

**Misura delle liste di attesa e
complementarietà dei
servizi per la valutazione del bisogno
di cura mediante l'uso di microdati**

*Francesco Bertoni, Paolo Bosi, Marilena
Lorenzini*

CAPPaper n. 119
settembre 2015



Università di Modena e Reggio
Emilia Facoltà di Economia
Marco Biagi



Università di Bologna
Dipartimento di Scienze
Economiche

CAPP - Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche
Dipartimento di Economia Politica - Università di Modena e Reggio Emilia
Ufficio 54 - Ala Ovest

Viale Berengario, 51 41100 Modena - ITALY
phone: +39 059 2056854 fax: +39 059 2056947
email capp@unimo.it

Misura delle liste di attesa e complementarietà dei servizi per la valutazione del bisogno di cura mediante l'uso di microdati

Un'applicazione ai servizi per la non autosufficienza della provincia di Bologna

di

Bertoni, F., Bosi, P., Lorenzini, M¹.

Paper for the Espanet Conference
“Welfare in Italia e welfare globale: esperienze e modelli di sviluppo a confronto”
Fisciano (SA), 17-19 settembre 2015

¹ Rispettivamente Servizio Politiche Sociali e per la Salute Città Metropolitana di Bologna; Capp, Università di Modena e Reggio Emilia; Fondazione Ermanno Gorrieri per gli studi sociali di Modena. Si ringraziano Anna Del Mugnaio, Monica Minelli ed Alice Scagliarini per il contributo e le osservazioni nella fase della realizzazione del lavoro.

Indice

Introduzione

Capitolo primo

L'economia e l'organizzazione dei servizi di cura alla non autosufficienza: richiami generali

Capitolo secondo

Il sistema informativo Garsia, il suo utilizzo per la programmazione e il monitoraggio e alcuni aspetti metodologici sull'uso dei dati

Capitolo terzo

Analisi degli utenti in carico e complementarietà dei servizi erogati

Capitolo quarto

L'efficacia dei servizi di ricovero in strutture protette valutata attraverso le liste di attesa

Conclusioni

Bibliografia

Introduzione

Un monitoraggio adeguato dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi offerti dal sistema sanitario per l'assistenza alla non autosufficienza di persone anziane ha come premessa imprescindibile la costruzione di un sistema informativo fondato su microdati. In questo lavoro si cerca di fornire argomenti a favore di questo assunto studiando un contesto istituzionale ristretto: l'insieme dei distretti sanitari della provincia di Bologna, utilizzando una preziosa fonte di dati di cui è dotata l'Azienda USL provinciale: il sistema Garsia, che è in grado di soddisfare il requisito richiamato.

Con riguardo all'*efficienza* l'attività di monitoraggio molto spesso si concentra sulla misura del costo unitario di un'unità di servizio, della quantità offerta e quindi della spesa complessiva dei servizi: tali informazioni costituiscono infatti la premessa necessaria per potere effettuare almeno comparazioni della dinamica di tali grandezze nel tempo e nello spazio (ad esempio, confrontandole per diversi distretti). Di questi problemi ci siamo già occupati in precedenti ricerche in cui si è tentato di fornire stime dei costi unitari dei principali servizi a favore della popolazione anziana nei diversi distretti della provincia di Bologna².

Con riguardo all'*efficacia*, il problema è di disporre di misure adeguate del bisogno di cura della popolazione interessata e del grado di copertura dello stesso realizzato attraverso l'intervento offerto dai servizi sociali. L'oggetto di questo lavoro è precisamente lo studio di alcuni aspetti relativi alla misura dell'efficacia dei servizi, seguendo un approccio relativamente nuovo che pone come *unità di analisi non il servizio, ma l'individuo*.

Nel primo capitolo di questa ricerca esporremo anzitutto alcune nozioni generali che attengono alle ragioni economiche e ai giudizi di valore che solitamente giustificano l'intervento pubblico in quest'area del welfare e alle caratteristiche dei diversi meccanismi allocativi che presiedono all'assegnazione dei servizi ai soggetti che ne facciano domanda. Pur trattandosi di nozioni acquisite tra gli studiosi e i *policy makers*, ci pare utile richiamarle per meglio identificare il contenuto innovativo di questa ricerca.

Nel secondo capitolo si discutono le caratteristiche del sistema informativo Garsia e il suo utilizzo per la programmazione e il monitoraggio, con osservazioni sulla metodologia e sull'utilizzo dei dati.

Il terzo capitolo contiene l'analisi dell'offerta dei servizi per anziani non autosufficienti. Ciò che caratterizza questa nostra ricerca rispetto ad altre, incluse quelle da noi svolte in passato è il fatto che l'unità di analisi è qui rappresentata dall'individuo e non dalla tipologia di servizi offerti. Questa circostanza assume un'importanza notevole nei casi – come quello dei servizi di cura ai non autosufficienti – in cui uno stesso individuo abbia necessità e possa essere destinatario di una pluralità di servizi erogati anche contemporaneamente. L'efficacia della politica pubblica assume infatti connotati diversi quando è possibile documentare l'offerta di più servizi, mettendo in rilievo, ove rilevante, l'eventuale complementarietà tra gli stessi.

Un altro aspetto innovativo di questo capitolo è il tentativo di misurare, anche se ancora in modo preliminare e insoddisfacente, la durata e la sequenza con cui vengono offerti i servizi, a seconda del grado di complementarietà e sostituibilità che li caratterizza. Poiché il bisogno di cura è molto variabile da soggetto a soggetto e nel tempo, è importante monitorare come il pattern dei servizi offerti si adatti alle esigenze del beneficiario. Assumendo come unità di riferimento l'individuo, l'analisi dovrà fare riferimento non solo a grandezze rilevate in un dato istante del tempo (ad esempio numero di pazienti ricoverati al 31 dicembre di un dato anno), ma anche a grandezze di flusso (ad es. per quanto tempo nell'arco di un anno un soggetto ha fruito di un servizio).

² Si vedano Bertoni, F., Bosi, P., Lorenzini, M., Scagliarini, A., Paltrinieri, P., 2012; Bertoni, F., Bosi, P., Lorenzini, M., 2012; e, più indietro nel tempo, con riferimento ad una diversa dimensione territoriale: Bosi P., Bertoni F., Lorenzini M., 2009.

Il quarto capitolo affronta un tema poco studiato, ma assai importante per la valutazione dell'efficacia dei servizi socio sanitari, rappresentato dalla dimensione e caratteristiche delle liste di attesa dei cittadini che abbiano fatto richiesta di servizi di ricovero in strutture protette. Anche questo aspetto rappresenta una novità nel panorama delle ricerche sulla valutazione, che mette al centro dell'attenzione la variabile più significativa per valutare la solidità del meccanismo allocativo di un servizio pubblico.

Su entrambe le linee di analisi la presentazione dei dati sarà realizzata facendo riferimento a tutto il 2013 per i dati di flusso e al 31 dicembre 2013 per i dati di stock. Quando rilevante per meglio analizzare l'efficacia comparativa dell'offerta l'analisi verrà fatta sui singoli distretti e non solo sull'intera realtà territoriale.

Capitolo Primo

L'economia e l'organizzazione dei servizi di cura alla non autosufficienza: richiami generali

Lo scopo di questo capitolo è di richiamare i principali problemi che si pongono alla realizzazione di attività di valutazione e monitoraggio dell'efficacia dei servizi di cura. Tale richiamo è importante al fine di rendere esplicito il contesto generale e il punto di vista (quello dell'economia pubblica e dell'organizzazione dei servizi sociali) in cui la ricerca si colloca. Solo se si tiene conto di questi nodi problematici generali è possibile comprendere l'importanza dei due aspetti sottolineati in questo lavoro: la complementarità tra servizi pubblici e il ruolo segnaletico delle liste di attesa.

I servizi di cura: beni privati o meritori?

È ben noto che per beni o servizi che posseggano i connotati di beni privati (vale a dire rivali ed escludibili), il meccanismo allocativo che consente di realizzare efficienza è rappresentato dal mercato, in cui domanda e offerta si confrontano e, se in condizioni di concorrenza perfetta, definiscono un prezzo che corrisponde a situazioni di ottimalità (paretiana). In tal caso la necessità di un intervento pubblico non esiste se non per realizzare finalità redistributive.

I servizi di cura per persone non autosufficienti sono dal punto di vista strettamente tecnico beni privati e quindi il mercato potrebbe (dovrebbe, almeno secondo le teorie dominanti) rappresentare il meccanismo allocativo privilegiato. Tuttavia in tutti i sistemi di welfare la soddisfazione della domanda dei servizi è realizzata non solo dal mercato, vale a dire dall'offerta privata, ma in misura molto rilevante anche da servizi prodotti all'interno della famiglia e dal settore pubblico, istituzioni che rispondono a logiche non riconducibili a quelle del mercato. Le ragioni dell'intervento pubblico possono infatti essere spiegate sulla base dell'idea che tali servizi siano *beni meritori*, a cui l'autorità pubblica attribuisce un valore sociale, indipendente da quello manifestato/percepito dai cittadini, o perché tali beni e servizi sono considerati *beni primari*, secondo impostazioni a cui anche chi scrive attribuisce un rilevante potere esplicativo, che almeno in una qualche misura devono essere garantiti a tutti i cittadini. La misura e le caratteristiche dell'offerta pubblica possono variare a seconda di diversi giudizi di valore, in particolare se l'offerta debba essere universale o prevedere (non prevedere) una compartecipazione al costo da parte del beneficiario.

Nel contesto istituzionale in cui si muove questa ricerca, la risposta a questi quesiti potrebbe essere trovata nella definizione di *livelli essenziali delle prestazioni sociali*, per usare l'espressione adottata dalla nostra carta costituzionale. Tale definizione sinora non è però ancora stata realizzata per i servizi di cui ci occupiamo. Ciò lascia indeterminato quali siano esattamente i diritti esigibili del cittadino e, dal punto di vista finanziario, la dimensione delle risorse che devono essere investite nella fornitura dei servizi, oltre alle modalità organizzative (offerta solo pubblica o mista pubblico/privato, come solitamente avviene, sulla base di criteri generali di accreditamento). In mancanza di un metro sicuro – è questa una prima difficoltà teorica - risulta molto incerto ogni giudizio sull'efficacia dell'azione svolta dall'amministrazione.

