

**“Percorso di formazione e tutorship a
supporto del ridisegno dell’assetto
istituzionale del sistema di welfare per
gli anziani della Provincia Autonoma
di Trento”**

Report conclusivo

Di:
Giovanni Fosti
Agnese Pirazzoli

INDICE

1. Introduzione	3
2. Il contesto nazionale e internazionale di riferimento	5
2.1 I servizi per anziani in Italia	5
2.2 Alcune esperienze internazionali di integrazione dei percorsi degli utenti fra settori diversi	11
2.2.1 I Punti Unici di Accesso in Francia e in Germania.....	12
2.2.2 I servizi domiciliari per anziani in Svezia e Germania	15
2.2.3 Alcuni spunti di riflessione dagli esempi internazionali di innovazione	19
3. Il contesto locale di riferimento	21
3.1 I servizi per anziani nella Provincia Autonoma di Trento.....	21
3.1.1 I servizi per anziani nella Provincia Autonoma di Trento: focus sulle RSA e le RSAO	23
3.2 Alcune considerazioni sul sistema locale dei servizi per anziani	26
4. Il percorso di formazione e tutorship	30
4.1 Analisi desk dei dati disponibili	32
4.2 Interpretazione dei dati con il supporto della PAT.....	34
4.3 Attivazione del Tavolo Tecnico di confronto.....	36
4.3.1 Primo incontro – Presentazione del percorso e lettura dei dati raccolti	37
4.3.2 Secondo incontro – Quali linee di ricomposizione per il sistema di welfare locale?.....	37
4.3.3 Terzo incontro – Quale governance per le funzioni di sistema del welfare locale?.....	42
4.3.4 Quarto incontro – Quale governance per le funzioni aziendali del welfare locale? Sintesi dei contenuti delle discussioni	46
4.4 Incontri nelle Comunità di Valle	47
4.5 Incontri con le categorie di stakeholders per l’approfondimento dei temi aperti	48
4.6 La conclusione del percorso	48
5. Scenari istituzionali possibili per il territorio.....	50
5.1 1° modello: Modello a «gestione unitaria» proposto dal Tavolo Tecnico (aprile 2016).....	53
5.2 2° modello: Modello «committenza ed erogazione» nella Comunità di Valle.....	54
5.3 3° modello: Modello con istituzione ad hoc con riferimento alla Comunità di Valle.....	55
6. Considerazioni finali	57

1. Introduzione

Il presente documento descrive l'evoluzione e gli esiti del progetto denominato "Percorso di formazione e tutorship a supporto del ridisegno dell'assetto istituzionale del sistema di welfare per gli anziani della Provincia Autonoma di Trento"; tale progetto è stato condotto dall'Università Commerciale L. Bocconi – Scuola di Direzione Aziendale (nel seguito, "SDA Bocconi") da parte di Giovanni Fosti e Agnese Pirazzoli in collaborazione con la Provincia Autonoma di Trento - Dipartimento salute e solidarietà sociale (nel seguito, "PAT").

La necessità di intraprendere un percorso di ridisegno dell'assetto istituzionale del sistema di welfare per gli anziani è stata avvertita dalla PAT poiché su di esso, e ancor più sulla rete delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (nel seguito, "APSP"), i mutamenti demografici, epidemiologici, sociali, tecnologici e culturali del territorio trentino stanno esercitando notevoli pressioni. Tali cambiamenti infatti hanno generato nuove esigenze di cura che minano la sostenibilità (non solo economica) del sistema e ne richiedono una maggiore flessibilità e capacità di presa in carico. A seguito della percezione di tale necessità di mutamento dell'assetto istituzionale del sistema di welfare, la PAT ha avanzato una richiesta alla SDA Bocconi per un percorso di formazione e tutorship per l'analisi del contesto territoriale a supporto delle decisioni di ridisegno. In tale attività dovevano essere coinvolti i diversi attori territoriali, ovvero:

- L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS);
- Le Aziende di Servizi alla Persona (APSP), rappresentate nel percorso dall'Unione Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza (UPIPA);
- Le Comunità di Valle (CdV), rappresentate nel percorso dal Consiglio delle Autonomie Locali (CAL);
- La Provincia Autonoma di Trento (PAT);
- Gli stakeholder locali interessati da un possibile mutamento dell'assetto istituzionale del sistema di welfare per gli anziani (es. i lavoratori del settore, rappresentati nel percorso dalle Organizzazioni sindacali coinvolte)

In relazione al bisogno espresso, la SDA Bocconi ha progettato in collaborazione con la PAT un percorso di formazione e tutorship articolato attorno a 3 finalità:

- Condividere nel territorio la lettura dei problemi e delle risorse locali in riferimento al sistema dei servizi per anziani nella Provincia Autonoma di Trento;
- Identificare le traiettorie evolutive auspicate per il sistema locale dei servizi per anziani alla luce dell'evoluzione dei bisogni degli anziani e delle loro famiglie;
- Individuare possibili soluzioni istituzionali coerenti con le linee di sviluppo e gli obiettivi selezionati.

In accordo con tali finalità, il percorso si è articolato in cinque momenti distinti:

1. Una fase preliminare di raccolta ed elaborazione di dati sul sistema di welfare per anziani nella Provincia Autonoma di Trento;
2. Un secondo step di lettura e interpretazione dei dati finalizzato all'individuazione dei fabbisogni del territorio e, quindi, alla tutorship della PAT nell'identificazione degli obiettivi di sviluppo;

3. Un terzo momento di confronto interno e con gli attori del territorio per l'individuazione di linee di sviluppo condivise tramite la costituzione di un Tavolo Tecnico in cui la SDA Bocconi ha svolto la funzione di moderatore;
4. Una fase di discussione con il territorio rispetto al modello di sistema di welfare per gli anziani proposto dal Tavolo Tecnico;
5. Un ultimo momento di progettazione dell'assetto istituzionale potenziale, condotto in collaborazione con l'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali e aperto agli attori del territorio.

Come richiesto dalla PAT, al fine di preservare il radicamento territoriale e il patrimonio di competenze e capacità organizzative proprie del sistema, nelle diverse fasi del percorso sono stati coinvolti gli attori territoriali sopra citati (UIIPA, CAL, APSS, etc.).

Nel procedere delle diverse fasi sono stati inoltre utilizzati molteplici metodi di lavoro, e in particolare:

- Analisi desk dei dati territoriali sul sistema dei servizi per anziani;
- Interviste con attori chiave;
- Workshop nel territorio;
- Analisi di letteratura scientifica e riferimenti a studi relativi al contesto italiano e internazionale.

In tutti i differenti step del percorso, SDA Bocconi ha orientato le attività di formazione e tutoship secondo due obiettivi: (i) aiutare il territorio ad ancorare il confronto sul sistema dei servizi per anziani a dati del contesto locale e (ii) porre in luce, per ognuno degli snodi decisionali emergenti, vantaggi e svantaggi di ogni scelta possibile.

Il presente report finale del progetto presenta, in primo luogo, alcuni dati sui sistemi di welfare con riferimento agli anziani in prospettiva nazionale e internazionale e alcuni esempi internazionali di innovazioni nel campo dell'Elderly Care (Cap. 2). In seguito si passa all'esposizione delle evidenze emerse dall'elaborazione dei dati territoriali sul sistema dei servizi per anziani nella Provincia autonoma di Trento effettuata nella prima fase del percorso (Cap. 3); il capitolo successivo tratta invece le attività svolte nelle diverse fasi del progetto e i loro esiti (Cap. 4). Da ultimo, vengono descritte le 3 ipotesi di assetto istituzionale generate sulla base degli stimoli territoriali raccolti durante il percorso (Cap. 5) e, infine, si presentano alcune considerazioni finali (Cap. 6). Poiché il report si pone come obiettivo quello di descrivere l'evoluzione del percorso in oggetto, le immagini e le tabelle riportate vengono riprese, nella massima misura possibile, dai materiali di lavoro prodotti nel corso del progetto, così da facilitare la lettura dei contenuti e dare trasparenza al documento.

2. Il contesto nazionale e internazionale di riferimento

2.1 I servizi per anziani in Italia¹

La cura degli anziani (in particolar modo di coloro che si trovano in condizione di non autosufficienza) è stata intesa, in questo documento, come l'insieme di interventi per la Elderly Care e la Long Term Care previsti dal sistema di welfare italiano. Vengono considerate quindi principalmente due tipologie di interventi: le prestazioni cash e i servizi reali. All'interno di queste due categorie si articola una serie di interventi che si distinguono fra loro per le modalità di erogazione, l'intensità assistenziale, le finalità e i target d'intervento e per i soggetti responsabili della loro programmazione, erogazione e finanziamento.

Fra le due categorie di interventi citate, le prestazioni cash e i servizi reali, le prime risultano essere prevalenti nel nostro Paese in termini di spesa. Ciò non accade, però, in tutti gli altri Paesi Europei: come è infatti possibile notare nella Figura 1 sotto riportata, tale ripartizione non è presente in altri 3 rilevanti Paesi europei come la Francia, la Germania e il Regno Unito.

Figura 1. Ripartizione della spesa per la LTC in 4 Paesi

	<i>Spesa per interventi cash</i>	<i>Spesa per servizi inkind</i>	
Francia	39%	61%	
Germania	31%	69%	
Regno Unito	46%	54%	
Italia	52%	48%	

Fonte: Fosti G. e Notarnicola E. (2014) *Quattro paesi in comparazione*. In Fosti G. e Notarnicola E. (2014) (a cura di) *Il Welfare e la Long Term Care in Europa*, Milano, Egea.

La ripartizione della spesa suggerisce diverse indicazioni sulle tipologie di intervento preferite dai diversi Paesi e sul loro approccio alla LTC, senza però fornire informazioni sul loro tasso di copertura del bisogno di assistenza degli anziani: quale percentuale di anziani riceve assistenza dal proprio sistema di welfare? Una risposta può essere trovata all'interno della Figura 2: come emerge dai dati, l'Italia copre quasi la totalità della propria popolazione non autosufficiente mentre, negli altri tre Paesi, il tasso di copertura della popolazione è sensibilmente inferiore e oscilla tra il 50% e il 70%. Un'analisi più approfondita mostra però anche un'altra differenza: rispetto agli altri Paesi considerati l'Italia alloca per ogni soggetto una quota di risorse sensibilmente inferiore. Il modello italiano si caratterizza quindi, rispetto agli altri tre modelli considerati, per un trasferimento di risorse a una quantità maggiore di utenti, e per una presa in carico e offerta di servizi a una quota di utenti molto più ristretta.

¹ Rotolo A. (2014) *Italia*. In Fosti G. e Notarnicola E. (2014) (a cura di) *Il Welfare e la Long Term Care in Europa*, Milano, Egea.

Figura 2. Ripartizione della spesa per la LTC in 4 Paesi

				
SPESA PUBBLICA PER LONG TERM CARE (per anziani non autosufficienti e disabili)	€ 54.939.720.120	€ 74.636.000.000	€ 33.940.890.000	€ 60.388.000.000
NUMERO COMPLESSIVO DI PERSONE INCLUSE NEL SISTEMA = NUMERO DI UTENTI	2.156.600	2.460.000	2.791.924	2.122.000
% di copertura del bisogno	49,19%	61,12%	97,57%	70,40%
Spesa annua per assistito	€ 25.475	€ 30.340	€ 12.157	€ 28.458
Spesa mensile per assistito	€ 2.123	€ 2.528	€ 1.013	€ 2.372

Fonte: Fosti G. e Notarnicola E. (2014) *Quattro paesi in comparazione*. In Fosti G. e Notarnicola E. (2014) (a cura di) *Il Welfare e la Long Term Care in Europa*, Milano, Egea.

Andando ad analizzare separatamente le due componenti citate all'inizio del capitolo (prestazioni cash e servizi reali), è possibile notare che le **prestazioni cash** prevedono un trasferimento monetario all'utente che viene valutato idoneo sulla base della presenza di alcuni requisiti; tale trasferimento può essere vincolato o meno a uno specifico utilizzo. Esistono in Italia diverse tipologie di misure economiche per la non autosufficienza, erogate da soggetti diversi e che seguono iter e processi di valutazione differenti; fra esse la più importante è l'indennità d'accompagnamento. Essa è erogata dall'INPS e può essere attribuita sia agli anziani ultra 65enni non autosufficienti, sia agli invalidi di età inferiore ai 65 anni. Nel primo caso, condizione necessaria per diventare percettori è l'esistenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni dell'età, che si traduce nell'impossibilità alla deambulazione autonoma e alla mancanza assoluta di autosufficienza. Per quanto riguarda, invece, le persone di età inferiore a 65 anni, l'assegnazione dell'indennità di accompagnamento *«spetta agli invalidi civili totali che per affezioni fisiche o psichiche si trovino anche nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognino di una assistenza continua»*. In termini monetari, essa consiste in un ammontare mensile fisso che, per il 2014, era pari a 508,55 euro; in totale, per lo stesso anno, essa corrispondeva a 13.640 milioni di euro². Relativamente invece all'accesso a tale misura da parte degli utenti vi sono evidenze³ che ne testimoniano un progressivo allineamento geografico, il che sembra stabilire delle condizioni di partenza più eque nel meccanismo di auto-organizzazione delle famiglie. L'INPS, pur essendo l'attore più rilevante per quanto attiene il trasferimento di risorse agli utenti, non è però l'unico ente responsabile dell'erogazione di prestazioni cash per la non autosufficienza. I comuni, infatti, hanno la possibilità di erogare diversi contributi economici, sia direttamente agli utenti, sia ad altri soggetti perché forniscano servizi con agevolazioni sui ticket, sulle tariffe o sulle rette a particolari categorie di utenti. Tra questi ultimi i più rilevanti sono i cosiddetti «assegni di cura» o «voucher» o «assegni terapeutici»; si tratta di risorse che vengono previste con lo scopo di sostenere l'assistenza e la

² INPS (2014) *Rapporto annuale 2014*, Roma, disponibile online https://www.inps.it/docallegati/News/Documents/Inps_RA_2014.pdf

³ Fosti G., Furnari A., Longo F., Notarnicola E. e Pirazzoli A., (2016) *Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi*, Rapporto Oasi 2016, (a cura di) Cergas Bocconi, Milano, Egea, pp. 225-264.

cura al domicilio delle persone non autosufficienti. I criteri per la loro assegnazione e l'importo variano da comune a comune, ma in linea generale tengono in considerazione il reddito, il bisogno assistenziale e la presenza di particolari patologie, la presenza di *caregiver* informali. Il valore dei contributi economici erogati nel 2012 da parte dei comuni è stato pari a 352 milioni di euro e ne hanno beneficiato 223.000 anziani (autosufficienti e non autosufficienti)³

In Italia esistono, come già anticipato, anche numerose e diverse tipologie di **servizi** disponibili per gli anziani, che, come accade in numerosi casi, possono sommarsi ai benefici monetari appena descritti. Se ne riconoscono tre principali tipologie: servizi domiciliari, servizi semiresidenziali e servizi residenziali. Oltre a questi, è possibile individuare una serie di servizi collaterali, come, per esempio, quelli di supporto al *caregiving* informale, di *counselling*, di prossimità o buonvicinato, di intermediazione abitativa, etc.; tuttavia, essi non sono ancora molto diffusi sul territorio nazionale e le esperienze già presenti sono molto diverse da ente a ente. In termini generali, per il target anziani, questi ultimi coinvolgono circa 1.363.000 persone per un valore economico di 310 milioni di euro³.

I servizi domiciliari fanno riferimento principalmente a due attori del sistema: le ASL e i comuni. Le ASL organizzano, in collaborazione con i comuni, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). L'ADI consente alle persone non autosufficienti di essere assistiti da infermieri al proprio domicilio, evitando il ricovero in ospedale. Esistono diverse tipologie di ADI, che si differenziano in base all'intensità delle cure richieste dai singoli casi. Anche i comuni organizzano un Servizio di Assistenza Domiciliare, che può essere chiamato SAD, AD o in altro modo a seconda delle zone e che si caratterizza per un contenuto della prestazione di tipo sociale; è questa la principale caratteristica che lo distingue dall'ADI erogata dalle ASL. Spesso, inoltre, il servizio di assistenza domiciliare erogato dai comuni è offerto in convenzione con organismi privati e la collaborazione di organizzazioni di volontariato. Laddove l'assistenza al domicilio non sia possibile o non risulti appropriata, esistono servizi residenziali e semi-residenziali dedicati alla non autosufficienza e all'invalidità. Nel primo caso, si tratta di strutture, con caratteristiche alberghiere, che ospitano in via temporanea o definitiva la persona non autosufficiente. Esse possono assumere diverse forme e diverse denominazioni a seconda della regione di appartenenza: RSA, Case di cura, Case di riposo, Case albergo, Comunità alloggio, ecc. Nel caso dei servizi semiresidenziali, si tratta di servizi erogati in strutture di tipo diurno (per esempio, i Centri Diurni) che sostengono gli anziani che sono solitamente in condizioni di parziale autosufficienza. Sia nel caso dei servizi residenziali, sia nel caso dei servizi semiresidenziali, le modalità di accesso, le caratteristiche specifiche dei servizi e il costo variano in base alle disposizioni normative regionali e ai regolamenti emanati dai comuni di appartenenza.

Una rappresentazione del numero di utenti anziani in carico a ciascuna di queste categorie di servizi in Italia, tratta dal capitolo 6 del Rapporto Oasi 2016, viene riportata nella Tabella 1.

Tabella 1. Utenti anziani presi in carico dal sistema di offerta per tipo di servizio

Target	Tipo di servizio	UTENTI IN CARICO		
		SAN	SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Residenziale	//	206.636	4.084
	Semiresidenziale	//	23.233	402.710
	Domiciliare (ADI e SAD)		529.838	157.364

Il numero degli utenti in carico al sistema può essere utilizzato per calcolare il tasso di copertura del bisogno nel Paese; tale valore si ottiene rapportando il numero di utenti in carico alla stima del bisogno potenziale. Nel caso del target anziani non autosufficienti, quest'ultima si ottiene moltiplicando il numero di anziani over65 (12.639.829 persone) per la percentuale nazionale di anziani con limitazioni funzionali (19,8%), tratta dal rapporto ISTAT (2014) “*Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione*”, cui deve essere sommato il numero di anziani residenti permanentemente in istituzioni⁴. La percentuale del 19,8% rappresenta infatti quella parte di anziani che hanno una riduzione dell'autonomia personale tale da richiedere l'aiuto di altre persone in modo continuo o per svolgere funzioni fondamentali alla vita quotidiana (es. mangiare, lavarsi, vestirsi, etc.). Il valore così ottenuto è vicino ai 2,7 milioni di anziani non autosufficienti, come mostrato nella Tabella 2.

Tabella 2. Stima del bisogno potenziale

Target	Descrizione target	Fonte	Modalità di calcolo	Pop. di riferimento (1.1.2013)	Stima
NON AUTOSUFFICIENTI anziani	Anziani (≥ 65 anni) con limitazioni funzionali	ISTAT (2014) <i>Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione</i>	19,8% della popolazione di riferimento + anziani residenti permanentemente in istituzioni	≥ 65 anni	2.713.406

Una volta ottenuti il numeratore e il denominatore, è possibile andare ad effettuare il rapporto tra essi per ottenere il tasso di presa in carico del bisogno relativo al target anziani non autosufficienti. Come emerge nella Tabella 3, il tasso di copertura dei servizi sociosanitari in Italia, pur scontando la probabile presenza di doppi conteggi dati da utenti che utilizzano contemporaneamente più servizi (es. centri diurni e ADI), risulta pari al 28% della popolazione considerata.

Tabella 3. Tassi di copertura del bisogno per il target anziani non autosufficienti

Target	Descrizione target	Pop. di riferimento	Stima bisogno potenziale	Utenti in carico ai servizi	Tasso di copertura servizi sociosanitari	Tasso di copertura servizi sociali
NON AUTOSUFFICIENTI anziani	Anziani (≥ 65 anni) con limitazioni funzionali	12.639.829	2.781.157	1.391.616	28,0%	20,8%

⁴ Per maggiori informazioni sul metodo di calcolo consultare Furnari A. e Pirazzoli A. (2016) *Il sistema sociosanitario e sociale italiano: anziani, disabili, minori, salute mentale e dipendenze*, in Fosti G., Furnari A., Longo F., Notarnicola E. e Pirazzoli A., (2016) *Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi, Rapporto Oasi 2016*, (a cura di) Cergas Bocconi, Milano, Egea.

