

OGGI
DOMANI
ANZIANI

IMPOVERIMENTO
E DISUGUAGLIANZE
TRA LE CONDIZIONI ANZIANE

2

Trimestrale della
FEDERAZIONE NAZIONALE PENSIONATI - CISL

Anno XXVI n. 2 2013

Direttore responsabile: Ermenegildo Bonfanti

Coordinatore: Alberto Aibino

Direzione, redazione, amministrazione:

Fnp-Cisl, via Castelfidardo, 47
00185 Roma, tel. 06/448811

Abbonamento 2013: Italia € 30,00 (abbonamento per socio-sostenitore € 46,15)
estero € 35,82, da versare sul c/corrente IBAN IT98S 03069 05065 0000 0260 0033
intestato a: Federpensionati s.r.l., via Castelfidardo, 47 - Roma.

Autorizzato dal Tribunale di Roma n. 119 del 23 febbraio 1988

Direttore responsabile Ermenegildo Bonfanti - Trimestrale - Sped. in abbonamento
postale Contiene meno del 50% di pubblicità.

Stampa Union Printing SpA, S.S. Cassia Nord km 87, Viterbo

2° Trimestre 2013 - Finito di stampare nel mese di settembre 2013

INTRODUZIONE

Parlare di *povertà anziane* nella crisi
5

Prima parte
LE TANTE CONDIZIONI ANZIANE

Salvatore Natoli
La vecchiaia *impoverita*?
Vecchi giovani e grandi anziani?
21

Renzo Scortegagna
Anziani, disuguaglianze e nuove povertà
39

Giovanni Vecchi
Profili di impoverimento tra gli anziani
in Italia e in Europa
57

Walter Nanni

**Quando non ce la si fa più:
gli anziani ai Centri Caritas**

79

**Seconda parte
CRISI E POLITICHE DI
CONTRASTO ALLA POVERTÀ:
QUALE ATTENZIONE AGLI ANZIANI?**

Marina Marchisio

**L'Europa di fronte alle povertà
Dati, priorità, raccomandazioni**

105

Emanuele Ranci Ortigosa e Sergio Pasquinelli

**Politiche nazionali di sostegno
agli anziani poveri e alla non autosufficienza**

131

Andrea Stuppini e Raffaele Tomba

**Il possibile ruolo
delle Regioni e dei Comuni**

147

Il possibile ruolo delle Regioni e dei Comuni

■ ■ ■ 1.1 Tra federalismo e crisi

Il momento di svolta nel rapporto tra Stato e Regioni in materia di federalismo e di welfare può essere individuato nel biennio 2000/2001, quando in meno di dodici mesi vengono approvate due norme nazionali importanti che segneranno il successivo decennio di relazioni sulla materia: dapprima la Legge 8 novembre 2000, n. 328 “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*” e successivamente (ma l’iter era iniziato nel 1999) la Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, in particolare con la revisione dell’articolo 117 della Costituzione e l’introduzione del concetto di potestà legislativa concorrente tra Stato e Regioni.

Va notato che i due provvedimenti si possono considerare in parziale contraddizione tra loro, nel senso che il primo si sforza di definire una cornice che mancava da anni alle politiche sociali del Paese in termini di contenuti della programmazione, di risorse, di sussidiarietà ecc.; mentre il secondo taglia in un certo senso la *testa al toro*, collocando la materia dei servizi sociali, interamente all’interno delle competenze locali.

Del resto le avvisaglie del prevalere delle istanze *federaliste* erano già emerse con chiarezza nella primavera del 2000, quando (in cambio del via libera al provvedimento, sostenuto dal ministro Livia Turco) la Regione Lombardia aveva ottenuto che il nuovo *Fondo nazionale per le politiche sociali*, previsto dalla Legge 328 fosse assegnato alle Regioni in forma indistinta, superando i vecchi fondi di settore:

* Regione Emilia-Romagna

** ANCI Emilia-Romagna

minori, stranieri, tossicodipendenze ecc. per avere maggiore autonomia nel loro utilizzo. Naturalmente la spirale *federalista* innescava analogo rivendicazione da parte dei comuni.

L'art. 8 della Legge 328 individua le funzioni delle Regioni soprattutto nella programmazione per ambiti sovra comunali (di solito coincidenti con i distretti sanitari), nella definizione dei criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni, nella determinazione dei criteri per la definizione delle tariffe che i Comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati.

Nel decennio successivo (soprattutto dopo l'esplosione della crisi della finanza pubblica a partire dal 2010) si insisterà spesso sulla sottodeterminazione finanziaria della legge. Ci si spingerà anche a dire che la Legge 328 disegna un modello di welfare nord-europeo senza averne le risorse. Spesso in questi anni ci si è soffermati sul progressivo declino della componente statale del *Fondo nazionale politiche sociali*, trascurando il fatto che la grande maggioranza delle risorse sono sempre costituite dai mezzi comunali: anche nel periodo di maggiore dotazione (2003-2004), il fondo nazionale non supererà mai il miliardo di euro, su sette miliardi di spesa sociale complessiva dei comuni.

Il combinato disposto dell'aggravarsi della situazione economica e sociale dopo il 2008 (con il conseguente progressivo allargamento delle aree di bisogno) e la crisi finanziaria dello Stato, dopo il 2010, contribuiranno a mettere in luce che uno degli aspetti essenziali della Legge 328 risiede nell'art. 9, comma 1, lettera b, che pone in capo allo Stato l'individuazione dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni.

Senza la definizione dei livelli essenziali, l'intero impianto della legge è destinato a poggiare su basi assai fragili e spesso addirittura l'erogazione dei servizi sembra dipendere dalla discrezionalità in merito alla presa in carico delle singole operatrici sociali; mano a mano che questo limite appare in tutta la sua evidenza, le realtà comunali più avanzate nelle regioni settentrionali cominciano a mordere il freno nel senso che sollecitano la definizione dei *livelli* dal basso.

Ma si tratta di fughe in avanti destinate a rimanere confinate al livello delle intenzioni, soprattutto quando si fa notare che chi definisce i livelli al di fuori di una cornice nazionale, (atto teoricamente illegittimo) dovrà poi finanziare direttamente le proprie scelte.

Non è un caso se ci si trova in una situazione di impasse.

Poiché il limite delle risorse è rilevante, eventuali scelte in direzione della definizione dei livelli essenziali, potrebbero avere delle conseguenze indesiderate: ad esempio rafforzare i servizi più stabili legati alla residenzialità, tanto nel campo dei minori che degli anziani, a scapito dei servizi più flessibili che oggi sarebbero necessari soprattutto nel campo dell'esclusione sociale.

Altrettanto interessante è la parabola politica del dibattito sul federalismo, che per tutta la legislatura 2001-2006 sembra procedere con il vento in poppa, culminando con la Legge delega n. 42 del 5 maggio 2009, salvo poi arenarsi (almeno provvisoriamente) di fronte alla crisi della finanza pubblica, che irrompe subito dopo (già dal 2010) nel dibattito politico.

Oggi, dopo cinque anni di drammatica crisi economica, i tecnicismi del dibattito che vanno dalla Legge costituzionale n. 3 del 2001 appunto alla Legge 42 del 2009, appaiono vagamente irritanti.