Il bisogno di cura: un «experience good» variabile nel tempo

La domanda di servizi di cura, che rappresenta il modo ordinario in cui il cittadino esprime un bisogno di cura, non è sempre pienamente consapevole e univocamente indirizzata. Il bisogno di cura per un anziano non autosufficiente, come la ricerca di un livello soddisfacente di salute, è per molti aspetti un *experience good* e causa carenze informative rispetto a quali siano le strategie migliori per risolvere i propri problemi. Tale problema incrina uno dei cardini dell'analisi economica tradizionale: la preesistenza di chiare preferenze da parte degli attori. Quando si verificano situazioni di questo tipo la teoria economica suggerisce di prendere in considerazione la formazione di istituzioni che abbiano la capacità di mediare la domanda del cittadino e il potenziale

offerente dei servizi (nel nostro caso il giudizio del medico di base, o di commissioni pubbliche). La creazione di tali istituzioni non è però agevole, in quanto è spesso difficile individuare soggetti in grado di esprimere in modo imparziale le esigenze del soggetto bisognoso. E questo è un secondo importante nodo problematico che l'offerta o la regolamentazione pubblica deve affrontare.

Oltre alla caratteristica dell'indeterminatezza, i bisogni di cura, comparativamente ad altri bisogni, presentano per un medesimo soggetto caratteri di accentuata variabilità nel tempo. La caduta nella condizione di autosufficienza o mutamenti abbastanza radicali del bisogno possono avvenire spesso in modo repentino, richiedendo approntamenti rapidi di cure. Anche in condizioni di relativa normalità del bisogno, in connessione a modificazioni esterne, ad esempio di eventi riguardanti la famiglia di riferimento, si possono manifestare esigenze immediate che richiedono adattamenti seppure temporanei del mix di cure opportune. L'adattabilità dell'offerta diventa quindi un requisito molto importante per realizzare un servizio efficace.

Pluralità dei destinatari dei servizi di cura: non autosufficiente e caregiver. Ruolo della famiglia, norme sociali e modelli di welfare

A differenza di altri settori del welfare (compreso quello ad esso più affine, la sanità) i servizi di cura per la non autosufficienza trovano risposta in misura molto ampia nella *famiglia* (in senso lato) dell'anziano. Non esiste un consenso unanime, dal punto di vista teorico, e quindi anche nella prassi amministrativa, su quale sia la dimensione ottimale di questa risposta. Le scelte storiche sono influenzate in misura considerevole da motivazioni di tipo ideologico ed etico. Da un lato, a favore dell'intervento della famiglia, vi è l'idea difficilmente contestabile che la persona non autosufficiente preferisca soluzioni che non lo allontanino dalla famiglia e dalla propria residenza (l'obiettivo ampiamente praticato in questa regione dalla "*domiciliarità*"). Dall'altro lato, il favore attribuito alla soluzione domiciliare pone il problema dei *caregiver familiari*, solitamente di sesso femminile, e quindi della valorizzazione del lavoro non pagato e dell'incentivo all'offerta di lavoro in attività di mercato. A ben vedere - e nella prassi amministrativa ciò è sempre più acquisito - i servizi di cura per non autosufficienti hanno in realtà due distinti destinatari: il soggetto non autosufficiente e il *caregiver familiare*, che opera sulla base di motivazioni affettive altruistiche, nell'ambito di relazioni di parentela o amicali, il cui contenuto è determinato in modo impreciso in considerazione della soggettività delle motivazioni che ispirano tali comportamenti che si ispirano alle *norme sociali* prevalenti.

Il ruolo e l'importanza di attenzione per il *caregiver* è oggetto di valutazioni non sempre concordanti. Secondo impostazioni che si ispirano a valori tradizionali del modello di welfare continentale, nella classificazione ben nota di Esping Andersen, fortemente sollecitati da movimenti di ispirazione religiosa, si attribuisce un ruolo preminente alla funzione della famiglia e quindi è ad essa che si fa prioritario riferimento, ritenendosi normale che il *caregiver familiare*, se presente, si faccia carico delle cure degli anziani non autosufficienti presenti nella famiglia, prima del mercato o del servizio pubblico. Secondo invece impostazioni del welfare più affini alle teorie economiche (neoclassiche) dominanti, la preoccupazione maggiore è che la valorizzazione del lavoro di cura familiare volontario costituisca un disincentivo all'ampliamento dell'offerta di lavoro nel mercato, a cui è attribuito un ruolo rilevante per la promozione della crescita economica. Infine, secondo altre impostazioni, quelle che si ispirano alla *filosofia dello sviluppo umano*, a cui va peraltro il favore di chi scrive, la valorizzazione del lavoro di cura non pagato dovrebbe essere esplicitamente considerato nel disegno delle istituzioni sociali, ricevendo riconoscimenti non diversi da quelli che si attribuiscono al lavoro svolto nel mercato e con particolare attenzione ad evitare discriminazione sotto il profilo del genere.

Tra questi due obiettivi (soddisfazione del bisogno del non autosufficiente e attenzione al ruolo del caregiver) esiste quindi un *trade off*, che non ha facile soluzione e che comunque ha sullo sfondo visioni abbastanza alternative di modelli di welfare. Spesso poi le scelte che presiedono le politiche su questo specifico aspetto sembrano condizionate più da vincoli finanziari che da considerazioni di carattere equitativo o di efficienza. Le motivazioni che hanno presieduto alla

creazione dello strumento dell'assegno di cura sono un esempio abbastanza chiaro dell'intreccio di motivazioni non sempre componibili. Questo intreccio di motivazioni fa tuttavia comprendere come non sia agevole valutare l'efficacia se manca una chiara indicazione dei giudizi di valore a cui informarla.

Pluralità degli attori sul lato dell'offerta: famiglia, mercato e stato

Alla pluralità di soggetti destinatari dei servizi (non autosufficiente, *caregiver*) si contrappone una pluralità di soggetti protagonisti nell'offerta dei servizi di cura: mercato, famiglia e stato (sanità, comune, stato centrale). Anche sotto questo profilo, teoria e prassi amministrative non offrono chiare linee guida che ne definiscano la dimensione assoluta e relativa. Anche sul piano empirico, al momento, non si dispone di alcuna ragionevole stima delle risorse destinate a tali servizi, intesa come somma della spesa *out of pocket* dei cittadini, della valorizzazione dei servizi di cura e della spesa pubblica. Sotto il profilo economico è poi utile richiamare che tali modalità di offerta, soprattutto se si considera l'intera gamma dei soggetti coinvolti (offerta privata, familiare, pubblica) non sono sempre sostitutive l'una dell'altra, ma presentano molto spesso aspetti di complementarità. Carattere sostitutivo ha senza dubbio il ricovero in struttura protetta, in ragione del ruolo totalizzante di questa soluzione istituzionale. Ma tutti gli altri hanno quasi sempre ampi connotati di complementarità. La cura di un individuo non autosufficiente quasi sempre richiede sia acquisti di servizi sul mercato, sia lavoro di cura non pagato, sia servizi pubblici. Ciò significa che affinché venga soddisfatto in misura adeguata il bisogno del soggetto bisognoso l'amministrazione pubblica deve avere una conoscenza appropriata non solo del proprio ambito di attività, dimostrando capacità di adattamento dei propri servizi alla natura e dinamica dei bisogni soggettivi, ma anche del ruolo svolto dal mercato e dalla famiglia e avere adeguate capacità di adattamento della propria offerta. Si tratta, come è chiaro, di requisiti informativi molto esigenti.

Complicazioni legate alla compartecipazione al costo del beneficiario del servizio

Sotto il profilo del finanziamento del costo dei servizi di cura, si è ricordato che non si dispone, nella teoria e nella prassi amministrativa, di regole abbastanza chiare per individuare la misura in cui il costo degli stessi debba essere ripartito da un lato tra il cittadino bisognoso (ed eventualmente i suoi familiari), sotto forma di spesa privata *out of pocket* e compartecipazione al costo nel caso di offerta pubblica, e, dall'altro lato, lo stato, per finanziare, attraverso imposte generali, la differenza tra il costo dei servizi e la compartecipazione di chi li fruisce. Con riguardo alla componente pubblica, si può affermare che il meccanismo di finanziamento dei servizi di cura è riconducibile alla forma di entrata nota in dottrina come *tassa*, appropriata per servizi a domanda in cui la compartecipazione copre solo una parte del costo, in quanto si attribuisce alla fornitura del servizio la creazione di un'esternalità positiva o la realizzazione di diritti di cittadinanza, come tali da finanziare con le imposte.

Il problema applicativo di questa forma di entrata è la definizione del livello di copertura del costo dei servizi mediante compartecipazione. Purtroppo è infatti molto difficile quantificare il vantaggio generale (esternalità o diritto di cittadinanza) che si intende tutelare. Inoltre la presenza di una compartecipazione al costo introduce una complicazione nel processo di identificazione della misura del bisogno del cittadino. Anche se inferiore al costo, la compartecipazione può limitare l'espressione della domanda da parte del cittadino. In ogni caso è probabile che i giudizi di valore prevalenti, se ispirati a valori di uguaglianza, inducano a introdurre meccanismi redistributivi atti a realizzare obiettivi di equità più esigenti di quelli indotti dalla parziale adozione di meccanismi di mercato³. Anche questo aspetto rende molto difficile fornire una valutazione corretta dell'efficacia di un servizio pubblico.

³ Per una discussione di questo problema con riferimento al servizio della scuola di infanzia si veda Bosi, Silvestri. 2010.

Aspetti critici della struttura organizzativa dei servizi

Le considerazioni di carattere generale richiamate hanno sottolineato molteplici aspetti problematici, principalmente sotto il profilo teorico, dell'offerta dei servizi di cura in cui interagiscono diversi destinatari dal lato della domanda e diversi attori dal lato dell'offerta. Ci concentriamo ora sull'offerta pubblica cercando anzitutto di richiamare i passaggi fondamentali per un'organizzazione ragionevole e soddisfacente di questo complesso campo di azione. Essi possono essere così sintetizzati.

