della situazione su cui si intende intervenire, in questa sede si propone una fotografia dello stato dell'arte della finanza pubblica in questo settore, per offrire una rappresentazione a livello territoriale delle risorse pubbliche dedicate a questo specifico bisogno ed evidenziare il concorso delle diverse filiere istituzionali che, nell'attuale complessità dei processi di gestione dei diversi programmi, intervengono sulla questione¹.

1. Gli anziani non autosufficienti

In linea generale, possiamo definire gli "anziani non autosufficienti" come individui di oltre 64 anni con limitazioni dell'autonomia tali da impedire il compimento delle attività fondamentali della vita quotidiana (alzarsi, lavarsi, vestirsi, ecc.) senza l'assistenza di altre persone².

Ad oggi, non esiste un modo univoco per determinare il numero e la condizione sociale e sanitaria degli anziani non autosufficienti. La condizione di non autosufficienza presenta caratteri sfumati, che si legano generalmente alla presenza di patologie cronico-degenerative o a disabilità ma non si sovrappongono esattamente ad esse. Esistono dunque gradi diversi di non autosufficienza che comprendono situazioni molto differenziate, anche dal punto di vista dei bisogni di assistenza che riguardano generalmente l'area sociosanitaria integrata, come definita nei Livelli Essenziali di Assistenza (Capo IV del DPCM n. 15/2017).

La ricostruzione della relativa domanda di welfare è resa ancora più difficoltosa dall'assenza di un sistema unitario e omogeneo a livello territoriale di identificazione di tale condizione, che attualmente viene rilevata attraverso una pluralità di sistemi informativi nazionali e locali che operano con criteri diversi. Da questo punto di vista, uno degli elementi qualificanti della riforma riguarda l'introduzione a livello nazionale di una *Valutazione multidimensionale unificata* al posto delle diverse valutazioni oggi utilizzate per erogare prestazioni nazionali (indennità di accompagnamento, legge 104/92, invalidità civile).

Questo nuovo strumento andrà ad affiancarsi alle *Unità di valutazione multidimensionale* territoriali già attualmente gestite da Regioni e Comuni con lo scopo di definire i progetti assistenziali integrati. Oltre a ridurre gli ampi margini di discrezionalità delle commissioni di valutazione, la valutazione multidimensionale unificata intende superare l'analisi delle sole condizioni biomediche per identificare, con criteri standardizzati e omogenei, i fabbisogni di natura sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e anche del suo nucleo familiare, ove presente.

Secondo standard internazionali, il livello di autonomia dell'anziano viene individuato attraverso due scale che misurano rispettivamente:

- il grado di autonomia/indipendenza nello svolgimento delle fondamentali attività quotidiane (ADL – *Activity of Daily Living*) quali mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, usare i servizi igienici;
- il grado di autosufficienza nelle attività strumentali complesse (IADL – *Instrumental Activity of Daily Living*) come preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente o utilizzare un telefono.

Il dato più recente stimato da ISTAT per questa condizione è quello dell'Indagine europea sulla salute (Ehis) riferita al 2019, in cui a denunciare gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL) sono in Italia il 10,6% delle persone con 65 anni e oltre³, pari a circa 1,4 milioni, la gran parte dei quali riferisce anche gravi difficoltà nelle attività quotidiane della vita domestica (IADL). Se si sommano ad essi coloro che dichiarano gravi difficoltà nelle attività domestiche, si arriva a circa 3,8 milioni di anziani con severe limitazioni nelle attività quotidiane della vita domestica.

A questi vanno aggiunti i circa 233mila anziani non autosufficienti ospiti permanenti dei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari (dato riferito al 2019).

La distribuzione degli anziani non autosufficienti mostra, per ciascuno di questi indicatori, disuguaglianze territoriali piuttosto rilevanti e una generale maggiore incidenza del fenomeno nelle regioni meridionali.

¹ Il presente articolo è tratto dal capitolo omonimo contenuto in *La finanza territoriale. Rapporto 2023* (Rubbettino editore), realizzato da IRES-Piemonte, IRPET, SRM, POLIS-Lombardia, IPRES, Liguria Ricerche, Agenzia Umbria Ricerche.