A fronte di tale tasso di copertura del bisogno, che non arriva nemmeno ad un terzo della popolazione, l'interpretazione del vuoto di offerta apre a due opposte alternative: la definitiva assenza di presa in carico o la compensazione tramite una rilevante quota di spesa privata, per esempio tramite l'acquisizione di prestazioni da parte delle cosiddette «badanti».

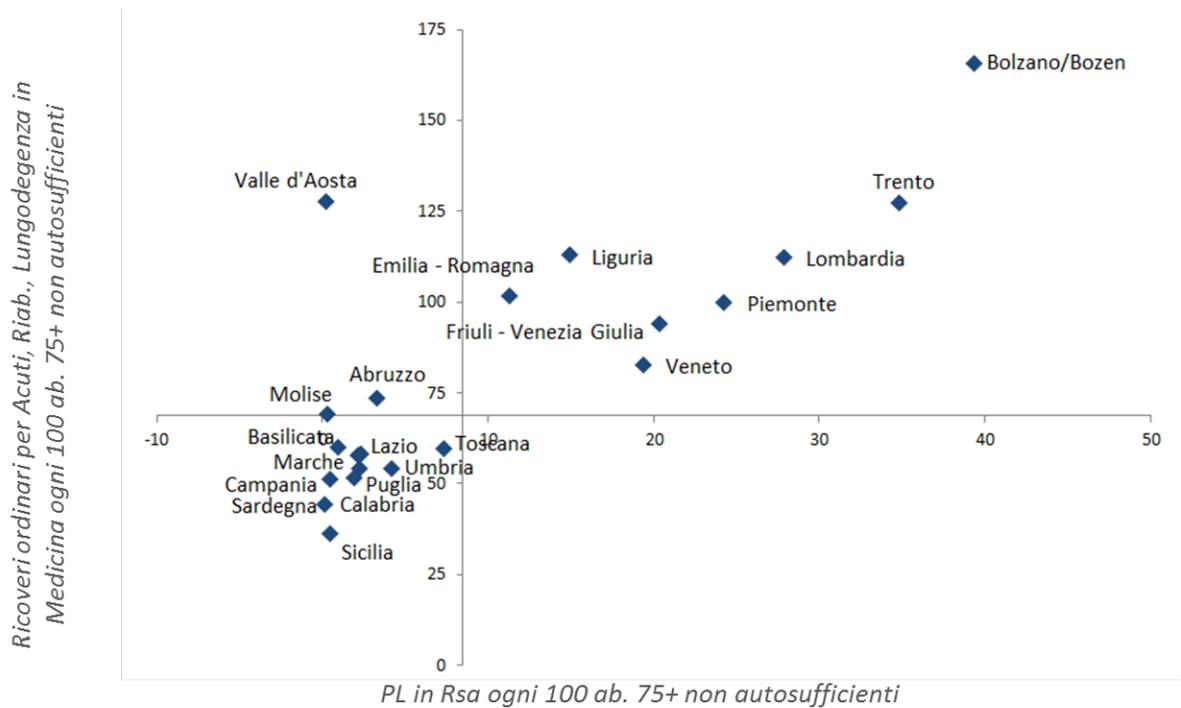
Cosa davvero accada nel perimetro dell'offerta e nella relazione tra offerta e bisogno è tuttavia di difficile comprensione: i differenti attori in campo conoscono i propri utenti, mentre la conoscenza complessiva dell'articolazione dell'offerta o della consistenza del fabbisogno non appartiene a nessuno di essi. Di conseguenza, i sistemi conoscitivi sono parziali e orientati prevalentemente dalle dinamiche organizzative o dai fabbisogni amministrativi correlati ai trasferimenti di risorse pubbliche.

In questo contesto di assenza di dati certi, una ragionevole e diffusa convinzione assume che in assenza di una presa in carico in ambito sociale o sociosanitario vi sia una transizione degli utenti in altri ambiti di intervento di natura sanitaria. Potremmo aspettarci quindi che, in un quadro di offerta caratterizzato da una significativa frammentazione istituzionale, organizzativa, finanziaria e conoscitiva, gli utenti, in relazione ai propri fabbisogni, vengano presi in carico nei diversi *setting* assistenziali in misura più o meno appropriata in relazione alla più o meno coerente articolazione della filiera, migrando verso servizi caratterizzati da minore appropriatezza rispetto ai bisogni qualora servizi più appropriati non siano disponibili in misura sufficiente.

In relazione a questa dinamica, una maggiore dotazione di servizi sociali e sociosanitari dovrebbe contenere il ricorso inappropriato a servizi sanitari. Il capitolo 6 del Rapporto Oasi 2016, da cui i dati sopra citati sono tratti, va quindi a testare la convinzione diffusa che i *setting* assistenziali del settore sanitario e sociosanitario siano tra di loro profondamente complementari, garantendo un gioco di “vasi comunicanti”; tale meccanismo farebbe sì che, investendo nell'ambito di cura più costo-efficace, appropriato e spesso meno specialistico, divenga possibile aumentare il livello complessivo di benefici estraibili da un ammontare di risorse date.

Data questa ipotesi, vengono analizzate le relazioni esistenti tra livello di ricovero ospedaliero in medicina degli anziani, offerta di strutture socio-sanitarie territoriali e disponibilità di *caregiver* privati informali (le c.d. “badanti”): l'ipotesi è quindi, per esempio, che al crescere del numero di ricoveri ordinari in medicina per anziani ultra-settantacinquenni diminuisca il ricorso alle strutture residenziali. Ciò che emerge dallo studio è invece che i vasi comunicanti, in realtà, non comunicano. Con riferimento al caso precedente, per esempio, emerge come nei territori con più ricoveri ordinari in medicina siano disponibili (e occupati) più posti letto in strutture socio-sanitarie.

Figura 3. Posizionamento delle Regioni rispetto al totale dei Ricoveri Ordinari in Medicina e ai posti letto in RSA – ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti



Fonte: Fosti G., Furnari A., Longo F., Notarnicola E. e Pirazzoli A., (2016) *Il sistema socio-sanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi*, Rapporto Oasi 2016, (a cura di) Cergas Bocconi, Milano, Egea.

In altri termini, gli utenti da soddisfare sono un numero così elevato e superiore rispetto ai posti a disposizione che qualsiasi capacità produttiva disponibile viene saturata, sia che si tratti di servizi gratuiti (sanitari), sia di servizi a pagamento parziale (strutture socio-sanitarie), sia di servizi interamente a onere privato (*caregiver* informali).

Risultati assimilabili si ottengono osservando il livello di spesa privata per abitante. Nelle 4 regioni considerate tra le migliori per quanto riguarda l'offerta quali-quantitativa dei servizi SSN (Trentino Alto Adige, Lombardia, Emilia Romagna, Veneto) si registra il livello di spesa privata per abitante più alta, per un importo (circa 700 euro per abitante) doppio rispetto alle regioni a minor capacità di spesa privata (Campania, Sardegna, Calabria con una spesa di circa 350 euro per persona), che sono, purtroppo, anche quelle con il minore livello quali-quantitativo di servizi SSN (cfr. cap. 7 del Rapporto Oasi 2016).

Le regioni con più reddito pro capite, più capitale istituzionale e più capitale sociale sono quindi quelle che offrono più servizi, sia pubblici sia privati. Il senso civico e la fiducia nei rapporti sociali fanno sì che la maggiore possibilità di spesa sia rafforzata dalla capacità di tradurla in servizi organizzati efficacemente. Rimane però importante osservare l'assenza di fenomeni di "vasi comunicanti" tra un *setting* e l'altro e la piena occupazione di tutta la capacità produttiva esistente. L'ipotesi interpretativa suggerita dagli autori dello studio è che il livello complessivo dei servizi, in particolare per i 2,7 milioni di anziani non autosufficienti presenti nel Paese, sia così modesto (ad esempio, solo 200.000 PL in strutture residenziali per anziani e un'intensità media dell'ADI di 2 ore la settimana e del SAD di 3 ore la settimana) da evidenziare un'insufficiente copertura del bisogno da parte del sistema di welfare sanitario e socio-sanitario. Questa difficoltà a soddisfare la domanda è spiegabile con l'esiguità della nostra spesa per il

SSN e con l'assenza di un adeguato e organico sistema di tutela della non autosufficienza attraverso l'erogazione di servizi strutturati. Allo stesso modo, anche nelle regioni dove le risorse del SSN sono meglio organizzate e spese, rimane insufficiente l'accessibilità e la disponibilità di servizi, soprattutto rispetto al livello di reddito e di consumo in altri comparti. In altri termini, in un quadro generale di “*undertreatment socio-sanitario*”⁵ e di insufficiente offerta di servizi, il sistema dei “vasi comunicanti” non può funzionare, poiché qualsiasi disponibilità di offerta che si liberi viene immediatamente occupata dalle rilevanti quote di bisogno non coperte.

È possibile immaginare che i livelli di frammentazione sinora presentati non si concretizzino solo in Italia: come vengono affrontati negli altri Paesi? Per rispondere a tale quesito, vengono riportate nel seguente paragrafo due esperienze internazionali di integrazione dei percorsi degli utenti nell'accesso ai servizi (cfr. Par. 2.2.1. *I Punti Unici di Accesso in Francia e in Germania*) e due esempi di integrazione realizzata all'interno dei servizi (cfr. Par. 2.2.2. *I servizi domiciliari per anziani in Svezia e Germania*)

2.2 Alcune esperienze internazionali di integrazione dei percorsi degli utenti fra settori diversi

Tutti i Paesi europei, in modo simile al nostro, si stanno trovando a fronteggiare la cosiddetta “emergenza anziani”: i trend demografici di invecchiamento della popolazione, uniti ai cambiamenti delle condizioni sociali e dello stato di salute dei cittadini, portano il tema della non autosufficienza ad essere tra i più critici per i sistemi di welfare, soprattutto se messo in relazione con temi quali la sostenibilità dei sistemi pensionistici, sanitari e assistenziali in genere⁶. Temi considerati centrali nel dibattito pubblico italiano, e che riguardano anche la situazione vissuta dalle istituzioni pubbliche presenti nella PAT (come il supporto alle famiglie in un momento di difficoltà e spaesamento, il superamento del modello di assistenza residenziale classico tramite innovazioni di servizio, la tenuta del sistema sia rispetto alla sostenibilità finanziaria che alla valorizzazione dei professionisti del settore), sono infatti presenti in termini molto simili anche nel dibattito pubblico di altri Paesi. Se le difficoltà affrontate sono simili, quali sono le strategie d'intervento e i processi di cambiamento che si stanno configurando altrove? Il presente paragrafo propone quattro casi studio afferenti a due tematiche di interesse per il ridisegno dell'assetto istituzionale del sistema di welfare per gli anziani della Provincia Autonoma di Trento: in primo luogo si affronterà il tema dell'accesso ai servizi sociosanitari tramite sportelli unitari, in cui la ricomposizione dei servizi da offrire alla famiglia viene effettuata in back-office; in secondo luogo si tratterà il tema del superamento del modello di assistenza residenziale classico tramite i servizi domiciliari.

⁵ Fosti G., Furnari A., Longo F., Notarnicola E. e Pirazzoli A., (2016) *Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi*, Rapporto Oasi 2016, (a cura di) Cergas Bocconi, Milano, Egea, pp. 225-264.

⁶ Commissione Europea (2012) *Active Ageing Eurobarometer Report*.

2.2.1 I Punti Unici di Accesso in Francia e in Germania⁷

All'interno del contesto europeo sono numerose le iniziative promosse per l'unificazione e la semplificazione dei percorsi di accesso ai servizi sociosanitari per anziani.

Vengono qui presentati due casi, uno dalla Germania⁸ e uno dalla Francia⁹, entrambi rivolti allo specifico target di utenza delle famiglie con anziani non autosufficienti in carico. Il caso tedesco è quello degli Sportelli di *Counselling* di rete esistente a Lipsia, *Pflege Network Leipzig*; il secondo è quello dei Clic, *Centres locaux d'information et de coordination gérontologique*, esistenti in tutta la Francia.

Sportelli di Counselling di rete

L'esperienza di Lipsia tratta di un'iniziativa di sportello di accesso ai servizi per la non autosufficienza nata su proposta dei soggetti privati accreditati erogatori di servizi domiciliari operanti in città. Il sistema tedesco di welfare pubblico per la non autosufficienza è basato su schemi assicurativi obbligatori e, in misura molto minore, da alcuni filoni di intervento sociale gestiti dai Comuni. Il sistema pubblico, per vocazione costituzionale, non fornisce nessun servizio di *counselling* o di *case management* al cittadino, per lasciarlo libero di organizzare i percorsi assistenziali come meglio crede, soprattutto nella scelta dei provider. Il pubblico si limita a finanziare gli interventi a piè di lista (fissati limiti e standard a livello nazionale), senza predisporre quindi alcun piano assistenziale o di intervento, di cui sono responsabili gli utenti e gli erogatori dei servizi. I cittadini hanno espresso nel tempo un forte bisogno di accompagnamento e indirizzo nell'accesso al sistema (*ex ante*) e nella gestione dei percorsi assistenziali (*ex post*). Con lo Sportello di *Counselling* di Rete di Lipsia, i produttori del territorio si sono auto-organizzati per offrire uno sportello unico di accesso al sistema che risponda alle funzioni di: informazione, *counselling*, accesso e primo contatto (supportano i cittadini nella predisposizione di pratiche e nella loro sottomissione ai diversi uffici pubblici), costruzione del piano di assistenza considerando il budget pubblico nel frattempo ottenuto dai cittadini e il budget privato messo a disposizione delle famiglie, *case management* facendo *follow up* degli utenti in carico ai produttori parte del network.

Il caso di Lipsia è quindi emblematico in quanto porta alla luce la potenzialità di un ruolo attivo da parte dei soggetti erogatori del territorio che affiancano l'utente e il settore pubblico ponendosi come intermediario e facilitatore dell'accesso tra i due. Il rapporto diretto tra i produttori e i cittadini facilita poi la predisposizione del piano assistenziale sul budget complessivo a disposizione pubblico e privato: il piano assistenziale viene infatti concepito a partire dagli interventi finanziabili con le risorse pubbliche e andando ad aggiungere, in modo complementare rispetto ai bisogni dell'utente, le risorse che necessariamente dovranno essere investite da parte delle famiglie per completare il pacchetto dei servizi o per personalizzarlo.

⁷ Fosti G., Longo F., Notarnicola E. e Pirazzoli A. (2015), *Accesso e selezione degli utenti nel settore sociosanitario: modelli di gate unici (PUA) a confronto*, in Cergas Bocconi (a cura di) *Rapporto Oasi 2015*, Milano, Egea, pp: 415-440.

⁸ Longo F. e Notarnicola E. (2014) *Germania: il percorso nei servizi a Lipsia*. In: Fosti G. e Notarnicola E. (2014) (a cura di), *Il Welfare e la Long Term Care in Europa*, Milano, Egea, pp.205-229.

⁹ Notarnicola E. (2014) *Francia: il percorso nei servizi a Marsiglia*. In: Fosti G. e Notarnicola E. (2014) (a cura di), *Il Welfare e la Long Term Care in Europa*, Milano, Egea, pp.179-203. Bloch M.A. (2011) *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*, Spire SciencePO.

Questo favorisce l'emersione e la consapevolezza delle famiglie rispetto la spesa complessiva fatta sull'assistenza alla persona non autosufficiente.

Figura 4. Il counselling di rete in Germania



Centres locaux d'information et de coordination gérontologique

I Clic o, in italiano, Centri locali per l'informazione e il coordinamento geriatrico, sono centri di presa in carico diffusi su tutto il territorio nazionale francese e voluti dal regolatore quali strumenti di supporto alle famiglie che si trovano a gestire la condizione di non autosufficienza di un anziano. I Clic sono istituiti e gestiti dagli Enti Locali competenti per le politiche sociosanitarie (i Dipartimenti) e presenti in modo capillare nelle città e nei territori urbani. Il loro perimetro d'intervento include tutti i possibili servizi e contributi economici o altre prestazioni di natura sociale o sociosanitaria (ma non quelle puramente sanitarie) che abbiano quale target di utenza le persone anziane non autosufficienti. La peculiarità dei Clic sta nelle funzioni loro assegnate: il modello di punto di accesso prevede infatti che i Clic possano essere dotati di funzioni diverse a seconda delle caratteristiche del territorio nel quale si trovano. Sta al Dipartimento, infatti, definire come caratterizzare il Clic potendo scegliere tra tre diverse combinazioni, ognuna delle quali aggiunge funzioni di governo al punto di accesso. Il Clic di Livello 1 è concepito come centro che svolge le sole funzioni di informazione, *counselling*, accesso e primo contatto, proponendosi quindi come un luogo di orientamento per le famiglie e come facilitatore dell'accesso al sistema pubblico. Il Clic di Livello 2 aggiunge alle funzioni del Livello 1 anche quella della valutazione del bisogno e della elaborazione del piano assistenziale. Il Clic di Livello 3 aggiunge a sua volta anche la funzione di erogazione/produzione diretta di interventi per la non autosufficienza e quella di case management, supervisione delle famiglie e degli utenti. L'articolazione in tre livelli a complessità e funzioni crescenti consente ad ogni territorio di (a) organizzarsi nel modo più rispondente possibile alle necessità del territorio tenendo conto della governance istituzionale già esistente; (b) di definire un eventuale percorso

progressivo di sviluppo, per poter accumulare progressivamente le competenze e il consenso necessario tra stakeholder ed operatori.

Figura 5. I Clic in Francia

Esempi internazionali:
i Clic in Francia (1)

Clic= centres locaux d'information et de coordination gérontologique

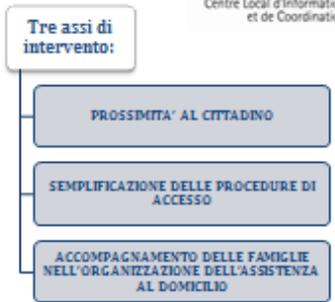


Centri locali di informazione e coordinamento per i cittadini anziani → Punti unici di accesso e orientamento per le persone anziane fragili o non autosufficienti.

Governance: Sono coordinati ed istituiti dai Dipartimenti e dai Consigli Generali (assimilabili agli enti locali di governo del settore sociale in Italia).

Perimetro di intervento: servizi/contributi economici/altre prestazioni sociali e sociosanitarie (ma non sanitarie) per anziani non autosufficienti. Ad esse si aggiungono coordinamento e informazione rispetto agli interventi della rete sanitaria.

Diffusione sul territorio:
1 Clic ogni 7,000-10,000 anziani 60+ nelle zone rurali; 1 ogni 15,000 anziani 60+ nei contesti urbani.



Sono previste tre diverse tipologie di Clic; a seconda delle necessità del territorio il Dipartimento sceglie quale modello utilizzare:

CLIC di LIVELLO 1	Informare Orientare Facilitare l'accesso Coordinamento degli interventi
CLIC di LIVELLO 2	Informare Orientare Facilitare l'accesso Coordinamento degli interventi Valutare il bisogno Elaborare un Piano Assistenziale
CLIC di LIVELLO 3	Informare Orientare Facilitare l'accesso Coordinamento degli interventi Valutare il bisogno Elaborare un Piano Assistenziale Erogare gli interventi Monitorare e coordinare gli interventi contenuti nel Piano

Si riportano di seguito due tabelle riassuntive di confronto fra le due esperienze internazionali (Germania e Francia) di sistemi di accesso ai servizi non appena descritte.

La prima (Tabella 4) mette a confronto gli Sportelli di Counselling di rete tedeschi e i Clic francesi rispetto alle dimensioni di: target, modalità di segnalazione del caso allo sportello, assetto istituzionale (da quale/i ente/i dipende lo sportello? Quale livello di governo si occupa dell'istituzione e della regolamentazione, della dotazione di personale, del finanziamento, dell'assegnazione di obiettivi di risultato e della verifica del loro raggiungimento, ecc.?), i rapporti con i fornitori. La seconda (Tabella 5) segnala con una X quali funzioni, riportate sulla prima colonna, vengono svolte da ciascuno dei due sportelli.

