

L'uso dell'applicativo informatizzato e delle relative innovazioni organizzative ha consentito un migliore utilizzo degli strumenti in uso all'Ufficio ed ha sensibilmente migliorato e valorizzato il servizio reso nei confronti degli utenti, in particolare a supporto delle funzioni di orientamento, consentendo una maggiore tempestività nella valutazione della questione presentata anche in termini di competenza.

L'applicativo informatizzato viene attivato in seguito al ricevimento di una segnalazione rivolta all'Ufficio; lo stesso prevede che venga aperto un relativo fascicolo informatico e che venga gestito secondo un iter predefinito, costituito da fasi progressive.

L'iter procedurale consente la gestione del fascicolo attraverso una ragionata successione di valutazioni concernenti la classificazione della problematica esposta, anche a fini statistici, ovvero la verifica dell'accogliibilità della segnalazione, valutandone l'adeguatezza in termini di competenza, nonché di fondatezza.

Occorre evidenziare che il processo istruttorio è, nelle sue varie fasi, contraddistinto da verifiche progressive delle attività svolte, finalizzate all'emanazione di osservazioni e conclusioni del Difensore Civico in ordine alla problematica trattata, successivamente comunicate ai soggetti interessati.

Tra le altre innovazioni organizzative introdotte si segnala, con riferimento alla gestione dell'attività di front-office, la predisposizione e l'utilizzo di modelli finalizzati al reperimento delle informazioni necessarie al corretto avvio della segnalazione e alla conseguente corretta gestione del relativo fascicolo. Si è provveduto infatti a introdurre la "Scheda Richiesta Contatto", contenente "domande" predefinite, da utilizzare nell'attività di front office principalmente nei casi di accesso telefonico o diretto, con relativo riscontro nell'applicativo informatizzato, nonché la "Scheda Trattazione", contenente "domande" predefinite ai fini della successiva istruttoria del fascicolo e da utilizzare anche a supporto dell'attività di orientamento e informazione fornita ai cittadini, con relativo riscontro nell'applicativo informatizzato.

Si da atto inoltre che nel corso dell'anno è stata ridefinita la modulistica, peraltro disponibile sul sito istituzionale, che gli utenti possono utilizzare per le richieste di intervento destinate all'Ufficio. La suddetta scheda "Richiesta di

Intervento" è predisposta in modo da consentire al reclamante di seguire un percorso ragionato nell'esposizione delle questioni di fatto e di diritto riguardanti la problematica, tale da far emergere eventuali criticità di competenza della Difesa Civica, evidenziando al contempo quelle doglianze che non possono rientrare nell'ambito della cosiddetta "cattiva amministrazione".

L'introduzione di tale metodologia organizzativa è finalizzata ad una migliore definizione di *come* si struttura un intervento e il *perché* lo si struttura in un certo modo, in quanto gli aspetti metodologici rivestono particolare importanza ai fini della concreta efficacia dell'azione della difesa civica, anche in considerazione della sua carenza di poteri giuridicamente cogenti di cui il Difensore dispone nei confronti delle Pubbliche Amministrazioni di riferimento.

3. PER UN ESAME DEL SISTEMA DELLA DIFESA CIVICA

L'esperienza maturata nei primi mesi di attività mi stimola ad alcune riflessioni sul sistema di difesa civica disciplinato dalla legge del 1981 che cercherò di sintetizzare qui di seguito.

Segnalando anzitutto che la normativa in allora approvata intendeva realizzare per un verso la tutela del cittadino nei confronti di possibili irregolarità, negligenze o ritardi dell'Amministrazione nell'ambito di procedimenti amministrativi che lo riguardassero, per altro verso un più esteso controllo sull'imparzialità e buon andamento dell'attività amministrativa, essendo prevista in favore del Difensore Civico una facoltà di intervento "di propria iniziativa a fronte di casi di particolare rilievo".

Nel progetto istituzionale immaginato dagli estensori di quella disciplina la sfera di competenze della Difesa Civica era dunque precipuamente (anche se non esclusivamente) collocata in un contesto di eventuale conflitto tra interessi o diritti del singolo ed atti della pubblica amministrazione, contesto in linea di massima suscettibile anche di un ricorso alla giurisdizione amministrativa da parte del cittadino¹. Al Difensore Civico è anzitutto affidato infatti un ruolo di garanzia, ispirato dalla opportunità di consentire al cittadino di rivolgersi, prima che al Giudice, ad un potere indipendente ed autorevole in grado, in ipotesi di fondatezza della dogianza, di interloquire con l'Amministrazione eventualmente suggerendo l'assunzione di atti o rimedi volti a correggere eventuali disfunzioni od inefficienze. Da una tale sfera di competenze deriva dunque al Difensore Civico una facoltà di controllo sull'attività dei pubblici funzionari

Alle previsioni di quella Legge, di contenuto analogo a quello di altre promulgate in diverse Regioni a partire dalla seconda metà degli anni '70, si sono poi giustapposte norme di rilievo nazionale.