In un Paese che vanta duemila miliardi di debito pubblico, possibile che nessuno si sia posto prima la domanda: “*chi pagherà i costi del federalismo?*”

Dal pericolo del *federalismo senza risorse* alla certezza del *federalismo del debito*, il mondo politico sembra prendere coscienza della situazione solo con i *Decreti Tremonti* dell'estate 2010, mentre a partire dall'estate 2012, sulla scorta delle indagini sulle spese dei gruppi consiliari della Regione Lazio, nell'opinione pubblica comincia ad insinuarsi il dubbio che le istituzioni regionali non siano la *soluzione*, ma la *causa* della crisi dei livelli istituzionali, in cui però le province vengono rapidamente identificate come le vittime sacrificali, in quanto anello debole della catena politica.

L'incerto risultato delle elezioni politiche del 2013, che ha portato alla costituzione del governo presieduto da Enrico Letta, non aiuta ad

introdurre elementi di particolare ragionevolezza (e qui le Regioni non c'entrano): sembra infatti che il problema oggi non sia costituito dalla ripartizione delle entrate dell'Imu tra Stato e Comuni, bensì dal come ed in quanto tempo abolire l'Imu sulla prima casa.

Evidentemente *la notte non ha portato consiglio*.

Potremmo quindi riassumere la dialettica Stato-Regioni di questi anni in due fasi ben distinte: dal 1999 al 2009 prevale il dibattito sulle ragioni del federalismo, nel quale la Lega Nord esercita una indubbia egemonia culturale, ma che procede tra alti e bassi ed infinite contraddizioni. È bene ricordare che questo periodo è punteggiato da un lungo contenzioso giuridico sulle competenze *concorrenti* e che spesso le sentenze della Corte Costituzionale risulteranno favorevoli alle Regioni.

La seconda fase, dal 2010 ad oggi, risulta invece caratterizzata dai temi economici, dalla crisi fiscale dello Stato e dalle esigenze di risparmio all'interno della pubblica amministrazione: gradualmente il clima si fa meno favorevole alle Regioni, soprattutto dopo l'emergere degli scandali legati agli sprechi dei gruppi consiliari in varie realtà.

■ ■ ■ 1.2 Tra l'incudine e il martello

Una lettura diversa e più benevola sul ruolo delle Regioni in questi anni è stata fornita recentemente da un volume *“Tra l'incudine ed il martello. Regioni e nuovi rischi sociali in tempi di crisi”*, curato da Valeria Fargion ed Elisabetta Gualmini, edito da Il Mulino nella primavera del 2013. Il volume mette a confronto cinque regioni italiane (Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Puglia) e le loro specifiche risposte ai nuovi rischi sociali: la non-autosufficienza degli anziani, l'integrazione degli immigrati, la conciliazione tra famiglia e lavoro, le nuove forme di assistenza sanitaria, gli ammortizzatori sociali in deroga ed il sostegno al reddito per i lavoratori poveri.

Tra difficoltà, opportunità e sforzi congiunti tra pubblico e privato, le Regioni stanno affrontando una sfida cruciale, sulla quale si gioca il futuro del nostro Paese e delle istituzioni del welfare.

Riformare il welfare in tempi di crisi non è infatti un compito facile: i bisogni dei cittadini sono in aumento, le risorse sono decrescenti.

Eppure, senza eccessivi formalismi e messe sotto pressione dalle circostanze, alcune Regioni, in alcune situazioni, hanno prodotto risultati degni di nota: hanno sperimentato nuove forme e nuovi modelli organizzativi di protezione sociale nei margini consentiti da una spesa pubblica nazionale fortemente orientata alla previdenza.

Non da oggi il forte dualismo italiano trova manifestazione anche nelle declinazioni dei servizi locali: la selezione delle cinque Regioni rimanda alla volontà di evidenziare modelli diversi di *governance* delle politiche sociali. Si possono individuare tre diversi modelli di governo del welfare regionale: un modello *forte* di tipo comunitario-mercantilistico, incarnato dalla Lombardia (e, in misura minore, dal Piemonte); un secondo modello *forte*, di tipo social-programmatico, tipico dell'Emilia-Romagna e della Toscana; ed infine un modello *debole* in cui gli strumenti della regolazione appaiono ancora poco formalizzati e poco rodati (ad esempio la Puglia ed il Mezzogiorno).

Il quadro generale è quello della più grave crisi economica del dopoguerra.

Il difficile percorso dei servizi di welfare locale va inquadrato nel contesto che ci sforzavamo di delineare all'inizio. Dal dibattito sul federalismo, all'applicazione della Legge 328, alla crisi della finanza pubblica esplosa nel 2010.

Sulle tematiche degli anziani non si denotano provvedimenti regionali specificamente tarati sulle loro condizioni di povertà ed indigenza, e non perché la domanda di questo tipo di servizi sia debole (anzi i monitoraggi degli sportelli sociali, laddove funzionanti, testimoniano proprio che una parte crescente della popolazione anziana esprime nuovi bisogni in questa direzione).

La gran parte dei provvedimenti si è concentrata (come noto) sul

tema della non autosufficienza. Merita ricordare che, appunto, dopo la riforma del *Titolo quinto*, la sanità ricade nell'ambito della legislazione concorrente, mentre l'assistenza sociale è di competenza esclusiva delle Regioni; in entrambi i casi lo Stato deve definire il livello minimo delle prestazioni che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale. Il sistema, tuttavia, è rimasto (per così dire) *zoppo*, in quanto a livello nazionale sono stati definiti i Lea sanitari e tra di essi è stata inclusa la presa in carico dei non autosufficienti, ma non sono stati definiti i livelli essenziali dell'assistenza sociale (Leps o Liveas che dir si voglia). Quindi, alla definizione di un diritto sul versante sanitario, non corrisponde altrettanta chiarezza sul versante sociale. Questa incertezza ha determinato un clima di tensione tra i vari attori come le famiglie, le aziende sanitarie, i comuni e le Rsa: una sorta di *guerra tra poveri* che diventa più acuta mano a mano che le risorse diminuiscono.

Per quanto riguarda le diverse strategie regionali, le ricercatrici ritengono di individuare una forte tendenza alla residenzialità da parte della Lombardia rispetto al Piemonte, penalizzano un po' la Puglia nel giudizio politico-amministrativo (certo il Mezzogiorno è ancora molto lontano dal Nord, ma forse la Puglia è proprio quella che ha cercato di colmare almeno in parte il divario...) ed infine rilevano che la differenza tra Emilia-Romagna e Toscana risiede nelle risorse investite dalle due Regioni attraverso i loro fondi regionali per la non autosufficienza (un rapporto di 5 a 1) e sugli impianti di programmazione. Viene anche ricordato come l'esperienza sulla domiciliarità in Piemonte resiste all'alternanza di diverse maggioranze politiche, anche perché poggia già da molti anni sul lavoro del Comune di Torino.

Peraltro è difficile sfuggire all'impressione che se l'indagine avesse coinvolto anche altre realtà si sarebbe confermata la netta divaricazione tra Centro-nord e Sud del paese.

Solo una questione di risorse? Non proprio.