Tabella 4. Esperienze internazionali a confronto: dimensioni Target di utenza; Modalità di segnalazione; Governance del modello; Rapporti con la fornitura dei servizi

Dimensioni di funzionamento	Sportelli di Counselling di rete	Clic
Target	Anziani con bisogni sociali o sociosanitari e loro famiglie	Anziani con bisogni sociali o sociosanitari e loro famiglie
Modalità di segnalazione	Famiglia Utente	Famiglia Utente Professionista
Assetto istituzionale	Iniziativa privata	Comuni
Rapporti con i fornitori	Promosso dai fornitori	Controlla e liquida il contratto Coordina l'inserimento Erogazione diretta

Tabella 5. Esperienze internazionali a confronto: funzioni assegnate ai diversi PUA

Funzioni possibili	Sportelli di Counselling di rete	Clic
Fornitura di informazioni all'utente/famiglia	X	X
Counselling	X	X
Accesso e Primo Contatto	X	X
Valutazione del bisogno dell'utente		X
Costruzione del PAI <u>solo</u> su budget pubblico (non considera risorse della famiglia)	X	X
Case Management	X	X
Prevenzione e Welfare di iniziativa		

2.2.2 I servizi domiciliari per anziani in Svezia e Germania¹⁰

Anche se l'investimento pubblico in servizi di assistenza domiciliare è ancora ridotto sia in Italia che negli altri Paesi europei, i trend in atto sembrano mostrare uno spostamento verso questa soluzione, che lascia presagire dei buoni spazi di recupero rispetto alla sostenibilità e al futuro equilibrio del sistema. Ad incentivare tale cambiamento sembra esservi anche la spinta dei cittadini, che esprimono sempre più una preferenza per la permanenza al domicilio e quindi all'interno di un contesto di tipo familiare.

¹⁰ Fosti G., Longo F. e Notarnicola E. (2015) *Assistenza domiciliare al bivio: quali spunti di innovazione per gli erogatori e i policy maker italiani dalle esperienze di Germania e Svezia*, Welfare Oggi, 4/2015.

Vengono di seguito presentati due casi europei di innovazione nell'ambito dell'assistenza domiciliare agli anziani: uno con riferimento alla Svezia e uno con riferimento alla Germania.

Il modello svedese: alta intensità assistenziale e personalizzazione degli interventi

Negli ultimi 10 anni il sistema svedese, storicamente caratterizzato da tassi di presa in carico particolarmente elevati, si è mosso da un paradigma assistenziale prevalentemente centrato sulla risposta residenziale verso uno con una componente di assistenza domiciliare molto rilevante. Fra il 2000 e il 2010 è infatti stato drasticamente ridotto il numero dei posti letto in strutture residenziali (da 140.000 posti totali a circa 90.000) e contemporaneamente sono stati aumentati gli investimenti sui servizi al domicilio (da 100.000 a circa 140.000 anziani in carico ogni anno). Questo trend è stato generato sia da politiche centrali, che hanno indirizzato il livello locale verso l'attuale mix assistenziale, sia con la messa in campo di numerosi incentivi che hanno spinto i cittadini a scegliere sempre più la soluzione al domicilio (maggiore finanziamento, sgravi fiscali, facilitazioni). Contemporaneamente è stata favorita anche una progressiva apertura al mercato e alla competizione, con la comparsa nel settore di diversi produttori privati (che oggi rappresentano circa il 25% del totale). Nel 2010, il 5% della popolazione over 65 era ricoverata in strutture per anziani (contro media OCSE 4%) e l'11% riceveva assistenza domiciliare (contro media OCSE 7,9%). Nel 2012, i posti in strutture residenziali erano 78 ogni 1.000 anziani over 65 e la dotazione di personale assistenziale più alta di tutto il gruppo di Paesi OCSE: il rapporto era divenuto di 130 operatori e personale assistenziale ogni 1.000 anziani (over 65). Con tale configurazione, si stima che circa l'80% degli anziani non autosufficienti sia in carico ai servizi con una forte intensità assistenziale erogata.

Il sistema dell'assistenza domiciliare in Svezia è centrato sui Comuni, gli unici attori pubblici di riferimento. Non esiste infatti (come anche in Germania) una distinzione tra assistenza domiciliare sociale e sociosanitaria: si tratta di un intervento unitario, che comprende entrambi gli aspetti assistenziali e, soprattutto, che viene gestito da un unico attore pubblico con un unico asse di finanziamento. Rimane esclusa dall'assistenza domiciliare la componente strettamente sanitaria (procedure complesse, ospedalizzazione al domicilio...), che viene regolata e finanziata dalle autorità del settore sanitario.

L'accesso ai servizi viene interamente gestito dal Comune. In primo luogo, gli operatori svolgono una valutazione del bisogno, che definisce l'eleggibilità ad un intervento pubblico; questo primo momento è funzionale solo a definire se un cittadino è in una situazione di bisogno, ma non a individuare la risposta assistenziale. Questo secondo passaggio avviene infatti in seguito all'incontro tra operatore e anziano con la sua famiglia, e può portare all'attivazione di assistenza domiciliare "tradizionale" oppure di altre tipologie di servizi (interventi di domotica nell'abitazione, erogazione di particolari dispositivi o sussidi). Nel caso dell'assistenza al domicilio tradizionale, il piano di assistenza che viene definito con la famiglia è molto dettagliato: esso arriva fino a specificare i minuti da dedicare alle diverse attività assistenziali, come igiene, somministrazione farmaci, pasto, etc. Gli interventi sono previsti su base quotidiana 7 giorni su 7 e con un numero di ore che può variare in funzione del profilo dell'anziano, fino ad arrivare anche alla possibilità di assistenza h24; mediamente, si registrano 49h mensili per utente. All'interno di questo sistema, è previsto un tetto massimo alla compartecipazione da parte degli utenti di 184€ mensili.

Figura 6. L'assistenza domiciliare in Svezia

Assistenza domiciliare ad alto contenuto assistenziale

Caratteristiche generali assistenza domiciliare sistema svedese:

Un'unica tipologia di assistenza domiciliare	<ul style="list-style-type: none"> No distinzione tra sociosanitaria e sociale Unico finanziatore pubblico è il Comune.
Forte autonomia al livello comunale	<ul style="list-style-type: none"> Assessment bisogni per accesso svolto a livello comunale. Intensità assistenza domiciliare definita da case manager. Tariffe definite a livello comunale. Mediamente quota pubblica die/utente è di €340 (4h in media) Compartecipazione assistenza domiciliare bloccata con tetto massimo di € 184 mese/utente.
Alta intensità assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> Intensità assistenziale è mediamente di 4 accessi al giorno, 7/7. Prevista anche assistenza al domicilio h24 7/7. Operatori sono tendenzialmente infermieri.

Il modello tedesco: spinta verso una maggiore flessibilità e apertura al mercato privato

Come nel caso svedese, anche in Germania si registra un tentativo di spostamento del sistema verso servizi diversi da quelli tradizionalmente più diffusi come, per esempio, le classiche residenze assistenziali. Nell'ultimo decennio infatti è stata molto limitata, fino al completo blocco, l'apertura di nuove strutture residenziali; allo stesso tempo, sono state incentivate forme alternative di assistenza su tutta la filiera del *caring*. Si registra inoltre una ampia eterogeneità nella diffusione dei servizi che fa sì che, in alcune regioni e specialmente nelle zone campestri, la carenza o l'assenza di produttori/erogatori sia problematica. A questi trend di cambiamento si aggiunge una generale preoccupazione rispetto alla sostenibilità futura del modello, oggi molto generoso in termini di interventi erogati, soprattutto a livello comunale. Similmente, si inizia a riscontrare un problema di tenuta del sistema rispetto alla dotazione di personale qualificato, che oggi è già scarsa. A livello di settore, sono presenti importanti trend di aggregazione dei produttori, trainati da grandi player che procedono per acquisizioni; i produttori restano comunque molto frammentati e tendenzialmente di piccole dimensioni.

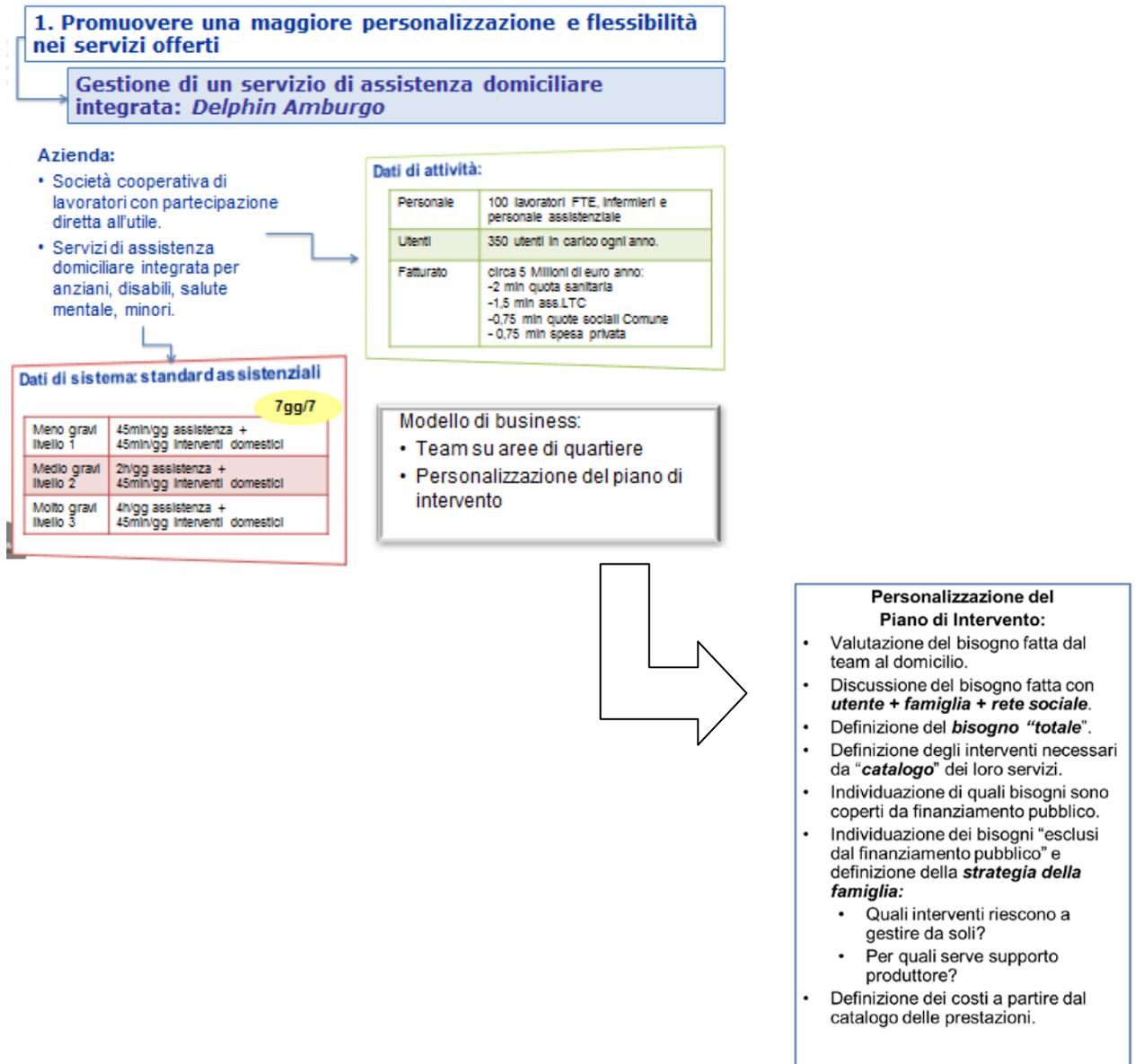
Il meccanismo di funzionamento dell'assistenza domiciliare in Germania è piuttosto semplice. Questa è finanziata da un sistema pubblico di schemi assicurativi obbligatori (*Pflegeversicherung*) a fronte dei quali sono previsti premi assicurativi in base al riconoscimento della condizione di non autosufficienza e indipendentemente da età, reddito e montante di contribuzione. Il contributo pubblico è variabile in funzione del livello di non autosufficienza e tipologia di servizio scelto: i cittadini infatti sono liberi di scegliere la tipologia di assistenza che preferiscono tra servizi residenziali, semi-residenziali o domiciliari o, in alternativa, un assegno cash che permette loro di provvedere in modo autonomo alla propria assistenza (il 46% dei beneficiari sceglie di ricevere assegni cash e il 70% circa vive al domicilio). Il valore

dell'intervento pubblico varia da un minimo di 200 euro mensili per assistito ad un massimo di circa 1.400 euro mensili. Complessivamente si calcola che nel 2012 fosse in carico al sistema pubblico circa il 40% dei non autosufficienti over65 tedeschi.

Il ruolo dall'assicurazione obbligatoria per la non autosufficienza è quindi limitato a sancire l'eleggibilità del cittadino e a riconoscere il livello di non autosufficienza in base ad una valutazione multidimensionale. L'assicurazione può attribuire all'utente 3 diversi livelli di intensità assistenziale su base quotidiana (7 giorni su 7): (1) fino a 90 minuti di assistenza, tra interventi domestici e prestazioni assistenziali, per il livello meno grave; (2) fino a 120 minuti di interventi assistenziali e 45 di interventi domestici per il livello intermedio; (3) fino a 240 minuti di assistenza e 45 di interventi domestici per i più gravi. Svolta questa funzione, l'assicurazione non ha altro ruolo al di fuori di quello di pagatore: il cittadino infatti è chiamato a scegliere liberamente la forma di assistenza che predilige tra quelle definite come coerenti con il suo stato e a sceglierne l'erogatore che, data la struttura di mercato esistente, nella maggior parte dei casi è un soggetto no profit.

Il piano assistenziale e i dettagli vengono discussi direttamente dal cittadino con l'erogatore scelto, elemento che genera una forte spinta alla personalizzazione degli interventi. In tale negoziazione la base di partenza è la valutazione multidimensionale su tre livelli effettuata dall'assicurazione, su cui gli operatori svolgono una valutazione del bisogno molto approfondita al domicilio in modo da osservare la quotidianità dell'anziano a tutto tondo. Il piano assistenziale non viene quindi formulato dall'operatore, ma piuttosto discusso ed elaborato dall'utente, dalla sua famiglia e, se rilevante, da altri soggetti presenti nella rete sociale dell'anziano (es. vicini di casa) e tiene in considerazione tutte le risorse che questi attori possono mettere a disposizione. Questo elemento mette in evidenza la strategia assistenziale della famiglia, esplicitandola e inserendola in un quadro complessivo di interventi, volto a mettere in luce l'impegno dei *caregiver* e il modo in cui l'assistenza informale si integra e completa l'assistenza formale e viceversa. In questo modo si raggiungono tre rilevanti obiettivi: (i) si effettua una programmazione delle attività assistenziali più efficace e tarata sui bisogni della famiglia, in cui le diverse componenti si supportano e integrano in modo sinergico; (ii) la famiglia non deve adattarsi ai servizi e nemmeno auto-organizzarsi in modo isolato; (iii) tutti gli attori vengono responsabilizzati sull'esito finale dell'attività di cura. Questo sistema contribuisce inoltre a mettere in risalto eventuali "scoperture" di bisogno, che aprono spazi di mercato interessanti per i produttori privati; se infatti la famiglia individua un bisogno che non viene coperto né dall'intervento pubblico né dalla cura informale può chiedere interventi aggiuntivi out-of-pocket direttamente all'erogatore, segnalando così un bisogno non corrisposto (si cita ad esempio un sistema di pronto intervento notturno a chiamata).

Figura 7. L'assistenza domiciliare in Germania



2.2.3 Alcuni spunti di riflessione dagli esempi internazionali di innovazione

I casi internazionali presentati mostrano come anche sistemi ricchi ed estesi come quello svedese o tedesco si interrogano sulla propria sostenibilità in relazione all'invecchiamento della popolazione. Gli esempi riportati forniscono alcuni spunti di riflessione rispetto a (i) i modelli di accesso ai servizi attuati ed attuabili e (ii) l'integrazione dei percorsi degli utenti all'interno dei servizi stessi. In particolare emerge che:

- È possibile fare pooling delle risorse pubbliche e private delle famiglie. Negli esempi riportati ciò avviene all'interno di soggetti che svolgono la funzione di PUA, ma è un'integrazione che può realizzarsi anche altrove;

- La presenza di budget unitario (risorse pubbliche + risorse private) permette di fare programmazione di medio-lungo termine sul sistema dei servizi in modo flessibile, così da permettere di disegnare servizi più vicini alle esigenze degli utenti. Tale presenza permette inoltre di superare l'effetto "silos" fra i diversi servizi e di considerarli un unicum le cui diverse componenti si attivano a seconda delle esigenze degli utenti;
- Tutti i casi individuano in modo esplicito come proprio target di utenza la famiglia dell'anziano non autosufficiente, e non il singolo utente in carico astratto dal proprio sistema familiare e di vicinato;
- Avvicinando il punto di accesso alla filiera di produzione è possibile ampliare il perimetro della pianificazione assistenziale aggiungendo alla programmazione degli interventi pubblici anche la supervisione ed il monitoraggio dell'assistenza finanziata privatamente dalle famiglie;
- I casi tedesco e svedese mostrano come l'elevata intensità assistenziale dei servizi domiciliari li renda un reale competitor dell'istituzionalizzazione, spingendo i sistemi verso il superamento del modello tradizionale centrato prevalentemente sulle RSA;
- Il caso tedesco porta alla luce la possibilità di includere quale partner di sistema anche altri attori che svolgono un ruolo cruciale, ovvero i produttori, riposizionando la governance del sistema di accesso più a valle nella filiera;
- Il caso francese mostra la possibilità di concepire un modello modulabile e scalabile e quindi adattabile ai diversi contesti territoriali. Il modello di PUA può essere quindi flessibile per adattarsi agli assetti di governance già esistenti e alle esigenze di governo di ogni territorio.

3. Il contesto locale di riferimento

3.1 I servizi per anziani nella Provincia Autonoma di Trento

Come nel resto d'Italia, secondo quanto presentato nel Paragrafo 2.1, anche nel territorio della Provincia Autonoma di Trento sono previste due tipologie di interventi indirizzati al target anziani: le prestazioni cash e i servizi reali.

Relativamente ai **contributi economici**, vengono erogate dalla Provincia (che svolge qui anche le funzioni di INPS) le indennità di accompagnamento, altre indennità rivolte agli anziani non autosufficienti, gli assegni integrativi, gli assegni di cura e gli assegni ex Legge Provinciale n. 11/1990; nella Tabella 6 sottostante viene riportato il numero di utenti in carico e il valore economico di ciascun intervento.

Tabella 6. Contributi economici erogati nella PAT a supporto degli anziani non autosufficienti e le loro famiglie

Servizio	Posti disponibili	Utenti in carico	Risorse
Indennità di accompagnamento (cod. 05-06-10)	-	5.183 utenti 75+	• € 32.000.000 da PAT
Altra indennità (cod. 09-11)	-	341 utenti 75+	• € 1.180.000 da PAT
Assegno integrativo (cod. 05-06-09-10-11)	-	2.427 utenti 75+	• € 2.350.000 da PAT
Assegno di cura	-	2.257 utenti 65+	• € 6.610.000 da PAT
Assegno mensile LP 11/90 "Provvidenze a favore di mutilati ed invalidi civili e sordomuti 65+ e di mutilati ed invalidi civili di età inferiore a 18 anni"*	-	95	• € 310.000 da PAT

*Ad esaurimento

Relativamente invece ai **servizi reali** che, come mostrato precedentemente, si dividono in 3 categorie (residenziali, semiresidenziali e domiciliari), si nota la presenza di:

Per i servizi residenziali: Residenze Sanitarie Assistenziali Ospedaliere (RSAO), Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), ricoveri di sollievo/tregua, case di soggiorno e alloggi protetti, in cui il finanziamento può essere:

- Per la componente sanitaria, del Sistema Sanitario Regionale e/o della Provincia Autonoma di Trento;
- Per la componente alberghiera, della Provincia Autonoma di Trento, dei Comuni, pubblica intermediata (ovvero di provenienza della PAT – facente funzioni di INPS – che transita nelle mani delle famiglie per poi finanziare servizi pubblici) e/o derivante dalla compartecipazione delle famiglie con risorse private;
- Out-of-pocket delle famiglie, ovvero interamente privata.