Prima quella contenuta nel Testo Unico delle Autonomie Locali che aveva assegnato ai Difensori Civici Regionali il potere di nomina di commissari ad acta in ipotesi di omissione o ritardo nell'emanazione di atti obbligatori da parte di Enti Locali (la norma deve però

¹ L'espressione utilizzata nell'articolo 2: "(...) Il Difensore Civico rileva eventuali irregolarità, negligenze o ritardi, valutando anche legittimità e merito degli atti..." attribuisce alla Difesa Civica una cognizione più ampia di quella del Giudice Amministrativo che è estesa al merito solo nelle tassative ipotesi contemplate dall'articolo 134 del Codice del Processo Amministrativo. Si tratta di un sindacato che non può però avere altri sbocchi se non quello della moral suasion, potendo eventualmente il Difensore Civico soltanto suggerire la revoca in autotutela dell'atto da lui ritenuto inopportuno o sconveniente per l'interesse pubblico.

considerarsi abrogata a seguito della riforma del titolo V della Costituzione)². Successivamente, la Legge 340 del 2000 ha introdotto nell'ordinamento un rimedio giustiziale innanzi al Difensore Civico a tutela del cittadino che lamenti violazioni del diritto di accesso agli atti. Il ricorso alla tutela giustiziale non preclude al richiedente la possibilità di percorrere anche la strada del ricorso giurisdizionale e, dunque, il nuovo istituto conferma la vocazione *“persuasoria”* della difesa civica, proseguendo nel solco tracciato dalle legislazioni regionali.

Ancora non sufficientemente valorizzata, nel quadro normativo così delineato, la funzione di tutela dei diritti umani ed anche quella antidiscriminatoria che gli ordinamenti sopranaziali (da ultimo va rammentata la Risoluzione 63/169 adottata dall'Assemblea Generale dell'Onu il 20 marzo 2009) riconoscono invece agli organi di Difesa Civica (qualunque sia la dizione con cui essi vengano definiti nei diversi Stati).

Un esplicito affidamento alla Difesa Civica di compiti di tutela antidiscriminatoria, pur se limitati all'ambito del processo penale, era stato introdotto, per il vero, dall'articolo 36 della Legge 104 del 1992 nel contesto di una regolamentazione a tutela dell'*assistenza, integrazione sociale e dei diritti delle persone handicappate*

La disposizione aveva previsto, al primo comma, un'aggravante ad effetto speciale (aumento da un terzo alla metà della pena) per alcuni gravi delitti contro la persona, se commessi ai danni di persona handicappata (la cui portata è stata estesa, dalla Legge 94 del 2009, a tutti i delitti non colposi elencati nei titoli XII e XIII del libro II del codice penale) volendosi produrre una rinforzata prevenzione nei confronti dei delitti commessi approfittando di situazioni di disabilità, ritenuti dal legislatore, per questa ragione, particolarmente odiosi.

E, nel secondo comma, aveva facoltizzato il Difensore Civico a costituirsi parte civile per affiancare la persona offesa nei processi aventi ad oggetto i reati sopra elencati.

Con ciò stabilendo una consistente eccezione alle regole generali sulla legittimazione processuale della parte civile che, in questo caso, non è chiamata ad agire per richiedere il risarcimento di un danno immediatamente e direttamente ascrivibile ad una lesione derivante dal reato ma per aggiungersi, quale titolare di un'azione pubblica *“antidiscriminatoria”*, al Pubblico Ministero ed agli eventuali danneggiati.

² La sentenza 112 del 6 aprile 2004 ha chiarito che il Difensore civico regionale è organo preposto alla vigilanza sull'operato dell'amministrazione regionale cui non può essere attribuita la responsabilità di misure sostitutive che incidono in modo diretto sull'autonomia dei Comuni.

Questa apprezzabile innovazione, consonante, come si è già osservato, con l'indirizzo internazionale in tema di competenze dalla Difesa Civica, aveva indicato la strada maestra di una funzione che potrebbe sempre di più ispirarsi, oltre che ad un ruolo di garanzia e di controllo dei diritti dei cittadini che entrano in relazione con la pubblica amministrazione, anche alla tutela dei diritti fondamentali dei più deboli, per l'affermazione, in primis, del principio costituzionale di egualianza.