² Secondo la International Classification of Functioning Disability and Health dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2001), sono definite non autosufficienti "le persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale e relazionale" con intensità variabile in rapporto al grado di capacità di provvedere autonomamente: al governo della casa, all'approvvigionamento e alla predisposizione dei pasti; alla cura di sé, ad alimentarsi e al governo della casa; alle funzioni della vita quotidiana e alle relazioni esterne e alla presenza di problemi di mobilità e di instabilità clinica.

³ Da qui in poi nel testo le persone con 65 anni e più sono indicate come anziani.

Tabella 1.
ANZIANI CON GRAVI DIFFICOLTÀ NELLE ATTIVITÀ DI CURA DELLA PERSONA PER TIPO DI ATTIVITÀ. ANNO 2019 (PER 100 PERSONE, VALORI IN MIGLIAIA E QUOZIENTI STANDARDIZZATI)

	Grave difficoltà in almeno una attività di cura della persona (ADL)		Gravi difficoltà in almeno una attività domestica (IADL)	
	Per 100 persone	Valori in migliaia	Per 100 persone	Valori in migliaia
Piemonte	8,6	93	24,6	267
Valle d'Aosta	9,3	3	16,5	5
Liguria	7,9	34	20,9	90
Lombardia	8,1	181	23,3	520
PA Bolzano	8,2	8	15,7	16
PA Trento	7,1	8	19,7	23
Veneto	8,0	88	21,2	232
Friuli-Venezia Giulia	7,9	25	19,1	60
Emilia-Romagna	11,4	119	31,2	327
Toscana	10,4	97	25,2	236
Umbria	11,0	25	27,3	61
Marche	13,6	51	32,4	121
Lazio	9,7	122	25,5	321
Abruzzo	12,2	38	30,1	94
Molise	9,7	7	25,7	19
Campania	14,9	162	34,3	372
Puglia	11,6	102	33,9	300
Basilicata	11,2	14	32,2	41
Calabria	12,8	54	35,9	150
Sicilia	14,1	149	35,6	374
Sardegna	14,7	57	35,1	136
Nord-ovest	8,2	310	23,4	882
Nord-est	9,3	249	24,6	657
Centro	10,6	295	26,5	739
Sud	13,0	377	33,7	977
Isole	14,3	205	35,5	510
Italia	10,6	1.437	27,7	3.764

Fonte: ISTAT

2. La spesa pubblica per gli anziani non autosufficienti

La spesa pubblica per gli anziani non autosufficienti (di seguito definita anche spesa per Long Term Care) si compone di diversi fattori. Di fatto, è il risultato del frazionamento delle competenze istituzionali tra diversi livelli di governo (Centro e EELL) e tra diverse filiere istituzionali (INPS, Comuni, Sanità/Regioni), riconducibili alle tre macro-voci di cui annualmente la RGS offre una ricognizione e una proiezione (RGS, 144 2023): la spesa sanitaria, la spesa sociale e la spesa per le prestazioni monetarie.

Anche il sistema di finanziamento riflette la sopraaccitata scomposizione: ciascuna filiera ha specifiche fonti di finanziamento e proprie regole di gestione. Oggi dal punto di vista organizzativo non sono previsti momenti di ricomposizione delle tre filiere: ciascuna tipologia ha propri meccanismi di governo delle risorse e propri sistemi di allocazione/riparto.

Questo lavoro si propone di monitorare in una logica comparata l'effetto complessivo di questi tre tasselli territorio per territorio, a partire dai dati più recenti.

La spesa per l'indennità di accompagnamento

La spesa per l'indennità di accompagnamento è la componente governata ed erogata dal sistema centrale (INPS). Si configura come un'erogazione monetaria legata alla mancanza di autonomia ed è riconosciuta a prescindere dalla prova dei mezzi economici dell'assistito, sulla base di valutazioni delle apposite commissioni locali integrate INPS-ASL. A oggi, costituisce l'unico diritto esigibile per le persone non autosufficienti comune a tutto il Paese.

La distribuzione della spesa a livello territoriale dipende dalla numerosità delle persone riconosciute eleggibili alla misura:

in altre parole, non esistono a priori meccanismi di riparto del finanziamento per regione.

A partire dalla disponibilità informativa sulla numerosità dei pensionati over sessantacinquenni assistiti alla fine di ciascun anno di fonte ISTAT-INPS, è stata stimata la spesa in ogni regione considerando l'importo mensile dell'assegno (522,1 € nel 2021) per le mensilità dovute. A livello nazionale corrisponde a oltre 14 miliardi di € (la stima è fatta sulla base della numerosità delle pensioni risultante dal sito ISTAT).