1. Disporre di conoscenze sulla misura del bisogno di cura di tutta la popolazione, indipendentemente dai soggetti (mercato, famiglie, stato) che si faranno carico di soddisfarlo.
2. Fornire un contributo a dissipare le incertezze e le asimmetrie informative presenti nella domanda dei servizi (ruolo dei punti di accoglienza).
3. Definire una gamma di servizi pubblici alternativi più o meno flessibilmente integrabili con quelli che possono offrire il mercato e la famiglia.
4. Mettere in atto un meccanismo allocativo alternativo a quello del mercato e della cura familiare (criteri di accesso, gestione delle liste di attesa, graduazione della contribuzione del beneficiario al parziale pagamento del costo del servizio ricevuto).
5. Individuare, e siamo al punto che più interessa questa ricerca, processi di raccolta delle informazioni, indicatori e protocolli che permettano di raccogliere conoscenze al fine di monitorare l'efficacia dei servizi.

Su tale articolazione dell'attività, con particolare attenzione ai problemi che attengono la misura dell'efficacia, proponiamo ora alcune ulteriori riflessioni, ad un livello di astrazione minore rispetto a quello seguito sopra, con maggiore attenzione al contesto istituzionale e ai problemi di misura delle variabili rilevanti.

Con riguardo al primo punto, si deve purtroppo registrare che non esistono informazioni dettagliate a livello microeconomico sul fenomeno. Per lo più nel dibattito sui servizi di welfare ci si limita a valutare l'adeguatezza dell'offerta ponendola a confronto con la dimensione della popolazione, assunta come misura dei potenziali beneficiari dei servizi. I servizi hanno però spesso come destinatari sottoinsiemi della popolazione (ad es. i minori di tre anni per i nidi, gli anziani per la non autosufficienza, ecc.). In questi casi è ovvio allora fare riferimento, per valutare la domanda potenziale, alla dimensione di questi sottoinsiemi. Ma anche il riferimento a sottoinsiemi appropriati della popolazione (nel nostro caso, la popolazione anziana distinta eventualmente tra ultra 65enni e ultra 80enni) non necessariamente misura correttamente il bisogno potenziale di un servizio pubblico. Può darsi che un soggetto appartenente al sottoinsieme non abbia interesse allo stesso (una madre potrebbe non essere interessata a fruire nel primo anno di vita del suo piccolo del servizio del nido) oppure potrebbe non averne bisogno (un anziano in buona salute può non necessitare di assistenza domiciliare o altro).

Passi avanti per raffinare la misura del bisogno sono stati compiuti in alcune realtà, inclusa l'area qui studiata, facendo riferimento a stime di indici di fragilità della popolazione⁴, applicando al settore dei servizi tecniche sperimentate ad es. nel Regno Unito per valutare la probabilità di necessità di ricovero di individui anziani. Probabilità stimata per lo più utilizzando le base di dati di carattere amministrativo relative ai soggetti che hanno in qualche modo già avuto un contatto con il sistema sanitario. Si tratta di linee di ricerca promettenti, che per essere pienamente soddisfacenti richiedono tuttavia la disponibilità di informazioni anche sulla parte della popolazione che non ha

⁴ V. ASSR, Programmi di sostegno alle reti sociali e di prevenzione dei soggetti fragili I° Report sintetico Dicembre 2011.

mai avuto accesso ai servizi pubblici. Un miglioramento può essere realizzato con specifiche indagini campionarie: costose, ma possibili e utili anche a livello locale⁵.

Nel caso dei servizi sociosanitari per anziani e disabili, un passo significativo per andare incontro all'esigenza di disporre di informazioni sullo stato di bisogno dell'intera popolazione potrebbe essere, se sostenibile dal punto di vista organizzativo e finanziario, la proposta di generalizzare una valutazione della presenza del grado di autosufficienza per tutta la popolazione anziana, utilizzando ad esempio indicatori quali i BINA.

Con riguardo al secondo punto, sembra ormai acquisita, nella sensibilità dei *policy makers* e degli operatori, la necessità di istituire efficaci punti di accoglienza ai servizi a cui il cittadino possa accedere per avere, non tanto l'immediata offerta di un servizio, ma piuttosto la corretta messa fuoco dello stato di bisogno. Oltre alla definizione di un piano di azione rappresentato da una appropriata combinazione di interventi, che tenga conto non solo dell'offerta pubblica, ma anche di condizioni al contorno del soggetto riguardo alla possibilità/capacità di fare in parte fronte al proprio bisogno con risorse ottenute sul mercato o nell'ambito familiare⁶. Questa è la prassi ormai consolidata delle amministrazioni del territorio qui studiato. Va tuttavia qui sottolineata la particolare importanza di questa fase. Essa infatti, in altri contesti di riforma, rappresenterebbe il momento in cui viene definita l'esigibilità delle prestazioni sociali da parte del cittadino nei confronti dell'amministrazione pubblica. Da tale determinazione discende quindi il costo finanziario dello stesso e la misura dell'intervento pubblico in questione. In questa direzione si muovono progetti di riforma della non autosufficienza. Affinché questa fase molto delicata abbia successo è importante che i protocolli siano chiari, trasparenti, poco manipolabili e applicati in modo coerente ed uniforme in tutto il territorio.

Sul terzo punto, va richiamato che le caratteristiche dell'offerta pubblica sono definite in una gamma data di servizi: ricoveri, ricoveri a tempo parziale, forme di assistenza domiciliare di vario tipo, assegni di cura. Di tali servizi è molto importante la regolamentazione delle procedure e degli aspetti qualitativi (ore destinate al servizio, tipologia e qualità delle prestazioni di assistenza, ecc.). L'offerta proviene principalmente dall'amministrazione del servizio sanitario, ma in parte è anche realizzata dai comuni e indirettamente, attraverso l'istituto dell'indennità di accompagnamento, erogato dallo stato centrale, con costi e difficoltà di coordinamento. Si allude, come è chiaro, all'annoso problema dell'integrazione tra sociale e sanitario, da molti decenni auspicata ma non ancora realizzata. Va poi ricordato che la gamma dei servizi è in parte definita sulla base di considerazioni contingenti spesso connesse a vincoli di bilancio (si pensi alla genesi dell'assegno di cura) con problemi di definizione di servizi e trasferimenti monetari che coinvolgono anche diversi livelli di governo (ancora assegni di cura e indennità di accompagnamento). Insomma il quadro è molto variegato e meriterebbe una più attenta riflessione, utilizzando come concetti interpretativi le nozioni di complementarietà e sostituibilità tra servizi offerti dall'ente pubblico e anche tra servizi pubblici e quelli acquistati sul mercato e offerti nell'ambito familiare.

Sul quarto punto, una gestione dei servizi sarà tanto più efficace quanto più chiara sarà la definizione del carattere universale o meno dei servizi che si offrono. Se per tali servizi non si può adottare il meccanismo allocativo del mercato, che serve solo una domanda pagante, bisogna infatti definire i requisiti per l'accesso al servizio (grado di non autosufficienza, caratteristiche del contesto familiare, ecc., ma non, auspicabilmente, la condizione economica); individuare la misura di compartecipazione media al costo del servizio e, come solitamente accade, definire meccanismi redistributivi graduando la tariffa in funzione di indicatori di grado di bisogno, fra cui ha un ruolo rilevante la condizione economica. In ogni caso, nell'attuale contesto istituzionale, il diritto all'accesso al servizio non costituisce anche un diritto alla sua esigibilità, nel significato che si può

⁵ Esistono esperienze di indagini campionarie utili a questo fine anche nella Regione Emilia Romagna: ad esempio le indagini Icesmo realizzate dal Capp per la provincia di Modena.

⁶ Sui risultati raggiunti in questo campo nella provincia di Bologna si rinvia a Bertoni, F., Bosi, P., Lorenzini, M., Scagliarini, A., Paltrinieri, P., 2012.

attribuire a questo sostantivo sulla base delle indicazioni costituzionali sui livelli essenziali di assistenza.

In considerazione delle caratteristiche complesse del bisogno di cura, la risposta corretta di un intervento pubblico per la non autosufficienza dovrebbe avere come punto di partenza una valutazione multidimensionale del bisogno dell'anziano, e sulla base di essa indicare un piano di azione integrato tra i diversi attori che partecipano alla realizzazione dell'offerta di servizi. È questa da tempo la linea che è suggerita da molte proposte di riforma, frutto di approfondite indagini, a cui rinviamo per ulteriori approfondimenti⁷. L'attuale articolazione dell'offerta (ricoveri in case protette, centri diurni, assistenza domiciliare, assegni di cura) sono il frutto non di un disegno programmatico razionale, ma l'esito del sovrapporsi di esperienze storiche indotte spesso da vincoli finanziari o da retaggi storici che hanno casualmente influito sulla distribuzione territoriale della capacità produttiva (ad esempio per l'offerta di posti in case protette). L'effettiva offerta del servizio viene quindi definita su base politica, tenendo conto delle altre esigenze di bilancio (ancora un volta, ricordiamolo, di enti diversi).

Diritti di accesso superiori alla capacità di offerta definita da vincoli di bilancio producono una domanda non soddisfatta: code o liste di attesa. Mentre l'esistenza di capacità produttiva non utilizzata (posti letto non coperti in strutture protette a tempo pieno o diurni, eccesso di impiego di personale nei servizi di assistenza domiciliare, ecc.) diventano, se assumono carattere strutturale, indicatori di eccesso di offerta e cattiva allocazione dei fattori produttivi. Appaiono ora ben chiare le differenze tra questo meccanismo allocativo e quello del mercato, in cui invece l'oscillazione del prezzo ha la funzione di equilibrare domanda pagante e offerta privata e rilevare eventuali problemi di scarsità o eccesso dell'offerta. Se nel mercato l'efficienza del meccanismo allocativo è verificata soprattutto garantendo che la fissazione del prezzo avvenga in condizioni di concorrenza, nell'ambito dei servizi pubblici l'elemento principale che permette di segnalare l'esistenza di problemi allocativi è rappresentato dalla lunghezza delle liste di attesa ed eventualmente da processi di ispezione riguardanti la qualità dei servizi offerti. Un indizio importante relativo alla qualità della risposta del servizio pubblico può derivare dall'analisi delle liste di attesa con riguardo al grado di non autosufficienza (indicatore Bina, nel nostro caso) dei soggetti in lista di attesa.

Affinché tale azione di valutazione sia implementabile, come indicato nel quinto punto di cui sopra, è quindi necessario che le liste di attesa vengano rilevate per ciascuna tipologia di servizio offerto e che vengano fornite indicazioni sul grado di non autosufficienza degli iscritti nelle liste, oltre, ove possibile, indicazioni relative al contesto familiare. Purtroppo ad oggi solo per le residenze protette, certamente il servizio più impegnativo e costoso, è possibile disporre di queste informazioni. Non sono invece disponibili per l'assistenza domiciliare integrata, nelle sue varie forme, e per gli assegni di cura.