Essa è rimasta purtroppo fino ad oggi inapplicata sull'intero territorio nazionale (per questa ragione mi è sembrato opportuno sollecitare le Procure della Repubblica della nostra Regione, come da lettera che viene allegata nella sezione documenti) ma ha aperto una strada ed indicato un percorso che potrebbe essere proseguito affidando alla Difesa Civica compiti di tutela dei diritti fondamentali del cittadino.

Occorre ora tornare al tema dell'impostazione tradizionale dell'istituto della Difesa Civica segnalando che essa è ancora per molti versi attuale, anche a fronte delle novità in tema di rapporti tra amministrazione e cittadino conseguenti alle numerose riforme del diritto amministrativo intervenute dal 1981 ad oggi.

Nel 1979, rammenta un recentissimo saggio³, venne pubblicato il Rapporto sui principali problemi dell'Amministrazione dello stato, a cura del Ministro (ed illustre giurista) Massimo Severo Giannini.

L'idea di fondo di quel lavoro era che l'amministrazione dovesse adeguarsi al nuovo ruolo che la democrazia, lo stato sociale e la Costituzione le avevano attribuito: il ruolo di fornitore di servizi per la collettività. Dunque un compito in radice diverso da quello tradizionale di custode dell'ordine e della legalità, longa manus del governo nell'attuazione delle leggi, assegnatole nel corso dell'ottocento.

Quelle riflessioni e quei suggerimenti, formulate alla fine degli anni settanta, purtroppo si dispersero e la prima legge di riforma del procedimento amministrativo -la 241 del 90- fu di corto respiro: un testo nato incompleto che tentò, senza riuscirvi, di generalizzare l'applicazione di alcuni istituti (il silenzio assenso, l'autocertificazione, la denuncia di nuova attività). Essa segnò l'incipit di un nuovo orientamento culturale, quello della semplificazione dell'attività amministrativa che negli anni successivi, a partire dal 1999, ha prodotto una moltitudine di interventi normativi che –a parere dell'autore citato⁴- hanno, in buona sostanza, complicato invece che semplificare: sono infatti meno agevoli i rapporti

³ Andrea Carapellucci, *L'imbroglio della semplificazione*, Roma 2016, pag 14.

⁴ Loco cit., pag 93. L'autore, a conferma delle proprie tesi, cita anche le conclusioni del recente rapporto intitolato: *Semplificazione: cosa chiedono cittadini*.

tra cittadini e burocrazia e i nuovi strumenti introdotti si sono rivelati fonte di ulteriori complicazioni.

Ecco perché, pure se a distanza di oltre trent'anni ed a fronte di una vera e propria rivoluzione copernicana in tema di trasparenza dell'attività amministrativa, l'articolo 2 della Legge del 1981 conserva, nella buona sostanza, la sua attualità.

Nell'attività della Difesa Civica, così come disegnata nelle prime leggi regionali che la hanno disciplinata, è certamente ricompresa⁵ anche una complessiva attività di controllo sul buon andamento della pubblica amministrazione e dunque ad essa non è mai stata estranea la tutela dei diritti fondamentali dei cittadini nei confronti dell'amministrazione nelle materie della salute, dell'ambiente e del lavoro: tant'è che in questa direzione, già da svariati anni, si è mosso l'ufficio del Difensore Civico Regionale del Piemonte.

E' tempo però di un **esplicito** riconoscimento normativo proprio con riferimento alla tutela dei diritti fondamentali, un riconoscimento che non lasci adito a dubbi e che consenta di conferire alla Difesa Civica maggiore autorevolezza nei confronti dei propri interlocutori istituzionali e, conseguentemente, di recuperare le potenzialità inespresse dell'istituto.

Con questo spirito il Coordinamento nazionale dei Difensori civici regionali ha presentato nel 2014 al Governo una proposta di adeguamento del tessuto normativo della Difesa Civica, da realizzarsi mediante l'approvazione di un testo di legge di rilievo nazionale. Quella proposta aggiunge alle tradizionali competenze anche **"un ruolo di garanzia del rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, così come definiti nella legislazione di settore"** ed un'azione ispirata alla tutela del **"rispetto dei principi di dignità della persona"**.

Al tema è dedicato l'ultimo capitolo della presente relazione, contenente sommessi suggerimenti sui possibili indirizzi di una rivisitazione delle norme vigenti nella nostra Regione che, indipendentemente dall'approvazione di una riforma di carattere nazionale, già da ora potrebbero essere utilmente introdotti.

e imprese, pubblicato dal Governo nell'aprile 2014.