La distribuzione territoriale delle risorse è strettamente legata alla numerosità degli assistiti, la cui quota sul totale degli anziani varia da regione a regione. Rapportata al numero di anziani presenti, la spesa pro capite evidenzia una marcata variabilità tra le regioni (coefficiente di variazione pari a 0,344):

- il valore per anziano oscilla da un minimo di 162 € di Bolzano, al massimo di 1.102 € della Calabria;
- dal punto di vista geografico si osserva un andamento crescente Nord-Sud: quasi tutte le regioni settentrionali si posizionano intorno al valore del primo quartile, quelle meridionali oltre la mediana; al Centro la situazione è molto differenziata (non vi è un unico pattern) e spicca il posizionamento dell'Umbria (1.084,5 €) seconda, a livello nazionale, solo alla Calabria.

La variabilità osservata potrebbe essere spiegabile dal diverso livello di incidenza della non autosufficienza nelle regioni. In ogni caso, in assenza – a regole vigenti – di una scala comune di valutazione a livello nazionale per la concessione del beneficio in questione, detta variabilità potrebbe essere il risultato dei diversi criteri valutativi adottati dalle Commissioni locali.

Con il decreto legislativo attuativo della legge delega 23 marzo 2023 n. 33 sulla governance della politica nazionale in favore delle persone anziane, approvato dal Consiglio dei ministri a gennaio 2024, l'intervento centrale in favore delle persone anziane non autosufficienti si andrà ampliando con una nuova misura, definita *Prestazione Universale*. Si tratta di un bonus destinato agli anziani non autosufficienti gravissimi, over 80 e con Isee fino a 6.000 €, per i quali l'assegno di accompagnamento, attualmente pari a 531,76 € al mese, sarà integrato da un "assegno di assistenza", di 1.000 € al mese. L'assegno sarà erogato in via sperimentale dall'INPS a decorrere dal 1° gennaio 2025 fino al 31 dicembre 2026, per una capienza stanziata pari a 500 milioni di € nel biennio.

La spesa sociosanitaria

I servizi per gli anziani gestiti dalle Regioni sono individuabili nell'ambito del perimetro del Capo IV dei Livelli Essenziali di Assistenza – Assistenza sociosanitaria.

Non vi è un canale di finanziamento dedicato concorrendo, l'assistenza agli anziani, al più ampio finanziamento del SSN: la quota capitaria attribuita alle Regioni attraverso gli annuali decreti di riparto non prevede infatti la definizione di una quota da dedicare specificamente all'assistenza agli anziani non autosufficienti.

I livelli essenziali di assistenza che le Regioni sono tenute a garantire agli anziani non autosufficienti sono riconducibili ai tre principali setting di erogazione: residenziale, semiresidenziale e domiciliare⁴.

Per individuare le risorse destinate agli anziani non autosufficienti non si può che fare riferimento alla spesa effettiva delle

⁴ Il Dpcm fa riferimento alla categoria delle persone non autosufficienti, distinguendola da quella dei disabili (a cui sono dedicati precisi articoli); ne consegue che gli articoli sulle persone non autosufficienti possono essere presi a riferimento per rappresentare la sfera degli anziani non autosufficienti. Da precisare che questa nozione non esaurisce lo spettro dell'assistenza sanitaria erogata agli anziani ma delimita i servizi specifici da attivare in presenza della condizione specifica di non autosufficienza.

Regioni per erogare i relativi LEA, articolati secondo la declinazione del Dpcm 12/1/2017 (dei LEA in ambito socio-sanitario è stato solo esplicitato l'elenco dei servizi che devono essere erogati senza precisare il livello di offerta da assicurare né il livello qualitativo delle prestazioni, dunque non sono mai stati definiti costi e fabbisogni standard). In particolare, sono prese a riferimento le seguenti voci:

- Assistenza socio-sanitaria residenziale – Assistenza alle persone non autosufficienti, indicativa degli art. 29 e 3013;
 - Assistenza socio-sanitaria semiresidenziale – Assistenza alle persone non autosufficienti indicativa dell'art 30 (per i centri diurni);
 - Cure domiciliari, opportunamente riproporzionata per tener conto della sola quota riferibile agli anziani;
- per un totale, a livello nazionale, di quasi 5 miliardi di €.