Dopo questa carrellata di problemi siamo ora meglio in grado di cogliere il senso di questa ricerca. Essa si dedica – lo ripetiamo – a due aspetti importanti del processo organizzativo sopra descritto.

Lo studio della complementarietà tra servizi di cura offerti dal settore sanitario mediante un approccio che pone il beneficiario come unità di analisi sarà infatti svolto nel capitolo terzo. Il riferimento è al punto terzo del processo organizzativo sopra descritto, con implicazioni molto rilevanti rispetto ai problemi della complessità della natura dei bisogni di cura in un contesto istituzionale in cui sono presenti più attori sul lato dell'offerta.

Lo studio delle liste di attesa in strutture protette – condotto nel quarto capitolo - si collega invece al punto quarto del processo organizzativo, in considerazione del fatto che esse rappresentano una delle variabili più importanti per valutare efficienza ed efficacia del meccanismo allocativo di un servizio offerto dal settore pubblico.

⁷ Tra le più recenti si segnala la ricerca Irs/Capp, 2013, a cui due degli autori di questa ricerca hanno partecipato.

Capitolo secondo

Il sistema informativo Garsia, il suo utilizzo per la programmazione e il monitoraggio e alcuni aspetti metodologici sull'utilizzo dei dati

I servizi oggetto di questa analisi sono quelli definiti dalla normativa della Regione Emilia-Romagna negli ultimi trent'anni: strutture residenziali (Casa Protetta e RSA confluite, a seguito della normativa sull'accreditamento sociosanitario, nell'unica tipologia Casa Residenza Anziani), strutture semiresidenziali, assegno di cura, assistenza domiciliare sociale, assistenza domiciliare integrata (sanitaria).

I servizi che di seguito si considereranno, fatta eccezione per gli inserimenti in struttura residenziale, possono essere erogati in modo *integrato*. L'assegno di cura, il centro diurno, l'ADI e gli altri servizi di supporto al domicilio, possono infatti essere somministrati singolarmente oppure attraverso un mix di interventi, che ipoteticamente possiamo considerare variabile in funzione delle risorse a disposizione e del livello di non autosufficienza dell'utente.

A loro volta, alcuni servizi – in particolare, l'assegno di cura e l'ADI – come già evidenziato, possono essere erogati su diversi livelli di intensità, anch'essi determinati in funzione del grado di non autosufficienza dell'anziano. Pertanto, la rispondenza dei servizi in funzione della dimensione della non autosufficienza dell'utente si basa, da un lato, *sul livello di intensità del servizio erogato* e, dall'altro, *sul mix (eventuale) di servizi erogati*.

La fase di definizione del livello di autonomia/non autosufficienza e dell'erogazione di quanti e quali servizi somministrare viene effettuata dagli operatori dell'Unità di Valutazione preposta allo scopo. Nell'analisi dei dati si assumerà come ipotesi l'omogeneità nei criteri di valutazione, pur essendo consapevoli che alcune differenze nelle modalità operative possono ancora riscontrarsi tra i vari distretti.

Il sistema informativo e il suo utilizzo per la programmazione e il monitoraggio

I dati utilizzati nel presente lavoro sono stati estratti dal sistema informativo in uso nel territorio bolognese, Garsia. Come già descritto dettagliatamente altrove⁸ il sistema informativo Garsia è composto da diversi moduli informatici (implementati nel corso degli ultimi quindici anni), utilizzati dagli operatori nel corso della loro attività quotidiana in luogo degli strumenti cartacei. Si tratta quindi in primo luogo di uno strumento di lavoro, che permette di ottimizzare i tempi e garantire maggiore trasparenza ed omogeneità nell'accesso ai servizi da parte dei cittadini. Accanto a questa funzione, il sistema informativo può (deve) essere uno strumento in grado di fornire i dati inseriti dagli operatori nell'attività corrente, al fine di effettuare analisi statistiche che permettano di supportare la programmazione dei servizi.

In altre parole, si deve cercare di sviluppare maggiormente, rispetto ad ora, la funzione di analisi statistica dei dati. Lo sviluppo di questa funzione permetterebbe, da un lato, di supportare la programmazione, e dall'altro di monitorare – in modo ulteriore rispetto all'attività corrente di coordinamento del sistema – l'utilizzo del sistema informativo.

Il sistema informativo Garsia, nel corso degli anni è stato ampliato e attualmente è costituito dai moduli informatici indicati di seguito (tabella 1).

⁸ Si veda Bertoni, F., Bosi, P., Lambertini, C., Lorenzini, M., Scagliarini, A., Paltrinieri, P., 2012.

Tabella 1 – Moduli del sistema informativo Garsia

Sportello sociale	Registra i contatti, le richieste e i bisogni espressi dagli utenti agli sportelli sociali
Cartella responsabile del caso	Registra la valutazione del bisogno ed il suo mutamento nel tempo effettuata dai professionisti coinvolti nella gestione del progetto individualizzato (anziani, disabili, minori)
Valutazione UVM	Registra la valutazione del bisogno effettuata dall'UVM nel caso in cui all'utente sia stato assegnato un servizio socio-sanitario
Gestione liste di attesa	Registra la composizione e le caratteristiche degli anziani in lista di attesa
Dimissioni protette	Registra le caratteristiche degli utenti che hanno intrapreso un percorso di dimissioni protette
SI-ADI	Registra gli interventi di ADI sanitaria
Anziani	Informatizza la cartella degli utenti dell'area anziani
Disabili	Informatizza la cartella degli utenti dell'area disabili
Minori	Informatizza la cartella degli utenti dell'area minori
Strutture anziani	Registra gli inserimenti in struttura residenziale socio-sanitaria per anziani non autosufficienti, a carattere temporaneo e definitivo
Strutture disabili	Registra gli inserimenti in struttura residenziale per disabili
GEAC	Registra le erogazioni di assegni di cura
ASSDI	Registra gli utenti assistiti attraverso l'assistenza domiciliare socio-sanitaria

Ciascun modulo informatico rappresenta una fase dell'accesso o della presa in carico dell'utente nell'ambito del percorso socio-sanitario. Gli operatori, nello svolgimento quotidiano del proprio lavoro, inseriscono i dati relativi a ciascun utente per la parte di loro competenza.

I dati inseriti all'interno di Garsia sono utilizzati principalmente a fini amministrativi. L'utilizzo dei dati con finalità statistica, originariamente, non era previsto nell'ambito dell'informativa sulla privacy sottoposta agli utenti. Ciò ha costituito un problema risolto faticosamente in fase di richiesta di estrazione dei dati, che sono stati forniti in modo criptato, con un identificativo univoco progressivo per ciascun utente al posto del codice fiscale.

I dati contengono informazioni sulla presa in carico, sui servizi erogati (ADI, assegni di cura, strutture residenziali per anziani e disabili, strutture semiresidenziali per anziani e disabili), sulle liste di attesa, sulle scale di valutazione della non autosufficienza BINA (per anziani) e SISS (per disabili). I dati non comprendono le informazioni relative all'assistenza domiciliare sociale e socio-sanitaria: al momento dell'estrazione dei dati, il sistema informativo, per quel segmento di servizi, era in corso di implementazione.

Tutti i dati sono in formato excel, contengono informazioni relative all'intero anno, fatta eccezione per i dati sulle liste di attesa, che forniscono un'informazione puntuale, relativa ad uno specifico momento dell'anno – nel nostro caso, al 31/12. In altre parole, per le liste di attesa è disponibile unicamente un dato di stock, mentre per tutte le altre informazioni è possibile elaborare i dati sotto forma di stock o di flusso.

L'utilizzo di un identificativo progressivo al posto del codice fiscale ha impedito – e continuerà ad impedire – la realizzazione di analisi su più anni, dal momento che l'identificativo di ciascun

utente è univoco nell'ambito dei dati relativi ad un anno, ma lo stesso utente ha un identificativo diverso nell'anno successivo. Questo aspetto costituisce un problema rilevante, in particolare quando si tratta di esaminare i dati della lista di attesa. Infatti, non è possibile – per la struttura delle informazioni estratte, sopra descritta – effettuare elaborazioni relative, ad esempio, a quanto tempo un utente sia rimasto in lista d'attesa.

Un altro aspetto di miglioramento riguarda la difficoltà di interpretazione delle variabili estratte nei vari fogli excel, che potrebbe essere risolta attraverso la realizzazione di un apposito glossario per l'utilizzo dei dati del sistema.

Dati di stock e di flusso

I limiti dei dati, cui sopra si è accennato, non precludono tuttavia lo svolgimento di analisi ed elaborazioni con caratteristiche innovative.

Le analisi svolte si basano infatti su microdati riferiti a ciascun individuo, inseriti nel sistema informativo da parte degli operatori durante lo svolgimento del loro lavoro, nell'ambito del percorso di accesso e presa in carico dell'anziano non autosufficiente. Il primo aspetto innovativo, quindi, dell'analisi che seguirà è dato dal fatto che le elaborazioni hanno come centro dell'analisi l'individuo e non i servizi. Ciò è particolarmente evidente nella presentazione di alcune tabelle, in cui i dati restituiti descrivono quanti individui hanno ricevuto un determinato servizio e non, come solitamente accade, quanti servizi di una determinata tipologia sono stati erogati in un determinato periodo.

Anche la scelta relativa alla modalità di elaborazione e presentazione dei dati non è stata semplice. Il bisogno degli utenti, infatti, ha caratteristiche di continuità e variabilità, mentre il dato restituisce una situazione in un determinato momento (stock) o in un determinato periodo (flusso).

La modalità ideale per misurare come il bisogno dell'anziano viene soddisfatto dai servizi sarebbe l'elaborazione di dati relativi alle giornate di erogazione del servizio in funzione delle caratteristiche di autonomia (misurate dalla BINA, Breve Indice di Non Autosufficienza – la scala di valutazione dell'autonomia degli anziani utilizzata in Emilia-Romagna) di ciascun utente. Disporre di queste informazioni è però impossibile e, in ogni caso, la presentazione delle elaborazioni rischierebbe di essere poco perspicua per il lettore.

Di fatto disponiamo di due sole altre possibili modalità di elaborazione: il numero di utenti al 31/12 (dato di stock) o di tutto l'anno (dato di flusso).