Tabella 7. Servizi residenziali a supporto degli anziani non autosufficienti e le loro famiglie

Servizio	Posti disponibili	Utenti in carico (marzo 2016)	Risorse
RSAO	70 autorizzati nel 2016 67 convenzionati nel 2016	62	<ul style="list-style-type: none"> • € 610.000 da altri SSR • € 129.990.000 da PAT • € 2.500.000 da Comuni • € 22.160.000 da PAT/INPS (Indennità di accompagnamento) • € 53.230.000 da Compartecipazione delle famiglie • € 2.340.000 da Out-of-pocket delle famiglie Totale: € 210.830.000
RSA	4.747 autorizzati nel 2016 4.433 convenzionati nel 2016	4.457 + 127 privati	
Accoglienza di sollievo – tregua	54 posti disponibili	45 (stima)	€ 1.320.000 da Out-of-pocket delle famiglie
Casa di soggiorno	207 posti autorizzati	200	€ 3.460.000 da Out of pocket delle famiglie
Alloggi protetti	511 posti letto in 305 appartamenti	Dei 305 appartamenti: • 192 sono occupati da 197 anziani • 40 da altre fragilità • 73 non sono utilizzati	

Incluse il budget farmaceutico, gli ausili e la specialistica in fornitura diretta da APSS

Per i servizi semiresidenziali: Centri diurni Anziani e Alzheimer, Pasti in struttura e Centri servizi per anziani. Come avviene per i servizi residenziali, anche in questo caso il finanziamento dei servizi deriva in parte dalla PAT, in parte dalla Compartecipazione degli utenti e in parte è Out-of-pocket.

Tabella 8. Servizi semiresidenziali a supporto degli anziani non autosufficienti e le loro famiglie

Servizio	Posti disponibili	Utenti in carico	Risorse
Centri diurni Anziani e Alzheimer	339 convenzionati + 106 privati	437 convenzionati + 48 privati	<ul style="list-style-type: none"> • € 4.520.000 da PAT • € 1.450.000 da Compartecipazione delle famiglie • € 190.000 da Out-of-pocket delle famiglie Totale: € 6.160.000
Pasti in struttura*	-	429 utenti per 34.020 pasti distribuiti nel 2015	<ul style="list-style-type: none"> • € 100.000 da PAT • € 170.000 da Compartecipazione delle famiglie Totale: € 270.000
Centri servizi per anziani	1.047 posti in 39 Centri		

*Dati del primo semestre 2015

I 39 Centri servizi per anziani sono autorizzati per:

- N° 33 servizio mensa
- N° 32 servizio di bagno assistito
- N° 18 servizio di parrucchiera
- N° 21 servizio di pedicure
- N° 38 servizio di socializzazione
- N° 25 servizio di attività motoria

Per i servizi domiciliari: Assistenza Domiciliare per Persone con Demenza (ADPD), Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Assistenza domiciliare di tipo sociale (SAD), Pasti a domicilio, Telesoccorso, Teleassistenza e servizi di Lavanderia. In questo caso, il finanziamento dei servizi deriva principalmente dalla PAT e dalla compartecipazione delle famiglie.

Tabella 9. Servizi domiciliari a supporto degli anziani non autosufficienti e le loro famiglie

Servizio	Posti disponibili	Utenti in carico (2015)	Risorse
Assistenza Domiciliare per Persone con Demenza - ADPD	-	87	<ul style="list-style-type: none"> • € 4.100.000 da PAT (di cui € 1.200.000 per ADPD e € 2.900.000 per SAD in ADI) • € 240.000 da Compartecipazione delle famiglie • Totale: € 4.340.000
ADI	-	1.099	
Assistenza domiciliare: aiuto domiciliare e sostegno relazionale alla persona – SAD*	-	3.122 utenti in carico per 294.414 ore erogate (3,6 ore medie settimanali)	<ul style="list-style-type: none"> • € 7.250.000 da PAT • € 1.030.000 da Compartecipazione delle famiglie • Totale: € 8.280.000
Pasti a domicilio*	-	2.324 utenti per 256.089 pasti distribuiti	<ul style="list-style-type: none"> • € 1.030.000 da PAT • € 1.860.000 da Compartecipazione delle famiglie • Totale: € 2.890.000
Telesoccorso e teleassistenza*	-	1.266 utenti per 203.075 giorni erogati	<ul style="list-style-type: none"> • € 30.000 da PAT • € 80.000 da Compartecipazione delle famiglie • Totale: € 110.000
Lavanderia*	-	154 utenti per 2.654 accessi	<ul style="list-style-type: none"> • € 2.000 da PAT • € 5.000 da Compartecipazione delle famiglie • Totale: € 7.000
*Dati del primo semestre 2015			

3.1.1 I servizi per anziani nella Provincia Autonoma di Trento: focus sulle RSA e le RSAO

Particolarmente interessanti risultano, fra quelli elencati, i servizi di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) e Residenza Sanitaria Assistenziale Ospedaliera (RSAO).

Esse sono, nell'intero territorio della Provincia, 57; 8 sono gestite da 2 Cooperative Sociali, 3 da parte di 2 Enti Religiosi, 1 da un ente privato for profit, mentre le restanti 45 vengono gestite da 41 Aziende di Servizi alla Persona (APSP). Queste ultime sono state costituite in Trentino a seguito del recepimento della legge n. 328/2000 concernente la "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e del relativo decreto legislativo n. 207/2001; in particolare la loro costituzione è da attribuirsi alla legge regionale n. 7/2005 "Nuovo ordinamento delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza – aziende pubbliche di servizi alla persona", che ha previsto il riordino e la trasformazione delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB).

Le APSP giocano un ruolo fondamentale nel sistema dei servizi per anziani nella Provincia di Trento, in quanto gestiscono l'84,8% del totale dei posti autorizzati e l'85,1% dei posti convenzionati, oltre ad altri servizi diversi dall'RSA o RSAO.

Complessivamente le RSA e le RSAO contano, all'1/1/2016, 4.817 posti letto autorizzati (4.747 in RSA e 70 in RSAO) e 4.500 convenzionati (4.433 in RSA e 67 in RSAO).

Il numero massimo di posti letto autorizzabili è contenuto nella Delibera di Giunta Provinciale n. 2112 del 2009, che stabilisce di attribuire, *“prendendo a riferimento la popolazione provinciale di 75 anni e oltre al 31/12/2008 pari a 49.661 unità:*

- *alle residenze sanitarie assistenziali (RSA) a sede territoriale la dotazione di posti letto pari a 10,0 per cento abitanti residenti in età uguale o superiore ai 75 anni; questo parametro è subordinato ad una valutazione delle singole strutture in base a criteri di localizzazione ed efficienza gestionale;*
- *alle residenze sanitarie assistenziali (RSA) a sede ospedaliera la dotazione di posti letto pari a 0,15 per cento abitanti residenti in età uguale o superiore ai 75 anni.”*

Applicando quindi i parametri stabiliti dalla Delibera, emerge che i posti autorizzabili in RSA risultano 4.966, mentre quelli in RSAO risultano 74, per un totale di 5.013 posti. Rispetto a tale valore, calcolato sulla popolazione over75 al 31/12/2008, i posti autorizzati a inizio 2016 (che sono 4.817) risultano essere lo 0,5% in meno; ancora, se si “attualizzasse” il calcolo applicando lo stesso metodo alla popolazione over75 all'1/1/2015, essi dovrebbero essere 5.659¹¹, l'11,4% in più rispetto a quelli effettivamente autorizzati. Questo semplice esercizio mostra che, ipotizzando che il fabbisogno sia rimasto lo stesso rispetto a quello definito dalla Delibera (10% + 0,15% della popolazione over75), il numero di posti in RSA e RSAO è inferiore al bisogno degli anziani del territorio.

La distribuzione dei posti letto in RSA e RSAO nel territorio trentino risulta inoltre non omogenea: rapportando infatti il numero di posti presenti in ciascuna Comunità di Valle al numero di anziani over75 non autosufficienti presenti nella Comunità di Valle stessa¹², si ottengono tassi di copertura che vanno dal 50,2% allo 0,0% nel caso dei posti autorizzati, e dal 47,1% allo 0,0% nel caso dei posti convenzionati.

Le Tabelle sotto riportate (Tabella 10 e Tabella 11) sintetizzano la disponibilità di posti letto per ciascuna delle 16 Comunità di Valle in cui si suddivide la PAT.

¹¹ Questo valore è dato dalla somma dei posti RSA teoricamente autorizzabili utilizzando come base di calcolo la popolazione over75 all'1/1/2015 (55.752 persone), ovvero 5.575 (10%), e dei posti in RSAO, ovvero 84 (0,15%).

¹² Tale valore è stato stimato, secondo il metodo esposto nel capitolo 3.1, utilizzando le percentuali di anziani over65 con limitazioni funzionali contenute all'interno di ISTAT (2014) *Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione*. Per ricavare la percentuale di anziani over75 non autosufficienti presenti nella PAT è stata effettuata la seguente proporzione:

19,8 (tavola 1.4.1.4, % di anziani over65 con limitazioni funzionali in Italia) : 15,8 (tavola 1.4.1.4, % di anziani over65 con limitazioni funzionali nella PAT) = 32,9 (tavola 1.4.1.5 (segue), % di anziani over75 con limitazioni funzionali in Italia) : X

Tabella 10. L'offerta in RSA e RSAO: i posti letto autorizzati

4.b Focus: l'offerta in RSA

La copertura dei posti letto autorizzati

Distretti sanitari	Comunità	Pop 75+ 1/01/15	Non auto 75+ 1/01/15 con % Istat	Totale pl autorizzati RSA e RSAO all'1/1/16	pl totali/non auto 75+ % Istat	Totale pl autorizzati APSP	pl APSP/non auto 75+ Istat
Distretto est	Val di Fiemme	2.007	528	169	32,0%	169	32,0%
	Primiero	1.153	303	137	45,2%	137	45,2%
	Bassa Valsugana e Tesino	3.105	817	394	48,2%	394	48,2%
	Alta Valsugana e Bernstol	4.902	1.289	409	31,7%	346	26,8%
	Ladino di Fassa	847	223	57	25,6%	57	25,6%
Distretto centro nord	Territorio Val D'Adige	13.033	3.428	905	26,4%	665	19,4%
	Valle dei Laghi	1.024	269	70	26,0%	70	26,0%
Distretto ovest	Val di Cembra	1.154	304	72	23,7%	0	0,0%
	Rotaliana	2.633	692	250	36,1%	250	36,1%
	Paganella	496	130	0	0,0%	0	0,0%
	Val di Non	4.288	1.128	253	22,4%	196	17,4%
	Val di Sole	1.680	442	153	34,6%	153	34,6%
Distretto centro sud	Valle delle Giudicarie	4.067	1.070	537	50,2%	513	48,0%
	Alto Garda e Ledro	5.165	1.358	422	31,1%	324	23,9%
	Vallagarina (incl. Rovereto)	9.568	2.516	923	36,7%	743	29,5%
	Altipiani Cimbri	630	166	66	39,8%	66	39,8%
TOTALE		55.752	14.663	4.817	32,9%	4.083	27,8%

Utilizziamo invece la % di non autosufficienti 65+ calcolata dall'Istat per la Provincia Autonoma di Trento:

	Pop 65+ 1/01/15	non auto 65+ 1/01/15 con % Istat	Totale pl autorizzati RSA e RSAO all'1/1/16	pl totali/non auto 65+ % Istat	Totale pl autorizzati APSP	pl APSP/non auto 65+ % Istat
TOTALE	111.291	17.584	4.817	27,4%	4.083	23,9%

Tabella 11. L'offerta in RSA e RSAO: i posti letto convenzionati

4.b Focus: l'offerta in RSA

La copertura dei posti letto convenzionati

Distretti sanitari	Comunità	Pop 75+ 1/01/15	Non auto 75+ 1/01/15 con % Istat	pl conv. all'1/1/16 (incl. RSAO)	pl conv/non auto 75+ istat	pl conv. all'1/1/16 APSP	pl conv APSP/non auto 75+ istat
Distretto est	Val di Fiemme	2.007	528	156	29,6%	156	29,6%
	Primiero	1.153	303	125	41,2%	125	41,2%
	Bassa Valsugana e Tesino	3.105	817	355	43,5%	355	43,5%
	Alta Valsugana e Bernstol	4.902	1.289	386	29,9%	330	25,6%
	Ladino di Fassa	847	223	48	21,5%	48	21,5%
Distretto centro nord	Territorio Val D'Adige	13.033	3.428	886	25,8%	650	19,0%
	Valle dei Laghi	1.024	269	59	21,9%	59	21,9%
Distretto ovest	Val di Cembra	1.154	304	68	22,4%	0	0,0%
	Rotaliana	2.633	692	245	35,4%	245	35,4%
	Paganella	496	130	0	0,0%	0	0,0%
	Val di Non	4.288	1.128	215	19,1%	163	14,5%
Distretto centro sud	Val di Sole	1.680	442	143	32,4%	143	32,4%
	Valle delle Giudicarie	4.067	1.070	504	47,1%	482	45,1%
	Alto Garda e Ledro	5.165	1.358	380	28,0%	321	23,6%
	Vallagarina (incl. Rovereto)	9.568	2.516	870	34,6%	692	27,5%
	Altipiani Cimbri	630	166	60	36,2%	60	36,2%
TOTALE		55.752	14.663	4.500	30,7%	3.829	26,1%

Utilizziamo invece la % di non autosufficienti 65+ calcolata dall'Istat per la Provincia Autonoma di Trento:

	Pop 65+ 1/01/15	non auto 65+ 1/01/15 con % Istat	pl conv. 2016 (incl. RSAO)	pl conv/non auto 65+ % Istat	pl conv 2016 APSP	pl conv APSP/non auto 65+ istat
TOTALE	111.291	17.584	4.500	25,6%	3.829	21,8%

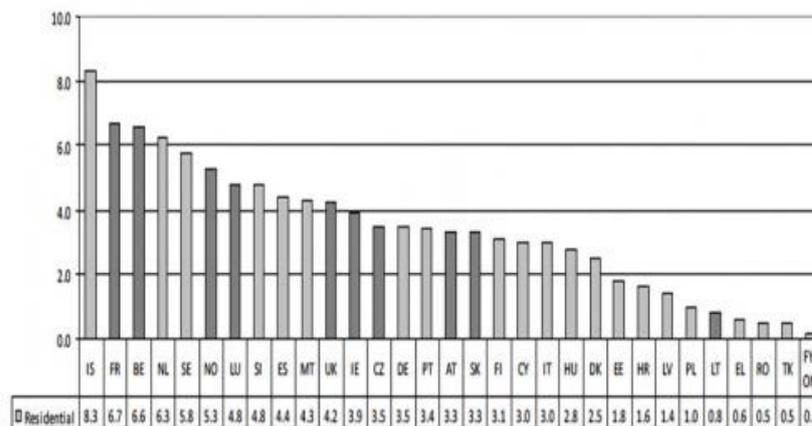
3.2 Alcune considerazioni sul sistema locale dei servizi per anziani

L'ampiezza e la qualità dei servizi per anziani presenti nella Provincia Autonoma di Trento rendono il territorio una delle eccellenze italiane nelle politiche di welfare per la terza età. La sua dotazione di servizi è infatti più elevata di quella della maggior parte delle altre Regioni del Paese (cfr. Tabella 14 a pag. 32 del presente documento), dove però, è necessario ricordarlo, si configura una generale situazione di "undertreatment socio-sanitario" (cfr. Par. 2.1).

Nel confronto con i principali altri paesi europei, tuttavia, anche l'offerta della PAT appare sottodimensionata. Se si considerano infatti i soli posti letto in RSA ed RSAO autorizzati, pubblici e privati (4.817 in totale all'1/1/2016), emerge come il tasso di copertura della popolazione con 65 anni o più (113.496 persone all'1/1/2016) sia pari al 4,2%; tale tasso, benchè più elevato del valore medio europeo (3,4%) e italiano (3,0%), risulta inferiore ai valori di

Francia, Belgio, Olanda, Svezia, Norvegia, Spagna¹³. Il tasso di copertura del 4,2% della popolazione anziana non risulta inoltre uniformemente distribuito su territorio della PAT, variando da punte massime del 6,6% nella Comunità della Valle delle Giudicarie a valori minimi dello 0,0% nella Comunità della Paganella.

Figura 8. Tasso di copertura dei servizi residenziali, popolazione over65, ultimo anno disponibile



Fonte: Bettio F. e Verashchagina A. (a cura di) (2012) *Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries*, Luxembourg, Publications Office of the European Union.

Allargando lo sguardo anche ad altre tipologie di servizi, i tassi di copertura appaiono alzarsi; se infatti si aggiungono ai 4.817 posti in RSA ed RSAO (assimilabili al numero di utenti presi in carico nelle strutture), i circa 400 utenti transitati nel 2015 nei servizi di casa di soggiorno e alloggi protetti, i 485 transitati nei centri diurni anziani e Alzheimer e i 1.186 che hanno ricevuto prestazioni di ADI, si raggiunge la cifra 6.688 utenti, per un tasso di copertura degli anziani residenti nella PAT pari al 6,1%. Se a questo valore viene applicato il tasso di non autosufficienza per gli over65 proposto da Istat¹⁴ per la PAT (15,8%, che origina una stima di 17.932 persone), si ottiene una copertura del 38,4%.

Raggiungere stime di presa in carico più accurate sommando al computo totale anche gli utenti dei servizi pubblici non già menzionati (come per esempio il SAD, i pasti a domicilio, i centri servizi per anziani etc.) risulta però complesso. Giungere ad una stima complessiva della popolazione anziana presa in carico nella PAT richiederebbe infatti sistemi informativi integrati fra loro in modo da evitare doppi conteggi di utenti (è infatti possibile, per esempio, che un utente che ricorre al SAD ricorra anche all'ADI o ai pasti a domicilio) in grado di alterare le valutazioni. Sistemi informativi frammentati non permettono di giungere a una visione di insieme degli utenti in carico e del fabbisogno, e rendono difficoltoso e incerto anche il processo di estrazione dei dati, allungando di molto le tempistiche per le elaborazioni.

Limitandosi però alle informazioni già esposte, che riguardano gli anziani con una riduzione dell'autonomia personale tale da richiedere l'aiuto di altre persone in modo continuo o per svolgere funzioni fondamentali alla vita quotidiana (es. mangiare, lavarsi, vestirsi, etc.) secondo

¹³ Valori tratti da: Bettio F. and Verashchagina A. (a cura di) (2012) *Long-term care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/elderly_care_en.pdf

¹⁴ ISTAT (2014), *Condizioni di salute, rischio e prevenzione. Anno 2013*, Roma, Istituto nazionale di statistica, www.istat.it/it/archivio/144093.

la definizione Istat, risulta evidente che la maggior parte degli anziani non autosufficienti del territorio si trovano al di fuori del circuito pubblico, presumibilmente assistiti dalle famiglie e/o dalle badanti o, in alcuni casi, potenzialmente, perfino soli. Se infatti si aggiunge ai 6.688 utenti una stima delle badanti “in regola” presenti nel territorio, elaborata in collaborazione con la PAT, immaginando che ad una badante corrisponda un anziano non autosufficiente, si raggiunge la stima di 12.688 assistiti. Questo valore, rapportato al numero degli over65 non autosufficienti ipotizzato, origina un tasso di copertura del bisogno del 70,8%. Di conseguenza, con consapevolezza dei limiti insiti nel metodo di calcolo utilizzato (doppi conteggi, difficoltà nel reperimento del numero di utenti in carico ad alcuni servizi, stima dei non autosufficienti e delle badanti, etc.), è dunque possibile ipotizzare che un terzo degli anziani che sul territorio avrebbero necessità di assistenza continuativa si trova o solo o in carico alle famiglie.