Non è retorico ricordare una antesignana ricerca di Robert Putnam, docente di Harvard, ma con anni di esperienza presso la John Hopkins di Bologna, pubblicata nel 1993 con il titolo: "*La tradizione civica delle regioni italiane*" (Mondadori). Putnam focalizzava l'attenzione su due

soli ordini di variabili: da un lato il livello di modernizzazione socio-economica e dall'altro il diverso grado di civismo delle regioni.

“Molto più dei fattori economici contano le ragioni storiche, le tradizioni di vita civile e autogoverno locale che affondano le radici nel passato di questo Paese. L'eredità delle istituzioni medievali ha influito pesantemente sulla storia degli italiani: al Nord le strutture sociali e l'atmosfera culturale dell'età comunale hanno favorito la formazione di un capitale sociale fatto di legami orizzontali, senso civico e spirito di collaborazione. Al Sud, invece, la frattura tra governanti e governati, apertasi durante la monarchia feudale normanna, si è allargata durante tutta l'età moderna ed i legami sociali si sono potuti sviluppare solamente sull'asse verticale del privilegio e delle clientele.”

In conclusione, le differenze tra le regioni in materia di politiche per gli anziani non autosufficienti appaiono rilevanti soprattutto in termini di risorse investite e di scelte programmatiche, anche se andrebbe meglio analizzato il ruolo delle *lobbies* come quello delle cooperative sociali, sia a nord che a sud del Po'. Sarebbe interessante interpretare le politiche pubbliche attraverso la lente della maggiore o minore accondiscendenza nei confronti di questi soggetti. La discussione sulla sussidiarietà orizzontale va ricomposta proprio con alcuni esempi di pragmatismo interregionale. Qui forse le distinzioni si fanno più sfumate. Forse non a caso, anche le regioni che hanno investito di più sulla non autosufficienza hanno finito per rafforzare maggiormente i servizi residenziali e non quelli domiciliari.

■ ■ ■ 1.3 Quale domiciliarità?

Un tema importante come quello dell'assistenza domiciliare integrata merita però un po' più di attenzione: la dialettica tra interventi orientati prevalentemente alla residenzialità o alla domiciliarità non è nuova, ma appare tutt'altro che risolta.

L'assistenza domiciliare integrata (Adi) è il servizio che dovrebbe integrare prestazioni di tipo sanitario (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) con altre di tipo socio-assistenziale (igiene, aiuto tutelare); tra gli obiettivi che si propone c'è il mantenimento dell'utente nel proprio ambiente di vita, la prevenzione dei ricoveri e delle istituzionalizzazioni, la continuità degli interventi tra ospedale - territorio - servizi sociali.

La copertura degli anziani (65 anni e oltre) assicurata dal servizio Adi si attestava nel 2010 al 4,1% come media nazionale, con i punti più alti nel Nord-est (7,9%) ed i più bassi nel Mezzogiorno (2,3%). Se osserviamo i dati in prospettiva storica, negli ultimi dieci anni il grado di copertura è aumentato dell'1,9% (come media nazionale), il Mezzogiorno ha aumentato di circa 2,5 volte la propria utenza, contro un raddoppio del Centro-nord.

Tutto bene, quindi? Non proprio.

Recentemente Laura Pelliccia e Susanna Riva¹ hanno infatti verificato che la quantità (intensità) di ore di assistenza dedicate al singolo caso è in costante diminuzione: da un dato medio di 27 ore di assistenza nel 2001, si è arrivati ad una media di 21 ore di assistenza. In un contesto di limitatezza delle risorse e di aumento dei bisogni, l'operatore si trova necessariamente costretto a diminuire le ore di assistenza presso ogni assistito. Da notare che le tre regioni (Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia ed Umbria) che raggiungono il maggior numero di utenti, assicurano interventi poco intensi in termini di durata. La qualità del servizio ne risente fortemente.

Alessandro Micich e Fabio Cavicchi in un convegno indetto dalla Regione Emilia-Romagna e svoltosi a Bologna nella primavera del 2013² hanno indagato gli aspetti del servizio inerenti anche all'organizzazione del lavoro.

¹ Laura Pelliccia e Susanna Riva, *L'atlante delle regioni*, su "Welfare oggi" n. 2-3, 2012.

² "L'accreditamento dei servizi socio-sanitari. Quattro anni dopo..."

Uno degli elementi più critici che ci si trova oggi ad affrontare nella gestione dell'assistenza domiciliare in regime di accreditamento è connessa alla durata dei singoli interventi.

“Il problema è legato non tanto al rapporto tra durata dell'intervento e prestazioni da svolgere, quanto alla durata media o meglio ancora alla durata più frequente degli interventi complessivamente in essere all'interno di un distretto”.

Nella misura in cui la durata degli interventi diminuisce, si riduce quasi proporzionalmente la sostenibilità dell'impianto del servizio. Alla durata dell'intervento erogata a casa di ciascun utente si collegano, infatti, molte altre questioni inerenti l'organizzazione del lavoro degli operatori socio-sanitari.

Regolamenti fin troppo dettagliati determinano un tempo di spostamento da un domicilio ad un altro in percentuale rispetto all'intervento erogato, in un *range* che va dal 5% al 15%. Quale che sia la percentuale definita nel contratto di servizio, rimane invariato il fatto che meno dura l'intervento e meno tempo di spostamento viene riconosciuto, mentre il tempo di spostamento reale che l'operatore utilizza non cambia.

Gli operatori del servizio Sad (servizio di assistenza domiciliare) lamentano quindi (dal loro punto di vista) la diminuzione delle ore di assistenza a domicilio, rilevando come la durata media dell'intervento, in una regione come l'Emilia-Romagna) sia oggi attorno ai 35 minuti al giorno.

Come meravigliarsi dunque se gli alti costi della residenzialità e la intrinseca debolezza dei servizi domiciliari pubblici hanno contribuito a produrre quel milione di *badanti* che rappresentano ormai lo strumento principale di assistenza agli anziani in Italia?

Nel nostro Paese si è preso coscienza di questo fenomeno in coincidenza della sanatoria del 2003, ma dieci anni dopo quella che era l'eccezione è diventata la regola. Il numero di anziani assistiti da *badanti* ha oggi superato la somma degli anziani assistiti nelle strutture pubbliche e di quelli assistiti coi servizi domiciliari.

Il rapporto tra anziani e povertà ha prodotto un risultato chiaro ed evidente, che può non piacere, ma che è inevitabile nelle attuali con-

dizioni. Anzi, all'interno di sistemi regionali e locali molto differenziati, l'intervento delle *badanti* ha funzionato anche da agente riequilibratore territoriale.

■ ■ ■ 2.1 Gli interventi e i servizi sociali dei Comuni

Ogni anno l'Istat rileva gli interventi e i servizi sociali dei Comuni. L'ultima rilevazione pubblicata è riferita all'attività dell'anno 2010.