L'elaborazione di dati di stock restituisce un'informazione puntuale, in un determinato momento; l'informazione che restituisce è “vera” solo se durante l'anno la grandezza oggetto di elaborazione rimane costante.

L'elaborazione dati di flusso, invece, permette di ovviare a questa mancanza del dato di stock, fornendo un quadro più completo di ciò che accade ad un utente durante l'anno, in particolare, ad esempio, per gli anziani in lista di attesa per strutture residenziali che usufruiscono di servizi.

Le elaborazioni oggetto dell'analisi seguente avranno pertanto come base il singolo utente e saranno presentate in forma di flusso e, ove ritenuto interessante, di stock.

Capitolo terzo

Analisi degli utenti in carico e complementarietà dei servizi erogati

La popolazione negli ultimi dieci anni nel territorio della CTSS di Bologna

Nel territorio bolognese la popolazione complessiva è aumentata, nel corso degli ultimi dieci anni, in valore assoluto di oltre 45.000 unità (in valore percentuale, pari al 10,4%).

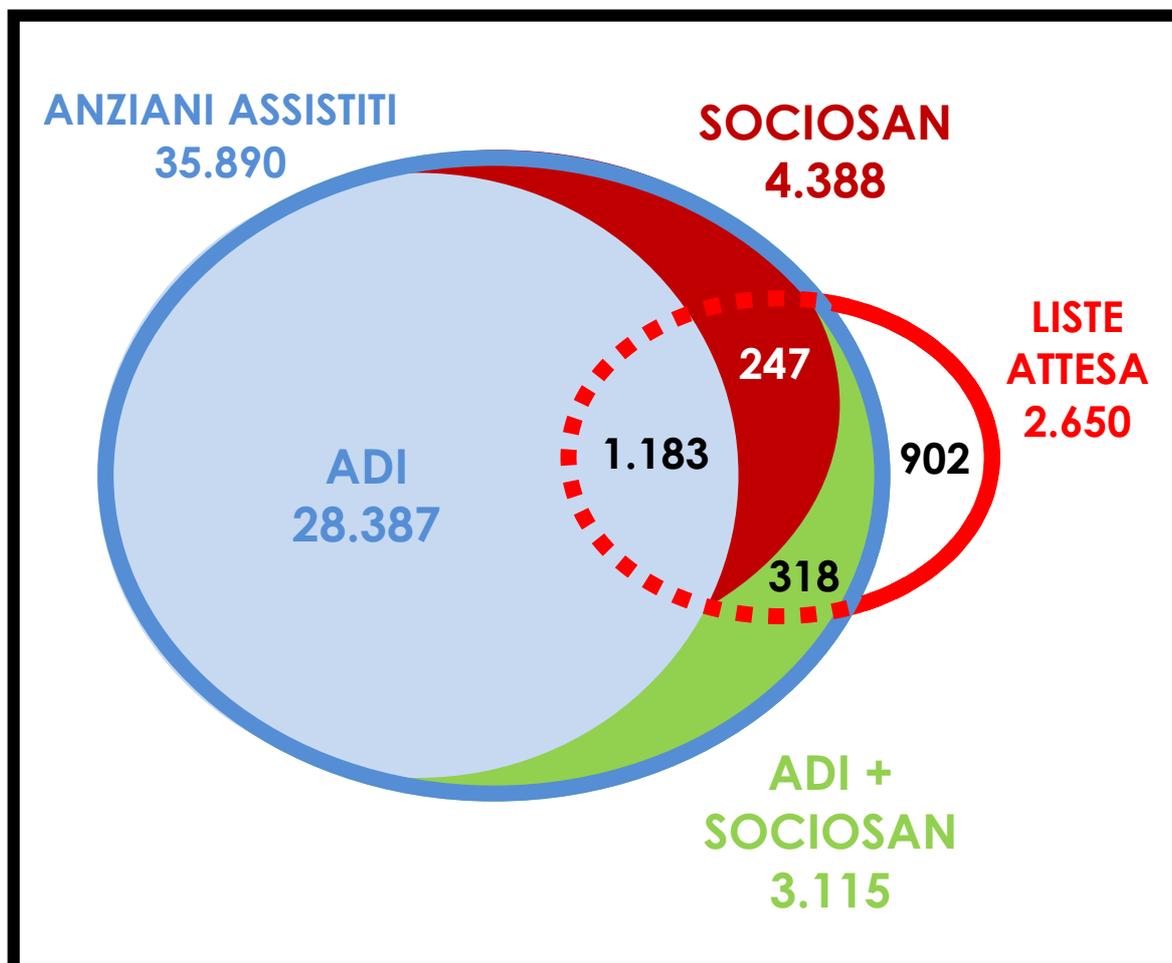
L'aumento è stato particolarmente significativo tra la popolazione anziana con più di 75 anni (tabella 2), che è cresciuta di quasi ventimila unità nel periodo considerato (+ 18,3%).

Tabella 2 – Popolazione con più di 75 anni nella CTSS di Bologna, valori assoluti, 2004 e 2014

	2004	2014	2014-2004	Delta 2014/2004
Bologna	51.500	55.254	3.754	7,3%
Pianura Ovest	7.009	9.087	2.078	29,6%
Pianura Est	13.671	17.719	4.048	29,6%
Casalecchio	10.060	13.376	3.316	33,0%
Porretta	6.253	7.169	916	14,6%
San Lazzaro	6.294	9.155	2.861	45,5%
Totale	108.379	128.208	19.829	18,3%

Gli utenti in carico nel 2013

Figura 1 – Utenti assistiti nel territorio bolognese, 2013



In questo paragrafo si esaminano i dati relativi agli anziani presi in carico dal sistema dei servizi agli anziani non autosufficienti. Come accennato in precedenza, l'approccio dell'analisi che seguirà è incentrato sull'anziano in carico e sui suoi bisogni (approssimati dal livello della BINA), piuttosto che sui servizi erogati.

I servizi su cui ci si concentra sono i servizi sociosanitari (compresa l'ADI sanitaria) elencati all'inizio del capitolo 2, fatta eccezione per il servizio di assistenza domiciliare sociale e sociosanitaria, la cui informatizzazione, al momento dell'estrazione dei dati, non era ancora stata completata.

L'analisi è condotta considerando i dati di flusso, riferiti cioè all'intero anno 2013, che permettono di misurare in modo più compiuto il soddisfacimento del bisogno degli anziani residenti nel territorio.

La figura fornisce un'immagine chiara degli utenti effettivi e potenziali dei servizi, la cui realizzazione è stata appunto possibile solo grazie alle caratteristiche della banca dati Garsia che ha come unità di analisi gli individui.

Nel corso del 2013, nel territorio bolognese sono stati assistiti 35.890 utenti anziani. Di questi, 7.503 sono stati assistiti con servizi sociosanitari (da soli o in combinazione con Assistenza domiciliare integrata) e 28.387 unicamente con Assistenza domiciliare integrata.

La figura permette però anche di cogliere la dimensione degli anziani che si trovano in lista di attesa (2.650) e di osservare e misurare – questo è un aspetto cruciale per questo lavoro – che una parte preponderante di questi riceve comunque una qualche forma di servizio dal sistema di welfare. Partendo da questa considerazione si apre quindi la possibilità di analizzare l'esistenza o meno di complementarietà e sostituibilità delle diverse tipologie di servizi offerto dal sistema socio sanitario e, come si vedrà, anche di valutare quantitativamente la fruizione di eventuali molteplicità di servizi. La tabella 3 permette di valutare l'eventuale fornitura di servizi multipli. Naturalmente la quota maggiore degli utenti fruisce di un solo tipo di servizio, ma è certamente di interesse rilevare che nell'ambito dei servizi sociosanitari quasi il 40% degli utenti fruisce di più di un servizio.

Tabella 3 – Anziani assistiti, per numero di servizi, dati di flusso, 2013

	Tutti i servizi		Servizi sociosanitari	
	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%
Uno	32.775	91,3%	4.388	58,5%
Due	2.903	8,1%	2.903	38,7%
Tre o più	212	0,6%	212	2,8%
Totale	35.890	100%	7.503	100%

Fonte: elaborazioni su dati sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA

Gli utenti assistiti nel corso dell'anno, suddivisi per fascia di età, possono essere rapportati alle fasce di popolazione di riferimento (tabella 4). I dati evidenziano che la quota di anziani assistiti aumenta all'aumentare dell'età. In particolare, viene preso in carico dal sistema dei servizi il 67,5% delle persone con più di 90 anni e il 34,7% delle persone nella fascia di età tra 85 e 89 anni.

Tabella 4 – Anziani assistiti, per fascia di età e in % sulla popolazione di riferimento, dati di flusso, 2013

	Individui assistiti nel corso del 2013		Popolazione		Individui assistiti/ Popolazione
	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%	
missing	467	1,3%	0		-
<= 64	3.189	8,9%	764.650	76,2%	0,4%
65-69	1.385	3,9%	57.525	5,7%	2,4%
70-74	2.214	6,2%	56.234	5,6%	3,9%
75-79	3.896	10,9%	47.851	4,8%	8,1%
80-84	6.604	18,4%	38.332	3,8%	17,2%
85-89	8.894	24,8%	25.641	2,6%	34,7%
>=90	9.241	25,7%	13.682	1,4%	67,5%
Totale	35.890	100%	1.003.915	100%	3,6%

Fonte: elaborazioni su dati sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA

Complementarietà dei servizi

Nel corso del 2013, nel territorio bolognese i servizi sociosanitari hanno raggiunto 7.503 utenti, distribuiti tra i diversi territori come descritto nella tabella 5. Rapportando gli utenti alla popolazione di riferimento (maggiore di 75 anni), il tasso di copertura risulta del 6,9% a livello globale, con alcune differenze tra i distretti.

Tabella 5 – Anziani assistiti con servizi sociosanitari rispetto alla popolazione di riferimento, per distretto, dati di flusso, 2013

	Utenti in carico		Popolazione >75	Tasso di copertura
	Valore Assoluto	%		
Bologna	3.371	44,9%	54.574	6,2%
Casalecchio	878	11,7%	12.962	6,8%
Pianura Est	1.280	17,1%	17.255	7,4%
Pianura Ovest	762	10,2%	8.873	8,6%
Porretta	681	9,1%	7.067	9,6%
San Lazzaro	531	7,1%	8.763	6,1%
Totale	7.503	100%	109.494	6,9%

Fonte: elaborazioni su dati sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA

Proseguendo l'analisi relativa alla combinazione dei servizi erogati, la tabella 6 evidenzia che 4.388 anziani (il 58,5% del totale) hanno ricevuto un servizio nel corso del 2013; 2.903 anziani (il 38,7% del totale) hanno ricevuto due servizi nel corso del 2013 e, infine, 212 anziani hanno ricevuto tre servizi.