Tabella 12. I servizi per anziani nella PAT: una sintesi

Servizio	Posti disponibili (2015 o 2016)	Utenti in carico (ultima data disponibile)	Risorse	Di cui pubbliche	Di cui pubbliche trasferite alle famiglie	Di cui private (compartecipazione e o Out-of-pocket)
RSAO e RSA	4.817 autorizzati 4.500 convenzionati	4.519 + 127 privati	€ 210.830.000	€ 133.100.000 63,1%	€ 22.160.000 10,5%	€ 55.570.000 26,4%
Casa di soggiorno	207 posti autorizzati	200	€ 3.460.000	-	-	€ 3.460.000 100,0%
Centri diurni Anziani e Alzheimer	339 convenzionati + 106 privati	437 + 48 privati	€ 6.160.000	€ 4.520.000 73,4%	-	€ 1.640.000 26,6%
ADI e ADPD	-	1.186	€ 4.340.000	€ 4.100.000 94,5%	-	€ 240.000 5,5%
SAD*	-	3.122 utenti in carico per 3,6 ore medie sett.	€ 16.560.000*	€ 14.500.000* 87,6%	-	€ 2.060.000* 12,4%
Indennità di accompagnamento (cod. 05-06-10)**	-	5.183 utenti 75+	€ 32.000.000	-	€ 32.000.000 100,0%	-
Assegno di cura	-	2.257 utenti 65+	€ 6.610.000	-	€ 6.610.000 100,0%	-
Altro*	-	-	€ 11.714.000*	€ 2.324.000* 19,8%	€ 3.840.000* 32,8%	€ 5.550.000* 47,4%
TOTALE	-	-	€ 291.674.000	€ 158.544.000 54%	€ 64.610.000 22%	€ 68.520.000 24%
Badanti	6.000	6.000	€ 90.000.000	-	-	€ 90.000.000 100%

*Contenente valori riferiti al primo semestre 2015 che sono stati raddoppiati **Esclusi valori riferiti ad RSA

La realtà appena descritta si trova inoltre oggi in costante cambiamento, sotto la spinta dell'evoluzione demografica della popolazione trentina. Uno studio del 2009 del Servizio statistica della Provincia¹⁵ ha illustrato, attraverso una serie di proiezioni demografiche, come sarà il Trentino nel futuro; le analisi mostrano che il numero di over65 stimato per il 2030 sarà di circa 150.700 persone (di cui 78.400 over75), mentre per il 2050 sarà di 193.400 persone (di cui

¹⁵ Disponibile online all'indirizzo

http://www.statistica.provincia.tn.it/binary/pat_statistica_new/popolazione/Evoluz_1982_2050.1256036505.pdf

113.300 over75). Anche ISTAT propone delle proiezioni simili¹⁶: esso prevede che nel 2030 gli over65 nella PAT saranno circa 151.800 (di cui 77.000 over75), mentre nel 2050 saranno circa 203.000 (di cui 127.300 over75). Tali stime possono essere confrontate con la numerosità della popolazione all'1/1/2016, anno in cui il presente documento è stato elaborato: nella PAT erano presenti 113.496 anziani con più di 65 anni; di essi 57.186 avevano più di 75 anni.

Anche se è possibile immaginare che gli anziani fra 15 o 35 anni saranno “più in salute” rispetto a quanto attualmente non succeda, la disgregazione delle reti familiari e la riduzione del capitale sociale presente sul territorio rendono improcrastinabile l'adozione di politiche mirate alla gestione dell'esplosione demografica non appena presentata e ai conseguenti fabbisogni di cura e assistenza futuri. Nell'affrontare tale fenomeno però, complice la crisi economica, non è realistico pensare di poter fare affidamento su un incremento delle risorse pubbliche (e private) che tenga il passo della crescita del fabbisogno di interventi per la non autosufficienza. È quindi irrealistico, per esempio, ipotizzare un aumento proporzionale al bisogno dei posti letto in RSA e RSAO; una evidenza a sostegno di tale affermazione è presente nella Figura 9, che mostra l'andamento del rapporto fra i posti letto convenzionati e la popolazione over75 nella PAT dal 2009 al 2015. Come si può notare, nonostante un aumento costante dei posti letto a disposizione (+4,2% dal 2009 al 2015), il tasso di copertura degli anziani over75 risulta essere in diminuzione.

Figura 9. Evoluzione del tasso di copertura dei posti letto RSA e RSAO convenzionati nella PAT

ANNO	popolazione 75+ anni	PL conv. APSS	PL conv/pop 75+
01/01/2009	50.127	4.293	8,6%
01/01/2010	50.398	4.391	8,7%
01/01/2011	51.901	4.390	8,5%
01/01/2012	51.844	4.404	8,5%
01/01/2013	52.911	4.406	8,3%
01/01/2014	55.752	4.478	8,0%
01/01/2015	55.752	4.473	8,0%
01/01/2016		4.500	



L'unica strada percorribile appare quindi essere quella della **ricomposizione del sistema**, indirizzata a migliorare e qualificare l'utilizzo e l'integrazione delle risorse (pubbliche/private) sfruttando le interdipendenze esistenti, a flessibilizzare i servizi per incrementare la qualità delle cure in un contesto che cambia rapidamente, a migliorare l'esperienza del paziente aiutandolo ad orientarsi in un sistema complesso come quello sociosanitario e a generare linee di azione unitarie sul target anziani, dalla prevenzione alla massima intensità di cura. In questa direzione si sono spinti anche i Paesi europei tradizionalmente più avanzati sul tema dei servizi per la terza età, come è stato mostrato nel capitolo 2.

¹⁶ I dati sono disponibili online all'indirizzo http://dati.coesione-sociale.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_PREVDEM

4. Il percorso di formazione e tutorship

Come anticipato nell'introduzione, la PAT ha promosso, all'interno del territorio e con il supporto fornito da SDA Bocconi, una riflessione sull'efficacia dell'attuale assetto istituzionale delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona dedicate ai servizi per anziani (APSP, enti gestori di RSA¹⁷) e, più in generale, sul funzionamento dell'intero sistema di welfare per anziani.

L'assetto istituzionale è, secondo la definizione proposta da Airoidi, Brunetti e Coda¹⁸, *la configurazione dei portatori di interessi nei confronti dell'istituto, dei contributi che tali soggetti forniscono all'azienda, delle ricompense e benefici che ne ottengono, del soggetto d'istituto, dei fini istituzionali e delle strutture di governo che regolano in equilibrio dinamico di lungo periodo le relazioni tra i portatori di interessi, i contributi e le ricompense*. Esso richiede pertanto l'individuazione di tre componenti:

- *Dei fini istituzionali* → Ovvero delle finalità ed obiettivi cui si ispira l'azione del soggetto d'istituto;
- *Un soggetto d'istituto* → Ovvero un insieme di soggetti cui viene assegnato il diritto e il dovere di governare, direttamente o tramite propri rappresentanti;
- *Delle strutture di governo* → Ovvero degli organi e dei meccanismi che consentano ai soggetti deputati a governare di agire efficacemente.

A seguito della percezione di una necessità di mutamento dell'assetto istituzionale del sistema di welfare comprensivo dei tre elementi citati, la PAT ha quindi avanzato una richiesta alla SDA Bocconi per un percorso di formazione e tutorship per l'analisi del contesto territoriale a supporto delle decisioni di ridisegno. Tale percorso è stato costruito, grazie alla collaborazione fra SDA Bocconi e la PAT, sulla base del modello di *decision-making* strategico proposto da Nutt e Backoff (1987)¹⁹, adattandolo alle esigenze conoscitive e di formazione del territorio; le relative fasi individuate sono illustrate nella Tabella 13 sottostante.

Tabella 13. Fasi per il decision-making strategico

Nome fase	Descrizione fase	Fase corrispondente nel percorso trentino	Destinatari
1. Understand history – Comprendere la storia	Analisi dell'evoluzione storica dell'organizzazione, così da comprendere i trend di contesto, l'evoluzione complessiva dell'organizzazione, i/le suoi/e valori/normative di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi desk dei dati disponibili 	PAT, Attori chiave del contesto locale

¹⁷ Si sottolinea in questa sede la differenza che sussiste fra APSP, la forma giuridica di governo della RSA, e la RSA stessa, intesa come servizio residenziale offerto agli anziani e/o sede fisica in cui esso stesso viene erogato

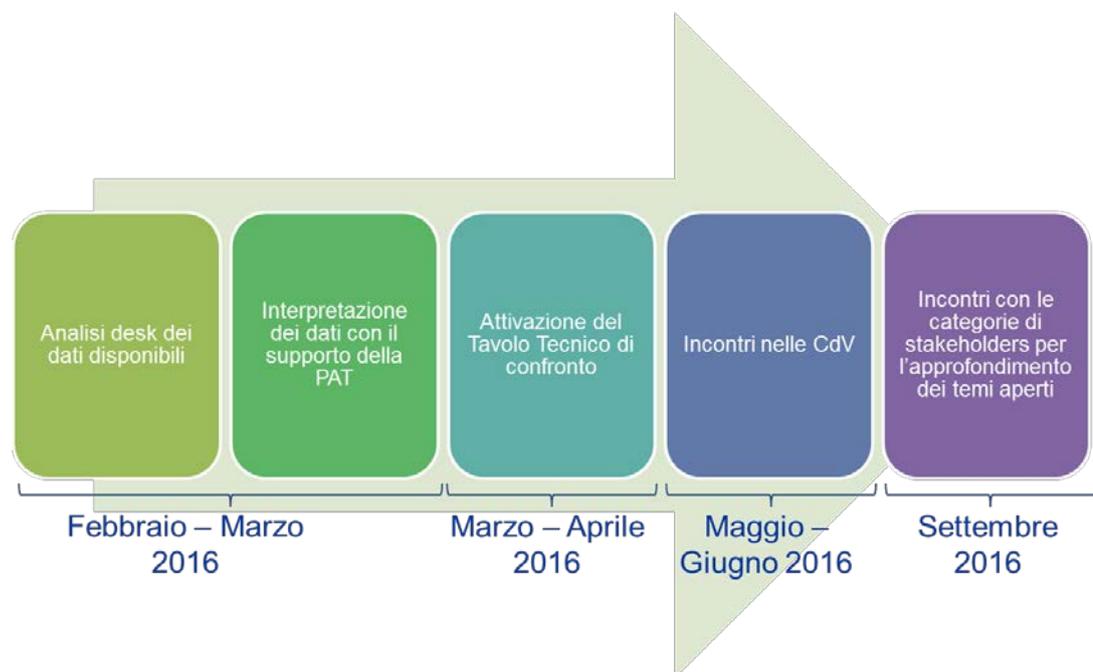
¹⁸ Airoidi G., Brunetti G. e Coda V. (2005) *Corso di economia aziendale*, Bologna, Il Mulino.

¹⁹ Nutt P.C. e Backoff R.W. (1987) A Strategic Management Process for Public and Third-Sector Organizations, *Journal of the American Planning Association*, 53:1, pp. 44-57, DOI: 10.1080/01944368708976634.

2. Explore the situation – Esplorare il contesto	Tradizionale studio del contesto interno ed esterno dell'organizzazione	<ul style="list-style-type: none"> Analisi desk dei dati disponibili Interpretazione dei dati con il supporto della PAT 	PAT, Attori chiave del contesto locale
3. Uncover issues – Esplicitare i temi strategici	Definizione dell'agenda dei temi di rilevanza strategica che devono essere trattati	<ul style="list-style-type: none"> Attivazione del Tavolo Tecnico di confronto 	PAT, UIPA, CAL, APSS
4. Identify strategy – Individuazione della strategia	Individuazione delle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi strategici definiti nella fase precedente	<ul style="list-style-type: none"> Attivazione del Tavolo Tecnico di confronto 	PAT, UIPA, CAL, APSS
5. Assess feasibility – Analisi di fattibilità	Analisi dei fattori politici, economici e sociali che possono concorrere alla riuscita del cambiamento	<ul style="list-style-type: none"> Attivazione del Tavolo Tecnico di confronto 	PAT, UIPA, CAL, APSS

Il percorso di formazione e tutorship così individuato, iniziato nel mese di febbraio 2016, ha coinvolto molteplici stakeholders del territorio secondo una struttura modulare, illustrata nella Figura 10.

Figura 10. Le tappe del percorso



Come si può notare da quanto sinora descritto, il percorso è stato integrato con due ulteriori step, seguendo l'evoluzione del paradigma della governance verso l'inclusione degli stakeholders nel

processo di strategic planning descritto dalla letteratura. Tali fasi sono gli Incontri nelle Comunità di Valle (nel seguito, “CdV”) e gli Incontri con le categorie di stakeholders per l’approfondimento dei temi aperti.

Essendo un percorso di formazione, non è stata naturalmente prevista una fase di implementazione dei cambiamenti pianificati, la cui realizzazione è demandata alla PAT.

Di seguito si riporta una descrizione approfondita di ciascuna delle 5 fasi proposte nel percorso di ridisegno dell’assetto istituzionale dei servizi per anziani.

4.1 Analisi desk dei dati disponibili

Il primo step del percorso si è articolato attorno alla ricerca e rielaborazione, da parte di SDA Bocconi, di dati nazionali e locali, già in possesso dalla PAT o da essa raccolti *ad hoc*, sui servizi per anziani offerti sul territorio. Come infatti emerge dalla letteratura²⁰, per poter portare efficacemente a termine un percorso di *decision-making*, è necessario operare in primo luogo un’approfondita analisi del contesto in cui le decisioni vengono assunte. Affinchè quindi il ridisegno dell’assetto istituzionale del sistema di welfare per gli anziani potesse essere coerente con le caratteristiche del territorio, il percorso ha richiesto una fase preliminare di studio dei fabbisogni mediante la ricognizione di dati che permettessero di evidenziare la struttura dei servizi in quel momento presenti.

Ciò che è emerso da questa prima fase di analisi è che la dotazione di posti letto della PAT, che arriva a coprire con i soli posti RSA e RSAO autorizzati (4.817 unità, di cui 4.500 convenzionati) il 27,4% degli anziani non autosufficienti stimati nel territorio, è particolarmente elevata in comparazione alle altre Regioni italiane, come è possibile notare anche dalla Tabella 14 sotto riportata.

²⁰ Per esempio in Bryson J.M. e Roering W.D. (1996) Strategic planning options for the public sector, in *Handbook of Public Administration*, Ed. J L Perry, 2nd edition (Jossey-Bass, San Francisco, CA)

Tabella 14. Dotazione di posti letto per utenti anziani (65+ anni) in presidi residenziali (% su popolazione 65+) (anni 2010-2012), utenti anziani non autosufficienti (% su popolazione 65+) e livello di assistenza sanitaria erogata agli stessi (% su utenti 65+) (anno 2012)

Regioni	P.I. presidi residenziali (% su pop. 65+)			Utenti 65+ non autosufficienti (% su pop. 65+) (2012)
	2010	2012	Δ 2010-2012	
Piemonte	4,0	4,0	=	2,3
Valle d'Aosta	6,7	3,9	-2,8	3,3
Liguria	3,0	2,9	-0,1	2,1
Lombardia	3,7	3,1	-0,6	2,9
Trentino-Alto Adige	n.d.	4,5	n.d.	4,3
P.A. Bolzano	4,4	4,4	=	4,2
P.A. Trento	4,9	4,5	-0,4	4,3
Veneto	3,6	3,2	-0,4	2,7
Friuli-Venezia Giulia	3,9	3,6	-0,3	2,8
Emilia-Romagna	3,3	3,4	0,1	2,7
Toscana	2,0	1,7	-0,3	1,2
Umbria	1,3	1,3	=	0,9
Marche	2,4	2,2	-0,2	1,5
Lazio	1,4	1,2	-0,2	0,5
Abruzzo	1,8	1,5	-0,3	1,0
Molise	2,3	1,9	-0,4	1,0
Campania	1,0	0,6	-0,4	0,2
Puglia	1,1	1,0	-0,1	0,6
Basilicata	1,1	1,3	0,2	0,7
Calabria	1,0	0,8	-0,2	0,4
Sicilia	1,6	1,1	-0,5	0,5
Sardegna	1,5	1,3	-0,2	0,8
ITALIA	2,5	2,3	-0,2	1,7

Fonte: NNA (2015) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in ITALIA, 5° Rapporto. Un futuro da ricostruire*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore

Se ai posti residenziali a carattere sociosanitario si aggiunge inoltre la copertura del bisogno legata ai servizi semiresidenziali e diurni, sia a carattere pubblico che privato, sia afferenti alla sfera sociale che sociosanitaria, la PAT appare una delle eccellenze italiane nelle politiche di welfare per la terza età.

Tale posizionamento è però minacciato dalle dinamiche demografiche in corso; ad esempio si stima che, a causa dell'invecchiamento della popolazione, il fabbisogno di posti letto autorizzati RSA e RSAO a copertura invariata (ex Delibera di Giunta Provinciale n. 2112 del 2009) nella Provincia Autonoma di Trento sarà pari a 7.988 posti letto nel 2031 e 10.559 posti letto nel 2041. Poiché il raddoppio dei posti letto non appare né una soluzione realisticamente perseguibile, anche in un orizzonte temporale medio-lungo di 25 anni, né in linea con le preferenze espresse dalle famiglie, diviene evidente che, senza un adeguamento del sistema dei servizi, la copertura del bisogno è destinata a ridursi notevolmente.

Dall'analisi dei dati è inoltre emerso che la spesa privata dei cittadini per i servizi per gli anziani (data dalla somma della spesa per compartecipazione ai servizi pubblici, spesa out-of-pocket e per badanti) è stimabile in almeno 158 milioni di euro, valore equivalente alla spesa pubblica per servizi. Da tale valore è possibile desumere che nel territorio della PAT vi sia una considerevole quota di "welfare informale", in parte finanziata anche dai trasferimenti pubblici alle famiglie. Fra essi il più rilevante è certamente l'Indennità di Accompagnamento, che di fatto rappresenta una quota di risorse di cui il settore pubblico perde capacità di monitorare il percorso di impiego.

Infine, in termini più generali, è possibile osservare anche in questo territorio una frammentazione di tipo:

- Finanziario, sono infatti numerosi gli attori che finanziano servizi diversi o pezzi di servizi diversi all'interno di un unico sistema (Comuni, Comunità di Valle, PAT, famiglie, etc.);
- Informativo, il reperimento dei dati sui servizi è stato infatti ostacolato dall'assenza di un sistema informativo unitario fra i diversi attori che intervengono nella presa in carico dell'anziano;
- Istituzionale, dato dalla compresenza (e talvolta sovrapposizione) di istituzioni diverse in uno stesso ambito.

L'analisi e le scelte in materia di assetto istituzionale dovranno mantenere come principio guida la capacità di rispondere alle esigenze di ricomposizione del sistema, rispetto alle dinamiche di frammentazione che lo attraversano.

Un riassunto di quanto affermato è riportato all'interno della Figura 11 sottostante; per una trattazione più approfondita delle evidenze emerse dall'analisi dei dati, si rimanda al Capitolo 3.

Figura 11. Considerazioni di sintesi sui servizi per anziani nella PAT

La dotazione di Posti Letto della PAT è più elevata delle altre principali regioni italiane (Lombardia e Emilia Romagna), dove la copertura del bisogno da parte dei servizi per anziani non autosufficienti raggiunge il 25%*

Il fabbisogno a copertura invariata (ex DGP 2112/09) sarà pari a: 7.988 posti letto nel 2031 e 10.559 posti letto nel 2041

La spesa pubblica per servizi è stimabile in almeno 158 milioni di euro

La spesa pubblica trasferita alle famiglie è stimabile in almeno 64 milioni di euro

La spesa privata (compartecipazione + OOP + badanti) delle famiglie per servizi è stimabile in almeno 158 milioni euro (90 milioni solo di badanti)

È presente una frammentazione sia finanziaria, sia informativa, sia istituzionale

Come organizzare al meglio la gestione di un sistema frammentato sul fronte risorse / istituzionale / organizzazione / informazione?

* (Calò et al. (2013) Sistemi sociali e socio-sanitari a confronto: convergenze divergenze tra i modelli regionali di Emilia-Romagna e Lombardia, in CeRGAS Rapporto OASI 2013, Milano, Egea)

4.2 Interpretazione dei dati con il supporto della PAT

La seconda fase del processo in oggetto ha invece riguardato l'interpretazione delle evidenze emerse dall'analisi dei dati non appena esposta. Questa attività è stata condotta in stretta collaborazione con la PAT e, nella sua fase finale, con gli attori facenti parte del Tavolo Tecnico.