Detta spesa presenta una variabilità molto pronunciata (coefficiente di variazione pari a 0,81), indicativa di quanto le risorse dedicate a tali bisogni dipendano dalla discrezionalità locale, ovvero dalla sensibilità delle Sanità regionali a voler investire in tale settore (è utile ricordare che, a differenza di altre tipologie di assistenza sanitaria, come quella in ambito ospedaliero, non sono mai stati definiti standard di offerta sui livelli di assistenza da erogare).

La spesa delle Regioni dipende altresì dagli standard assistenziali fissati da ciascun Ente per l'erogazione dei servizi, oltre che dai relativi livelli di remunerazione delle prestazioni (in assenza di tariffari comuni, anche a parità di offerta la spesa potrebbe variare da Regione a Regione).

In ultimo, ma non per importanza, a fronte di servizi unitari, detta spesa dipende dal riparto degli oneri assistenziali tra la filiera dei servizi sanitari e quella socioassistenziale: a fronte di un comune parametro normativo, l'effettivo rispetto di questi criteri è demandato infatti alle scelte regionali.

Ciò premesso, in estrema sintesi la spesa socio-sanitaria per anziano per Regione oscilla tra il minimo di 38 € del Molise e il massimo di 1.482 € della Provincia autonoma di Trento. Dal punto di vista territoriale, le regioni del Centro-Nord si posizionano nei quartili medio alti (con la sola eccezione di Valle d'Aosta e Lazio); al contrario nel Meridione tutte le regioni si collocano nella fascia medio-bassa di spesa.

La spesa degli enti locali per gli anziani

Gli interventi socioassistenziali per gli anziani di competenza del sistema dei Comuni-Ambiti Territoriali Sociali (ATS) sono finanziati attraverso il più generico sistema di finanziamento della spesa sociale dei Comuni. La finanza dei municipi poggia sul riparto del relativo fondo di solidarietà, senza una specifica finalizzazione di una quota per gli anziani.

A livello nazionale esistono specifiche forme di finanza derivata per il sostegno degli interventi per la non autosufficienza degli EELL (es. il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza), la cui gestione – che interessa non soltanto la sfera degli anziani ma anche quella dei disabili – è demandata alle Regioni⁵.

Oltre alle risorse proprie dei Comuni e a quelle trasferite dallo Stato, contribuiscono al finanziamento della spesa sociale per gli anziani anche gli eventuali fondi delle Regioni e le risorse di provenienza comunitaria.

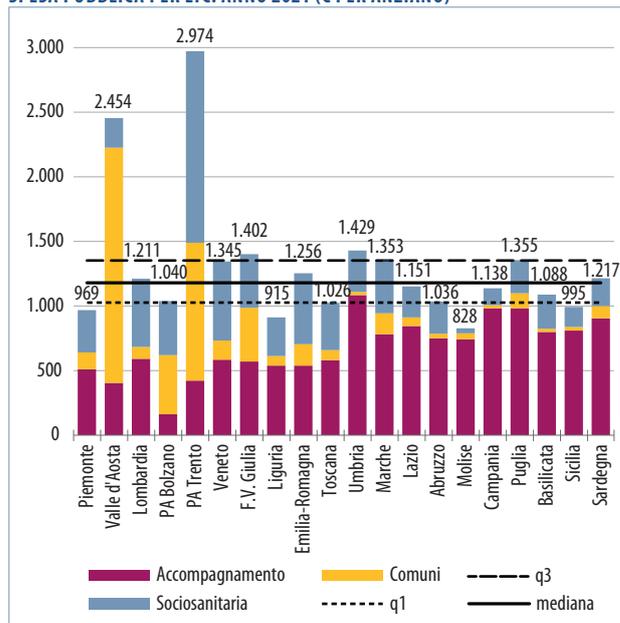
Gli interventi degli EELL si sostanziano nell'erogazione di servizi socioassistenziali (diurni, domiciliari e residenziali) e in erogazioni monetarie (buoni corrisposti alle famiglie)⁶. Nel complesso la spesa sociale degli Enti locali 2021 si pone al di sotto di 1,6 miliardi di €. La componente sociale (con un coefficiente