⁵ L'articolo 90 dello Statuto della nostra Regione prevede: "(...) L'ufficio del Difensore Civico agisce a tutela dei diritti e degli interessi di persone ed enti nei confronti dei soggetti individuati dalla legge che esercitano una funzione pubblica o di interesse pubblico per garantire l'imparzialità, il buon andamento e la trasparenza dell'azione amministrativa".

4. IL TEMA DELLA SALUTE E DEI TAGLI ALLA SPESA SANITARIA

Tra le doglianze attinenti ad asserite violazioni di diritti fondamentali proposte a questo ufficio dai cittadini della Regione quelle di gran lunga maggioritarie hanno riguardato problematiche assistenziali, sanitarie e socio sanitarie attinenti a cittadini che si trovano in una affermata ovvero accertata “condizione di non autosufficienza”.

Si tratta di istanze che, come si dettaglierà nei successivi paragrafi della presente relazione, attengono ad ipotesi di omessa o ritardata o inadeguata prestazione di interventi da parte del sistema sanitario e/o di protezione sociale, in particolare con riferimento alle esigenze di una appropriata assistenza continuativa a favore di persone in condizioni di fragilità, tali da essere ricompresi nella categoria della non autosufficienza.

Tutte trovano un minimo comun denominatore nei tagli che hanno connotato la filosofia dei molteplici interventi normativi intervenuti negli ultimi anni, sia livello nazionale che locale, per ridisegnare la spesa destinata al funzionamento del nostro sistema sanitario e che conseguono alla scelta operata con la Legge 42/2009 di abbandonare il sistema della **“spesa storica”** per abbracciare quello dei **“fabbisogni e costi standard”**.

Tanto che i dati riguardanti i consuntivi¹ testimoniano di una riduzione in termini assoluti del valore della spesa per due anni consecutivi, nel 2011 e 2012, in controtendenza rispetto ai dati del precedente quinquennio in cui si era verificata ancora una dinamica di crescita nella misura dell’1,7% all’anno.

Risultato questo ottenuto sulla scorta della logica dei tagli lineari che “ha obbligato il sistema e le regioni ad intervenire indistintamente su alcuni settori che non necessariamente rappresentano punti di debolezza o fattori di spreco”² (così si legge testualmente nel documento prodotta dalla indagine parlamentare ora citata).

I tagli lineari alla spesa che hanno riguardato il servizio sanitario in Piemonte sono frutto della contrazione dello stanziamento devoluto dallo stato alla nostra regione che ha determinato una corrispondente riduzione del fondo sanitario regionale e sono stati praticati principalmente attraverso riduzioni di posti letto negli ospedali e nelle strutture post acuzie, mediante il blocco del turn over del personale, ed anche rinviando l’utilizzo di, pur disponibili, posti letti in residenze sanitarie per anziani.

¹ Conclusioni dell’Indagine Conoscitiva condotta dalle Commissioni riunite V e XII della Camera dei Deputati approvata nella seduta del 4 giugno 2013.

² Ivi pag 27.

Le ragioni che hanno indotto il “sistema” ad interventi così drastici sono note e possono essere così riassunte: da un lato l’incessante, gravissima, crisi economica ed i sempre più stringenti vincoli di finanza pubblica ad essa conseguenti, dall’altro le mutate dinamiche di invecchiamento della popolazione ed i costi crescenti sottesi all’evoluzione della scienza medica e delle tecnologie che essa promuove.

Il che purtroppo incrina quella posizione di spicco detenuta dal diritto alla salute nel quadro dei diritti di seconda generazione che aveva, nel passato, fatto ufficializzare alla Corte Costituzionale³ l’istanza di una sua “*piena ed esaustiva tutela*”. I più vicini interventi normativi statali di drastico contenimento della spesa sanitaria di cui si è detto trovano infatti la propria legittimazione in recenti decisioni che proprio la Corte ha dedicato, negli anni tra il 2005 ed il 2009, al contenzioso originato dalle doglianze regionali nei confronti di una legislazione statale ritenuta lesiva dell’autonomia legislativa e finanziaria delle regioni.⁴

Si tratta della sentenza 11/2005, secondo cui, anche dopo la riforma del titolo V, permane la necessità di rendere la spesa sanitaria compatibile con la limitatezza delle disponibilità finanziarie che annualmente è possibile destinare, nel quadro di una programmazione generale degli interventi di carattere assistenziale e sociale, al settore sanitario; della decisione 203/2008 secondo cui spetta allo stato il compito di evitare l’aumento incontrollato della spesa sanitaria, della sentenza 149/2010 secondo cui occorre realizzare un bilanciamento tra l’esigenza di egualanza connessa al godimento del diritto alla salute, da soddisfare nella misura più ampia possibile, e quella di riduzione della spesa sanitaria al fine di renderla compatibile con la limitatezza delle disponibilità finanziarie.