Estrapolare da questi dati una valutazione sulle politiche delle amministrazioni comunali, volte a contrastare la povertà delle persone anziane, è rischioso per diversi motivi:

- L'anno 2010 è il primo nel quale i rapporti dell'Istat iniziano a segnalare gli effetti della crisi economica e della stretta sulla finanza pubblica; fino a quell'anno la spesa sociale dei Comuni è costantemente cresciuta, rispetto all'anno precedente di una percentuale superiore al tasso d'inflazione. Il 2010 sembra, però, lontano anni luce e vi è la certezza che da allora la situazione sia nettamente peggiorata;
- Le differenze nella spesa sono molto rilevanti, confrontando le diverse Regioni, le Regioni a statuto speciale e quelle a statuto ordinario, i Comuni di piccole e grandi dimensioni;
- La qualità e la completezza dei dati (la loro veridicità) sono molto migliorate negli anni, ma spesso è ancora messa in discussione.

Ciò nonostante, questi rapporti dell'Istat indicano tendenze generali, avvalorano percezioni sulle dinamiche delle politiche municipali, basate sull'esperienza sul campo degli operatori e segnalano problemi generali, di cui è bene tenere conto.

La spesa sociale complessiva pro capite dei Comuni è stata, nel 2010, di 117,8 euro, contro i 118 dell'anno precedente. La variabilità è molto alta tra i Comuni delle diverse Regioni: si va dai 304,4 euro pro capite dei Comuni della Provincia Autonoma di Trento ai 25,8 euro dei Comuni ca-

labresi. La Regione a statuto ordinario che registra la spesa sociale pro capite più alta è l'Emilia-Romagna con 173,3 euro. Il Nord est è la ripartizione geografica italiana sicuramente più impegnata negli interventi sociali.

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Spesa sociale complessiva – anno 2010	
	Valori assoluti	Spesa pro-capite
Piemonte	639.250.268	143,6
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	36.285.240	283,4
Liguria	229.986.639	142,3
Lombardia	1.248.935.124	126,5
Trentino-Alto Adige/Südtirol	275.778.962	267,0
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>115.343.084</i>	<i>228,2</i>
<i>Trento</i>	<i>160.435.878</i>	<i>304,4</i>
Veneto	559.168.778	113,5
Friuli-Venezia Giulia	274.857.252	222,6
Emilia-Romagna	764.756.071	173,3
Toscana	513.644.629	137,3
Umbria	86.638.023	95,9
Marche	168.238.062	107,7
Lazio	836.214.750	146,6
Abruzzo	90.522.312	67,5
Molise	12.186.951	38,1
Campania	303.052.215	52,0
Puglia	258.392.090	63,2
Basilicata	37.119.764	63,1
Calabria	51.833.169	25,8
Sicilia	371.153.324	73,5
Sardegna	368.877.793	220,4
Nord-ovest	2.154.457.271	134,1
Nord-est	1.874.561.063	161,5
Centro	1.604.735.464	134,7
Sud	753.106.501	53,1
Isole	740.031.117	110,1
ITALIA	7.126.891.416	117,8

■ ■ ■ 2.2 La spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali dedicati agli anziani, nel 2010

Nell'Area anziani l'Istat fa rientrare gli interventi e i servizi mirati a migliorare la qualità della vita delle persone anziane e a favorire la loro mobilità, l'integrazione sociale e lo svolgimento delle funzioni primarie.

Il target di riferimento, per l'Istat, è costituito dalla popolazione italiana con più di 65 anni, nel 2010 pari in Italia a 12.206.470 persone, il 57,90% donne. Gli anziani con più di 75 anni erano invece 6.007.977, dei quali il 62,35% donne.

L'Area Anziani nel 2010 ha assorbito complessivamente una spesa di 1.492 milioni di euro, il 20,93% della spesa sociale complessiva dei Comuni italiani, 122 euro per ogni residente con più di 65 anni, con un lieve aumento rispetto al 2009, anno nel quale la spesa pro capite era stata di 120 euro.

Anche in quest'Area, la variabilità è molto alta tra i Comuni delle diverse Regioni: escludendo i Comuni della Valle d'Aosta che presentano dati anomali, giustificati dalla particolare legislazione della Regione Autonoma, si va dai 380 euro pro capite dei Comuni della Provincia Autonoma di Trento ai 29 euro dei Comuni calabresi. La Regione a statuto ordinario che registra la spesa sociale pro capite più alta è la Toscana con 150 euro. Il Nord-est si conferma la ripartizione geografica italiana certamente più impegnata negli interventi sociali, anche nell'Area Anziani.

Se, invece, si valuta quale percentuale della spesa sociale complessiva è destinata all'Area Anziani, sempre escludendo la Valle d'Aosta, il valore maggiore è quello dei Comuni del Friuli-Venezia Giulia, che riservano agli anziani il 28,5% delle risorse; il Veneto è la prima Regione a statuto ordinario, assieme al Molise con il 26%, ultime le Marche con il 14,2%. Anche in questa classifica il Nord-est è la prima ripartizione geografica.

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Spesa per l'Area anziani – anno 2010		
	Valori assoluti	Valori percentuali sulla spesa complessiva	Spesa pro capite over 65
Piemonte	145.969.072	22,8	144
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	26.290.906	72,5	984
Liguria	57.427.106	25,0	133
Lombardia	253.057.582	20,3	128
Trentino-Alto Adige/Südtirol	62.712.178	22,7	327
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>24.097.075</i>	<i>20,9</i>	<i>266</i>
<i>Trento</i>	<i>38.615.103</i>	<i>24,1</i>	<i>380</i>
Veneto	145.123.526	26,0	148
Friuli-Venezia Giulia	78.130.412	28,5	270
Emilia-Romagna	137.054.740	17,9	139
Toscana	130.088.018	25,3	150
Umbria	12.873.659	14,9	62
Marche	23.889.209	14,2	68
Lazio	138.038.446	16,5	122
Abruzzo	18.179.760	20,1	64
Molise	3.171.948	26,0	45
Campania	61.999.687	20,5	66
Puglia	48.851.823	18,9	65
Basilicata	5.590.191	15,1	47
Calabria	11.086.550	21,4	29
Sicilia	67.532.710	18,2	72
Sardegna	64.808.571	17,6	201
Nord-ovest	482.744.666	22,4	140
Nord-est	423.020.856	22,6	173
Centro	304.889.332	19,0	119
Sud	148.879.959	19,8	59
Isole	132.341.281	17,9	105
ITALIA	1.491.876.094	20,9	122

Il principale ambito di spesa sociale, nell'Area Anziani, è l'*assistenza domiciliare*, che assorbe il 40,32% della spesa. Gran parte della spesa è concentrata nell'assistenza *socio assistenziale*, finalizzata all'assistenza agli anziani fragili e alla tutela della domiciliarità per gli anziani con parziale non autosufficienza. Molto limitato, invece, l'impegno finanziario dei Comuni per l'*assistenza domiciliare integrata* con la sanità.

In Italia, al secondo posto per rilevanza della spesa, vi è il 27,14% destinato ai *contributi economici*, finalizzati all'integrazione del reddito, all'acquisto di servizi alla persona, alla casa, alla mobilità e alle cure sanitarie. Sono erogati anche contributi alle associazioni.

A seguire, per la rilevanza della spesa, l'*assistenza residenziale*, il 14,30% della spesa. Meno rilevante l'*assistenza semiresidenziale*, con un 5,55% della spesa dell'Area.