Tabella 6 – Anziani assistiti, per numero di servizi e per distretto, dati di flusso, 2013

	Uno	Due	Tre o più	Totale
Bologna	2.158	1.123	90	3.371
	64,0%	33,3%	2,7%	100%
Casalecchio	527	327	24	878
	60,0%	37,2%	2,7%	100,0%
Pianura Est	670	580	30	1.280
	52,3%	45,3%	2,3%	100,0%
Pianura Ovest	399	321	42	762
	52,4%	42,1%	5,5%	100,0%
Porretta	339	328	14	681
	49,8%	48,2%	2,1%	100,0%
San Lazzaro	295	224	12	531
	55,6%	42,2%	2,3%	100,0%
Totale	4.388	2.903	212	7.503
	58,5%	38,7%	2,8%	100,0%

Fonte: elaborazioni su dati sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA

Scomponendo poi i dati per gli anziani assistiti con un unico servizio (tabella 7) e anziani assistiti con la combinazione di due servizi nel corso dell'anno (tabella 8), si evince che:

- per gli anziani assistiti con un solo servizio, più dei due terzi (76,9%) erano ospiti di una struttura residenziale; il 12,5% ha beneficiato di servizi semiresidenziali e solo il 10,6% degli anziani in carico con un solo servizio ha usufruito di assegni di cura.
- per gli anziani assistiti con due servizi, poco meno della metà (il 46,5% del totale), ha beneficiato della combinazione tra Assegno di cura e Assistenza domiciliare integrata. Nel 37,6% dei casi gli anziani sono stati assistiti con una combinazione di Assistenza domiciliare integrata e servizi residenziali: si tratta di quei casi in cui l'anziano inserito in modo temporaneo in struttura residenziale (a causa di dimissioni protette dall'ospedale, ad esempio) viene successivamente dimesso verso il proprio domicilio e seguito, di conseguenza, attraverso l'erogazione dell'Assistenza domiciliare integrata.

Tabella 7 – Anziani assistiti con un servizio, per tipologia di servizio, dati di flusso, 2013

	Valore assoluto	%
Servizi residenziali	3.374	76,9%
di cui: temporanei	444	13,2%
definitivi	2.916	86,4%
Servizi semiresidenziali	550	12,5%
Assegno di cura	464	10,6%
n.d.	14	0,4%
Totale	4.388	100,0%

Fonte: elaborazioni su dati sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA

Tabella 8 – Anziani assistiti con due servizi, per combinazione di servizi, dati di flusso, 2013

	Valore assoluto	%
Servizi residenziali e semiresidenziali	59	2,0%
Servizi residenziali e assegno di cura	23	0,8%
Servizi residenziali e ADI	1.092	37,6%
Servizi semiresidenziali e assegno di cura	32	1,1%
Servizio semiresidenziali e ADI	348	12,0%
Assegno di cura e ADI	1.349	46,5%
Totale	2.903	100,0%

Fonte: elaborazioni su dati sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA

Livello di intensità del servizio erogato

Le tabelle riportate di seguito si concentrano sul livello di intensità del servizio erogato in funzione del livello di non autosufficienza degli anziani, misurato attraverso l'indice Bina. Nella tabella 9 viene riportato il numero di anziani assistiti nel corso di tutto il 2013 per numero di servizi erogati e livello di Bina. Complessivamente, il 17,4% degli assistiti ha un livello di Bina inferiore a 500, mentre il 5% ha un livello di Bina superiore a 800 e il 17,3% ha un livello di Bina tra 701 e 800.

Tabella 9 – Anziani assistiti, per numero di servizi e livello di BINA, dati di flusso, 2013

	missing	<500	501-600	601-700	701-800	>800	Totale
Uno	906	761	644	986	848	243	4.388
	20,6%	17,3%	14,7%	22,5%	19,3%	5,5%	100,0%
Due	409	516	749	714	399	116	2.903
	14,1%	17,8%	25,8%	24,6%	13,7%	4,0%	100,0%
Tre	4	31	45	64	54	14	212
	1,9%	14,6%	21,2%	30,2%	25,5%	6,6%	100,0%
Totale	1.319	1.308	1.438	1.764	1.301	373	7.503
%	17,6%	17,4%	19,2%	23,5%	17,3%	5,0%	100,0%

Fonte: elaborazioni su dati sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA

Se si concentra l'attenzione sugli utenti in carico con un unico servizio (tabella 10), i dati confermano che gli ospiti delle strutture residenziali hanno un livello di gravità più elevato rispetto alla media; chi ha ricevuto l'assegno di cura ha un punteggio Bina di livello intermedio – il 63,8% degli utenti che lo ricevono ha un livello di Bina tra 500 e 700 – mentre chi riceve un servizio semiresidenziale nel 70,2% dei casi presenta un livello di Bina basso, inferiore a 500. Si evidenzia, inoltre, che 278 anziani con Bina inferiore a 500 (pari all'8,2% del totale) sono inseriti in struttura residenziale.

Tabella 10 – Anziani assistiti con un servizio, per tipologia di servizi e livello di BINA, dati di flusso, 2013

	missing	<500	501-600	601-700	701-800	>800	Totale
Servizi residenziali	797	278	365	866	829	239	3.374
	23,6%	8,2%	10,8%	25,7%	24,6%	7,1%	100,0%
Servizi semiresidenziali	52	386	73	30	6	3	550
	9,5%	70,2%	13,3%	5,5%	1,1%	0,5%	100,0%
Assegno di cura	57	97	206	90	13	1	464
	12,3%	20,9%	44,4%	19,4%	2,8%	0,2%	100,0%
Totale	906	761	644	986	848	243	4.388
%	20,6%	17,3%	14,7%	22,5%	19,3%	5,5%	100,0%

Fonte: elaborazioni su dati sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA

Questa dinamica nell'erogazione dei servizi in funzione del livello di gravità degli utenti viene confermata anche dai dati relativi agli anziani in carico con due servizi. Agli utenti più gravi viene erogato un servizio residenziale (in particolare, in combinazione con l'assegno di cura e con l'ADI), mentre gli utenti con un livello di gravità meno elevato vengono assistiti attraverso servizi semiresidenziali (in combinazione con ADI o assegno di cura). La combinazione di servizi che associa assegno di cura ad ADI è destinata principalmente ad anziani che registrano un livello di BINA intermedio (tabella 11).

Tabella 11 – Anziani assistiti con due servizi, per combinazione di servizi e livello di BINA, 2013

	missing	<500	501-600	601-700	701-800	>800	Totale
Servizi residenziali e semiresidenziali	2	17	15	10	12	3	59
	3,4%	28,8%	25,4%	16,9%	20,3%	5,1%	100,0%
Servizi residenziali e assegno di cura	0	1	3	11	8	0	23
	0,0%	4,3%	13,0%	47,8%	34,8%	0,0%	100,0%
Servizi residenziali e ADI	235	88	145	263	274	87	1.092
	21,5%	8,1%	13,3%	24,1%	25,1%	8,0%	100,0%
Servizi semiresidenziali e assegno di cura	2	9	9	10	1	1	32
	6,3%	28,1%	28,1%	31,3%	3,1%	3,1%	100,0%
Servizi semiresidenziali e ADI	20	201	79	42	4	2	348
	5,7%	57,8%	22,7%	12,1%	1,1%	0,6%	100,0%
Assegno di cura e ADI	150	200	498	378	100	23	1.349
	11,1%	14,8%	36,9%	28,0%	7,4%	1,7%	100,0%
Totale	409	516	749	714	399	116	2.903
%	14,1%	17,8%	25,8%	24,6%	13,7%	4,0%	100,0%

Fonte: elaborazioni su dati sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA

I dati di flusso relativi all'erogazione dei servizi fino a qui considerati mostrano chiaramente che, da un lato, chi ha un livello di gravità elevato viene assistito presso una struttura residenziale e, dall'altro, la complementarietà e combinazione di servizi esiste, ma in particolare nei confronti di utenti i cui livelli di gravità sono medio-bassi.

Da sottolineare che, in particolare, l'erogazione dell'assegno di cura avviene con modalità che appaiono ben definite: dal punto di vista dell'utenza, esso è principalmente rivolto verso anziani con livello di gravità intermedio; dal punto di vista organizzativo, in ben tre casi su quattro viene erogato insieme all'assistenza domiciliare sanitaria, configurando in questo modo un mix di servizi

che in molti casi permette di soddisfare adeguatamente i bisogni degli anziani con un livello di Bina tra 500 e 700.

Capitolo quarto

L'efficacia dei servizi di ricovero in strutture protette valutata attraverso le liste di attesa

Accanto all'analisi dei bisogni degli utenti in carico, presenta un notevole interesse l'analisi dei bisogni degli utenti in lista di attesa⁹. Il sistema informativo Garsia permette infatti di misurare l'estensione della domanda di strutture residenziali in attesa di essere soddisfatta.

Processi e dimensioni delle liste di attesa

Come descritto più dettagliatamente altrove¹⁰, l'anziano non autosufficiente, dopo aver fatto la domanda di inserimento in struttura residenziale, entra in una graduatoria unica di valenza distrettuale, in base al punteggio complessivo, ottenuto come somma del punteggio della scheda BINA e della scheda sociale. In alcuni casi a questo punteggio complessivo può aggiungersi la richiesta dell'UVG di emergenza sociale, motivata dalla sussistenza di elementi di carattere sociale particolarmente gravi che inducono a garantire priorità nell'accesso in un contesto di tutela e salvaguardia dell'anziano stesso.

Nella domanda per accedere ad un posto in struttura residenziale, il soggetto non autosufficiente può esprimere una o più preferenze, indicando la o le strutture entro le quali preferisce essere ospitato. Nel caso in cui l'assistito non abbia espresso preferenze, gli sarà proposto il primo posto letto disponibile nell'ambito delle CRA accreditate.

Se invece l'anziano ha espresso preferenze, gli scenari possibili sono due: accetta di entrare pur non essendo una delle strutture da lui preferite; rifiuta la possibilità. In questo secondo caso mantiene la stessa posizione in graduatoria e viene scavalcato dalla persona che occupa la posizione successiva alla sua.