di variazione per anziano pari a 3,9) è la spesa – tra quelle analizzate – per cui si sperimenta maggiormente la discrezionalità locale e la variabilità tra regioni. Oscilla tra i 15,6 € della Calabria e gli oltre 1.800 € della Valle d'Aosta. Tralasciando le Regioni a Statuto Speciale, le cui dimensioni risentono presumibilmente della straordinarietà del relativo ordinamento, non è immediata l'individuazione di pattern geografici comuni. Nel Centro Nord coesistono RSO caratterizzate da livelli medio-alti di spesa (Emilia-Romagna, Veneto e Piemonte), con realtà che hanno un livello medio di spesa (Lombardia) e RSO, come la Liguria, con spesa sociale medio-bassa. Nel panorama delle regioni centrali si distinguono le Marche per un pronunciato livello di risorse dedicate, oltre 5 volte superiore a quelle dei Comuni umbri. Le RSO meridionali, ad eccezione della Puglia, sono accomunate da livelli di spesa sociale bassa.

3. Un confronto complessivo della spesa per LTC

Anche se, di fatto, i processi istituzionali non prevedono momenti di ricomposizione delle tre diverse fonti analizzate, si ritiene importante offrire un'immagine d'insieme dell'intervento pubblico, rappresentativo del sostegno che le politiche pubbliche per gli anziani non autosufficienti riescono a garantire agli anziani di ciascuna regione.

Grafico 2
SPESA PUBBLICA PER LTC. ANNO 2021 (€ PER ANZIANO)



Nota: la spesa della Provincia autonoma di Trento, fuori scala, ammonta a 2.973 €; il dato della Calabria non è disponibile sul portale BDAP
Fonte: elaborazioni AUR su dati BDAP e ISTAT

Nel complesso, le risorse pubbliche per anziano oscillano dagli 827 € del Molise ai quasi 3.000 € della PA di Trento, con un valore mediano pari a quasi 1.200 €. Dal punto di vista geografico, l'interazione delle varie componenti produce risultati che non sembrano privilegiare unicamente un'area geografica. Tuttavia, essi sono l'effetto del diverso concorso delle varie fonti, come di seguito rappresentato.

Il contributo dell'indennità di accompagnamento sul totale della spesa per LTC oscilla tra il 14,2% di Trento e l'89,9% del Molise. È un dato indicativo della dipendenza dal sistema centrale e del livello di proattività/sforzo della finanza territoriale di ciascuna regione rispetto al bisogno di LTC.

Il confronto tra le regioni in merito agli interventi del sistema centrale e dei sistemi territoriali è stato osservato considerando congiuntamente il livello di spesa decentrata per anziano

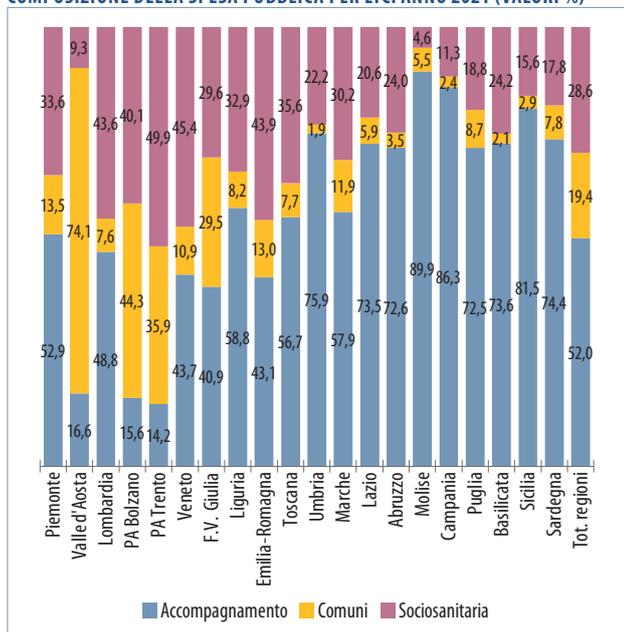
⁵ Il Piano Nazionale Non Autosufficienza ha intrapreso un percorso per la definizione dei Livelli essenziali: al momento sono state individuate alcune linee evolutive comuni per tutto il Paese, la cui attuazione è tuttavia ancora incerta.