Gli interventi d'*integrazione sociale*, costituiti prevalentemente da attività ricreative, culturali e di socializzazione, rappresentano il 3,33% della spesa dell'Area. Particolarmente vivace l'impatto delle iniziative dei Comuni per promuovere la socializzazione delle persone anziane:

- Tra i *servizi integrativi*, indicativo, in termini di utenza potenziale interessata è il *trasporto sociale*, con un costo pro capite estremamente modesto, che consente di interpretare la prestazione come un servizio gestito dal volontariato.
- Il *servizio sociale professionale* ha inciso sulla spesa destinata agli anziani per il 7,68%.
- Il raffronto tra le percentuali di spesa dell'anno 2009 e del 2010 non fa in generale registrare significative variazioni, salvo un aumento dello 0,92% per le attività del servizio sociale professionale e una diminuzione dello 0,71% della spesa per servizi residenziali.

Prestazioni	spesa in milioni di euro	percentuale spesa su Area anziani 2010	percentuale spesa su Area anziani 2009
Integrazione sociale	48.030.516	3,22	3,36
Assistenza domiciliare	601.483.195	40,32	40,40
Servizi di supporto	26.832.435	1,80	1,78
Trasferimenti in denaro	404.829.326	27,14	27,13
Strutture a ciclo diurno	82.770.794	5,55	5,56
Strutture comunitarie e residenziali	213.319.906	14,30	15,01
Attività di Servizio sociale professionale	114.609.922	7,68	6,76
Totale	1.491.876.094	100,00	100,00

■ ■ ■ 2.3 I trasferimenti in denaro

Il principale strumento utilizzato dai Comuni per alleviare le condizioni di povertà delle persone anziane è costituito dai trasferimenti in denaro, finalizzati sia ad aumentare la disponibilità economica, sia ad acquistare beni e servizi. In questa classe di spesa, l'Istat include anche i contributi ad associazioni sociali.

Se si sommano gli utenti interessati alle diverse prestazioni economiche dei Comuni (assumendo per semplicità che ogni persona riceva una sola prestazione) si raggiunge il numero di 293.511 anziani interessati, il 2,40% del totale.

Contributi per attivazione di servizi

a. Contributi per servizi alla persona

Sono sostegni economici rivolti a persone con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e d'igiene della persona. È una prestazione spesso alternativa al servizio di assistenza domiciliare di base, quando si ritenga conveniente e oppor-

tuno sostenere l'utilizzo di assistenti familiari, di altri professionisti o di caregivers informali.

Nel 2010 hanno beneficiato di questa prestazione 20.814 anziani, lo 0,17% delle persone con più di 65 anni. La spesa media per utente nell'anno è stata di 1.860 euro, molto vicina a quella dell'assistenza domiciliare di base (2.014 euro).

Il contributo è all'incirca corrispondente al costo di un'assistente familiare per due mesi. Pertanto la prestazione si configura come un intervento temporaneo o, più probabilmente, come integrazione delle disponibilità economiche dell'assistito.

b. Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie

Nonostante la copertura assistenziale del Servizio sanitario nazionale e i Lea, gli anziani in difficoltà hanno bisogno di sostegno economico per spese mediche o, più in generale, per prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. In questa categoria rientra il contributo per il pagamento di ticket sanitari e l'acquisto di protesi e ausili.

Nell'anno di riferimento hanno ottenuto questi contributi, 9.616 anziani, lo 0,08 del totale. La spesa media annua per utente è stata di 1.047 euro. L'importo, piuttosto rilevante, fa supporre che i contributi siano utilizzati anche per interventi piuttosto onerosi, come le cure e le protesi dentarie.

c. Contributi economici per servizio trasporto

Forse la prestazione economica che interessa la percentuale più alta di anziani è il sostegno economico erogato a persone a ridotta mobilità. Si tratta di 107.595 persone, lo 0,88% del totale. La spesa media annua per utente è però molto modesta: 126 euro. Si può ritenere quindi che siano stati abbandonati i buoni taxi, spesso utilizzati in passato e si sia optato per l'erogazione di biglietti giornalieri o per corse multiple del trasporto pubblico. Probabilmente limitati, ormai anche gli abbonamenti annuali.

d. Contributi economici per l'affido familiare

Le erogazioni in denaro alle famiglie che accolgono temporaneamente un anziano in situazioni di disagio, non sono particolarmente diffuse. Nel 2010 hanno interessato 2.405 persone, lo 0,02% del totale, con una spesa media per utente di 2.379 euro. Si tratta di un incentivo non elevato ma interessante, che evidentemente per il mantenimento dell'assistito deve essere integrato eventualmente con la pensione.

Contributi, sussidi e integrazioni a rette per strutture

e. Contributi e integrazioni a rette per centri diurni o altre prestazioni semiresidenziali

Si tratta d'interventi economici finalizzati a garantire all'utente in difficoltà economica la copertura della retta per centri diurni o per l'accoglienza in strutture semi-residenziali. Questo tipo di prestazione si è esteso negli ultimi anni in quanto particolarmente efficace nell'evitare l'istituzionalizzazione di persone con livelli di non autosufficiente già sensibili o con demenze non particolarmente severe.

Hanno complessivamente beneficiato dei contributi 9.917 persone, lo 0,08% degli anziani ultrasettantacinquenni, con una spesa media annua per utente di 961 euro. Non ci sono censimenti recenti degli utenti dei centri diurni, ma si stima che in Italia non superino lo 0,2% delle persone con più di 65 anni, concentrati soprattutto nelle regioni del Nord e del Centro. Il contributo interessa, pertanto, meno della metà degli ammessi e copre per tali beneficiari, considerando che metà del costo dovrebbe essere a carico del Ssn (almeno per le persone non autosufficienti), una quota attorno al 15% della retta. Pertanto gran parte del costo di questo servizio è coperta dagli utenti e dalle loro famiglie.

f. Contributi e integrazioni a rette per prestazioni residenziali

Si tratta d'interventi per garantire all'utente in difficoltà economica la copertura della retta per il soggiorno in strutture residenziali. Sono compresi i contributi erogati a strutture residenziali al fine di contenere l'importo delle rette.

Il 59% dei trasferimenti in denaro è destinato a rette per prestazioni residenziali. In realtà questo intervento comprende due distinte motivazioni:

- l'accoglienza in strutture residenziali (soprattutto case di riposo) di persone fragili, in condizioni economiche disagiate, prive di altre soluzioni abitative e di sostegni familiari;
- l'accoglienza in strutture residenziali protette (come le Rsa) di persone non autosufficienti, in condizioni economiche disagiate.

Nel primo caso è prevalente l'aspetto sociale (abbandono), nel secondo le condizioni di salute (esiti invalidanti di malattie croniche).