Una conferma del costante aumento di problematiche attinenti alla “presa in carico”, in particolare, degli anziani che ricadono in situazione di “non autosufficienza”, che dovrebbe realizzarsi attraverso modalità concrete di assistenza continuativa multidisciplinare (sanitaria, socio-sanitaria e sociale), trova riflesso nell’analisi dell’attività svolta annualmente in ambito sanitario e socio-sanitario da questo Ufficio del Difensore civico regionale.

Oltre la metà delle richieste di intervento rivolte dai cittadini, anche per lo scorso anno 2015, riguardano sotto diversi profili questioni attinenti la “non autosufficienza” e, in specie, anziani in condizione di “non autosufficienza”.

³ Sentenza 184 del 1988.

⁴ Manuale di diritto sanitario. AAVV, Bologna 2013, pag 121.

Si ritiene, pertanto, utile al fine di meglio individuare i confini di tale ambito di problematicità, dopo aver evidenziato **dati e considerazioni generali** relativi alla situazione italiana e piemontese, dare sinteticamente atto delle **principali tipologie specifiche di richieste di intervento e segnalazioni pervenute al Difensore civico nell'anno 2015**, in particolare da familiari e congiunti di cittadini ultrasessantacinquenni "non autosufficienti".

5. IL CASO DEGLI ANZIANI "NON AUTOSUFFICIENTI":

la sfida della effettiva realizzazione di un assistenza continuativa multidisciplinare.

5.1 Dati e considerazioni per un'analisi della questione.¹

La fotografia della situazione

L'invecchiamento della popolazione è uno dei più grandi fenomeni socio-demografici dei nostri tempi; recenti dati ISTAT evidenziano che oltre il 21% della popolazione italiana ha 65 anni o più, ben 13,2 milioni di anziani in termini assoluti, di cui la metà (6,6 milioni) con più di 75 anni.

D'altro canto, tale processo non può dirsi in alcun modo concluso: si stima che la quota di popolazione relativa agli ultrasessantacinquenni raggiungerà il suo picco (20-26% della popolazione totale delle singole Regioni) non prima della decade 2050-2060.

Da ciò deriva l'aumento di quella parte di anziani gravati da bisogni sanitari e socio-assistenziali che necessitano di assistenza di tipo continuativo.

Ancora l'ISTAT, a livello nazionale, stima che nel 2013 circa 2,5 milioni di anziani avessero limitazioni funzionali:

- limitazioni relative all'attività quotidiana (1,6 milioni di anziani, tasso nazionale del 12,8%);
- limitazioni relative al movimento (1,3 milioni, 10,2%);
- limitazioni che si sostanziano nel "confinamento" (costrizione permanente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici) (1.2 milioni, 9,4%).

In particolare, per quanto riguarda il Piemonte e, in specie, persone a partire dal 65° anno di età, dalla stessa indagine ISTAT 2013 si possono evincere valori percentuali di circa il 9% per le limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, di circa l' 8,8% per le limitazioni nel movimento, di circa il 6,3 % per le limitazioni che attengono al "confinamento".

Ora, tenuto conto dei crescenti bisogni specifici degli anziani non autosufficienti, strettamente connessi alle predette limitazioni funzionali, la questione per le Pubbliche

¹ dati da 5° Rapporto "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia", promosso dall'IRCCS-INRCA per il Network nazionale per l'invecchiamento, edito nel novembre 2015 da Maggioli.

Amministrazioni è individuabile nel riuscire a soddisfare la complessità di tali bisogni, nel segno della continuità, con adeguati e coordinati interventi da parte del sistema sanitario e di protezione sociale, nello stesso tempo rispettando i vincoli di bilancio, alla luce dell'attuale situazione di crisi economica, recessione e tagli della spesa pubblica.

Nell'analizzare il sistema italiano di assistenza continuativa agli anziani "non autosufficienti", ci si deve prioritariamente confrontare con le interdipendenze e complementarietà tra settori pubblico, familiare che si sono sistematizzate nel tempo.

In Italia si è tradizionalmente, seppure implicitamente, fatto affidamento, anche da parte dei soggetti pubblici, sul ruolo della famiglia, sia in termini di cure informali prestate da *caregiver* familiari (persone che forniscono aiuto ad un familiare nelle attività della vita quotidiana o in quelle strumentali, così come nella gestione delle cure, nell'accompagnamento e in altre attività di supporto), sia in termini di pagamento di servizi privati di assistenza e cura (assistanti familiari ovvero "badanti", assistenza domiciliare privata, servizi privati integrativi al Servizio Sanitario garantiti mediante strumenti assicurativi).