⁶ Per una visione di sintesi di detta spesa si fa qui riferimento alla spesa certificata dai Comuni nel proprio bilancio 2021-22, disponibile sulla piattaforma BDAP.

no (sanitaria + sociale) e quello del sistema centrale (indennità di accompagnamento). Sembrerebbe risultare una relazione di complementarità tra lo sforzo del centro e quello delle autonomie locali (tanto maggiore è il valore della spesa per l'indennità di accompagnamento, tanto minore quella degli investimenti locali), con il risultato di due diversi modelli regionali:

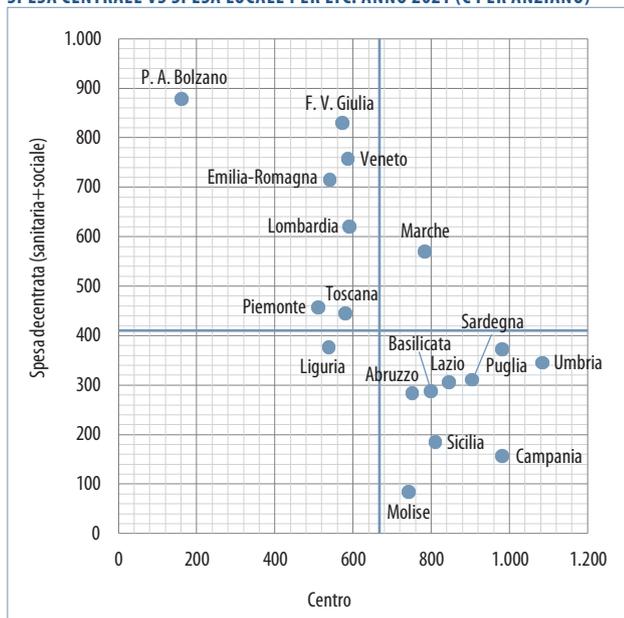
- le regioni del Centro-Nord e la Toscana si distinguono per un limitato contributo del sistema centrale e un marcato investimento del sistema territoriale;
- il Centro-Sud si caratterizza per un elevato ricorso al contributo del sistema centrale a discapito dello sforzo locale;
- le Marche sono l'unica regione con un elevato investimento da parte di entrambi gli attori.

Gráfico 3. **COMPOSIZIONE DELLA SPESA PUBBLICA PER LTC. ANNO 2021 (VALORI %)**



Fonte: elaborazioni AUR su dati BDAP e ISTAT

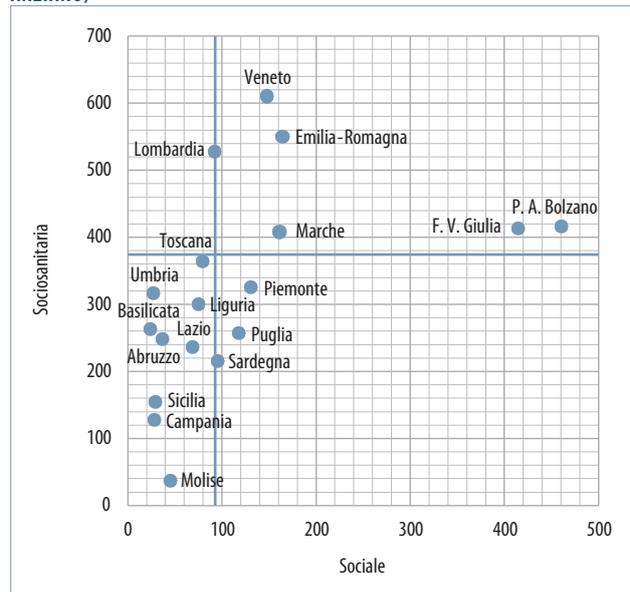
Gráfico 4. **SPESA CENTRALE VS SPESA LOCALE PER LTC. ANNO 2021 (€ PER ANZIANO)**



* La Provincia autonoma di Trento non è rappresentata perché outlier
Fonte: elaborazioni AUR su dati BDAP e ISTAT

Un ulteriore elemento di analisi è il confronto tra il contributo della filiera sanitaria e di quella sociale. Sotto questo profilo non sembra sussistere un effetto di sostituzione tra le due componenti, bensì eventualmente di rafforzamento. Tra le RSO, quelle più proattive sia sul fronte sociale che sociosanitario risultano Veneto, Emilia-Romagna e Marche. Puglia e Piemonte mostrano un rilevante sforzo di tipo sociale non accompagnato da altrettanti marcati investimenti di carattere sanitario. La situazione è opposta per la Lombardia. Nelle restanti regioni la debolezza degli investimenti sociali è accompagnata da analoga limitatezza dello sforzo di tipo sanitario.