Gli utenti interessati a questo tipo di aiuto economico sono lo 0,40% degli anziani con più di 65 anni, 49.400 persone. In rapporto ai 424.705 dei posti letto censiti in quell'anno, si rileva che solo l'11,63% degli ospiti riceve un qualche sostegno dai Comuni per il pagamento delle rette. L'importo medio della spesa per utente è stato di 4.832 euro, corrispondente circa a un sesto delle rette annuali. Bisogna riflettere sulla drammaticità di questo dato statistico, che fa risaltare il ruolo, tutto sommato, modesto dei Comuni nell'assistenza residenziale, nonostante il pesante onere sostenuto. Questo dimostra ancora una volta che l'assistenza residenziale è, di fatto, a carico delle famiglie. Ad aggravare la situazione, nel 2010 si registra una notevole diminuzione delle persone assistite, rispetto al 2009, con un aumento della spesa pro capite, dato che indica uno spostamento dell'attenzione verso le persone non autosufficienti.

È noto che i Comuni, nel valutare l'entità del contributo, si avvalgono di normative e regolamenti che con diverse modalità e criteri tendono a porre in toto o in gran parte l'onere delle rette residenziali a carico dei figli, del coniuge o persino ad altri parenti "obbligati agli alimenti", ai sensi del codice civile. Nonostante che numerose sentenze abbiano più volte stigmatizzato queste pratiche, soprattutto se riferite ad anziani non autosufficienti, l'estrema carenza di risorse da parte dei Comuni, ha impedito finora una sostanziale soluzione del problema, grazie anche alla vetustà in materia del codice civile e all'incompletezza della normativa sul calcolo della condizione economica degli interessa-

ti. La nuova ipotesi di normativa sull'Isee potrebbe ridurre il contenzioso tra Comuni e familiari, ma il ruolo dei Comuni stessi non potrà essere più incisivo senza un adeguato aumento dei finanziamenti dedicati.

Integrazioni al reddito

g. Buoni spesa o buoni pasto

I buoni sono titoli, di varia natura, emessi dai Comuni, che consentono agli anziani in difficoltà di acquistare generi alimentari o consumare pasti negli esercizi in convenzione.

Spesso i Comuni preferiscono utilizzare questo tipo di prestazione, al posto delle erogazioni monetarie, per assicurare una maggiore finalizzazione della spesa. Nel 2010 le persone interessate sono state 2.962, pari solo allo 0,02% dell'utenza potenziale. La spesa annua pro capite, 525 euro, potrebbe essere sufficiente per circa 80 pasti.

h. Contributi economici erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)

I Comuni erogano prestiti destinati a fronteggiare situazioni transitorie di lieve difficoltà economica, concessi da istituti di credito convenzionati con gli enti pubblici, a tasso zero per il beneficiario, basati sull'impegno dello stesso alla restituzione.

Evidentemente i Comuni non ritengono i *prestiti sull'onore* uno strumento adeguato per affrontare i problemi degli anziani. Il loro impatto, infatti, è davvero irrilevante: in tutto il 2010 l'Istat ha rilevato solo 69 utenti, con una spesa pro capite di 1.224 euro.

i. Contributi economici per alloggio

La prestazione consiste in sussidi economici a integrazione del reddito individuale o familiare per sostenere le spese per l'alloggio, per l'affitto e per le utenze. I contributi economici per l'alloggio sono molto diffusi, anche in considerazione del fatto che la perdita dell'abitazione o il rischio di perderla è, per un anziano, uno degli eventi più catastrofici, poiché mina la sicurezza personale e mette in discussione

i riferimenti sociali e ambientali consuetudinari su cui basa la propria autonomia. Nel 2010 le persone interessate da questo tipo di aiuto sono state 20.726, pari allo 0,17% delle persone ultrasessantacinquenni. La spesa media per utente, 804 euro, fa ritenere, anche per questa erogazione, a interventi dei Comuni per fare fronte a gravi difficoltà occasionali, più che a interventi di sostegno sistematico.

Bisogna considerare che, a seguito della cancellazione del capitolo di bilancio dello Stato della Legge 431/98 sul Fondo nazionale locazioni nel 2012, non sono più erogati dai Comuni i contributi per l'affitto. Questo mancato intervento dello Stato si riflette inevitabilmente sulla pressione delle persone in difficoltà economica nei confronti dei servizi sociali dei Comuni, proprio a partire da un anno nel quale i tagli alle finanze locali hanno iniziato a essere particolarmente sensibili.

j. Contributi economici a integrazione del reddito familiare

La prestazione consiste in sussidi economici, anche *una tantum*, a integrazione del reddito di persone anziane bisognose. In ordine percentuale, si tratta del secondo intervento monetario dei Comuni, che assorbe l'11,17% della spesa per trasferimenti in denaro. Le persone interessate nel 2010 sono state 45.751, lo 0,33% degli anziani ultra sessantacinquenni. L'importo della spesa media per utente, 1.119 euro l'anno, fa pensare a interventi *una tantum*, per aiutare gli interessati a superare situazioni straordinarie di difficoltà, come il pagamento di morosità o il conguaglio delle spese di riscaldamento. In realtà molti Comuni calcolano il contributo, come integrazione del reddito disponibile, fino alla concorrenza di un importo preso a riferimento come *minimo vitale*.

k. Altre tipologie di contributi economici

Le motivazioni in base alle quali i Comuni erogano sussidi economici finalizzati ai bisogni delle persone anziane possono essere anche ulteriori rispetto a quelle già descritte, fino ad arrivare alla copertura delle spese funerarie.

L'Istat registra che nel 2010 i Comuni hanno erogato contributi di diversa natura ad altri 29.610 anziani, pari allo 0,24% del totale.

Area anziani: utenti, spesa e spesa per utente per singoli interventi e servizi sociali. Totale Italia - Anno 2010

VOCI DI SPESA	Spesa	Utenti	Spesa media per utente	Pro capite over 65	Percentuale anziani interessati	Percentuale su spesa area anziani	Percentuale su spesa su spesa contributi
Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi:							
Buoni spesa o buoni pasto	1.556.331	2.962	525	0,13	0,02	0,10	0,38
Contributi per servizi alla persona	38.709.139	20.814	1.860	3,17	0,17	2,59	9,56
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	10.070.720	9.616	1.047	0,83	0,08	0,68	2,49
Retta per centri diurni	7.482.044	9.117	821	0,61	0,07	0,50	1,85
Retta per altre prestazioni semi-residenziali	2.052.405	800	2.566	0,17	0,01	0,14	0,51
Retta per prestazioni residenziali	238.676.561	49.400	4.832	19,55	0,40	16,00	58,96
Contributi economici per servizio trasporti	13.549.176	107.585	126	1,11	0,88	0,91	3,35
Contributi economici erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)	84.469	69	1.224	0,01	0,00	0,01	0,02

>>>

>>> Area anziani: utenti, spesa e spesa per utente per singoli interventi e servizi sociali. Totale Italia – Anno 2010

VOCI DI SPESA	Spesa	Utenti	Spesa media per utente	Pro capite over 65	Percentuale anziani interessati	Percentuale su spesa area anziani	Percentuale su spesa su contributi
Contributi economici per alloggio	16.656.092	20.726	804	1,36	0,17	1,12	4,11
Contributi economici ad integrazione del reddito familiare	45.205.008	40.407	1.119	3,70	0,33	3,03	11,17
Contributi economici per affido familiare	5.722.695	2.405	2.379	0,47	0,02	0,38	1,41
Contributi generici ad associazioni sociali	19.547.556			1,60		1,31	4,83
Altro	5.517.130	29.610	186	0,45	0,24	0,37	1,36
Totale trasferimenti	404.829.326			33,17	0,00	27,14	100,00
Totale Area Anziani	1.491.876.094			122,22	0,00	100,00	

■ ■ ■ 2.4 Le attività di servizio sociale professionale

Per l'Istat gli interventi di servizio sociale professionale sono riconducibili alle attività, svolte dalla figura professionale dell'assistente sociale, per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità, in situazioni di bisogno e di disagio. Nell'area Famiglia e minori vanno considerate anche le spese per la tutela legale dei minori e, nell'area di utenza Disabili, quelle concernenti la gestione del servizio per invalidi civili.