Tuttavia, sulla scorta di fattori demografici, sociali ed economici, anche questo segmento di *welfare*, sostenuto fino ad ora dalle famiglie andrà diminuendo significativamente. Così come evidenziato nel sopra menzionato Rapporto sull'"L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia", il rapporto tra persone adulte (45-64 anni) e anziani (75 e più anni) si dimezzerà per il 2050, con minori possibilità per i figli di fornire cure intergenerazionali.

Il sistema pubblico di assistenza agli anziani "non autosufficienti" si trova, pertanto, di fronte alla necessità di riformarsi in modo equo, appropriato e sostenibile a lungo termine, prendendo atto degli specifici interrogativi non solo scientifici ma anche culturali posti dalle condizioni di cronicità connesse alla "non autosufficienza" negli anziani.

Oggi, il sistema pubblico di assistenza sanitaria, socio-assistenziale e sociale agli anziani "non autosufficienti" si basa, principalmente, su tre categorie di interventi:

1. servizi di assistenza domiciliare, che includono sia prestazioni domiciliari di natura sanitaria o socio-sanitaria, sia prestazioni domiciliari di natura socio-assistenziale,
2. servizi di assistenza residenziale o semi-residenziale, che includono i presidi residenziali, socio-sanitari e socio-assistenziali per anziani non autosufficienti, i centri diurni, nonché i reparti di degenza per non acuti in ambito ospedaliero,

3. trasferimenti monetari di natura assistenziale, che includono l'indennità di accompagnamento per invalidità civile.

5.2 Il monitoraggio degli interventi.

Veniamo ora ad un'analisi di dati nel dettaglio, riguardanti ciascuna tipologia di servizi, prestazioni, ovvero benefici prevista dal sistema pubblico .

5.2.1 I servizi domiciliari

Si considera, in primo luogo, l'Assistenza domiciliare quale prevista dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 tra i LEA nel menzionato Allegato 1C e prestata dalle Aziende Sanitarie Locale con l'obiettivo di assicurare un insieme integrato di trattamenti sanitari e socio-sanitari, erogati al domicilio della persona non autosufficiente.

La copertura del servizio, benché teoricamente assicurata su tutto il territorio nazionale, risente ancora di una forte frammentazione territoriale, non solo ascrivibile a dimensioni geografiche, quanto piuttosto a politiche regionali e locali.

In particolare, per quanto riguarda le prestazioni domiciliari attinenti all'A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) nel 2012, rispetto ad una media nazionale di accesso a tali prestazioni degli italiani ultrasessantacinquenni, che si attestava sul 4,3 %, il Piemonte, con un dato 2012 del 2,1 %, veniva annoverato tra le Regioni con tassi di accesso più bassi e inferiori al 3%, insieme a Campania, Puglia, Toscana, Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta. Tutto ciò, tenendo conto che, seppure nel medio termine, tra il 2005 e il 2012, tutte le Regioni hanno visto crescere la copertura del servizio, nel breve periodo (confronto anni 2011- 2012), quasi tutte le Regioni hanno registro una stabilità ovvero una contrazione del dato.

Per quanto attiene all'intensità dell' Assistenza domiciliare integrata prestata, dall'esame di dati ISTAT e Ministero della salute del 2015, emerge una notevole variabilità rispetto al numero di ore del servizio fornite durante l'anno per ciascun anziano non autosufficiente, se la media italiana, nel 2012, assommava a 21 ore di ADI, per il Piemonte il dato si attestava, per tale anno a 15 ore.

La seconda tipologia di Servizio di assistenza domiciliare considerata si riconduce a quel complesso di prestazioni e servizi socio – assistenziali erogati da Comuni o loro Consorzi ai residenti nei loro territori.

I più recenti dati forniti dall'ISTAT mostrano che solo l'1,3% della popolazione anziana italiana ha avuto accesso a tale Servizio nel 2012; confermando per quasi tutte le Regioni

un *trend* negativo, per lo più risultante dall'impatto dei tagli ai fondi statali per la spesa sociale e per la non autosufficienza nel periodo 2011-2012, con un dato relativo alla Regione Piemonte, da cui risulta, per il periodo 2005-2012, una diminuzione del 0,6%, rispetto alla percentuale di accessi 2005 (1,4%).

Sempre sulla scorta di dati recentemente forniti dall' ISTAT e relativi al 2012, si evince una eterogeneità dell'intensità del Servizio prestato sul piano nazionale che, contro una spesa media nazionale per utente ultrasessantacinquenne di 2.090 euro, vede il dato del Piemonte attestarsi su 1.281 euro per utente.