Tutti gli attori hanno concordato nell'affermare che vi è la necessità di un adeguamento del sistema dei servizi alle dinamiche demografiche e, fra le altre, hanno individuato tre principali esigenze del sistema di welfare:

- ➔ La **generazione di innovazioni di servizio** che permettano di rispondere in modo flessibile ed economicamente sostenibile ai bisogni mutevoli della popolazione;
- ➔ L'**integrazione delle risorse pubbliche e private** per la moltiplicazione del valore erogato agli utenti e la riduzione del “welfare fai da te”;
- ➔ L'**integrazione di processo e nella filiera dei servizi** per una presa in carico integrata.

A tali riflessioni si aggiungono anche le evidenze portate dalla letteratura nazionale e internazionale, che sono concordi nell'affermare che l'integrazione di assistenza sociale e assistenza sanitaria sia una modalità per migliorare l'efficienza, la qualità delle cure e l'esperienza del paziente²¹. In particolare, esse evidenziano come la riduzione della frammentazione permetta di²²:

- Affrontare una domanda di cura che cambia;
- Gestire l'interdipendenza che sussiste fra i risultati di salute e di assistenza sociale;
- Integrare nella società i gruppi sociali più vulnerabili;
- Utilizzare al meglio le risorse sfruttandone le interdipendenze;
- Migliorare la continuità delle cure e, quindi, la qualità percepita dal paziente, aiutandolo ad orientarsi in un sistema.

A partire dalle tre principali esigenze del sistema di welfare e dalle considerazioni esposte, la SDA Bocconi e la PAT hanno individuato alcuni quesiti da sottoporre al Tavolo Tecnico per la definizione di un nuovo assetto istituzionale che permettesse di massimizzare il livello d'integrazione per incrementare qualità e innovatività dei servizi, ovvero (Figura 12):

1. *Quale integrazione della committenza è da ricercare per lo sviluppo di policy complessive? Quale integrazione della produzione per il raggiungimento di economie di scala ed una maggiore capacità di presa in carico dell'utente?*
2. *Quali meccanismi di contatto con il cittadino si configurano come i più efficaci?*
3. *Quale integrazione delle risorse per estendere anche al settore sociale e socio-sanitario il concetto di universalismo che tradizionalmente caratterizza il settore sanitario?*
4. *Quale redistribuzione delle funzioni di sistema agli attori facenti parte del nuovo assetto istituzionale dei servizi è possibile perseguire?*
5. *Quale redistribuzione delle funzioni aziendali all'interno della rete per la valorizzazione delle risorse e delle competenze a disposizione è possibile adottare?*

²¹ Curry, N and Ham, C. (2010) *Clinical and Service Integration: The Route to Improved Outcomes*, London, The King's Fund.

²² Lloyd, J. and Wait, S. (2006) *Integrated Care. A Guide for Policymakers*, London, Alliance for Health and the Future.

Figura 12. Linee di ricomposizione del sistema di welfare e della governance



4.3 Attivazione del Tavolo Tecnico di confronto

Il percorso è quindi proseguito con l'attivazione di un Tavolo Tecnico, composto da (i) PAT, (ii) 3 rappresentanti di UPIPA, (iii) 1 rappresentante dell'APSS, (iv) 3 rappresentanti del CAL, che aveva il mandato di rappresentare le istanze del territorio nella formulazione del nuovo assetto dei servizi per anziani sul territorio. Il tavolo si è incontrato quattro volte per discutere i quesiti sulle linee di ricomposizione identificati dalla SDA Bocconi e la PAT ed esposti nel paragrafo precedente; di seguito si riportano le date degli incontri (Figura 13) e i contenuti di ciascuno.

Figura 13. Incontri del Tavolo Tecnico



4.3.1 Primo incontro – Presentazione del percorso e lettura dei dati raccolti

Durante il primo incontro del Tavolo Tecnico è stato illustrato ai presenti il percorso nella sua interezza, il mandato del Tavolo stesso e i dati elaborati da SDA Bocconi; nuove considerazioni sono andate ad arricchire quanto emerso nella fase di interpretazione, con il fine di allineare le visioni e le conoscenze di tutti gli attori intervenuti in vista della generazione di un nuovo modello di assetto istituzionale per i servizi.

4.3.2 Secondo incontro – Quali linee di ricomposizione per il sistema di welfare locale?

Nel corso del secondo incontro, il Tavolo Tecnico si è interrogato sui vantaggi e gli svantaggi che 3 possibili linee di ricomposizione possono portare; le tre linee erano:

1. Produzione ed erogazione;
2. Accesso e selezione;
3. Utilizzo delle risorse.

In primo luogo il Tavolo Tecnico ha espresso la convinzione che una ricomposizione nella **produzione** e nell'**erogazione** dei servizi possa portare numerosi vantaggi, fra cui:

- ✓ Un miglior utilizzo delle risorse a disposizione;
- ✓ Un incremento della qualità del servizio;
- ✓ Un aumento nei tassi di copertura del bisogno.

A fronte di tali vantaggi, esso ha consigliato di effettuare l'integrazione della produzione e dell'erogazione dei servizi a livello di filiera; perché però la ricomposizione possa essere efficace e portare reali benefici, il Tavolo Tecnico segnala la necessità di individuare un unico soggetto responsabile dell'aggregazione.

Relativamente invece ai sistemi di **accesso e selezione** degli utenti, due sono stati i punti di partenza per la riflessione proposti agli interlocutori presenti, ovvero:

- In numerosi sistemi regionali, i criteri di accesso al sistema privilegiano gli aspetti sanitario ed economico tralasciando bisogno assistenziale, *care giving* e situazioni di minore gravità²³
- La logica maggiormente diffusa nel Paese è di tipo prestazionale sull'episodio acuto. È fondamentale incentivare azioni di prevenzione e un sistema di welfare d'iniziativa in grado di prendere in carico anche gli autosufficienti e le loro famiglie con servizi intermedi²⁴

In unione a tali evidenze sul piano nazionale, il Tavolo Tecnico ha sottolineato la presenza di alcune criticità che si configurano a livello locale nel percorso di accesso ai servizi seguito dall'anziano o dalla sua famiglia; esse sono (Figura 14):

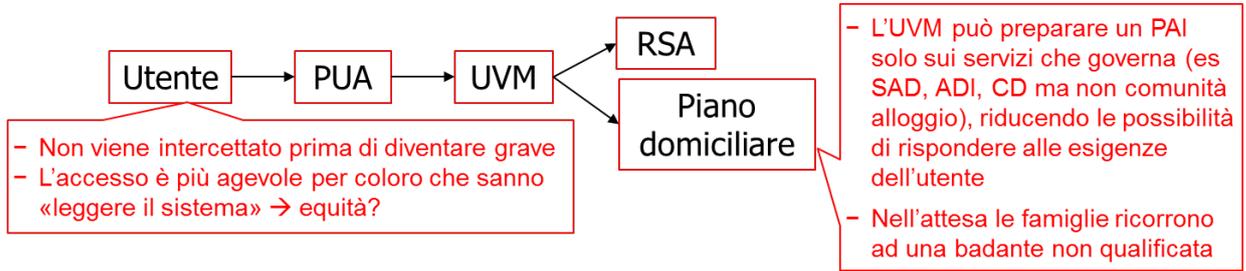
- Solitamente il bisogno di assistenza dell'anziano non viene intercettato quando è ancora lieve, poco dopo essersi manifestato, ma solo quando è ormai diventato grave. Le famiglie sono così costrette ad "arrangiarsi" finché le esigenze di cura del proprio caro non divengono insostenibili. Tale situazione può portare alla distruzione di capitale sociale, impoverendo e affaticando le famiglie²⁵;
- L'accesso ai servizi è più agevole per coloro che sanno «leggere il sistema». Ciò significa che gli utenti più deboli e con meno risorse a disposizione (quindi anche con maggiori necessità di ricorrere agli interventi pubblici) sono quelli che con meno probabilità riescono ad accedere al sistema venendo quindi costretti a provvedere autonomamente ai propri bisogni;
- Le UVM trentine possono definire i PAI solo per i servizi che governano (es SAD, ADI, Centro Diurno, ma non comunità alloggio), riducendo le possibilità di rispondere alle esigenze dell'utente in modo flessibile e modulare;
- Nell'attesa dell'attivazione dei servizi le famiglie spesso ricorrono ad una badante non qualificata, mettendo potenzialmente a rischio la salute dell'anziano (ciò accade frequentemente nei casi di demenza, dove l'avanzare della malattia potrebbe essere rallentato dall'esecuzione di specifiche attività che, però, le assistenti familiari informali generalmente non conoscono).

²³ NNA (2015) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in ITALIA, 5° Rapporto. Un futuro da ricostruire*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore

²⁴ Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, *Rapporto Osservasalute*, 2015. Promemoria Upipa per l'Incontro del gruppo di lavoro per il riassetto delle APSP del 12 aprile 2016

²⁵ Tale rischio viene ben evidenziato in Luppi M. (2015) *Non autosufficienza e impoverimento* in NNA (2015) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in ITALIA, 5° Rapporto. Un futuro da ricostruire*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore

Figura 14. Criticità nel percorso locale di accesso ai servizi

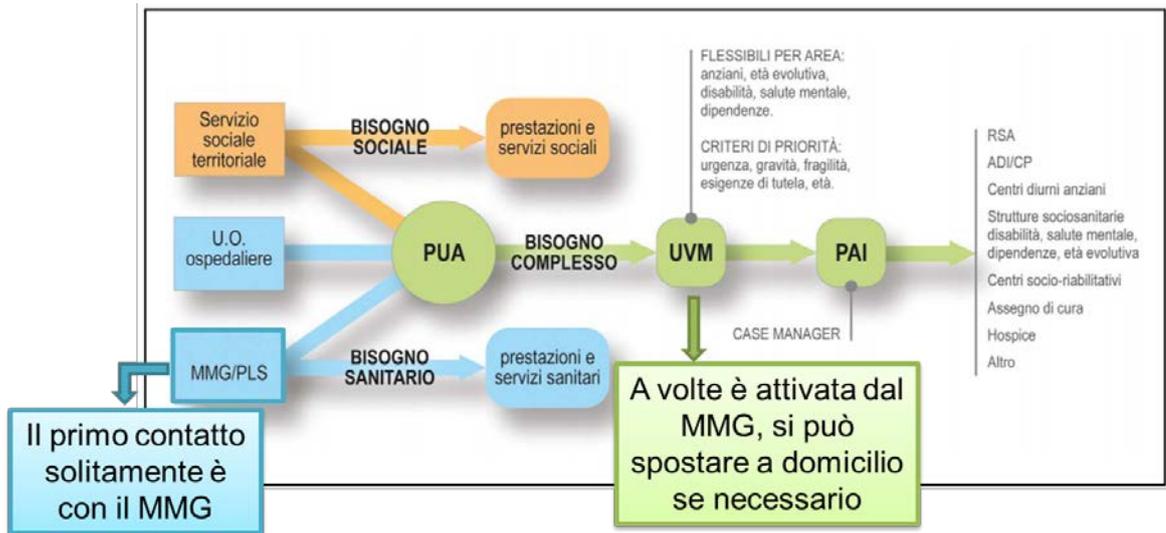


Per poter agire su tali criticità è però necessario conoscere l'attuale assetto dei meccanismi che danno vita al percorso di accesso ai servizi. Come illustrato dalla Figura 15, esso nasce solitamente a partire da tre punti di contatto principali: il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, il servizio sociale territoriale o le U.O. ospedaliere. Da queste prime porte di accesso al sistema l'utente può essere o direttamente indirizzato verso il servizio più appropriato o, in caso di bisogni più articolati, al PUA. L'équipe base di operatori del PUA (infermiere/a, assistente sociale, assistente amministrativo/a) si occupa quindi di svolgere attività di accoglienza, informazione, orientamento; più in particolare, dopo aver effettuato una valutazione di 1° livello, l'équipe o orienta i casi semplici verso i servizi competenti o, in caso di bisogni sociosanitari complessi, attiva l'UVM. Quest'ultima è il luogo dove avviene la valutazione di 2° livello, dove viene garantita la presa in carico e dove si realizzano il monitoraggio periodico del caso e la valutazione degli esiti. Essa è composta da professionalità differenti (medico responsabile dell'UO Cure Primarie (coord.), assistente sociale della Comunità, coord. servizio infermieristico territoriale, MMG/PLS, specialisti differenti coinvolti a seconda delle specificità del caso trattato) e, nel caso di anziani non autosufficienti, si attiva solitamente per richiedere servizi di RSA, Centro diurno, SAD in ADI. Più in generale, i destinatari dell'attività del PUA sono:

- Tutti i cittadini in situazione di fragilità che richiedono una presa in carico integrata sociale e sanitaria anche a causa delle condizioni di marginalità ed esclusione sociale;
- Anziani non autosufficienti, persone affette da disabilità (fisiche e psichiche) o con gravi patologie croniche e invalidanti;
- Persone dipendenti da sostanze di abuso o con problemi di salute mentale e loro familiari;
- Bambini e adolescenti in precarie o traumatiche situazioni familiari, vittime di maltrattamenti e abusi, con disagio psichico anche al fine di tutelare la salute mentale in età evolutiva.

Per il riconoscimento dell'invalidità civile è invece necessario rivolgersi all'U.O. Medicina Legale, con richiesta di visita per il riconoscimento compilata dal MMG.

Figura 15. Il percorso di accesso ai servizi nella PAT



PUA

- Uno per comunità di valle
- È il luogo dove l'utente trova **accoglienza** (scheda standard e informatizzata) e **informazioni** e dove avviene la **valutazione di 1° livello** (risoluzione casi semplici e orientamento verso i servizi competenti o attivazione UVM)
- L'équipe base: infermiere/a, assistente sociale, assistente amministrativo/a.



UVM

- Almeno una per distretto
- È il luogo dove avviene la **valutazione (2° livello)**, viene garantita la **presa in carico** e si realizzano il **monitoraggio** periodico del caso e valutazione degli **esiti**
- Composizione: medico responsabile dell'UO Cure Primarie (coord.), assistente sociale della Comunità, coord. servizio infermieristico territoriale, MMG/PLS, specialisti

INVALIDITA' CIVILE E ASSEGNO DI CURA

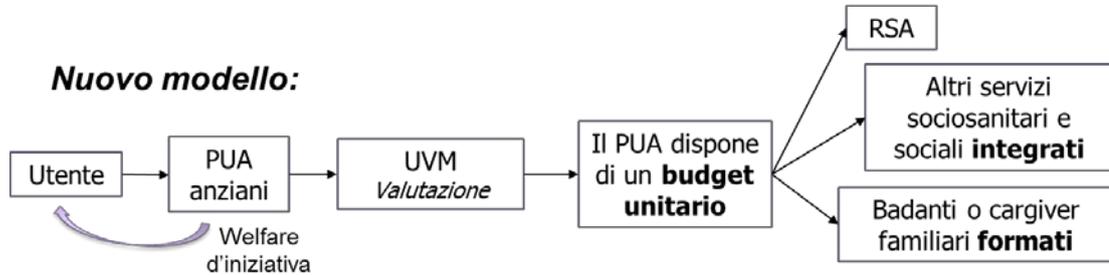
- Per il riconoscimento dell'invalidità civile è necessario rivolgersi all'**UO Medicina Legale**
- È il MMG che compila la richiesta di visita per il riconoscimento dell'invalidità civile

Fonte: rielaborazione SDA Bocconi da Livia F. (2012) *Integrazione socio-sanitaria e punto unico di accesso: dal curare al prendersi cura*. Presentazione effettuata durante il convegno *L'integrazione sociosanitaria e il punto unico di accesso. Strumenti per la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti*. Trento, 8 maggio 2012.

A fronte delle criticità nazionali e, in particolar modo, locali nell'accesso ai servizi per anziani, il Tavolo Tecnico ha caldeggiato la nascita di un nuovo modello, in grado di ricomporre tutte le risorse pubbliche e private dedicate alla Long Term Care con cui organizzare la presa in carico nel sistema in ottica integrata, proattiva e prospettica. Questo nuovo modello, articolato intorno ad un Punto Unico di Accesso (nel seguito, "PUA") potenziato nelle sue funzioni (discusse nel

corso del terzo incontro e pertanto esposte nel paragrafo 4.3.3) e specializzato sul target anziani, viene riportato nella Figura 16.

Figura 16. Nuovo modello locale di accesso ai servizi



Il nuovo modello di accesso e presa in carico proposto presenta diversi vantaggi; essi sono che:

- Permette di intercettare gli utenti in modo proattivo tramite attività di welfare d'iniziativa prima che si verifichino le condizioni che portano alla non autosufficienza, di fatto ritardandone l'insorgenza;
- Valorizza in ottica integrata e secondo appropriatezza tutti i servizi del territorio, creando Piani Assistenziali Individuali flessibili e personalizzati secondo il bisogno manifestato e favorendo al contempo la nascita e il consolidamento delle reti territoriali;
- Riduce il rischio di una massiccia presenza di badanti in «nero» o in «grigio», garantendone inoltre la formazione assistenziale a vantaggio dell'assistito e la presenza di back-up nei momenti di assenza.

Due svantaggi vengono però individuati dal Tavolo Tecnico, sempre in relazione al modello proposto:

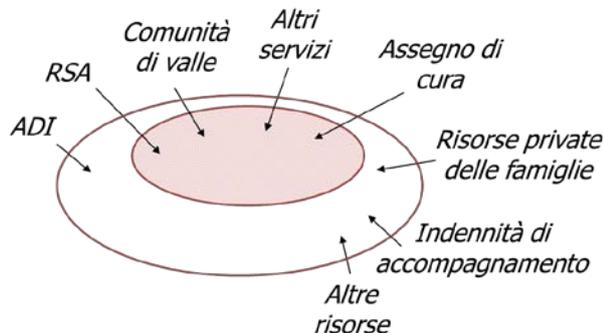
- La sua applicazione richiede un radicale cambio di mentalità, da prestazione a percorso, che a sua volta rende necessario investire sulla formazione di competenze adeguate;
- Modificare il sistema attualmente a regime comporta il rischio di distruggere l'expertise presente nel territorio e formatasi nel tempo.

Infine, in riferimento al tema dell'**utilizzo delle risorse**, il Tavolo Tecnico ha proposto un modello in cui si preveda la creazione di un **budget unitario** che integri le risorse pubbliche e private (non solo economiche) delle famiglie, secondo quanto rappresentato nella Figura 17. L'ipotesi del tavolo è quindi che, secondo step successivi e in forma modulare, un'unica organizzazione funga da collettore di tutte le risorse afferenti ai servizi per anziani, garantendone così una pianificazione unitaria. In questo modo, il ruolo del PUA come soggetto che integra i servizi evolve e viene superato dalla definizione di un soggetto istituzionale che integra le risorse al proprio interno e può così assumere la responsabilità della programmazione ed erogazione integrata dei servizi nel territorio di riferimento.

I vantaggi che si prevede di ottenere tramite tale ricomposizione delle risorse sono²⁶:

- Aumentando gli utenti intercettati, aumentano i tassi di copertura dei bisogni e i servizi diventano più universalistici;
- Si offrono servizi più diffusi con un orientamento al benessere collettivo;
- Aumentano, potenzialmente, le risorse economiche in circolazione che possono garantire, oltre a economie di specializzazione e di scala, ulteriori spazi per azioni redistributive;
- Si esce dall'isolamento generato dalla relazione uno-a-uno con la badante;
- Si amplia il mercato a favore di una molteplicità di attori, anche privati;
- Si creano spazi per l'innovazione nei servizi.

Figura 17. Perimetro di ricomposizione delle risorse



È però evidente che il modello proposto pone una sfida sostanziale: appare infatti necessario che tutte le diverse parti della filiera vengano coinvolte nell'integrazione, dai servizi a più elevata intensità di assistenza sanitaria a quelli puramente sociali. L'integrazione di filiera deve infatti coinvolgere tutti i servizi e tutti gli attori che intervengono nel campo dell'assistenza agli anziani, per garantire il superamento delle barriere esistenti fra setting assistenziali e fare sì che i nodi della rete si attivino prontamente in corrispondenza del cambiamento del bisogno dell'utente e della sua famiglia.

4.3.3 Terzo incontro – Quale governance per le funzioni di sistema del welfare locale?

Durante il terzo incontro il Tavolo Tecnico ha discusso come redistribuire le funzioni di sistema all'interno del modello ipotizzato, ovvero, in altre parole, quale bacino di riferimento attribuire al governo del budget integrato e a quale soggetto istituzionale fare riferimento.