Quest'area di spesa sociale, nell'area anziani si articola in: Servizio sociale professionale, Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi, Servizio di accoglienza di anziani presso famiglie e Altro.

Complessivamente, i Comuni italiani hanno speso nel 2010, per le attività di servizio sociale professionale nell'area anziani poco più di 114,6 milioni di euro, il 7,68% della spesa complessiva per le persone anziane. La spesa pro capite è stata di 9,39 euro per ogni persona anziana, ma è da rilevare che, nell'anno si sono rivolte al servizio sociale 630.245 persone, il 5,16% delle persone con più di 65 anni, dato più che indicativo della rilevanza che hanno i Comuni come riferimento istituzionale per le persone anziane e i servizi sociali per la risoluzione dei loro bisogni.

In Italia, dopo l'area famiglia e minori, è l'area anziani ad assorbire la percentuale più rilevante di spesa dei Comuni per il Servizio sociale, il 27,48%

■ ■ ■ I grandi Comuni

L'Istat fa anche un focus specifico sulla spesa sociale dei grandi Comuni. Si tratta dei dodici Comuni Italiani che hanno una popolazione superiore a 250.000 abitanti, per un totale di poco superiore ai due milioni di abitanti.

La spesa riferita all'area anziani è percentualmente la stessa, 19,8%, contro il 20,93% del totale dei Comuni Italiani. La percentua-

le delle risorse dell'area anziani destinata a trasferimenti monetari è però molto superiore, il 39,65% contro il 27,13 nazionale, mentre è inferiore sia per gli interventi e i servizi, sia per le strutture. La spesa media pro capite dei grandi Comuni, nel 2010, è stata nel 2010 di 176,79 per ogni residente ultrasessantacinquenne, mentre quella nazionale è stata di 122,23. Nelle grandi città, quindi, la problematica riguardante le persone in difficoltà economica è molto più sensibile che nel resto del Paese.

Percentualmente, la spesa per trasferimenti monetari, nei grandi Comuni, è più rilevante per l'integrazione al reddito familiare, per i trasporti, per cure o prestazioni sanitarie.

■ ■ ■ 3.1 Le riforme possibili

Se ritorniamo al tema che costituisce l'oggetto di analisi del presente numero della rivista, cioè la povertà degli anziani, si può comprendere come il quadro delle frammentate competenze e delle limitate risorse pubbliche del welfare pubblico italiano non sia riuscito finora a trovare risposte convincenti.

È noto che il 44% dei pensionati italiani (7,4 milioni di persone) ha percepito nel 2011 una pensione sotto i mille euro, mentre di questi, circa 2,2 milioni (il 13,3% del totale) ha ricevuto meno di 500 euro al mese.

Le due principali componenti dell'assistenza sociale nazionale, gestite dall'Inps, sono le *pensioni sociali*, che riguardano circa 0,5 milioni di persone e costavano, nel 2011, circa 4,1 miliardi di euro e le *integrazioni delle pensioni al minimo*, che riguardano circa 4,4 milioni di persone, per un costo, nel 2011, di 12,2 miliardi di euro.

Quando parliamo di riscoperta di ruolo delle Regioni è bene ricordare che si tratta di un ruolo di legificazione e programmazione, diverso da quello di gestione dei Comuni.

Riforma dell'indennità di accompagnamento, riforma (o sua confluenza in un istituto più ampio) della *social card* e maggiore utilizzo

dello strumento dei titoli (*vouchers*), per l'acquisto di servizi accreditati, appaiono tre temi interessanti, che però le Regioni faticeranno a sviluppare da sole.

A. Vediamo, ad esempio, come la discussione si stia incentrando oggi soprattutto sullo strumento dell'indennità di accompagnamento, che corrisponde ad una prestazione monetaria fissa di quasi cinquecento euro mensili, erogata a circa 2,7 milioni di persone (di cui due milioni di anziani), per un valore che supera i dodici miliardi di euro l'anno (dei quali nove per gli anziani). La rigidità di questo strumento è divenuta oggetto di critiche crescenti negli ultimi anni e, per le proposte di riforma, si vedano le osservazioni di Emanuele Ranci Ortigosa. Stiamo parlando di un istituto che ha raggiunto un costo rilevante, lievitato molto nel tempo e che nel 2011 ha raggiunto quasi il 10% della spesa sanitaria pubblica ed il 40% della spesa per *Long term care*.

Dovrebbe, quindi, registrarsi una convergenza almeno sul fatto che l'indennità di accompagnamento debba perdere il suo carattere di monoliticità ed essere sottoposto alla prova dei mezzi (*means tested*), per favorire le persone in condizione economica più svantaggiata.

L'avvio del nuovo Isee, nel corso del 2013, appare come una occasione da non perdere, per collegare questa importante misura al contrasto della povertà.

Le attuali condizioni finanziarie del Paese non vanno mai dimenticate e, quindi, la *conditio sine qua non* è che si tratti di una riforma a costo zero e che l'utilizzo del nuovo Isee riesca a redistribuire l'utilizzo degli attuali dieci milioni dell'indennità di accompagnamento a favore dei decili più bassi di reddito.

Più controversa appare la seconda parte dell'ipotesi di riforma che, in sostanza, prevede la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali ed il trasferimento della gestione dell'indennità di accompagnamento riformata dall'Inps alle Regioni.

Facile prevedere le obiezioni di coloro che ritengono le Regioni

(soprattutto quelle meridionali) impreparate ad un simile compito. Non sarà un dibattito facile, ma proprio per questo è bene che si sviluppi liberamente.

Certo, i tempi non sembrano propizi ad una riforma degli strumenti di contrasto alla povertà così ambiziosa da coinvolgere le ipotesi di reddito minimo, riforma dell'indennità di accompagnamento in senso stretto e ipotesi di riforma del welfare più complessive.

Circa dieci anni fa Tito Boeri scrisse un libro dal titolo "*Meno pensioni e più welfare*": è bene ricordare che i corni del dilemma restano questi.

Una prudenza riformatrice consiglierebbe di raccogliere il consenso attorno alla prima parte della riforma (introduzione dell'Isee nei criteri di assegnazione dell'indennità di accompagnamento) e di proporre un percorso di concertazione istituzionale e sociale (parti sociali e terzo settore) per l'attivazione della seconda parte che riguarda il decentramento.