5.2.2 I servizi residenziali

Per quanto riguarda la dotazione di posti letto per utenti anziani ultrasessantacinquenni in presidi residenziali, in base alle risultanze di indagine ISTAT su *"Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari"*, mentre la maggior quota delle Regioni italiane vede una diminuzione del dato, probabile conseguenza di politiche (nazionali o locali) tese a favorire la permanenza nella propria abitazione dell'anziano, con un dato medio nazionale di posti letto ogni 100 anziani autosufficienti e non autosufficienti, nel 2012, di 2,3, il Piemonte vede il predetto dato, costante nel periodo 2010 – 2012, assommare a 4 posti letto ogni 100 anziani (autosufficienti e non autosufficienti).

Soffermandoci, peraltro, sul dato riguardante la dotazione di posti letto per anziani ultrasessantacinquenni "non autosufficienti" in presidi residenziali, il tasso nazionale relativo al 2012 di 1,7 posti letto ogni 100 anziani, vede il Piemonte attestarsi ad un livello maggiore, ovvero a 2,3 posti letto ogni 100 anziani, con una accertata necessità di cure a livello medio e alto per oltre il 90% dei soggetti.

5.2.3 I servizi ospedalieri post-acuzie

L'area post-acuzie dell'assistenza ospedaliera rappresenta sostanzialmente uno dei nodi cruciali della rete di assistenza continuativa degli anziani "non autosufficienti".

Tale area, interessata da nuovi standard nazionali di programmazione in ordine alla dotazione (relativa a tutta la popolazione italiana) di posti letto per acuti (massimo 3 per 1.000 abitanti) e non acuti (massimo 0,7), fissati con legge 7 agosto 2012 n.135, sulla base di dati messi a disposizione nel 2013 dal Ministero della salute, a fronte di un dato medio nazionale relativo ai pazienti ultrasettantacinquenni di circa 20 pazienti su mille ricoverati in riabilitazione in regime ordinario e di circa 12 in lungodegenza, vede per il

PiEMONTE un dato medio di circa 25 pazienti ultrasettantacinquenni su mille ricoverati in riabilitazione e di circa 15 in lungodegenza.

5.2.4 I trasferimenti monetari

L'indennità di accompagnamento, all'interno del sistema pubblico di assistenza continuativa a favore degli anziani "non autosufficienti" ha assunto negli anni il ruolo di principale misura di supporto dello Stato, a fronte di bassi livelli di copertura dei bisogni fornita dagli altri servizi di assistenza (Servizi di assistenza domiciliare di valenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale, presidi residenziali, ecc.).

Secondo dati della Ragioneria generale dello Stato, dell'INPS e ISTAT, dopo un periodo di stabilizzazione della spesa pubblica per indennità di accompagnamento (2010-2011), la spesa nominale per indennità di accompagnamento ha ripreso a crescere nel biennio 2012-2013, registrando aumenti su base annua del 2,4% nel 2012 e del 2,7% nel 2013, superando i 10 miliardi di euro.

Occorre, peraltro, considerare che quasi la metà di questi aumenti sono dovuti all'adeguamento all'inflazione dell'indennità.

Altro dato rilevante è rappresentato dall'aumento marginale della spesa pubblica, in un contesto di calo di beneficiari dell'indennità, testimoniato da dati ISTAT che evidenziano in tutte le Regioni italiane una contrazione della percentuale di anziani beneficiari nel periodo 2010-2013, quantificabile in un -0,7% a livello nazionale.

I dati regionali calcolati sulla base dei beneficiari ultrasessantacinquenni dell'indennità, inoltre, testimoniano come quasi sull'intero territorio nazionale la componente più numerosa di utenti sia quella ultraottantacinquenne, con una percentuale che nelle Regioni centro-settentrionali supera la metà del totale dei beneficiari.

Tutto ciò, considerando che in tali Regioni il tasso riferito alla fascia di età dai 65 ai 74 anni è di circa il 10-15%.

In tale contesto, si osserva altresì come "gli assegni di cura", ovvero i contributi economici rivolti a persone anziane non autosufficienti e ai loro familiari, finalizzati a sostenere l'onere dell'assistenza fra le mura domestiche, oggetto di numerosi interventi e di consistenti stanziamenti da parte delle competenti pubbliche amministrazioni nel primo decennio di questo secolo, successivamente e fino ad oggi, in specie in concomitanza con la riduzione dei fondi statali di trasferimento e la conseguente crisi finanziaria degli Enti

Locali, abbiano registrato una battuta d'arresto, con conseguente contrazione dei beneficiari e delle somme a tal fine destinate.