Quando si verificano casi di rifiuto all'ingresso in struttura in assenza di preferenza espressa, la RC verifica i motivi che hanno indotto il richiedente a rifiutare l'opportunità di entrare nella struttura. In alcuni casi potrà essere valutata, insieme all'anziano ed ai suoi familiari, la possibilità di sospendere temporaneamente la richiesta di accesso in struttura; in questo caso, l'anziano mantiene la sua posizione in graduatoria ma non viene più interpellato fino a quando non decide di rimuovere la condizione di sospeso.

Il funzionamento appena descritto riferito alla gestione delle graduatorie e dell'ingresso nelle CRA vale per i cinque distretti dell'Ausl di Bologna dove sia il processo di costituzione e gestione delle graduatorie sia l'assegnazione del posto letto disponibile vengono effettuate in modo centralizzato attraverso le graduatorie uniche di Distretto. Nel distretto di Bologna città, la gestione della graduatoria unica cittadina (LUC) avviene in modo lievemente diverso in quanto sono le CRA stesse che gestiscono direttamente la fase di assegnazione dei posti disponibili. Questo deriva dalla specifica organizzazione della città che vede la presenza sui 9 quartieri di altrettanti Servizi Assistenza Anziani (SAA) e delle relative UVG. La gestione della valutazione e dell'accesso in graduatoria viene infatti gestita, sulla base dei medesimi criteri validi per gli altri cinque distretti, in modo decentrato dai quartieri e dalle Zone. La Lista Unica Cittadina (LUC) è pertanto la sommatoria delle gestioni decentrate e viene aggiornata costantemente in tempo reale.

L'anziano residente nel territorio cittadino, attraverso il SAA del quartiere di appartenenza, può fare richiesta per una o più strutture della città. Ogni struttura visualizza la graduatoria unica nell'ambito della quale sono evidenziati gli anziani compresi nella propria lista di preferenze. In tale lista di preferenze (dove l'anziano mantiene la posizione definita a livello di LUC) sono compresi anche anziani che hanno espresso preferenze per altre strutture. La prima struttura – tra quelle scelte

⁹ Una prima attenzione alle liste di attesa era contenuta in Bertoni, F., Bosi, P., Lorenzini, M., Scagliarini, A., Paltrinieri, F., 2012. Questo lavoro ne rappresenta un'evoluzione.

¹⁰ Bosi P., Bertoni F., Lorenzini M., 2012, *La stima del fabbisogno standard dei servizi per la popolazione anziana non autosufficiente e per i disabili adulti nei distretti della provincia di Bologna*, Provincia di Bologna e CAPP, Bologna.

dall'anziano – in cui si libera un posto, “prenota” l'anziano stesso contattando direttamente la famiglia¹¹.

Le caratteristiche dei meccanismi di accesso appena descritte permettono di elaborare i dati di conseguenza.

Il dato degli utenti anziani in lista di attesa per un inserimento definitivo in struttura residenziale deve pertanto essere elaborato seguendo alcune accortezze, che hanno l'obiettivo principale di rendere il dato maggiormente attendibile. Infatti, considerare semplicemente il dato degli utenti in lista di attesa senza verificare quanti sono quelli che hanno rifiutato l'inserimento può inficiare l'utilizzo del dato per la programmazione dei servizi.

Nelle analisi seguenti si considerano solo gli anziani che, al 31 dicembre 2013 (dato di stock), sono effettivamente in attesa di essere inseriti in una struttura residenziale e che non hanno rifiutato o sono in una situazione di sospensione. Non vengono inoltre considerati gli anziani in lista di attesa per un ricovero di sollievo. Fatte queste premesse, al 31/12/2013 risultano in lista di attesa per in inserimento in struttura residenziale (intesa come casa protetta e RSA) 2.650 anziani¹².

La disaggregazione dei dati per l'età degli utenti in graduatoria (tabella 12), evidenzia che le persone che chiedono l'inserimento in strutture residenziali hanno un'età molto avanzata: la maggioranza relativa degli anziani (il 35,3%) ha 90 anni e oltre e il 26% ha un'età compresa tra 85 e 89 anni. Gli anziani che fanno domanda per l'inserimento in struttura residenziale e finiscono in lista di attesa, pertanto, appartengono in modo rilevante alle classi di età più avanzate.

Tabella 12 – Anziani in lista di attesa per struttura residenziale, per fascia di età, dati di stock, 31/12/2013

	Valore assoluto	%
00-64 anni	17	0,6%
65-69 anni	68	2,6%
70-74 anni	128	4,8%
75-79 anni	250	9,4%
80-84 anni	484	18,3%
85-89 anni	688	26,0%
90 anni e oltre	942	35,5%
Non disponibile	73	2,8%
Totale	2.650	100,0%

Fonte: elaborazioni su dati sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA

¹¹ Questa modalità di gestione incentiva lo sviluppo dei servizi residenziali. È infatti interesse della struttura far entrare l'anziano nel più breve tempo possibile; la gestione degli altri distretti, invece, tende a incentivare proposte di interventi alternativi agli inserimenti in strutture residenziali.

¹² Nel corso del 2014 il Distretto di Bologna ha effettuato una operazione di revisione e pulizia delle proprie liste di attesa. Il dato aggiornato con le prime operazioni di pulizia riporta una lista di attesa più bassa di circa 200 unità. Il dato inoltre risulta corretto rispetto al fatto che nel distretto di Pianura Est un anziano che richiede l'inserimento in struttura residenziale venga inserito in lista d'attesa sia per la casa protetta che per la RSA.

La disaggregazione per genere – in linea con tutti i dati relativi all'invecchiamento – evidenzia che il 73,8% degli utenti in lista di attesa è di genere femminile.

Tabella 13 – Anziani in lista di attesa, per genere e per distretto, dati di stock, 31/12/2013

	Femmine	Maschi	Non disponibile	Totale
Bologna	1.148	395	10	1.553
Casalecchio	137	46	1	184
Pianura Est	340	102	0	442
Pianura Ovest	160	57	0	217
Porretta	91	40	3	134
San Lazzaro	111	50	0	161
Totale	1.987	690	14	2.691
%	73,8%	25,6%	0,5%	100%

Fonte: elaborazioni su dati sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA

Liste di attesa e BINA

Di seguito l'analisi si concentra considerando la gravità degli utenti anziani in carico, misurata dal livello della Bina. La tabella 14 riporta i dati sugli utenti in carico, disaggregati per livello di gravità.

Tabella 14 – Anziani in lista di attesa escluso sollievo, per livello di gravità, dati di stock, 31/12/2013

	Valore assoluto	%
500 o minore	707	26,7%
501-600	995	37,5%
601-700	751	28,3%
701-800	167	6,3%
800 o maggiore	29	1,1%
Non disponibili	1	-
Totale	2.650	100%

Fonte: elaborazioni su dati sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA

Complessivamente, solo il 7,4% delle persone in lista di attesa appartiene alle classi di BINA più elevate. Il 26,7% ha un valore di BINA inferiore a 500 e il 37,5% ha la BINA tra 501 e 600. Il confronto con i valori di BINA degli anziani inseriti in strutture residenziali (si veda la tabella 10 del cap.3) evidenzia che la gli anziani inseriti con BINA inferiore a 500 sono solo l'8,2% e che quelli con BINA tra 501 e 600 sono il 10,8%.

In media, pertanto, gli anziani in lista di attesa hanno un BINA molto più bassa degli anziani inseriti in struttura residenziale. Sembrerebbe, pertanto, che il sistema dei servizi alla non autosufficienza dell'Ausl di Bologna sia in grado di soddisfare bene i bisogni delle persone con un livello di non autosufficienza elevato; inoltre, chi rimane in lista di attesa, in molti casi presenta un valore dell'indice Bina non elevato.

Di seguito (tabella 15) i dati sulle liste di attesa sono disaggregati per distretto.

Tabella 15 – Anziani in lista di attesa, per livello di gravità e per distretto, dati di stock, 31/12/2013

	<=500	501-600	601-700	701-800	>800	Non disponibile	Totale
Bologna	435	530	415	111	21	0	1.512
	28,8%	35,1%	27,5%	7,3%	1,4%	0%	100%
Casalecchio	70	94	13	6	1	0	184
	38,0%	51,1%	7,1%	3,3%	0,5%	0%	100%
Pianura Est	96	152	175	16	3	0	442
	21,7%	34,4%	39,6%	3,6%	0,7%	0%	100%
Pianura Ovest	59	119	36	2	0	0	216
	27,3%	55,1%	16,7%	0,9%	0%	0%	100%
Porretta	36	51	37	9	1	1	135
	26,7%	37,8%	27,4%	6,7%	0,7%	0,7%	100%
San Lazzaro	11	49	75	23	3	0	161
	6,8%	30,4%	46,6%	14,3%	1,9%	0%	100%
Totale	707	995	751	167	29	1	2.650
	26,7%	37,6%	28,3%	6,3%	1,1%	0,0%	100%

Fonte: elaborazioni su dati sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA

Lista di attesa e altri servizi

Gli utenti in lista di attesa possono essere assistiti attraverso l'erogazione di altri servizi. La tabella di seguito unisce i dati degli utenti in lista di attesa con i dati di stock sui servizi, e pertanto restituisce la fotografia di chi, a fine anno, era in lista di attesa e contemporaneamente beneficiava di altri servizi. I dati evidenziano che, sul totale, il 28,3% degli utenti in lista di attesa usufruisce di un servizio. In alcuni casi (poco meno dell'1%) gli utenti in lista di attesa hanno due servizi (tabella 16).

Tabella 16 – Anziani in lista di attesa, per numero di servizi ricevuti e per distretto, dati di stock, 31/12/2013

Distretto	Senza servizi	In lista con 1 servizio	In lista con 2 servizi	Totale
Bologna	813	675	24	1.512
	53,8%	44,6%	1,6%	100%
Casalecchio	173	11	0	184
	94,0%	6,0%	0,0%	100%
Pianura Est	423	19	0	442
	95,7%	4,3%	0,0%	100%
Pianura Ovest	195	21	0	216
	90,3%	9,7%	0,0%	100%
Porretta	123	11	1	135
	91,1%	8,1%	0,7%	100%
San Lazzaro	148	13	0	161
	91,9%	8,1%	0,0%	100%
Totale	1.875	750	25	2.650
%	70,8%	28,3%	0,9%	100%

Fonte: elaborazioni su dati sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA

Come descritto nella parte metodologica relativa alle modalità scelte nell'analisi dei dati, è necessario fare molta cautela nel commento, dato che i risultati possono essere estremamente differenti a seconda della modalità con cui il dato si elabora. Ciò è particolarmente evidente se si incrocia il dato delle liste di attesa con il dato di flusso sugli utenti (tabella 17).