Per quanto attiene al bacino di riferimento, dal confronto nel tavolo tecnico è emerso che la ricomposizione di risorse e servizi dovrebbe sempre rimanere il più possibile vicina al cittadino in condizioni di efficienza, considerazione che ha portato a scegliere di far combaciare i confini del modello di riconfigurazione con i confini delle Comunità di Valle. Le Comunità di Valle

²⁶ Fosti, G., (2013) *Rilanciare il Welfare Locale*, Milano, Egea.

costituiscono infatti un luogo istituzionale condiviso e riconosciuto dalla cittadinanza in riferimento ai servizi per anziani, dove le esigenze di economicità e quelle di identificazione del territorio si bilanciano: potenzialmente, la scelta di bacini di riferimento più ampi potrebbe manifestare vantaggi dal punto di vista dell'economicità, ma determinerebbe una minore vicinanza al territorio. La scelta delle Comunità di Valle come bacino di riferimento del nuovo sistema ha come vantaggio anche la possibilità di differenziare l'offerta rispetto ai bisogni della popolazione: si prevede quindi la formazione di 16 (o un numero inferiore nel caso in cui due o più CdV si associno) aree di pianificazione dell'offerta di servizi per anziani sulla base dello studio delle esigenze locali.

Il secondo tema affrontato dal tavolo tecnico è stato invece quello relativo alla scelta del soggetto istituzionale che governi in modo integrato le risorse e svolga, nel bacino di riferimento definito (la Comunità di Valle), il ruolo di soggetto responsabile delle politiche e dei servizi dedicati agli anziani. Durante l'incontro è stato proposto di affidare alle APSP il compito di fungere da soggetto che integra le risorse e la produzione e assume al proprio interno la funzione di PUA anziani (ovvero di "agenzia per gli anziani"), con la prospettiva di integrare in un unico «contenitore» tutti i servizi sociosanitari e sociali del territorio. I vantaggi di ricorrere all'APSP come perno dell'integrazione sul territorio sono:

- La capillarità delle stesse, che conferisce loro la possibilità di raggiungere anche i comuni più piccoli e isolati, dove altri soggetti difficilmente arrivano;
- La capacità di presa in carico di un sistema così strutturato, che potrebbe intercettare anziani ancora autosufficienti per integrarli in un percorso continuativo;
- Il risparmio potenziale derivante dal contenimento dei costi tramite l'integrazione delle risorse a disposizione;
- L'esperienza derivante da quelle APSP che già offrono servizi integrati (SAD, *counselling*,...).

Gli svantaggi risiedono invece nella frammentazione istituzionale delle APSP, che genera policy diverse per ciascuna RSA.

In questo modello le funzioni di sistema vengono così ridistribuite:

- ➔ La funzione di PUA anziani viene attribuita alle APSP che, integrando risorse pubbliche e risorse private delle famiglie, hanno il compito di definire PAI personalizzati e flessibili. L'integrazione dei budget di cura all'interno delle APSP rende possibile la copertura di diverse intensità di bisogno (dall'invecchiamento attivo al fine vita/alle demenze tramite l'integrazione del piano demenze); ai già esistenti servizi pubblici per anziani vengono accostati servizi a pagamento e attività di welfare d'iniziativa. Viene così costruita una rete territoriale di servizi a diverse intensità i cui singoli nodi vengono attivati dal PUA anziani a seconda delle esigenze dell'utente.
- ➔ La PAT e le CdV cedono prerogative di governo alle APSP per la gestione del proprio budget, acquisendo responsabilità nella pianificazione del complesso dei servizi socio-sanitari e sociali e nel loro monitoraggio. Esse danno mandato alle APSP di operare su obiettivi di copertura del bisogno.

- Il terzo settore partecipa, grazie alle proprie capacità imprenditoriali, all'espansione del mercato data dalla ricomposizione delle risorse, portando avanti le attività basate su equità, giustizia sociale, sussidiarietà e sviluppo sostenibile che lo contraddistinguono.

Questo modello, denominato a "gestione unitaria" viene rappresentato nella Figura 18 sotto riportata.

Figura 18. Modello operativo a gestione unitaria



Questo modello porta con sé alcuni vantaggi e alcuni svantaggi, essi sono:

Vantaggi	Svantaggi
Modello maggiormente flessibile nella gestione delle risorse e dei servizi, in particolar modo nelle situazioni di emergenza assistenziale	Rischio comportamenti opportunistici da parte delle APSP, che potrebbero voler saturare in primo luogo la capacità produttiva delle RSA a svantaggio degli altri servizi (tale rischio viene però minimizzato dalla presenza di bisogni crescenti e di posti limitati, la cui numerosità viene definita dalla PAT)
Integrazione del personale	Opportuno un investimento per sviluppare le competenze necessarie al funzionamento del modello
Separazione fra committenza e produzione che garantisce maggiore controllo sull'operato delle APSP da parte delle CdV	Gli anziani autosufficienti potrebbero essere restii a partecipare alle attività loro indirizzate dalle APSP
Possibilità di monitoraggio leggero	
Maggiore personalizzazione dell'intervento assistenziale	

Vista la presenza di numerosi e rilevanti vantaggi nella creazione di un sistema di servizi per anziani come quello appena descritto, il Tavolo Tecnico ha ritenuto di appoggiare il modello a "gestione unitaria", in cui un'unica APSP per Comunità di Valle si interfaccia con PAT e CdV per

la pianificazione degli interventi e il loro monitoraggio, svolgendo la funzione di PUA anziani arricchita della responsabilità di governo del budget di risorse pubbliche dedicate a interventi per gli anziani nel territorio.

In quest'ottica, i partecipanti al Tavolo hanno segnalato la necessità di regolare l'attuale articolazione delle APSP in modo che solo una di quelle presenti in ciascuna CdV assuma la funzione di interfaccia e ricomposizione del budget.

Rispetto all'assetto preferito per la realizzazione dell'unitarietà di governo del budget, i partecipanti al tavolo tecnico hanno avanzato due ipotesi (Figura 19):

1. Creazione di un'unica APSP di CdV tramite fusione; le sedi originarie delle RSA resterebbero quindi attive sotto la guida di un soggetto unitario.
2. Individuazione di una APSP capofila per CdV, incaricata della rappresentanza delle altre, mantenendo l'indipendenza decisionale e gestionale di ciascuna.

Una decisione unitaria del Tavolo non è stata trovata in riferimento a tale tematica, ma si evidenziano nella Figura 19 i vantaggi e gli svantaggi di ciascuna opzione citata.

Figura 19. L'articolazione delle APSP nel modello a "gestione unitaria"

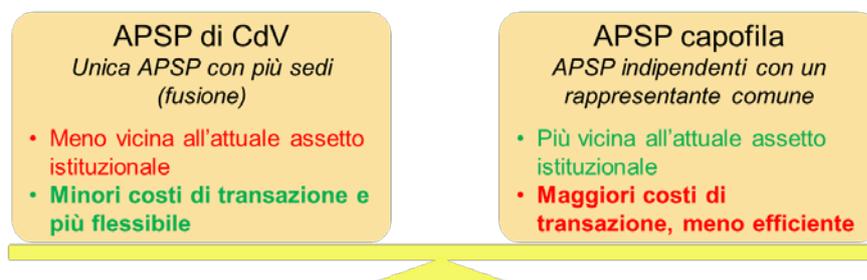
7.a Allocazione delle funzioni di sistema

Quali soggetti coinvolti?

Definito il modello di sistema a «gestione unitaria», è necessario organizzare l'articolazione delle APSP



È opportuno che un solo soggetto sia deputato a interfacciarsi con le CdV: quale?



4.3.4 Quarto incontro – Quale governance per le funzioni aziendali del welfare locale? Sintesi dei contenuti delle discussioni

Durante il quarto e ultimo incontro del Tavolo Tecnico, oltre a ripercorrere l'intero processo e le considerazioni da esso originatesi, i partecipanti si sono confrontati sul tema dell'allocazione delle funzioni aziendali all'interno del nuovo modello a "gestione unitaria".

Ciò che è emerso è la volontà di accentrare tali funzioni nella massima misura possibile, per garantire:

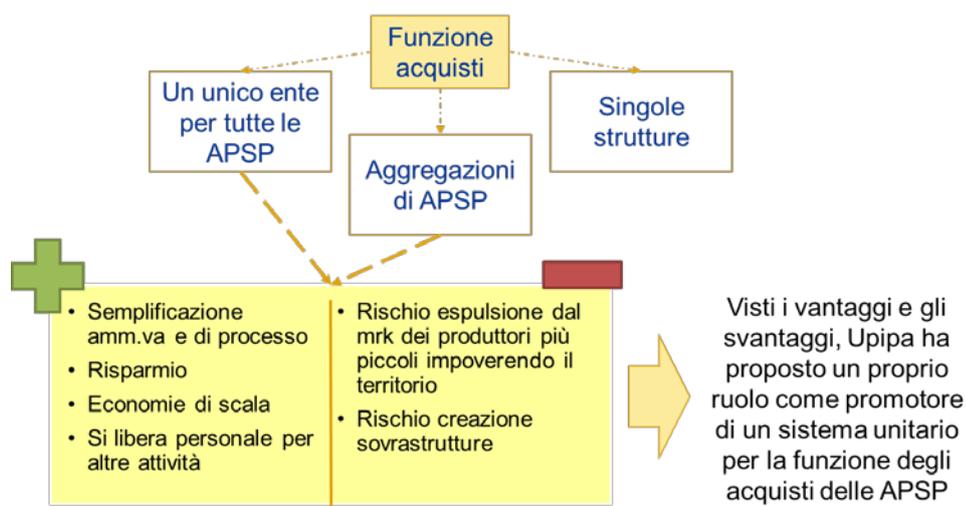
- i. Una semplificazione sia amministrativa sia di processo;
- ii. Una riduzione e specializzazione del personale dedicato a tali attività, in modo da liberare risorse da allocare alternativamente;
- iii. La generazione di economie di scala che portino a risparmi per il sistema nel suo complesso.

D'altra parte però il Tavolo sottolinea l'importanza di preservare l'attività dei piccoli produttori locali e quindi il valore che producono per il territorio, oltre a mantenere i processi snelli e personalizzabili sulle esigenze dei diversi attori. Un esempio su come potrebbe essere allocata la funzione acquisti nel nuovo sistema di servizi viene rappresentato nella Figura 20.

Figura 20. L'articolazione delle APSP nel modello a "gestione unitaria"

7.b Allocazione delle funzioni aziendali Perseguire la ricomposizione

Un esempio sulla funzione acquisti:



Da ultimo, il Tavolo Tecnico ha segnalato alcuni punti di attenzione:

1. È fondamentale incentivare la nascita di servizi innovativi, come per esempio *counselling* per le famiglie, corsi di formazione per le badanti, badanti di condominio, tempi e spazi per la riconnessione delle reti fra anziani e loro famiglie, etc.;

2. È necessario garantire equità di trattamento dei cittadini, sia nell'accesso che nell'erogazione dei servizi;
3. È fondamentale favorire il contributo del terzo settore al processo di innovazione;
4. È essenziale incentivare l'imprenditorialità delle APSP avviando delle esperienze innovative mirate che in caso di esito positivo possano essere esportate in altri territori;
5. È necessario formare gli operatori per il case management;
6. La rappresentanza delle comunità locali porta valore, pertanto il nuovo assetto istituzionale dovrebbe prevedere un ruolo importante per i Comuni e le Comunità di Valle su cui insistono le APSP.

4.4 Incontri nelle Comunità di Valle

Le riflessioni e le proposte di riorganizzazione del sistema di welfare per gli anziani elaborate dal Tavolo Tecnico sono state successivamente presentate agli attori del welfare del territorio tramite un percorso di formazione e tutorship realizzato da SDA Bocconi. I relativi 9 incontri formativi, effettuati fra maggio e giugno 2016 nel territorio della Provincia, hanno permesso ai principali attori sociali, sociosanitari e sanitari del territorio di discutere alcune evidenze legate al sistema di welfare locale (stime sul numero di anziani non autosufficienti, tipologie di servizi attualmente disponibili e relativi volumi di offerta, valore delle risorse economiche e finanziarie in gioco, percorsi di accesso ai servizi, etc., descritti nel Capitolo 3 del presente documento) presentate da SDA Bocconi.

Durante gli incontri, che hanno coinvolto le 16 Comunità di Valle in cui si divide la Provincia Autonoma di Trento, sono emersi alcuni punti fermi per la progettazione su cui convergono i differenti stakeholders; essi erano:

- ➔ Il disegno dell'assetto istituzionale delle APSP non può essere affrontato al di fuori di una visione sul futuro dei servizi per gli anziani del territorio.
- ➔ Il fabbisogno di cura degli anziani non autosufficienti è in crescita a tassi che non possono essere affrontati semplicemente espandendo l'attuale assetto dei servizi: è necessario un riposizionamento del sistema di welfare per governarlo.
- ➔ Il riposizionamento del sistema di welfare richiede necessariamente lo sviluppo di condizioni adeguate a far emergere innovazioni di servizio.
- ➔ Per ottenere servizi migliori servono una ricomposizione delle risorse e un'integrazione di processo e della filiera dei servizi, a cui sono chiamati a partecipare e contribuire tutti gli attori del territorio, a partire dai diversi soggetti pubblici e del terzo settore.

Al tempo stesso, è emerso che alcuni temi richiedevano un ulteriore approfondimento; tra essi vi erano:

- Il ruolo ipotizzato per i diversi soggetti del territorio: Comunità di Valle, APSS, Terzo Settore.
- Il ruolo dei PUA già presenti nel territorio e il loro rapporto con il PUA Anziani.
- La coerenza tra il modello proposto e le competenze e aspettative degli attori del territorio.

- L'eventuale avvio di sperimentazioni.
- Le soluzioni operative e organizzative possibili.

Al termine di questo quinto step del percorso, al fine di procedere nell'elaborazione di una riforma articolata e dalla considerevole portata innovativa, cogliendo gli stimoli posti da un contesto in costante cambiamento e con l'obiettivo di approfondire ulteriormente gli spunti di riflessione emersi dagli incontri nelle CdV, la Provincia Autonoma di Trento si è proposta di aprire nuovamente la discussione sulla riprogettazione. Di conseguenza, la PAT ha promosso nel mese di settembre 2016 un ciclo di 7 incontri con diverse categorie di stakeholders per l'approfondimento dei temi aperti; quanto emerso viene descritto nel paragrafo successivo.

4.5 Incontri con le categorie di stakeholders per l'approfondimento dei temi aperti

Gli incontri promossi dalla PAT per la discussione dei temi aperti hanno coinvolto 7 categorie di stakeholders in incontri *ad hoc*; gli interlocutori presenti a tali incontri erano: (i) I Direttori di Distretto e i Responsabili delle UU.OO. Cure Primarie, (ii) I Responsabili dei servizi sociali delle Comunità di Valle, (iii) UPIPA, (iv) I consiglieri di maggioranza, (v) Consolida, (vi) I Presidenti delle Comunità di valle, (vii) I Rappresentanti sindacali.

Poiché tutti gli stakeholders coinvolti erano informati dei contenuti elaborati durante le fasi precedenti del percorso, il dialogo si è immediatamente aperto con la discussione del modello proposto dal Tavolo Tecnico e degli argomenti che necessitavano ulteriori specificazioni. I principali temi di ordine generale emersi dal dibattito sono stati:

- a. La priorità del sistema dovrebbe essere quella di creare un modello integrato in cui il budget anziani venga unificato;
- b. Il bacino di riferimento per l'integrazione dei budget potrebbe essere sia quello del distretto, sia quello della CdV; ad ogni modo, al termine degli incontri, il bacino su cui si è registrata convergenza è stato quello della Comunità di Valle;
- c. È stata posta l'attenzione sulla rappresentanza del soggetto cui verrà affidata la ricomposizione delle politiche per gli anziani;
- d. Viene chiesto di specificare tramite quali meccanismi operativi il PUA andrà ad operare;
- e. Vi è il timore che la specializzazione del PUA sul target anziani possa generare una perdita delle competenze acquisite e/o una frammentazione della presa in carico per fasce d'età.

4.6 La conclusione del percorso

Gli spunti di riflessione proposti dagli attori coinvolti nelle diverse fasi del percorso sono stati raccolti e discussi dalla PAT affinché potessero essere inseriti nel processo di identificazione di un nuovo assetto istituzionale dei servizi per anziani nella Provincia Autonoma di Trento.

Dalle rielaborazioni degli spunti territoriali sono quindi emersi tre modelli alternativi di assetto istituzionale: quello a “gestione ordinaria” proposto dal Tavolo Tecnico (cfr. Cap. 4.3.3), quello a “committenza ed erogazione” nelle Comunità di Valle e quello che prevede la costituzione di una “istituzione ad hoc”. Questi tre modelli vengono presentati nel capitolo successivo.

5. Scenari istituzionali possibili per il territorio

Come precedentemente affermato, in un contesto a bisogni crescenti e risorse stabili (se non decrescenti) come quello trentino, l'unica strada percorribile appare essere quella della ricomposizione del sistema, indirizzata a migliorare e qualificare l'utilizzo delle risorse sfruttando le interdipendenze esistenti, a flessibilizzare i servizi per incrementare la qualità delle cure in un contesto che cambia rapidamente, a migliorare l'esperienza del paziente aiutandolo ad orientarsi in un sistema complesso come quello sociosanitario e a generare linee di azione unitarie sul target anziani, dalla prevenzione alla massima intensità di cura. Nel momento in cui si scrive si nota una certa difficoltà nel territorio nel perseguire una linea di policy integrata per la terza età, sia a causa della frammentazione presente nel sistema istituzionale, sia a causa della frammentazione esistente nella governance del sistema di produzione; nel primo caso è infatti possibile notare che istituzioni pubbliche diverse assumono solitamente decisioni non integrate che riguardano i soli utenti presenti nei propri servizi (come per esempio l'APSS in merito all'ADI, le Comunità di Valle al SAD, la PAT ai Centri sociali), perdendo di vista il sistema nel suo complesso, mentre nel secondo caso gli indirizzi relativi alla produzione risultano polverizzati su 41 soggetti distinti (Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona, APSP).

In unione a questo stimolo proveniente dall'interno del sistema, ulteriori stimoli al cambiamento provengono dall'esterno seguendo tre direttive:

1. Quella dell'innovazione tecnologica, che produce strumenti in grado di incrementare in modo economicamente sostenibile la qualità della vita degli anziani, soprattutto se assistiti al domicilio, per esempio tramite strumenti di telemedicina e teleassistenza;
2. Quella dell'utilizzo sinergico di risorse pubbliche e private per la moltiplicazione della loro efficacia (come avviene per esempio nel caso della sharing economy)
3. Quella dei Paesi tradizionalmente più avanzati sui servizi dedicati all'Elderly Care, che si stanno attrezzando per rispondere in modo innovativo e flessibile alle sfide poste dai bisogni crescenti come esposto nel capitolo 2.

Nessun attore istituzionale, nella frammentazione che caratterizza l'attuale assetto istituzionale dei servizi, sembra essere nelle condizioni di assumere una funzione di governo rispetto al problema dell'invecchiamento della popolazione e alle possibilità di sviluppare linee di policy facendo leva sull'innovazione tecnologica, sull'integrazione di risorse pubbliche e private, sulle scelte di allestimento di setting assistenziali intermedi. Ognuno degli attori coinvolti svolge alcune funzioni, ma nessuno di essi riesce ad avere una visione d'insieme del fenomeno, né è dotato di una responsabilità unitaria di governo del problema.