- B. L'esperienza della cosiddetta "social card", introdotta nel 2008 e ripristinata nel 2012 solo per le 12 aree metropolitane, ha registrato risultati inferiori alle attese. Rivolta agli anziani con reddito Isee inferiore ai 6.000 euro ed alle famiglie con bambini inferiori ai tre anni di età, doveva coinvolgere oltre 1,2 milioni di cittadini ma si è fermata a meno della metà (dei quali gli anziani sono circa l'80%). Sono stati spesi come punta massima circa 450 milioni l'anno, ma ora sono scesi attorno ai 200 milioni. Fin troppo facile dire che questa misura non si è inserita in un quadro più vasto di riforma ed ha introdotto un ulteriore elemento di frammentarietà alle politiche sulla materia. Un monitoraggio approfondito di ciò che è stato realizzato, dal 2008 ad oggi, sarebbe tuttavia molto utile, in un quadro di riforma complessiva degli interventi. Esso confermerà il divario territoriale che concentra nel mezzogiorno la maggioranza degli anziani poveri. E riproporrà l'alternativa tra un intervento settoriale ed uno più generale, che di fatto può sfociare in una versione di *reddito minimo*.

- C. C'è un articolo della Legge 328, il n. 17 "Titoli per l'acquisto di servizi sociali", che non viene ricordato molto spesso, ma che prevede una possibile strumentazione sui temi di questo numero della rivista: esso stabilisce che i Comuni possono prevedere la concessione di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati del sistema integrato di interventi e servizi sociali; le regioni disciplinano i criteri e le modalità per la concessione dei titoli nell'ambito di un percorso assistenziale attivo per la integrazione o la reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari.

L'esperienza francese dei *voucher* per l'assistenza familiare ha riscontrato un certo successo dopo l'adozione del *Piano Borloo*, in Francia, nel 2005: ecco un altro terreno di discussione che sarebbe molto utile al nostro Paese e nel quale le realtà locali potrebbero esercitare nuove interessanti competenze.

In assenza di una legislazione nazionale, ma anche, secondo alcuni, di indicazioni regionali, le politiche dei Comuni a favore delle persone anziane e, nello specifico, degli anziani poveri, appaiono scoordinate ma, soprattutto, orientate a rincorrere una moltitudine di bisogni, con interventi polverizzati che rischiano di disperdere l'efficacia di risorse finanziarie sempre più riscaldate.

Le prestazioni economiche dei Comuni, fra l'altro, risentono di un'impostazione molto tradizionale (il sussidio, il contributo), mentre forme più recenti d'intervento, come il prestito sull'onore, sono praticamente sconosciute. Una recente ricerca, condotta sulla realtà dei servizi sociali dei Comuni dell'Emilia Romagna, ha messo in luce come – a fronte di una generale tendenza a gestire in forma associata gli interventi assistenziali – le erogazioni monetarie restino solidamente nella gestione diretta dei Comuni. Questo fatto, che probabilmente è diffuso in tutte le Regioni, conferma una tradizione *elemosiniera* delle amministrazioni locali, che non ha la pretesa di risolvere i problemi, ma consente di dare risposte immediate, alleviando per il momento le situazioni più critiche.

Molti degli interventi dei Comuni integrano altre prestazioni istituzionali insufficienti assenti. In particolare vi sono persone anziane

in condizione di indigenza che non beneficiano dell'assegno sociale erogato dall'Inps, l'importo dello stesso assegno sociale (442,30 euro mensili) in molti casi è insufficiente per garantire il mantenimento, se è l'unico reddito disponibile, i sostegni per l'affitto sono stati aboliti, i servizi pubblici d'interesse generale (gas, acqua, elettricità, trasporti, telefono, ecc) spesso non prevedono adeguate agevolazioni tariffarie per gli anziani indigenti, ecc.

In ogni caso, l'impatto degli interventi economici dei Comuni per gli anziani è molto limitato. Se si confrontano tali interventi con i soli assegni sociali erogati dall'Inps, risulta che i Comuni spendano circa 400 milioni di euro, a fronte dei 7.360 milioni dell'Inps e interessano poco più di 360.000 anziani, contro gli oltre 800.000 beneficiari dell'assegno sociale.

Che cosa possono fare allora i Comuni, per migliorare le loro politiche a favore degli anziani poveri, a risorse date e a legislazione invariata?

1. Non c'è dubbio che un maggior coordinamento delle politiche in ambito distrettuale o, ancora meglio, in ambito regionale, contribuirebbe a ridurre la polverizzazione degli interventi e la dispersione delle risorse, focalizzando le prestazioni verso obiettivi prioritari.
2. Converrebbe ai Comuni dare una maggiore identità alle proprie politiche, per contrastare l'impressione di un ruolo residuale o, ancora peggio, di tamponamento e supplenza di mancanze altrui. I Comuni dovrebbero prendere coscienza che il loro intervento, in quest'ambito, è orientato a fronteggiare situazioni di emergenza, riconoscendone realisticamente i limiti. In tal senso i Comuni potrebbero caratterizzarsi come ultima istanza, quando il cittadino non sa più a che santo votarsi. Può non piacere, ma la realtà è questa.
3. Infine, se i Comuni vogliono affrontare adeguatamente le condizioni di povertà degli anziani, devono rendersi conto

che hanno politiche e strumenti più efficaci dei trasferimenti monetari. In primo luogo occorre valorizzare gli sportelli sociali e i servizi sociali professionali, spesso relegati allo svolgimento delle istruttorie di accesso ai servizi. I professionisti del sociale, persone competenti che aiutano persone in difficoltà, anche in assenza o carenza di risorse istituzionali possono contribuire a evidenziare e a sviluppare risorse personali, familiari e comunitarie, in grado di alleviare o contrastare le condizioni d'indigenza e disagio. Politiche volte a migliorare le condizioni di vita degli anziani nel contesto locale, a sviluppare la socializzazione e la solidarietà, a tutelare la vita autonoma presso il proprio domicilio, possono avere risultati più estesi ed evidenti nella lotta alla povertà. Gli interventi del servizio sociale comunale, uniti alle iniziative di promozione della condizione degli anziani e all'empowerment della comunità locale interessano un numero decisamente superiore di persone, rispetto alle erogazioni economiche, hanno un costo più limitato e una dimensione meno contingente ed emergenziale.

Non si può concludere senza richiamare con forza il problema dell'accesso alle cure mediche per le persone anziane povere, soprattutto di quelle afflitte da malattie croniche e da non autosufficienza. Il sistema attuale non tutela per le persone indigenti il diritto costituzionale alla salute. Il sistema sanitario copre solo una percentuale della spesa delle prestazioni sociosanitarie e non assicura completamente e gratuitamente le prestazioni e farmaci di cui gli anziani hanno necessità. Quando fu introdotto il criterio di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli utenti si prevedeva che i Comuni avrebbero aiutato economicamente le persone in difficoltà economica. Questo è sempre meno vero, perché i Comuni hanno la responsabilità di contribuire a garantire l'accesso alle prestazioni essenziali di assistenza delle persone indigenti, soprattutto se anziane, ma non hanno (non hanno mai avuto) le risorse sufficienti per far fronte a tale obbligo istitu-

zionale. Tutto ciò comporta che, anche a fronte di una crescente difficoltà delle famiglie a supplire alle carenze istituzionali nella cura dei loro anziani, questi – soprattutto se poveri – non ricevano le prestazioni adeguate alle loro condizioni di salute.