Gli anziani in lista di attesa, infatti, possono aver ricevuto un servizio anche in momenti precedenti la fine dell'anno (come evidenzia il dato di stock elaborato nella tabella precedente). Il quadro che emerge, come evidenzia la tabella sottostante, è molto diverso rispetto a quanto sopra riportato nella tabella 16.

Tabella 17 – Anziani in lista di attesa, per numero di servizi ricevuti, dati di flusso, 2013

	Senza servizi	In lista con 1 servizio	In lista con 2 servizi	In lista con 3 servizi	Totale
Bologna	454	760	142	22	1.378
	32,9%	55,2%	10,3%	1,6%	100%
Casalecchio	87	141	16	3	247
	35,2%	57,1%	6,5%	1,2%	100%
Pianura Est	191	198	54	8	451
	42,3%	43,9%	12,0%	1,8%	100%
Pianura Ovest	59	89	38	9	195
	30,3%	45,6%	19,5%	4,6%	100%
Porretta	61	75	14	0	150
	40,6%	50,0%	9,3%	0,0%	100%
San Lazzaro	50	167	12	0	229
	21,8%	72,9%	5,2%	0,0%	100%
Totale	902	1.430	276	42	2.650
%	34,0%	53,9%	10,4%	1,6%	100%

Fonte: elaborazioni su dati sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA

Complessivamente, solo il 34% degli anziani in lista di attesa non ha ricevuto, nel corso dell'anno in questione, alcun servizio; in altre parole, ai due terzi degli anziani in lista di attesa nel corso dell'anno sono stati erogati servizi. Oltre la metà degli anziani in lista di attesa hanno ottenuto un servizio; il 10,7% ne ha ottenuti due, l'1,6%, tre servizi nel corso dell'anno.

Se si concentra l'attenzione sugli utenti in lista di attesa che hanno ricevuto un servizio nel corso dell'anno, i dati evidenziano che a oltre l'80% degli anziani viene erogato il servizio di Adi. Nel restante 20% dei casi si erogano servizi socio-sanitari: strutture residenziali (inserimenti temporanei), strutture semiresidenziali, assegni di cura. Il peso dell'Adi sul totale dei servizi erogati agli anziani in lista di attesa è inferiore rispetto alla media – poco oltre il 70% – nei distretti di Pianura Ovest e Porretta, mentre è superiore alla media – oltre il 90% – nei distretti di Casalecchio e San Lazzaro.

Tabella 18 – Anziani in lista di attesa **con un servizio**, per tipo di servizi ricevuti, dati di flusso, 2013

	Strutture Residenziali	Strutture Semiresidenziali	Assegno di cura	ADI	Totale
Bologna	101	39	17	603	760
	13,0%	5,0%	2,2%	79,7%	100,0%
Casalecchio	3	9	0	129	141
	2,1%	6,4%	0,0%	91,5%	100,0%
Pianura Est	24	3	8	163	198
	12,1%	1,5%	4,0%	82,3%	100,0%
Pianura Ovest	16	5	4	64	89
	18,0%	5,6%	4,5%	71,9%	100,0%
Porretta	15	0	7	53	75
	19,7%	0,0%	9,2%	71,1%	100,0%
San Lazzaro	2	7	2	156	167
	1,2%	4,2%	1,2%	93,4%	100,0%
Totale	161	63	38	1.168	1.430
%	11,3%	4,4%	2,7%	81,7%	100,0%

Fonte: elaborazioni su dati sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA

I dati sopra presentati evidenziano che la maggioranza degli utenti in lista di attesa resta all'interno del circuito dei servizi pubblici e viene seguita attraverso l'erogazione di servizi, ancorché, nella maggior parte dei casi, dal servizio di Adi e, in modo inferiore – soprattutto a causa del mancato intervento legislativo nazionale in tema di Livelli essenziali delle prestazioni per la non autosufficienza – dalla rete dei servizi sociosanitari.

Relativamente agli anziani in lista di attesa senza servizi, va segnalato che, includendo il servizio di assistenza domiciliare sociale e sociosanitaria (la cui informatizzazione era in corso di realizzazione al momento dell'estrazione dei dati), il loro numero si ridurrebbe probabilmente in modo significativo.

Conclusioni

Le conclusioni di questo lavoro meritano di essere articolate secondo due profili: quello metodologico e quello dell'analisi fattuale.

Sotto il profilo metodologico, l'esemplificazione effettuata con l'analisi dei servizi a favore della non autosufficienza nell'area di Bologna ci pare abbia mostrato in modo abbastanza chiaro l'avanzamento sostanziale che nella valutazione dei servizi offerti si può realizzare se si dispone di un sistema informativo che abbia come unità di analisi l'individuo. Non siamo in grado di valutare in quale misura questa disponibilità di dati sia presente anche in altre realtà territoriali, ma è probabile che per finalità di gestione amministrativa degli utenti, come è accaduto all'origine del sistema Garsia, le amministrazioni dispongano di informazioni di questo tipo, che possono quindi essere utilizzate e nel tempo arricchite di ulteriori informazioni che possono essere messe al servizio del monitoraggio e valutazione dell'efficacia dei servizi.

L'unità di analisi individuale e la disponibilità anche di sole poche informazioni sulle caratteristiche degli utenti effettivi e potenziali (fra cui però assume un ruolo essenziale la valutazione dello stato di salute misurato dalla Bina, oltre che dell'età) ha permesso di affrontare il tema della molteplicità e delle interrelazioni dei servizi offerti e di formulare qualche utile considerazione sul grado di sostituibilità o complementarietà degli stessi. Naturalmente avanzamenti assai più significativi, soprattutto nella valutazione dell'aspetto sociale dell'offerta dei servizi, potrebbero essere realizzati se si disponesse di più ricche informazioni sulle caratteristiche socio demografiche degli utenti.

Sempre sotto il profilo metodologico questa ricerca ha potuto affrontare, in modo integrato con l'analisi degli utenti effettivi, lo studio di alcune caratteristiche degli utenti in lista di attesa, che rappresentano la componente più evidentemente in condizioni di bisogno di assistenza rispetto alla generalità della popolazione anziana.

Siamo tuttavia consapevoli che l'analisi delle liste di attesa rappresenta solo un primo passo nella misura completa dello stato di bisogno della popolazione anziana. Le prime ricerche di cui si dispone per la valutazione della fragilità della popolazione indicano l'opportunità che sistemi informativi come quello qui utilizzato siano utilmente accompagnati da altre fonti di dati, rappresentate da analisi campionarie della popolazione del territorio. Alcune realtà si stanno muovendo in questa direzione, anche se vanno valutati i costi dell'approntamento di queste ulteriori fonti informative.

Quanto all'analisi fattuale, l'approfondimento condotto nel presente lavoro ha evidenziato che il sistema dei servizi a favore della non autosufficienza del territorio bolognese pare rispondere bene ai bisogni degli anziani che richiedono assistenza.

Dal punto di vista dell'appropriatezza delle prestazioni, si sono delineati alcuni modelli di presa in carico e si è sottolineato come i servizi di sostegno al domicilio (assegno di cura, ADI) vengano destinati in gran parte a soddisfare i bisogni di anziani con un livello di non autosufficienza intermedio, che rischierebbero altrimenti di essere inseriti in strutture residenziali. Dal punto di vista dell'appropriatezza dei servizi possono conseguirsi ulteriori miglioramenti, dal momento che esiste ancora una quota non irrilevante di anziani con Bina inferiore a 500 che usufruisce di servizi residenziali.

Dal punto di vista del soddisfacimento del bisogno degli utenti in lista di attesa per l'inserimento in struttura residenziale, i dati evidenziano che il sistema riesce a prendere in carico con altre tipologie di servizi pressoché tutti gli utenti che accedono al sistema. Tale indicazione è confermata dal fatto che nella fascia di età più avanzata, quella di chi ha più di 90 anni, oltre i due terzi degli anziani sono in carico al sistema pubblico. Nell'assenza prolungata di politiche nazionali di realizzazione di un sistema organico di politiche a favore degli anziani non autosufficienti, si tratta sicuramente di un risultato significativo.

La realizzazione di analisi di valutazione delle politiche a favore degli anziani non autosufficienti può essere pertanto uno strumento assai efficace per utilizzare ancor meglio le risorse disponibili; a tale proposito il completamento del sistema informativo e la sua estensione all'area sociale, attualmente in fase di progettazione, possono costituire un formidabile strumento di supporto alla programmazione e alla valutazione dei servizi socio-sanitari.

Bibliografia

- ASSR, 2011, *Programmi di sostegno alle reti sociali e di prevenzione dei soggetti fragili*, Dicembre (2011).
- Bertoni, F., Bosi, P., Lorenzini, M., 2012, *La stima del fabbisogno standard dei servizi per la popolazione anziana non autosufficiente e per i disabili adulti nei distretti della provincia di Bologna*, Provincia di Bologna e CAPP, Bologna.
- Bertoni, F., Bosi, P., Lambertini, C., Lorenzini, M., Scagliarini, A., Paltrinieri, P., 2012, *Il sistema informativo socio-sanitario e il supporto all'attività di programmazione*, Capp paper n.100, Capp, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia.
- Bosi, P., Bertoni, F., Lorenzini, M., 2009, *L'identificazione del fabbisogno standard per i servizi socio-sanitari con particolare riguardo ai servizi per anziani non autosufficienti: il caso della Provincia di Modena*, CAPPaper n.61, Capp, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia.
- Bosi, P., Silvestri, P., 2010, *Domanda di child care e modelli di welfare*, in Baldini, M., Bosi, P., Silvestri, P., *Le città incartate*, Il Mulino, Bologna.
- Irs-Capp, 2013, *Riformare l'assistenza ai non autosufficienti: verso la dote di cura*, in *Costruiamo il welfare di domani. Proposte per una riforma delle politiche e degli interventi socio-assistenziali attuale ed attuabile*, Prospettive sociali e sanitarie, n. 8-10, agosto – ottobre 2013.