Per fare fronte agli stimoli citati (ed in particolar modo alla frammentazione istituzionale e delle policy, della produzione, dei sistemi informativi in unione all'improbabile aumento delle risorse a disposizione), appare necessaria una revisione del sistema dei servizi per anziani nella Provincia Autonoma di Trento indirizzata ad operare su più linee di ricomposizione. Obiettivo finale deve essere quello di integrare e consolidare le politiche, le risorse, i processi e la filiera dei servizi per gli anziani così da favorire innovazione di servizio in reazione alla mutevolezza del contesto e alle sfide da esso poste. Tali attività richiedono però tempistiche lunghe e

necessitano pertanto di un'azione tempestiva volta a potenziare gli strumenti di integrazione esistenti; viene proposto quindi un percorso di cambiamento articolato in tre passaggi:

1. Creazione di ambiti istituzionali in cui le politiche per l'invecchiamento e i relativi budget vengano integrati a livello locale. Deve pertanto essere selezionato un soggetto che si occupi della lettura dei dati sui bisogni presenti nel territorio e della conseguente definizione degli indirizzi di sviluppo dei servizi. Compito di questa istituzione locale sarà quindi di modellare il sistema di offerta, indirizzato al target anziani, secondo le caratteristiche proprie di ogni territorio e sulla base delle stime di fabbisogno futuro. Sarà così facilitato il perseguimento di obiettivi come il raggiungimento di specifici tassi di presa in carico, la generazione di determinate percentuali di innovazioni sul totale dei servizi, la riduzione progressiva degli sprechi. L'individuazione di tale soggetto richiede l'identificazione di un bacino di riferimento adeguato, in cui l'integrazione possa realizzarsi rimanendo il più possibile vicina al cittadino. In quest'ottica la Comunità di Valle costituisce un bacino di riferimento condiviso e riconosciuto dai cittadini, in grado di valorizzare al meglio le competenze cumulate dagli operatori nei propri anni di attività.
2. Valorizzazione dell'operato del PUA trasformandolo da luogo dove il cittadino può ricevere informazioni e orientamento e dove si svolgono valutazione di primo livello, accompagnamento e monitoraggio; queste funzioni devono fare capo ad un soggetto che, in aggiunta, progetta in logica prospettica, preventiva ed integrata le politiche per l'invecchiamento. Se prima il PUA rappresentava "il luogo dove la complessità dei bisogni riceve unitarietà di risposte" ora esso diviene "il soggetto che sviluppa in modo unitario le politiche per gli anziani e cui i cittadini possono rivolgersi per la presa in carico integrata".
3. Ricomposizione della frammentazione esistente nella governance del sistema di produzione (APSP). Per ottenere i risultati prefissati e massimizzare l'efficacia della riforma, il livello di ricomposizione delle politiche e dei budget deve essere lo stesso anche sul fronte della produzione. Vengono così infatti facilitati gli scambi con l'interlocutore pubblico di riferimento per la co-progettazione delle politiche integrate per l'invecchiamento. In questo senso, nulla viene a modificarsi nel numero di RSA presenti nel territorio, né dei posti letto ad esse afferenti: questo elemento favorisce l'articolazione territoriale dei servizi residenziali per anziani.

Il PUA, nella prospettiva di cambiamento presentata, viene quindi specializzato e potenziato poiché spostato in un organismo con budget unitario sulle politiche per anziani in un contesto ad elevata integrazione. La presenza di un budget unitario infatti si presenta come un prerequisito fondamentale alla riforma e alla costruzione di un'alleanza fra assistenza pubblica, famiglia e territorio. La costituzione di un budget unitario, in unione al potenziamento delle proprie capacità di lettura dei bisogni, permette inoltre al PUA di divenire il soggetto che definisce l'offerta dei servizi per anziani all'interno dei propri confini.

Coerentemente con il percorso in tre passaggi illustrato, sono state proposte tre possibili alternative di assetto istituzionale, finalizzate ad unificare e specializzare il governo locale degli interventi per la non autosufficienza, facilitare un miglior utilizzo delle risorse a disposizione, una maggiore equità nell'accesso ai servizi, un incremento della qualità e innovatività degli stessi e, in un quadro di fabbisogno crescente, una maggiore capacità di sviluppare adeguati tassi

di copertura della popolazione in condizioni di non autosufficienza. I possibili modelli alternativi sono:

- a. Quello a “**gestione ordinaria**” proposto dal Tavolo Tecnico (cfr. Cap. 4.3.3), in cui le APSP diventano le nuove Aziende per le politiche per gli anziani grazie all’integrazione delle risorse. Esse ricevono un mandato misto da PAT e CdV sul raggiungimento di determinati obiettivi (es. percentuale di presa in carico) di cui si assumono la responsabilità.
- b. Quello a “**committenza ed erogazione**” nelle Comunità di Valle, in cui la Comunità di Valle diviene il luogo dove ricomporre i budget e le politiche per gli anziani, dove definire i PAI degli utenti e attivare gli erogatori sul territorio. Essa riceve mandato di operare da parte di APSS e PAT.
- c. Quello con una “**istituzione ad hoc**” con riferimento alla Comunità di Valle, in cui viene creata una istituzione *ad hoc* con budget unitario cui affidare la pianificazione e l’attuazione delle politiche per gli anziani oltre che l’attivazione degli erogatori sul territorio. Essa riceve mandato di operare da parte di CdV, APSS e PAT.

Al fine di evitare equivoci rispetto alle caratteristiche dei modelli, e rispetto ad interpretazioni non corrette che sono emerse nel territorio, è bene precisare che:

- i. Non è oggetto di discussione la riduzione delle RSA (intese qui come strutture erogatrici di servizi); si discute solo, in alcuni modelli, del mantenimento o della riduzione delle APSP (come soggetto istituzionale e giuridico). Le RSA rimangono le stesse, a meno di scelte dei gestori, del territorio o della PAT, del tutto indipendenti dalle valutazioni oggetto di queste pagine;
- ii. Allo stesso modo non è oggetto di discussione alcuna variazione dei posti letto in RSA;
- iii. Infine, il PUA viene specializzato e potenziato entrando a far parte di un soggetto istituzionale dotato di budget unitario sulle politiche per gli anziani, con cui governare l’offerta complessiva del territorio. Uno degli scenari ipotizzati prevede che il PUA Anziani possa essere gestito dalle APSP, in quanto soggetto istituzionale preposto alla gestione del budget; nessuno degli scenari in esame prevede invece di affidare il PUA alle RSA.

Ognuno dei tre modelli presi in considerazione ha una valenza istituzionale, e non comporta preferenza alcuna rispetto al numero di RSA nel territorio, di posti letto, alla valorizzazione del PUA. Di seguito, vengono esposti vantaggi e svantaggi di ogni modello.

5.1 1° modello: Modello a «gestione unitaria» proposto dal Tavolo Tecnico (aprile 2016)



Uno tra i vantaggi del modello a “gestione unitaria” è che, essendo stato presentato sul territorio, ne è già stato compreso il funzionamento. L’interpretazione di tale modello potrebbe infatti essere difficoltosa, considerando che esso richiede un rilevante cambio nell’assetto istituzionale del sistema di welfare per anziani attuale (ovvero, come già descritto nel paragrafo 4.3.3, di attribuire la funzione di “agenzia per gli anziani” alle APSP, in grado di unificare i budget e fare pianificazione a tutto tondo sulla lettura dei bisogni degli utenti). Il territorio ha quindi compreso che la proposta del Tavolo Tecnico non era di «spostare» il PUA nelle RSA, ma di trasformare le APSP per riformare il sistema favorendo l’integrazione. La capillarità del servizio RSA non verrebbe così a mutare, in quanto le strutture erogatrici di tali servizi residenziali resterebbero le stesse.

Altro vantaggio del modello risiede nella separazione di produzione e committenza. Le nuove APSP, trasformate in “aziende per gli anziani”, riceverebbero infatti mandato di operare da CdV e PAT tramite contratto di servizio; queste ultime sarebbero incaricate anche del monitoraggio del raggiungimento dei macro-obiettivi in esso contenuti (es. specifiche percentuali di presa in carico degli utenti).

Da ultimo, il modello porterebbe con sé anche vantaggi connessi a maggiore flessibilità e personalizzazione degli interventi. Le APSP infatti, nella nuova veste di PUA Anziani potenziato o “agenzie per gli anziani”, potrebbero andare a creare PAI personalizzati e flessibili tramite l’utilizzo di budget integrati. L’integrazione dei budget di cura all’interno delle APSP renderebbe possibile la copertura di diverse intensità di bisogno (dall’invecchiamento attivo al fine vita/alle demenze tramite l’integrazione del piano demenze); ai già esistenti servizi pubblici per anziani verrebbero accostati servizi a pagamento e attività di welfare d’iniziativa. Verrebbe così costruita una rete territoriale di servizi a diverse intensità i cui singoli nodi verrebbero attivati dal PUA anziani a seconda delle esigenze dell’utente.

Il modello ha però anche uno svantaggio. Alcuni attori locali hanno infatti il timore di conflitti di interesse data la presenza in un unico soggetto di committenza e produzione: essi temono che le APSP potrebbero sfruttare la propria funzione di PUA per saturare in primo luogo la propria capacità produttiva. Per questa ragione, l’ipotesi della trasformazione delle APSP da produttori ad “agenzie per gli anziani” che ricomprendano lettura dei bisogni, la programmazione sui

macro-obiettivi del contratto di servizio e la produzione non è condivisa da alcuni attori del territorio. In realtà il conflitto di interessi è possibile, ma è più probabile che, data la pressione della domanda attuale e prospettica, l'agenzia per gli anziani avrà il problema di attivare setting assistenziali alternativi per alleggerire la pressione, piuttosto che quello di saturare i posti letto delle strutture la cui domanda dovrebbe comunque restare elevata.

5.2 2° modello: Modello «committenza ed erogazione» nella Comunità di Valle



I principali vantaggi del modello “committenza ed erogazione” risiedono nella vicinanza che esso avrebbe rispetto al livello di rappresentanza istituzionale del territorio assunto come bacino di riferimento e alla coerenza con l'attuale sistema dei servizi trentino, che vede nelle CdV il livello istituzionale di massima prossimità ai cittadini.

Questo modello inoltre rispecchierebbe più degli altri l'attuale assetto istituzionale del sistema, centralizzando nelle Comunità di Valle la programmazione dei servizi per gli anziani nel territorio.

Da ultimo, è possibile notare che la gestione del personale verrebbe semplificata, non richiedendo cambi radicali dell'assetto già esistente. Tuttavia, la minore portata del cambiamento sotto il profilo del personale potrebbe rivelarsi anche uno svantaggio: l'evoluzione del sistema verso una funzione di governo integrato delle risorse e dei servizi richiede infatti un'evoluzione delle competenze di sistema che può essere facilitata dall'assunzione di ruoli differenti e dal ridisegno degli assetti organizzativi. Il mantenimento degli assetti esistenti, se da un lato rende più “accettabile” l'evoluzione proposta, dall'altro lato rischia di favorirne una realizzazione “conservativa”, non in grado di cogliere appieno le opportunità che il percorso istituzionale ipotizzato rappresenta per il territorio.

Due sono i principali svantaggi del modello: il bilancio del PUA non sarebbe unitario e «separato» dagli altri, ma si «confonderebbe» con quello della CdV. L'identificazione di un soggetto dotato di un budget che integri le risorse per gli anziani al fine di sviluppare policy specifiche appare quindi indebolita dalla commistione del budget per gli anziani con quello

complessivo della CdV. Il modello appare pertanto debole rispetto all'obiettivo di specializzare un soggetto nelle politiche per gli anziani. Inoltre, la commistione del budget potrebbe rendere maggiormente complesso il monitoraggio del suo utilizzo e potrebbe generare il rischio che una parte di esso venga utilizzata per politiche differenti da quelle a favore degli anziani. Il secondo svantaggio fa invece riferimento alla ricomposizione del sistema di offerta, caratterizzato dalla frammentazione istituzionale e operativa dei produttori. Lo spostamento del budget sulle CdV infatti indebolisce l'incentivo alla ricomposizione istituzionale delle APSP. Poiché anche la ricomposizione istituzionale dell'offerta, oltre che della programmazione, è considerata una leva rilevante ai fini dell'integrazione dei servizi, l'assenza di questo incentivo costituisce un rilevante svantaggio.

5.3 3° modello: Modello con istituzione *ad hoc* con riferimento alla Comunità di Valle



La creazione di una istituzione *ad hoc* che si occupi delle politiche per gli anziani avrebbe il vantaggio di integrare queste ultime in un luogo unitario, ad esse specificatamente dedicato, in cui far confluire tutte le professionalità necessarie.

La creazione di questo soggetto potrebbe soddisfare le esigenze di rappresentanza degli attori del territorio che non apprezzano il modello a "gestione unitaria" (cfr. Par. 5.1.), senza incorrere nei problemi generati dal secondo modello "committenza ed erogazione", che accentra la programmazione nelle CdV.

Nell'attuare il modello in oggetto, la Provincia Autonoma di Trento sarebbe il primo territorio in Italia ad istituire un ente specializzato sulle politiche per l'invecchiamento.

A fronte di tali vantaggi però, due svantaggi molto rilevanti verrebbero a configurarsi: in primo luogo la creazione di una istituzione *ad hoc* andrebbe ad amplificare l'articolazione istituzionale, rendendola più complessa e aumentando la frammentazione finanziaria, informativa ed istituzionale già presente nel contesto locale. Di fronte ad una esigenza di ricomposizione infatti, la creazione di un nuovo soggetto in ogni CdV, pur coerente con l'obiettivo di integrare le policy per gli anziani, costituirebbe un elemento di maggiore complessità istituzionale nel territorio. In

secondo luogo, come nel secondo modello (cfr. Par. 5.2.), l'incentivo alla ricomposizione istituzionale delle APSP sarebbe meno evidente.

6. Considerazioni finali

Il percorso a supporto delle scelte di assetto istituzionale dei servizi per gli anziani della Provincia Autonoma di Trento è stato condotto con l'obiettivo costante di supportare il territorio nel collocare il tema dell'assetto istituzionale in un quadro cognitivo appropriato: l'assetto istituzionale deve infatti essere coerente con il finalismo del sistema, che, a sua volta, deve essere allineato con i fabbisogni e le risorse disponibili.

In questo momento il sistema di welfare per gli anziani della Provincia Autonoma di Trento rappresenta nel Paese uno dei modelli più interessanti. Anche grazie alla dotazione di investimenti che ha sempre messo in campo, la quota di popolazione non autosufficiente in carico ai servizi è maggiore rispetto a quanto accade nella maggior parte d'Italia.

Tuttavia, lo stato attuale dei servizi evidenzia ampie fasce di popolazione che non sono in carico al sistema e, soprattutto, la situazione prospettica richiede di attrezzare il prima possibile il territorio per rispondere ai nuovi fabbisogni.

Di fronte alla crescita della popolazione anziana in condizioni di non autosufficienza, è illusorio rappresentarsi un sistema che, nei prossimi anni, possa crescere proporzionalmente rispetto a quello esistente: l'aumento del fabbisogno richiederebbe infatti una mole di investimenti che non è realistico considerare sostenibili.

E' quindi necessario porre le premesse perché il sistema dei servizi del territorio possa affrontare quella che sempre più si va definendo, nel Paese e nel contesto europeo, come una vera e propria "emergenza anziani", con i massimi livelli possibili di flessibilità e con un orientamento all'innovazione degli interventi.

In questo senso, il principale limite allo sviluppo di policy innovative che permettano di affrontare adeguatamente le esigenze degli anziani e delle loro famiglie nei prossimi anni è costituito dalla frammentazione degli interventi, delle risorse, delle conoscenze e delle responsabilità di governo.

Per fare fronte alle sfide future citate, il percorso promosso dalla PAT con il supporto formativo della SDA Bocconi ha portato alla formulazione di tre modelli alternativi di assetto istituzionale per il sistema locale di servizi per gli anziani. Il percorso ha altresì evidenziato alcuni cardini/principi portanti a cui si ritiene fondamentale fare riferimento nel disegno del nuovo assetto istituzionale dei servizi per anziani, ovvero:

- Le politiche sugli anziani devono essere integrate a livello territoriale per essere realmente efficaci → perché ciò accada è necessario un luogo unitario e specializzato in cui pianificarle, attuarle e monitorarne gli esiti prioritariamente in termini di efficacia e tassi di presa in carico del bisogno;
- Le risorse dedicate agli anziani devono convergere all'interno di un contenitore istituzionale il più possibile unitario;
- L'ambito territoriale di riferimento ritenuto più appropriato per la ricomposizione delle risorse e delle politiche per gli anziani coincide con i confini geografici della Comunità di Valle;
- Il PUA deve far parte del percorso di ricomposizione delle risorse e delle politiche per gli anziani, dal quale può uscire più specializzato e potenziato;

- I confini del budget integrato dedicato agli anziani, il gruppo dirigente e i termini del contratto di servizio devono essere chiaramente individuabili per produrre responsabilizzazione sull'esito delle politiche.

Tenendo fermi questi punti, ciascuno dei tre modelli ipotizzati per il governo dei servizi per gli anziani nel territorio presenta vantaggi e limiti. Non esiste infatti un modello esente da criticità; tuttavia, limitarsi al mantenimento dell'assetto esistente non consente di introdurre le premesse istituzionali in grado di facilitare processi più efficaci di governo dei servizi, di integrazione dei setting assistenziali e di promozione di linee di innovazione a supporto delle esigenze crescenti della popolazione non autosufficiente del territorio.

Tenendo presenti i vantaggi e i limiti individuati per ogni modello istituzionale, le osservazioni emerse dal confronto con gli attori del territorio e gli obiettivi di integrazione delle policy sugli anziani espressi dalla PAT, si propone un quarto modello in cui un soggetto istituzionale svolga la funzione di Agenzia per gli anziani. Tale soggetto è il frutto della fusione delle APSP presenti in ciascuna Comunità di Valle, e conserva la natura giuridica di APSP.

Questo modello:

- è ritenuto efficace per l'integrazione delle risorse ai fini della programmazione integrata dei servizi per gli anziani;
- non richiede, ai fini dell'integrazione delle risorse, un nuovo soggetto istituzionale;
- al contrario, fa riferimento a un soggetto istituzionale esistente (le APSP) e ne promuove la concentrazione istituzionale.

La governance dell'Agenzia, in ogni Comunità di Valle, prevede:

- ai fini di potenziare il ruolo politico delle CdV, un modello di designazione del CdA a cui possano partecipare le CdV stesse;
- ai fini di potenziare la funzione di governo dei soggetti istituzionali del territorio, che l'APSP unitaria a livello di ogni Comunità di Valle riceva, insieme alle risorse, un mandato contenuto in un contratto di servizio a cui partecipino congiuntamente la PAT e ogni CdV per il territorio di propria competenza;
- ai fini di non disperdere la capacità delle singole RSA di essere vicine alle esigenze del proprio territorio, che nell'ambito di ogni APSP sia presente, per ciascuna delle RSA che ne fa parte, un comitato di rappresentanza che faccia advocacy sulle istanze del territorio e che partecipi alle nomine dei membri del CdA delle APSP.

Il modello così delineato tutela gli obiettivi di contemperare l'evoluzione dei servizi in ogni territorio della Provincia, in relazione alle linee di indirizzo definite dalla PAT, e di affidare un rilevante ruolo di regia alla CdV, per il territorio di riferimento.

Al tempo stesso, esso permette di consolidare le risorse per il governo nell'ambito di un soggetto istituzionale unitario, senza creare nuovi soggetti, ma promuovendo l'integrazione di quelli esistenti.

Infine, la capacità delle singole strutture residenziali di cogliere le esigenze del proprio territorio di riferimento, più volte indicata dai rappresentanti istituzionali delle APSP, viene tutelata con l'istituzione di un comitato per ognuna delle RSA.

L'esigenza di integrare le risorse ai fini di facilitare percorsi di innovazione nei servizi del territorio, infatti, non può essere posta in contrapposizione con le esigenze di governo degli attori istituzionali, di capillarità dei servizi e di partecipazione da parte dei contesti locali.

L'Agenzia per gli anziani, presente all'interno del modello con il compito di governare il sistema di offerta dei servizi sociosanitari e sociali per gli anziani del proprio territorio e l'integrazione con i servizi sanitari, avrà come mission quella di integrare le risorse disponibili al fine di promuovere un'offerta di servizi allineata al crescente fabbisogno, attraverso la rimodulazione del sistema di offerta in coerenza con le esigenze crescenti del territorio e la disponibilità di risorse. La distanza tra la capacità di offerta attuale e il fabbisogno di servizi prospettico evidenzia l'urgenza di questa mission, e la necessità di promuovere una funzione di governo più integrata del sistema di interventi in atto, in grado di generare un'offerta per la popolazione che faccia convergere e porti al maggior valore possibile l'impiego di risorse pubbliche e private attualmente dedicate agli anziani.