Gráfico 5. **SPESA SOCIALE VS SPESA SOCIOSANITARIA PER LTC. ANNO 2021 (€ PER ANZIANO)**



* La PA di Trento non è rappresentata perché outlier
Fonte: elaborazioni AUR su dati BDAP e ISTAT

Conclusioni

I programmi per gli anziani non autosufficienti sono il risultato della stratificazione degli interventi di diverse filiere istituzionali, canali storicamente separati con poche possibilità di interconnessione nei vari livelli del processo assistenziale (mappatura/valutazione dei bisogni, sistemi informativi, sistemi di finanziamento, progettazione degli interventi sul caso/sistemi di monitoraggio). La spesa dedicata può rappresentare una buona approssimazione dei livelli quantitativi delle risposte offerte nelle varie aree geografiche, quale risultato dell'azione dei diversi livelli di governo e dei diversi attori coinvolti (INPS, Regioni, Aziende del SSN, Comuni singoli e associati).

L'analisi della spesa complessiva per LTC degli anziani, quale sommatoria delle singole politiche, evidenzia una profonda variabilità tra i territori; in altre parole, a parità di utenti potenziali, l'entità dell'intervento pubblico è estremamente eterogenea.

L'eterogeneità è ancora più accentuata quando si considerano le singole politiche – in particolare quelle socioassistenziali – risultato dell'assenza di un comune denominatore di regole nazionali e di modelli organizzativi locali profondamente differenziati (es. le scelte degli Enti locali di produrre i servizi o di acquistarli da terzi privati oppure la loro preferenza per interventi monetari rispetto a quelli *in kind*).

Anche gli indicatori sui livelli di servizio residenziale e domiciliare in termini di copertura e di intensità assistenziale confermano la marcata variabilità territoriale non soltanto delle politiche sociali ma anche di quelle sociosanitarie.

Persino il livello delle risorse per l'indennità di accompagnamento, quale diritto comune a tutti i territori, a parità di numero di anziani risulta molto variabile localmente, specchio della mancanza di scale comuni di accertamento della non autosufficienza.

La valutazione della coerenza tra la spesa e i bisogni richiederebbe un robusto sistema di valutazione comune della condizione di non autosufficienza a livello nazionale, obiettivo che ci si auspica la riforma riesca a centrare. Le statistiche oggi disponibili sulla diffusione della non autosufficienza costituiscono una prima spia della diversa incidenza del fenomeno a livello territoriale e della conseguente necessità di non limitarsi a confronti sulla spesa per anziano; tuttavia, l'attuale disponibilità informativa sui livelli di bisogno riesce solo parzialmente a rappresentare una così complessa condizione della domanda potenziale, impedendo dunque di procedere a confronti affinati tra bisogni e risposte.

Le analisi preliminari evidenziano una diversa sensibilità dei vari territori a investire sulla LTC: di solito, quanto maggiore è lo sforzo economico del sistema centrale, tanto minore è quello

locale. Nell'ambito degli interventi del sistema decentrato, tra le due filiere – sociale e sociosanitaria – non sembra tanto esistere una relazione di sostituzione, quanto di rafforzamento reciproco.

Oggi i processi istituzionali non prevedono un sistema organico di monitoraggio per confrontare, nell'insieme, gli sforzi assistenziali dei territori e la relativa adeguatezza rispetto ai bisogni.

Sarebbe necessario che la riforma riuscisse a valorizzare gli sforzi locali e a promuovere atteggiamenti attivi dei territori e un sistema di premialità – anche finanziaria – per quelli che riescono maggiormente ad assicurare coerenza tra bisogni e risposte.

Il sistema di finanziamento dovrebbe comunque essere garantito diffusamente in modo da assicurare ovunque un adeguato livello di risposte, attraverso mirati sistemi di perequazione, onde evitare che i livelli delle risposte pubbliche locali siano condizionati dai differenti livelli di reddito.

** Studiosa di politiche sanitarie e di welfare*

*** Agenzia Umbria Ricerche*

Federalismo in Toscana

Redazione

IRPET:

Claudia Ferretti (Responsabile)
e Patrizia Lattarulo

Regione Toscana:

Luigi Idili, Giovanni Morandini
e Agnese Parrini

Sede di redazione

IRPET:

Villa La Quiete alle Montalve - Via Pietro Dazzi, 1 - 50141 Firenze
Tel. 055/459111 - e-mail: redazione@irpet.it