In conclusione, una prima disamina sui dati disponibili porta ad evidenziare criticità e squilibri nel sistema di assistenza agli anziani "non autosufficienti"; al riguardo non limitando l'elaborazione di possibili profili risolutivi unicamente alla questione del livello complessivo di spesa pubblica o, in specie, alla spesa per i servizi di continuità assistenziale, ma soprattutto all'allocazione anche territoriale delle risorse.

5.3 L'eredità della crisi

La scarsità delle risorse pubbliche disponibili per l'assistenza continuativa agli anziani "non autosufficienti" determinata dalla crisi economica ha certamente acuito la crescente distanza dei servizi e prestazioni offerte dagli effettivi loro bisogni sanitari e socio-sanitari, pur in presenza di un complesso sistema di norme di legge e regolamentari, nazionali e regionali.

Le conseguenze rilevanti di tale situazione a carico degli anziani "non autosufficienti" possono essere analizzate sotto diverse angolazioni:

- quella relativa all'utenza dei servizi, ai criteri di accesso ai servizi ed ai costi a carico dei cittadini;
- quella relativa ai cambiamenti sostanziali della natura degli interventi erogati, all'indebolimento dei percorsi di "continuità assistenziale" previsti a favore degli anziani "non autosufficienti" ed all'uso improprio dei servizi;
- quella relativa alla connessione tra non autosufficienza e rischio di povertà.

5.3.1 Utenza dei servizi, criteri di accesso ai servizi e costi a loro carico

Mentre nel primo decennio di questo secolo la percentuale di anziani "non autosufficienti" utenti dei servizi di assistenza pubblica sanitaria, socio-sanitaria e sociale è progressivamente cresciuta, a fronte di una parallela crescita qualitativa e non solo quantitativa del sistema, l'esplodere e l'acuirsi della crisi economica, ha prima interrotto tale crescita, e, in seguito condotto ad una riduzione della platea dell'utenza in pressoché tutte le tipologie d'intervento.

In particolare, in diversi contesti si è evidenziata la variazione nei requisiti di accesso ai servizi di assistenza continuativa previsti a favore degli anziani "non autosufficienti" in direzione di una maggiore selettività, attraverso l'innalzamento del livello di gravità minimo

per potervi ricorrere, in un contesto che vede, parallelamente, l'allungamento dei tempi di attesa per eccedere alla preliminare valutazione geriatrica multidimensionale.

Parallelamente è stato segnalato un mutamento nella tipologia di utenti delle strutture residenziali, nel segno di un aggravamento delle condizioni degli anziani che richiedono il ricovero, frequentemente affetti da gravi patologie degenerative.

Tutto ciò in conseguenza dell'incrocio tra elevato importo delle quote alberghiere e ridotta disponibilità economica delle famiglie.

L'interruzione dell'aggiornamento delle quote sanitarie da parte delle Regioni, allo scopo di controllare la crescita della spesa in specie per quelle soggette a Piano di rientro, ha in taluni casi condotto ad un aumento di costi a carico delle famiglie, dovuto a sostanziali aumenti delle quote alberghiere di ricovero, attuate anche mediante richiesta da parte dei gestori delle strutture residenziali di quote relative a costi per servizi "aggiuntivi".

Tali tendenze sopra illustrate hanno condotto numerose famiglie ad assumersi in modo crescente l'onere della cura dei propri coniungi anziani non autosufficienti, con possibili ricadute psico-fisiche e, talora, il rischio di cure inappropriate o insufficienti.

Ancor più, in situazioni di particolare criticità economica, le famiglie dovendo coniugare le esigenze di cura del proprio coniunto con quelle di sussistenza del nucleo familiare, hanno rinunciato all'inserimento dell'anziano in struttura, inducendo talora componenti della famiglia a rinunciare al lavoro per accudire personalmente l'anziano, quale soluzione meno onerosa.

Sono altresì emersi segnali di una potenziale "competizione" tra soggetti fragili, tenuto conto che le determinazioni riguardanti l'utilizzo di risorse pubbliche per il welfare sociale (inteso quale insieme dei servizi e interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi) sono necessariamente conseguenti ad una scelta di tipo allocativo tra le diverse tipologie di utenza.

In tale contesto, a titolo esemplificativo, si consideri che a fronte della complessiva spesa sociale dei Comuni, nel periodo intercorrente tra il 2005 ed il 2012 (ultimi dati ISTAT disponibili), la quota dedicata agli anziani fa segnare in Italia (e tale tendenza è rilevabile in tutte le aree del Paese), una diminuzione di 4,3 punti percentuali (per l'Area territoriale Nord – Ovest il dato è di 4,5 punti).